

Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie



www.rfre.org

ISSN : 2297-0533

Avec le soutien de



SUPSI



SOMMAIRE

Éditorial

- Cinq ans après son lancement, le parcours inspirant de la Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** 3-5
 Marc-André Pellerin, Mathilde Berger, Line Vionnet, Laure Décastel,
 Léa Nussbaumer, Nicolas Kühne

Portrait de chercheur

- Sylvie Tétreault** 7-9
 Sylvie Meyer

Articles de recherche

- Effets d'une intervention de perfectionnement de la conduite automobile auprès de conducteurs âgés** 11-33
 Caroline Pigeon, Marie-Christine Loisel, Valérie Audet, Gabrièle Beaudoin,
 Audrey D. Dostie, Léanne Dumas-Morin, Catherine Gabaude, Mélanie Levasseur
- L'ergothérapie en soutien à domicile au Québec, un travail qui a du sens ?** 35-54
 Marc-André Paquette, Claudia Dubé, Joanie Thériault, Julie Desrosiers
- Pratique centrée sur la personne dans un contexte de réforme : une étude exploratoire auprès d'ergothérapeutes québécois** 55-76
 Véronique Tremblay, Martine Brousseau
- La visioconférence mobile pour évaluer le domicile : une revue rapide** 77-92
 Karine Latulippe, Dominique Giroux, Claude Vincent, Manon Guay, Dahlia Kairy,
 Ernesto Morales, Katia Boivin, Véronique Provencher

Méthodologies

- La recherche-action, une démarche méthodologique pour renforcer la pratique** 93-102
 Hélène Clavreul, Sophie Albuquerque

Lu / Vu pour vous

- Sustainability matters : 25^E congrès annuel du European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE)** 103-105
 Zélie Gex, Elena Müller, Zoé Rossel, Marion Rycckx
- Le côté sombre des occupations : Conférence annuelle de la Société américaine pour l'étude de l'occupation, les 4 et 5 octobre 2019, Scottsdale, États-Unis** 107-110
 Laure Décastel
- Mieux vivre avec la personnalité limite. Un livre paru en 2019 de J. Desrosiers, C. Briand, M.-K. Dubé, R. Maltez et J. Groulx** 111-115
 Aline Doussin



CINQ ANS APRÈS SON LANCEMENT, LE PARCOURS INSPIRANT DE LA REVUE FRANCOPHONE DE RECHERCHE EN ERGOTHÉRAPIE

À l'occasion du 5^e anniversaire de la RFRE, le bureau éditorial a tenu à faire parler ses membres afin de transmettre l'engouement, l'état d'esprit qui l'anime, et exposer les nouveaux défis auxquels la revue se prépare pour les prochaines années.

Rappel historique

La RFRE voit le jour en 2015 grâce à l'initiative, l'énergie et la créativité de Sylvie Tétreault. Un petit groupe d'ergothérapeutes originaires de divers pays francophones collaborent pour promouvoir la recherche en ergothérapie. Ce petit groupe forme dans un premier temps la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie (CARAFE) et met sur pied la *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie* (RFRE). Ils mettent alors sur pied le comité éditorial, responsable de guider les orientations de la revue. Il est épaulé par le bureau éditorial dont la tâche est d'assurer la coordination des manuscrits de la soumission jusqu'à la publication. Si le bureau a commencé avec un membre unique, il s'est rapidement étoffé au fil des ans, au même titre que le comité éditorial s'est élargi afin de mieux représenter la diversité des écoles et des pays de la francophonie. Le bureau comprend aujourd'hui cinq personnes et le comité dix, issues de cinq pays et de neuf écoles en ergothérapie différentes.

Choix méthodologiques

À ses débuts, l'un des choix les plus audacieux faits par la RFRE a été de privilégier un modèle de publication en libre accès de type diamant. Dans ce modèle, l'accès au contenu de la revue est gratuit, autant pour les auteurs que pour les lecteurs. Les articles sont ainsi publiés avec une licence Creative Commons BY-NC-SA permettant à quiconque de distribuer, copier et partager librement les publications, sous réserve de la citation de la référence utilisée. Alors qu'une poignée de conglomérats possèdent aujourd'hui les droits d'une grande majorité des revues scientifiques et font chèrement

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.v6n1.174

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



payer l'accès à ces revues, c'est toute la société qui se voit privée du droit à la connaissance, souvent payée à même des fonds publics. Or, alors que sévit la COVID-19, le contexte actuel montre bien l'importance et la nécessité d'assurer un accès à la connaissance afin de permettre à la communauté scientifique de faire progresser plus rapidement la science, collectivement.

Résultats

Forte de son expérience, la RFRE amorce avec cette édition sa cinquième année d'existence. Aujourd'hui, la RFRE est reconnue internationalement. Ses articles sont largement utilisés et diffusés par les chercheurs, les étudiants en ergothérapie, les enseignants et les praticiens. Les articles, publiés deux fois par an, font l'objet d'un processus rigoureux d'évaluation par les pairs assurant la qualité de la publication. Nous tenons d'ailleurs à remercier tous les auteurs qui ont soumis un manuscrit à la RFRE et toutes les personnes qui ont accepté d'expertiser ces manuscrits. Sans vous, la RFRE n'aurait pu exister et continuer de se développer au cours du temps.

En cinq années, 97 articles ont été publiés, dont 30 articles de recherche, 12 articles de méthodologie, 16 comptes rendus. Désireuse de participer à la construction d'une véritable communauté, qui passe par l'interconnaissance du plus grand nombre, la revue a également publié les portraits de 15 chercheurs en ergothérapie (dont le dernier, publié dans ce numéro, est un portrait de Sylvie Tétreault elle-même, par Sylvie Meyer). Et si l'essentiel des articles de recherche proviennent du Canada, signant ainsi le développement bien plus ancien de la recherche en ergothérapie dans ce pays, le lectorat est lui très mélangé. La très grande majorité des lecteurs proviennent ainsi de France, ce qui laisse augurer du meilleur pour le développement futur de la recherche en ergothérapie en Europe.

Ces cinq dernières années ont été une magnifique aventure, également parsemée de défis quotidiens. Si adopter le libre accès diamant était un choix assumé, né des profondes convictions du comité éditorial, ce choix apporte avec lui certaines contraintes budgétaires. Heureusement, la revue peut compter sur plusieurs partenaires financiers qui soutiennent sa mission. Nous tenons d'ailleurs à remercier chaleureusement les hautes écoles de Suisse (HETSL, SUPSI, HES-SO), l'Université du Québec à Trois-Rivières au Canada, les associations professionnelles belge et suisse pour leur appui. Les besoins demeurent toutefois importants. Depuis le mois d'avril 2020, nous avons ainsi ajouté un onglet dans la barre latérale du site afin de permettre à tous de faire un don pour soutenir la mission de la RFRE. Merci de votre appui.

L'autre grand défi de la revue est celui de parvenir à faire sa place dans l'univers de l'édition scientifique. Alors que la culture scientifique est très ancrée dans la langue anglaise, la revue s'est battue et continue de se battre pour faire reconnaître la place et la valeur des écrits scientifiques en français. Aujourd'hui encore, de nombreux chercheurs considèrent qu'une publication dans une revue de langue anglaise apporte une plus grande visibilité et une meilleure notoriété. Mais comment un article traitant d'enjeux ergothérapiques spécifiques à la francophonie ou à un territoire francophone pourrait-il offrir une meilleure visibilité lorsqu'il est publié en anglais ? La réalité est tout

autre. Les écrits en anglais et en français ont tous les deux leur place et un rôle complémentaire à jouer dans le panorama scientifique actuel. C'est vrai en particulier pour une discipline professionnelle comme l'ergothérapie ou pour un champ orienté sur des pratiques culturelles, comme en sciences de l'occupation. Ce grand principe, Sylvie Tétrault l'avait compris au moment de mettre sur pied la RFRE.

Conclusion

Cette année, Sylvie a pris sa (deuxième) retraite. Elle a non seulement quitté l'école d'ergothérapie de Lausanne, mais a également quitté la direction de la publication de la RFRE... Partie vers d'autres défis occupationnels. Elle laisse derrière elle un héritage immense et inestimable. Sa fougue, son audace et sa détermination auront permis de connecter plusieurs chercheurs issus de la francophonie, de mettre sur pied CARAFE et de créer la RFRE. Si de telles réalisations ont de quoi surprendre, celles et ceux qui connaissent bien Sylvie ne sont sans doute pas étonnés d'un tel parcours. Elle a cette capacité de mettre sur pied les projets les plus audacieux, de mobiliser les gens autour de ceux-ci et de déplacer des montagnes (même les montagnes suisses !).

Même si ton départ laisse un grand vide au sein de la revue, nous tenons à te remercier pour tout ce que tu as fait pour la RFRE, la recherche et l'ergothérapie.

Au plaisir de te revoir Sylvie !

Marc-André Pellerin, ergothérapeute, PhD(c), Professeur HES associé

Mathilde Berger, ergothérapeute, MSc, Assistante HES

Line Vionnet, ergothérapeute, MSc, Assistante HES

Laure Décastel, ergothérapeute, MSc, Assistante HES

Léa Nussbaumer, ergothérapeute, BSc, Assistante HES

Nicolas Kühne, ergothérapeute, PhD, Professeur HES ordinaire

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



PORTRAIT DE CHERCHEUR



SYLVIE TÉTREULT

Propos recueillis par Sylvie Meyer

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

Ce portrait de Sylvie Tétreault devrait être un hommage à une longue carrière qui s'achève par une retraite prise en septembre 2019 et bien méritée vu l'implication exceptionnelle qui a été la sienne au service du développement de l'enseignement de l'ergothérapie, au Québec assurément, mais encore davantage en zone francophone européenne. On s'en doute, cette retraite est largement une réorientation de ses engagements vers des activités plus délibérément acceptées, moins contraintes par les institutions et plus au service de la communauté. Une certaine stabilité occupationnelle et des ajustements permanents sont les meilleures garanties du succès – laissons pour une fois les références de côté. Et c'est sûr que Sylvie Tétreault n'aime pas échouer et qu'elle se donne les moyens de réussir tout ce qu'elle entreprend.

Sylvie Tétreault a obtenu à l'Université de Montréal un baccalauréat en ergothérapie en 1981, suivi d'une maîtrise en sciences cliniques (1985). En 1992, elle décroche un doctorat en service social à l'Université Laval à Québec (Canada), là où elle mènera une belle carrière avant d'installer, en 2014, ses quartiers à la Haute école de travail social et de la santé à Lausanne (Suisse). Mais elle est demeurée très « bi » et chaque année, elle a expérimenté à plusieurs reprises Air Canada ou Air France : leur confort, leur ponctualité, leurs plats cuisinés. Sur le plan scientifique, cela se traduit par des travaux d'envergure internationale, par exemple sur l'interculturalité (Tétreault *et al.*, 2017), et par des activités menées tantôt en Europe, tantôt au Québec.

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.v6n1.173

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



Avec un pied dans la santé et l'autre dans le travail social, Sylvie Tétreault est bien placée pour s'intéresser à l'inclusion, à la participation sociale des personnes en situation de handicap et de leur famille ainsi qu'aux approches interculturelles qui tout au long de sa carrière seront ses domaines d'expertise (Tétreault *et al.*, 2014). Elle les développera en enseignement comme en recherche avec une énorme générosité. Il suffit de lui laisser la parole pour le vérifier : « Quelle a été la réalisation scientifique dont vous êtes le plus fière ? ».

« D'abord, je suis très fière des étudiants et étudiantes que j'ai côtoyés au cours de ces années. Plusieurs ont maintenant des postes de direction dans le secteur de la santé, d'autres ont développé une pratique originale. Certains ont poursuivi leurs études et sont devenus des chercheurs de grand renom. Bref, c'est agréable de voir que notre apport comme professeur peut contribuer au développement de la personne et même la guider vers des positions de leader ! ».

Pour Sylvie Tétreault, la recherche n'est pas une tour d'ivoire, elle doit être au service de la communauté et c'est ainsi qu'elle est heureuse d'avoir produit, comme résultante d'une recherche internationale, une typologie des stratégies de soutien destinées aux familles vivant avec un enfant handicapé, utilisée dans de nombreuses études autant nationales qu'internationales (Tétreault *et al.*, 2012). « C'est une façon, dit-elle, de redonner un outil concret aux familles qui ont participé à mes diverses recherches. » Sans dédaigner les approches quantitatives, elle excelle à associer pratiques de terrain, recherche et développement, ce que facilite la maîtrise de méthodes participatives de recherche qui requièrent de l'inventivité. Ainsi, le projet PAuSES (Proches Aidant-e-s : Un service des Étudiant-e-s en Santé – Développement 2015-2019) propose à des étudiant-e-s en ergothérapie et en soins infirmiers d'offrir un accompagnement à des proches aidants et d'acquérir des compétences professionnelles dans cette immersion, tout en permettant à l'équipe de recherche la mesure de l'aide fournie aux proches ainsi que celle des acquisitions des étudiant-e-s. À leur tour, les résultats des mesures faites autorisent le développement des services fournis, l'ajustement de la procédure de réalisation dans le cadre de la formation et le renforcement des stratégies pédagogiques à l'œuvre.

Naturellement, recherche, enseignement et engagement social ne vont pas sans le désir que la formation elle-même des ergothérapeutes s'améliore de façon continue. Et cela, dans le contexte européen francophone, consiste pour Sylvie Tétreault à être bien présente dans l'enseignement dans plusieurs écoles ou dans le soutien de leur personnel, par exemple par la direction de thèse. Elle soutient largement par son travail et ses articles la publication des revues scientifiques et professionnelles en ergothérapie. Par ailleurs, il faut ajouter divers ouvrages, dont l'un de méthodologie de recherche destiné aux étudiant-e-s en ergothérapie, mais qui peut également aider leurs enseignant-e-s (Tétreault et Guillez, 2014).

À force de voyages et de contacts qu'elle crée avec une aisance déconcertante, Sylvie Tétreault a un capital social des plus étendus et elle peut mettre des gens en relation. Personne ne s'étonnera donc qu'à la question : « Quelle serait votre principale suggestion pour soutenir le développement de la recherche francophone en ergothérapie ? », elle réponde :

« Je pense qu'il faut créer davantage de réseaux thématiques internationaux qui permettent de réunir des cliniciens, des utilisateurs des services en ergothérapie et des chercheurs. Les communautés de pratique sont un exemple, mais elles demeurent fragiles, car il faut des personnes qui maintiennent la communauté vivante et active. La fréquentation de congrès en ergothérapie, mais aussi dans d'autres disciplines, est une façon de développer son réseau et de rencontrer des gens ayant des intérêts semblables aux nôtres. »

Bon, Sylvie Tétreault s'en va en partie, mais elle va rester largement présente par les activités qu'elle conserve et par les contacts qu'elle a entretenus au fil des ans, qui lui donnent autant de raisons de continuer à voyager et finalement de persister à promouvoir l'ergothérapie, les personnes qui l'exercent, l'apprennent et la développent. Elle poursuit son implication sociale au sein du conseil d'administration de l'Association québécoise des parents d'enfants handicapés visuels (AQPEHV).

Plusieurs publications de Sylvie Tétreault peuvent être consultées pour connaître davantage ses expertises :

Tétreault, S., Bétrisey, C., Gulfi, A., Brisset, C., Kühne, N., & Leanza, Y. (2020). Perceptions, competencies and motivation for study choice: Occupational therapy and social work student perspectives. *International Journal of Practice-Based Learning in Health and Social Care*, 8(1), 15-30. <https://doi.org/10.18552/ijpblhsc.v8i1.519>

Tétreault, S., Blais-Michaud, S., Marier Deschênes, P., Beaupré, P., Gascon, H., Boucher, N. et Carrière, M. (2014). How to support families of children with disabilities? An exploratory study of social support services. *Child & Family Social Work*, 19(3), 272-281.

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

Tétreault, S., Kühne, N., Gulfi, A., Bétrisey, C., Leanza, Y., Brisset, C. et Schaer, M. (2017). Le rapport à l'autre porteur d'une différence : Description de la sensibilité interculturelle des étudiants en ergothérapie de France et de Suisse. Dans M.-H. Izard (dir.), *Expériences en ergothérapie, 30^e série* (p. 168-174). Montpellier, France : Sauramps Médical.



EFFETS D'UNE INTERVENTION DE PERFECTIONNEMENT DE LA CONDUITE AUTOMOBILE AUPRÈS DE CONDUCTEURS ÂGÉS

**Caroline Pigeon¹, Marie-Christine Loisel², Valérie Audet², Gabrièle Beaudoin²,
Audrey D. Dostie², Léanne Dumas-Morin², Catherine Gabaude³, Mélanie Levasseur⁴**

¹ *PhD, Stagiaire postdoctorale, Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*

² *Ergothérapeute, BSc, Étudiante-chercheuse, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*

³ *Chercheuse, PhD, Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux, Bron, France*

⁴ *Ergothérapeute, PhD, Professeure, Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*

Adresse de contact : melanie.levasseur@usherbrooke.ca

Reçu le 06.04.2017 – Accepté le 18.07.2019

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.v6n1.79

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



RÉSUMÉ

Contexte. Afin de prolonger une conduite automobile sécuritaire des conducteurs âgés, il importe de mettre en place des interventions de perfectionnement de la conduite.

But. Cette étude pilote visait à vérifier les effets d'une intervention de perfectionnement de la conduite automobile auprès de conducteurs âgés.

Méthodologie. Un dispositif pré-expérimental (questionnaires en pré-test avant l'intervention et post-test quatre à huit semaines après) a été utilisé auprès de 19 conducteurs âgés de 50 ans et plus. L'intervention comprenait le programme théorique de groupe *55 ans au volant*, *l'Outil de sensibilisation aux capacités requises pour une conduite automobile sécuritaire et responsable* (OSCAR) et un cours individuel de conduite sur route.

Résultats. À la suite de l'intervention, les participants ont significativement amélioré leur intérêt, leur ouverture et leurs connaissances en lien avec la conduite automobile ($p = 0,01$). Selon leur perception, peu de changements sont toutefois survenus dans leurs capacités de conduite et leur utilisation de stratégies compensatoires.

Discussion. En améliorant l'intérêt, l'ouverture et les connaissances des conducteurs âgés, l'intervention les amène à mettre en place les premières étapes nécessaires à une meilleure régulation de comportement leur permettant de faire face aux difficultés en conduite liées à l'âge. Néanmoins, des études complémentaires impliquant un groupe contrôle et une évaluation sur route seraient nécessaires pour mieux appréhender les effets de cette intervention sur les différentes phases de changement de comportement permettant la mise en place d'une conduite sécuritaire chez les aînés.

MOTS-CLÉS

Conduite automobile, Intervention théorique et pratique, Aîné, Vieillesse, *55 ans au volant*, OSCAR, Cours de conduite

EFFECTS OF A DRIVING AWARENESS INTERVENTION IN OLDER DRIVERS

ABSTRACT

Context. To extend safe driving of older drivers, it is important to set up awareness and improvement interventions.

Aims. This pilot study aimed to verify the impacts of a theoretical and practical intervention in older drivers.

Methods. A pre-experimental design including a pre-test and a post-test evaluations (questionnaires), before and four to eight weeks after the intervention, was used with 19 seniors aged 50 or older. The intervention was composed by the 55 Alive program, the awareness tool OSCAR and an on-road course.

Results. Following the intervention, participants significantly improved their interest, openness and knowledge related to driving declared ($p = 0.01$). However, according to their perception, changes in their driving abilities and use of compensatory strategies have not occurred.

Discussion. By improving the interest, openness and knowledge of older drivers, the intervention lead them to achieve the first steps required for the adoption of a behaviour change enabling them to deal with the age-related difficulties encountered in driving. Further investigations, involving a control group and an on-road evaluation, are required to more explore the effects of this intervention on the change in driving behaviors in older people.

KEYWORDS

Automobile driving, Theoretical and practical intervention, Older drivers, Aging, 55 Alive, OSCAR, On-Road course

INTRODUCTION

Les aînés représentent une proportion de plus en plus importante de la population (Statistique Canada, 2015) et l'automobile est le principal moyen de transport pour environ 60 % d'entre eux (Statistique Canada, 2010). La conduite automobile est une activité complexe reposant sur des fonctions motrices (souplesse, coordination), sensorielles (vision, audition et toucher) et cognitives (attention, mémoire, prise de décision, jugement, fonctions exécutives) dont l'intégrité peut être altérée par le vieillissement (Staplin, Lococo, Martell et Stutts, 2012). L'avancée en âge peut ainsi engendrer des difficultés en conduite pour les aînés (Staplin *et al.*, 2012) et entraîner une augmentation des risques d'accident. À cet égard, notons qu'en 2015, les conducteurs de 65 ans et plus représentaient près de 20 % des décès survenus lors d'accidents automobiles au Canada, alors qu'ils ne représentaient que 17 % des personnes en possession d'un permis de conduire valide (Transport Canada, 2015). Certaines situations de conduite complexes telles que les virages, les changements de voie ou les insertions sur autoroute sont d'ailleurs particulièrement difficiles pour les aînés les plus à risque d'accident (Medhizadah, Classen et Johnson, 2018).

Lorsqu'ils commencent à éprouver des difficultés dans ces situations, certains aînés vont cesser de conduire alors que d'autres n'envisagent pas de le faire, même s'il y a un risque pour leur sécurité et celle d'autrui (Bryanton et Weeks, 2014). Par ailleurs, une cessation hâtive de la conduite peut avoir des conséquences négatives sur la santé physique et mentale des aînés, entraînant, par exemple, un déclin des fonctions cognitives, une utilisation accrue des services de santé et une augmentation du risque de dépression et de mortalité (Chihuri, Mielenz, DiMaggio, Betz, DiGuseppi, Jones et Li, 2016). Il importe ainsi d'intervenir en prévention et au moment opportun afin d'améliorer ou de maintenir les habiletés liées à la conduite pouvant décliner avec l'âge. Par exemple, il est possible de favoriser la pratique d'activité physique, ou de proposer des stratégies compensant le déclin d'habiletés, comme réduire la durée des trajets lorsque l'attention et l'endurance sont diminuées.

Afin qu'un conducteur âgé mette en place ces stratégies (Kostyniuk, Shope et Molnar, 2001), il doit : prendre conscience du risque, s'engager dans le changement, décider d'agir, choisir l'action, agir, puis maintenir cette action (Hassan, King et Watt, 2015). Connaître les effets néfastes du vieillissement sur la conduite et avoir conscience de ses difficultés (Anstey, Wood, Lord et Walker, 2005 ; Blanchard et Myers, 2010) sont nécessaires pour que le conducteur âgé franchisse ces étapes et adopte des stratégies compensatoires (Kostyniuk *et al.*, 2001). Des interventions de perfectionnement de la conduite automobile qui sensibilisent aux effets du vieillissement sur la conduite et qui favorisent une prise de conscience des difficultés pourraient ainsi aider les conducteurs âgés à mettre en place des stratégies compensatoires vis-à-vis des effets du vieillissement et à conduire plus longtemps et en sécurité.

RECENSION DES ÉCRITS

Il existe de nombreux programmes de perfectionnement de la conduite automobile comprenant une formation en groupe destinée aux conducteurs volontaires de 50 ans et plus. Ces programmes présentent des contenus très variés et, à notre connaissance, seuls les effets de neuf d'entre eux sont documentés dans la littérature scientifique (stratégie de recherche Annexe 1). Cinq de ces interventions sont des programmes exclusivement théoriques (Tableau 1, indiqués avec *). Les études montrent que la majorité de ces programmes sensibilisent les aînés aux signes du vieillissement et augmentent leurs connaissances liées à la conduite automobile, mais leurs effets sur la réduction des accidents sont rarement mesurés. Leurs effets sur les comportements de conduite seraient aussi non consensuels.

Quatre autres études ont été menées sur des programmes qui comprennent, en plus d'une composante théorique, une composante pratique, c'est-à-dire un cours de conduite sur simulateur ou sur route (Tableau 1, indiqués avec **). L'expérimentation pratique avec un moniteur de conduite automobile permet aux conducteurs âgés de mettre en œuvre les connaissances théoriques acquises et de mieux identifier leurs capacités et leurs difficultés en conduite (Hassan *et al.*, 2015). Ces interventions comprenant un volet pratique ont montré de meilleurs comportements en conduite, évalués sur route ou sur simulateur, comme une amélioration du déplacement sur la chaussée (Bédard *et al.*, 2008). Ainsi, une intervention de perfectionnement de la conduite théorique et pratique permettrait aux conducteurs âgés d'augmenter leur intérêt, leur ouverture et leurs connaissances en lien avec la conduite et le vieillissement. Cette sensibilisation pourrait ainsi être l'amorce de la mise en place de stratégies compensatoires permettant aux aînés de s'adapter aux difficultés en conduite liées au vieillissement et, ultimement, favoriser une conduite automobile prolongée et sécuritaire. Le programme *55 ans au volant* combiné à un cours sur route serait la seule intervention de perfectionnement de la conduite à l'efficacité démontrée actuellement disponible en français, adaptée au contexte québécois et pouvant être réalisée sur une période de deux semaines (Tableau 1). Une étude antérieure a montré que la majorité des participants du programme *55 ans au volant* percevaient la pertinence du volet théorique pour prévenir un accident (American Association of Retired Persons, 2004). Néanmoins, les effets de la version francophone de ce programme n'ont pas été expérimentés.

Tableau 1 : Synthèse de l'efficacité et de la faisabilité des programmes de perfectionnement de la conduite automobile pour les aînés

| Étude | Pays | Réalisable sur 2 semaines, ≤ 5 séances | Version française, adaptée au Québec | Stratégies compensatoires | Signalisation routière | Précisions sur les programmes | Sensibilisation aux risques d'accident / conditions particulières | Sensibilisation aux signes du vieillissement | Principaux effets des interventions |
|-------------------------------|---------------|----------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AARP (2004)* | É.-U. CAN. | Oui | Oui | Oui | Oui | 55 ans au volant | Non / Oui | Oui | Changements de comportements de conduite (perçus) |
| Bédard <i>et al.</i> (2008)** | CAN. | Oui | Oui | Oui | Oui | 55 ans au volant + cours sur route | Non / Oui | Oui | ↑ connaissances relatives à la sécurité routière (perçues) ; ↑ changements de comportements de conduite (évalués sur route) |
| Bérubé (1998)* | É.-U. | ND | Non | Oui | Oui | Mature Driver Improvement | Oui / Oui | Oui | ↓ infractions au code de la route ; ↓ implications dans des accidents non mortels |
| Jones <i>et al.</i> (2011)* | É.-U. | Non | Non | Oui | ND | Mature Operators Vehicular Education | Oui / Oui | Oui | Pas de changement des habitudes de conduite (perçu) |
| Jones <i>et al.</i> (2012)* | É.-U. | Oui | Non | ND | ND | Mature Operators Vehicular Education (version intensive et version auto-administrée) + CarFit (facultatif) | Oui / Oui | Oui | ↑ connaissances relatives à la sécurité routière et meilleur positionnement au volant (perçu) |
| Lindstrom-Forneri (2009)* | CAN. | Oui | Non | Oui | Oui | Safety Awareness for Elderly Drivers | Oui / Oui | Oui | ↑ connaissances relatives à la sécurité routière, conscience de ses propres capacités et/ou intention de changer de comportement (perçues) comparables aux participants qui ont seulement lu le manuel de l'intervention |

AARP : American Association of Retired Persons

* Programmes uniquement théoriques

** Programmes théoriques et pratiques (sur route ou sur simulateur de conduite)

Tableau 1 : Synthèse de l'efficacité et de la faisabilité des programmes de perfectionnement de la conduite automobile pour les aînés (suite)

| Étude | Pays | Réalisable sur 2 semaines, ≤ 5 séances | Version française, adaptée au Québec | Stratégies compensatoires | Signalisation routière | Précisions sur les programmes | Sensibilisation aux risques d'accident / conditions particulières | Sensibilisation aux signes du vieillissement | Principaux effets des interventions |
|----------------------------------|----------------|----------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Marottoli <i>et al.</i> (2007)** | É.-U. | Oui | ND | ND | ND | Safe for Mature Operators de l'American Automobile Association + cours sur route | ND / ND | ND | ↑ connaissances relatives à la sécurité routière (perçue) ; changement de comportements de conduite (évalués sur route) |
| Oxley <i>et al.</i> (2013)* | AUSTR. | Oui | Non | Oui | Non | Seniors Driving Longer, Smarter, Safer | Oui / Non | Oui | ↑ connaissances relatives à la sécurité routière, aux changements fonctionnels et à leurs effets sur la conduite ; changement d'attitude par rapport à l'adoption de comportements de conduite sécuritaires (perçus) |
| Peters <i>et al.</i> (2010)* | NORV. SUÈDE | ND | Non | Oui | Oui | Drivers, 65 | Non / Oui | Oui | ↑ sentiment d'être un conducteur sécuritaire et connaissances relatives à la sécurité routière ; pas de changement de comportement (perçus) |
| Romoser et Fisher (2009)** | É.-U. | Non | Non | Non | Oui | Version intensive par rapport à la version auto-administrée | Oui / Non | Non | ↑ balayage visuel lors des virages (évalué sur simulateur de conduite) |

AARP : American Association of Retired Persons

* Programmes uniquement théoriques

** Programmes théoriques et pratiques (sur route ou sur simulateur de conduite)

Afin de mieux sensibiliser les conducteurs âgés au risque d'accident, de nouveaux résultats probants soutiennent que les bénéfices du programme *55 ans au volant* pourraient être renforcés par l'*Outil de sensibilisation aux capacités requises pour une conduite automobile sécuritaire et responsable* (OSCAR), développé par Levasseur et collaborateurs (2013). L'OSCAR vise à favoriser chez les aînés la mise en place de stratégies compensatoires vis-à-vis des effets du vieillissement en conduite. Complémentaire au programme *55 ans au volant*, l'OSCAR permet de prolonger la formation théorique au-delà de la journée de l'activité en étant consultable à domicile et à tout moment. De plus, l'OSCAR présente les difficultés et les stratégies en lien avec la conduite et le vieillissement sous un autre format, soit sous forme de questions, ce qui favorise l'introspection de l'aîné et une prise de conscience de sa situation. Selon une étude préalable, 8 à 10 semaines après avoir lu l'OSCAR et sans avoir été autorisés à le conserver, des conducteurs âgés rapportaient une augmentation de leur intérêt, de leur ouverture et de leurs connaissances relatifs aux capacités requises en conduite et aux stratégies compensatoires ($p < 0,01$). De plus, la moitié des participants ont rapporté qu'ils avaient commencé à employer plus de cinq stratégies compensatoires, telles que laisser une plus grande distance entre son véhicule et le précédent et éviter les heures de pointe (Levasseur et al., 2014).

Ainsi, l'originalité d'une intervention combinée comprenant le programme *55 ans au volant*, l'OSCAR et un cours sur route est de présenter aux conducteurs âgés l'information à plusieurs reprises et dans différents contextes (à l'oral, sur papier et sur route ; en groupe et en individuel ; en cours et à domicile). Cette combinaison permet, malgré les difficultés de mémorisation susceptibles de survenir avec l'avancée en âge, d'assurer davantage l'apprentissage et le transfert des connaissances.

L'objectif principal de l'étude pilote présentée ici était de vérifier les effets d'une telle intervention combinée sur i) l'intérêt, l'ouverture et les connaissances des conducteurs âgés en lien avec la conduite automobile, ii) les changements survenus dans leurs capacités de conduite, tels que perçus par les participants, iii) leur utilisation des stratégies compensatoires et iv) leur appréciation à l'égard de l'intervention. Un objectif secondaire était d'explorer la faisabilité d'une application du contenu du programme *55 ans au volant* à un cours sur route avec le développement d'une grille d'observation. Cette grille permettrait aux moniteurs de conduite et aux ergothérapeutes de mieux renforcer les pratiques sécuritaires dans les situations évoquées dans le programme lors d'un cours pratique.

MÉTHODES

Dispositif et participants

Un dispositif pré-expérimental comprenant une évaluation pré-test (T_0), l'intervention et une évaluation post-test quatre à huit semaines après (T_1) a été utilisé auprès de 19 aînés. Les participants ont été recrutés à partir d'une liste de personnes ayant participé à des études antérieures, d'affiches apposées dans des pharmacies, des

cliniques médicales et à l'Université du troisième âge et du bouche-à-oreille. Les critères d'inclusion étaient : être âgé de 50 ans et plus (tel que suggéré dans le manuel du *55 ans au volant*), avoir de bonnes fonctions cognitives (score à la version téléphonique de l'Échelle de statut mental ALFI-MMSE supérieur ou égal à 17/22), maîtriser le français écrit et oral, demeurer dans la région de l'Estrie, posséder un permis de conduire valide et conduire au moins une fois par semaine. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS (2015-492).

Procédures de collecte de données et déroulement de l'étude

À T₀, les participants ont rempli quatre questionnaires : 1) sociodémographique, 2) *Intérêt, ouverture et connaissances* (IOC), 3) *Changements survenus dans les capacités* (CSC) et 4) *Utilisation de stratégies compensatoires* (USC). Lors d'une deuxième rencontre, deux à quatre semaines après, les participants ont réalisé le programme *55 ans au volant*, ont reçu l'OSCAR et ont rempli un questionnaire d'appréciation concernant la partie théorique de l'intervention. Un cours pratique, réalisé en individuel sur route, a ensuite eu lieu une à quatre semaines après cette rencontre, à propos duquel les participants ont rempli un second questionnaire d'appréciation. Enfin, les participants ont de nouveau rempli les questionnaires IOC, CSC et USC au cours d'une dernière rencontre (T₁), quatre à huit semaines après le cours sur route.

Intervention

L'intervention, qui s'est échelonnée sur une durée de 5 à 12 semaines, était constituée du programme *55 ans au volant* (5^e édition), de l'OSCAR et d'un cours de conduite sur route. Le programme de perfectionnement de la conduite automobile pour conducteurs âgés *55 ans au volant* est une adaptation pour les conducteurs canadiens du programme *55 Alive* développé par l'American Association of Retired Persons, réalisée par le Conseil canadien de la sécurité (2008). Conçu pour être offert à des groupes, le *55 ans au volant* aborde des sujets tels que la vision et l'ouïe, la conduite adaptée aux situations difficiles et la signalisation routière. Il est présenté par un intervenant diffusant un support visuel et un cahier d'exercices est remis aux participants. Durant la présente étude, le programme théorique a été présenté à l'intérieur d'une journée, en deux blocs de trois heures, par deux étudiants à la maîtrise en ergothérapie. Un moniteur de conduite et un ergothérapeute étaient présents pour répondre aux questions des participants.

À la fin de cette journée, l'OSCAR a été distribué et décrit durant une dizaine de minutes. Cet outil papier comprend 15 questions favorisant une réflexion de l'aîné sur ses capacités en lien avec le vieillissement et la conduite automobile, telles que « Êtes-vous plus lent qu'avant à réagir dans des situations d'imprévu ? » (Levasseur *et al.*, 2013, p. 4). Chaque question est suivie d'un paragraphe décrivant des stratégies pour compenser les difficultés. Par exemple, à la suite de cette question, l'OSCAR décrit les effets de l'avancée en âge sur le temps de réaction et présente des stratégies pour continuer à conduire de façon sécuritaire, comme celle de laisser une distance inter-véhiculaire plus importante.

Le cours sur route, d'une durée de 45 à 60 minutes, a été réalisé par un moniteur de conduite dans un véhicule à doubles commandes. Le trajet, commençant au domicile du participant, était principalement urbain avec quelques portions rurales. Le moniteur orientait les participants sur des trajets d'une trentaine de minutes, de distances et de difficultés équivalentes. Lors du cours, le moniteur remplissait une grille d'observation inspirée du contenu du *55 ans au volant*. Cette grille pointe les situations de conduite spécifiquement touchées par le vieillissement et permet au moniteur d'aborder les stratégies compensatoires à utiliser dans ces situations. À la fin du cours sur route, le moniteur évoquait à nouveau les principales situations de conduite rencontrées et donnait des conseils personnalisés sur les stratégies compensatoires à utiliser.

Variables et outils

Un *questionnaire sociodémographique* a permis de recueillir des données sur l'âge, le niveau de scolarité, la perception de l'état de santé, le mode de déplacement principal et sa fréquence d'utilisation. Trois questionnaires ont été utilisés pour recueillir les données :

- 1) Intérêt, ouverture et connaissances (IOC) (Levasseur *et al.*, 2014)
- 2) Changements survenus dans les capacités (CSC) (Levasseur *et al.*, 2014 ; Vigeant *et al.*, 2017)
- 3) Utilisation de stratégies compensatoires (USC) (Levasseur *et al.*, 2014 ; Vigeant *et al.*, 2017)

L'IOC comprend 27 questions à choix multiples avec quatre ou cinq réponses possibles dont une seule est exacte. Ce questionnaire comporte trois sections : 1) intérêt pour l'information sur la conduite automobile et ouverture à discuter de ses capacités de conduite et de l'utilisation de stratégies compensatoires (cinq questions pour un score sur 19 points), 2) connaissances sur la sécurité routière (neuf questions pour un score sur neuf points) et 3) connaissances des effets du vieillissement sur les capacités et les stratégies d'adaptation (13 questions pour un score sur 13 points). Le score total du questionnaire varie entre 0 et 41, un score élevé représentant un intérêt, une ouverture et des connaissances supérieurs.

Dans le CSC, composé de 11 questions, les conducteurs doivent déclarer s'ils ont perçu ou non, au cours des deux derniers mois, un changement concernant leurs capacités, telles que *juger de la vitesse et de la distance des autres véhicules ou regarder au-dessus de son épaule*. L'USC comprend 20 questions auxquelles on répond à l'aide d'échelles de Likert à quatre niveaux. Les questions portent sur la mise en place ou non, au cours des deux derniers mois, de stratégies compensatoires telles que *planifier le trajet* ou *éviter les heures de pointe*. Pour le CSC et l'USC, les changements de perception entre T_0 et T_1 pour chaque capacité et chaque stratégie évoquée ainsi que des scores totaux (moyenne des capacités et des stratégies respectivement) varient de -1 à 1. Un changement positif (1) indique une bonne sensibilisation, c'est-à-dire que le conducteur s'intéresse davantage à l'information sur la conduite automobile, connaît davantage ses habiletés de conduite ou utilise davantage les stratégies compensatoires. À l'inverse, un changement négatif (-1) ou neutre (0) témoigne d'une sensibilisation mitigée ou absente, c'est-à-dire que le conducteur ne connaît pas ses habiletés ou n'utilise pas les stratégies. Ces trois questionnaires présentent une bonne validité de contenu et

apparente (Levasseur *et al.*, 2014). L'IOC, le CSC et l'USC présentent aussi une cohérence interne de modérée à élevée (alphas de Cronbach : 0,54 à 0,90 [Levasseur *et al.*, 2014]).

L'appréciation des participants à l'égard de l'intervention a été estimée à l'aide de deux *questionnaires d'appréciation*, dont un sur la partie théorique et un sur le cours sur route, tous deux inspirés d'une étude à propos d'un programme d'apprentissage sur l'utilisation du transport en commun (Ducharme, O'Neill, Girard, Bélair, Chagnon et Levasseur, 2015). Ces questionnaires, remplis à la fin de la deuxième et de la troisième rencontre, comportaient respectivement 11 et 4 questions portant sur l'animation des rencontres, l'utilité du contenu et l'appréciation générale. Les participants répondaient sur une échelle de Likert à quatre niveaux. À la fin de chaque questionnaire, les participants étaient invités à écrire des commentaires. Le questionnaire relatif au programme théorique permet l'obtention d'un score compris entre 0 et 44, tandis que celui relatif au cours sur route un score entre 0 et 16, un score élevé indiquant une bonne appréciation. Ces deux questionnaires présentent une bonne validité de contenu et apparente (Ducharme *et al.*, 2015).

Enfin, la *grille d'observation* développée pour l'étude et s'inspirant du contenu du programme *55 ans au volant* a été utilisée par le moniteur de conduite. L'ensemble des actions contenues dans le manuel du moniteur du programme *55 ans au volant* pouvant être mises en pratique lors de la conduite automobile ont été intégrées à cette grille qui a ensuite été validée par un moniteur de conduite. Cette grille guide le moniteur quant aux situations de conduite qu'il doit planifier et auxquelles il doit porter attention durant le cours de conduite (voir le Tableau 6 pour le détail des situations de conduite contenues dans la grille). Durant la séance, le moniteur rapporte sur cette grille si le participant a réalisé le comportement sans recommandation, ne l'a pas réalisé ou s'il s'est amélioré à la suite d'une recommandation. La grille comprend 22 comportements à vérifier lors du cours sur route et permet au moniteur d'écrire par la suite des commentaires généraux. Ainsi, elle permet aussi de décrire si, pour les situations de conduite évoquées lors de la partie théorique qui ont été rencontrées lors du cours sur route, les comportements attendus ont été réalisés par les participants.

Analyses

Des analyses descriptives utilisant la moyenne et l'écart-type, la médiane et l'intervalle interquartile ou la fréquence et le pourcentage, selon le type de variables, ont permis de présenter les caractéristiques sociodémographiques des participants, leurs comportements de conduite pendant le cours sur route et leur degré d'appréciation de l'intervention. Afin de détecter des changements aux questionnaires IOC, CSC et USC entre T_0 et T_1 , le test des rangs signés de Wilcoxon a été utilisé. La taille de l'échantillon a permis de détecter une taille d'effet de 0,75 selon un test *t* bilatéral pour données appariées, un niveau *alpha* fixé à 0,05 et une puissance à 80 % (Cohen, 1988). Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS (version 22.0). Enfin, les commentaires des participants tels que recueillis à la fin des questionnaires d'appréciation et ceux du moniteur de conduite (recueillis sur la grille d'observation) sont présentés de façon complémentaire aux résultats quantitatifs.

RÉSULTATS

Participants

Les participants étaient âgés de 66 à 86 ans (moyenne = 73,0 ; écart-type = 5,2 ; médiane = 72 ; intervalle interquartile = 6). Ils étaient en majorité des hommes ($n = 10$; 52,6 %), retraités ($n = 18$; 94,7 %), en couple ($n = 15$; 78,9 %), ayant une scolarité de niveau universitaire ($n = 13$; 68,4 %) et estimant avoir une santé bonne ou excellente ($n = 18$; 94,7 %). Un seul individu (5,3 %) utilisait une aide technique à la marche et deux participants (10,5 %) avaient fait une chute durant les douze derniers mois. Plus de la moitié avaient des problèmes visuels corrigés et utilisaient quotidiennement leur automobile (Tableau 2).

Tableau 2 : Caractéristiques des participants liées à leur conduite automobile ($n = 19$)

| Caractéristiques | n (%) |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| Niveau d'activité physique | |
| Peu actif | 3 (15,8) |
| Actif | 13 (68,4) |
| Très actif | 3 (15,8) |
| Perception de leur santé | |
| Passable | 1 (5,3) |
| Bonne | 14 (73,7) |
| Excellente | 4 (21) |
| Aide technique pour les déplacements | |
| Aucune | 18 (94,7) |
| Canne | 1 (5,3) |
| Utilisation d'une canne pour les déplacements piétons extérieurs | 1 (5,3) |
| Problèmes de vision | 10 (52,6) |
| Correction portée pour compenser les problèmes de vision | 10 (52,6) |
| Problèmes d'audition | 3 (15,8) |
| Correction auditive pour compenser les problèmes d'audition | 2 (10,5) |
| Problèmes occasionnels pour marcher ou utiliser les escaliers | 2 (10,5) |
| Nombre de chutes au cours des 12 derniers mois | |
| 0 | 17 (89,5) |
| 1-2 | 2 (10,5) |
| Moyen de transport principal | |
| Marche | 1 (5,3) |
| Conduite automobile | 18 (94,7) |
| Utilisation hebdomadaire du moyen de transport principal | |
| 1-2 | 1 (5,3) |
| 3-4 | 4 (21,05) |
| 5-6 | 4 (21,05) |
| 7+ | 10 (52,6) |
| Sentiment de sécurité lors des déplacements dans le quartier | 19 (100) |

Effets de l'intervention

Intérêt, ouverture et connaissances

À la suite de l'intervention, l'intérêt, l'ouverture et les connaissances en lien avec la conduite automobile ont significativement augmenté, autant pour le score total que pour chacune des dimensions le composant (Tableau 3). Les participants se sont plus améliorés à la dimension *intérêt et ouverture*, alors qu'ils avaient déjà de bonnes performances aux deux autres dimensions avant l'intervention.

Tableau 3 : Intérêt, ouverture et connaissances (IOC) avant et après l'intervention (n = 19)

| | % moyen (ÉT) | | Méd. (IQ) | | Valeur <i>p</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| | T ₀ | T ₁ | T ₀ | T ₁ | |
| Intérêt et ouverture (/19) | 11,4 (3,9) | 13,7 (3,7) | 11,0 (6,0) | 14,0 (4,5) | 0,01 |
| Connaissances – sécurité routière et habiletés requises (/9) | 7,6 (0,8) | 8,3 (1,0) | 8,0 (1,0) | 9,0 (1,0) | 0,02 |
| Connaissances – effets du vieillissement et stratégies compensatoires (/13) | 10,5 (2,8) | 11,5 (1,9) | 12,0 (3,0) | 12,0 (2,0) | 0,02 |
| Score total (/41) | 29,6 (5,8) | 33,5 (4,7) | 29,0 (9,0) | 35,0 (7,5) | 0,01 |

ÉT : écart-type ; IQ : intervalle interquartile ; *p* : valeur *p* associée au test de Wilcoxon ; Méd. : médiane

Changements survenus dans les capacités

Dans l'ensemble, et toujours tels que perçus par les aînés, les changements survenus dans leurs capacités de conduite automobile n'étaient pas statistiquement significatifs à la suite de l'intervention (Tableau 4). Néanmoins, le comportement *juger de la vitesse et de la distance des autres véhicules* – tel que perçu – tendait à s'améliorer. À T₁, les participants ont aussi rapporté que le programme avait amélioré leur confiance et leur vigilance en conduite, et que relire l'OSCAR plus tard leur sera utile pour se rappeler l'intervention (données non présentées en tableau). Le peu de changement noté par les participants pour les autres comportements pourrait s'expliquer en partie par le fait que selon les commentaires recueillis à T₀, certains adaptaient déjà leur conduite, notamment en évitant de conduire en hiver et en utilisant le régulateur de vitesse. De plus, les aînés ont mentionné percevoir des changements dans leurs capacités s'effectuant de manière discrète et à long terme.

Tableau 4 : Changements survenus dans les capacités (CSC) perçus après l'intervention (n = 19)

| Capacités | Moy. (ÉT) | Méd. (IQ) | Valeur <i>p</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|-----------------|
| Bonne vision | | | |
| À distance | -0,05 (0,41) | 0 (0,0) | 0,56 |
| Périphérique | 0,00 (0,33) | 0 (0,0) | 1,00 |
| Juger de la vitesse et de la distance des autres véhicules | 0,16 (0,38) | 0 (0,0) | 0,08 |
| Réagir rapidement | 0,11 (0,32) | 0 (0,0) | 0,16 |
| Traiter les informations provenant de différentes sources (par ex. : panneaux de circulation, voitures, bruits de klaxon) | 0,16 (0,50) | 0 (0,0) | 0,18 |
| Rester attentif sur la route en étant | | | |
| Préoccupé | 0,11 (0,46) | 0 (0,0) | 0,32 |
| Fatigué | 0,05 (0,52) | 0 (0,0) | 0,66 |
| Ressentir de la douleur | 0,05 (0,41) | 0 (0,0) | 0,56 |
| Regarder par-dessus votre épaule | 0,11 (0,46) | 0 (0,0) | 0,32 |
| Freiner rapidement en situation d'imprévu | 0,11 (0,32) | 0 (0,0) | 0,16 |
| Garder une vitesse stable sans ressentir de fatigue | 0,05 (0,23) | 0 (0,0) | 0,32 |
| Score total (moyenne des capacités) | 0,08 (0,19) | 0 (0,12) | 0,10 |

Moy. : moyenne ; Méd. : médiane ; ÉT : écart-type ; IQ : intervalle interquartile ; *p* : valeur *p* associée au test de Wilcoxon

Utilisation de stratégies compensatoires

À la suite de l'intervention, les aînés n'ont pas augmenté significativement leur utilisation de stratégies compensatoires, sauf pour la stratégie *regarder à droite de la chaussée plutôt que les phares des voitures venant en sens inverse* (Tableau 5). Une tendance vers une amélioration a été observée pour les stratégies *laisser une plus grande distance entre le véhicule et celui à l'avant et planifier l'achat d'une voiture à transmission automatique*. Les participants ont néanmoins rapporté dans leurs commentaires un changement dans leur attitude au volant, un partage avec leur réseau des connaissances acquises et une utilisation de certaines stratégies. Une dame de 80 ans retraitée conduisant cinq à six fois par semaine et demeurant avec son conjoint a mentionné : « Inconsciemment, j'ai adopté certaines stratégies qui rendent ma conduite plus sécuritaire. » [P19]. Une autre participante de 68 ans, retraitée, vivant avec son conjoint et conduisant sept fois et plus par semaine rapporte : « J'ai déjà la possibilité d'en discuter avec des gens de mon entourage [...]. Nous en profitons pour discuter à améliorer notre conduite automobile et diverses situations qui peuvent survenir. » [P8].

Tableau 5 : Changements dans l'utilisation de stratégies compensatoires (USC) perçus après l'intervention (n = 19)

| Stratégies compensatoires | Moy. (ÉT) | Méd. (IQ) | Valeur <i>p</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|-----------------|
| Éviter de conduire à la noirceur | 0,16 (0,60) | 0,0 (0,5) | 0,26 |
| Être plus vigilant aux intersections | 0,05 (0,41) | 0,0 (0,0) | 0,56 |
| Regarder à droite de la chaussée plutôt que les phares des voitures venant en sens inverse | 0,22 (0,43) | 0,0 (0,0) | 0,046 |
| Éviter les situations de virage à gauche | 0,05 (0,52) | 0,0 (0,0) | 0,66 |
| Éviter les autoroutes achalandées | 0,00 (0,33) | 0,0 (0,0) | 1,00 |
| Éviter les heures de pointe | 0,11 (0,47) | 0,0 (0,0) | 0,32 |
| Laisser une plus grande distance entre le véhicule et celui à l'avant | 0,26 (0,56) | 0,0 (1,0) | 0,06 |
| Être plus conscient de ce qui se passe tout autour de soi | -0,05 (0,52) | 0,0 (0,0) | 0,66 |
| Faire de l'exercice physique | 0,05 (0,52) | 0,0 (0,0) | 0,66 |
| Porter une attention particulière à la circulation, aux panneaux de signalisation, feux de circulation, cyclistes et piétons à l'approche des intersections | 0,11 (0,46) | 0,0 (0,0) | 0,32 |
| Planifier le trajet à l'avance | 0,05 (0,52) | 0,0 (0,0) | 0,66 |
| Planifier l'achat d'une voiture à transmission automatique | -0,16 (0,38) | 0,0 (0,0) | 0,08 |
| Éviter de conduire lors de conditions pouvant interférer avec l'habileté à se concentrer | 0 (0,75) | 0,0 (1,0) | 1,00 |
| Réduire les distractions au volant | 0,05 (0,52) | 0,0 (0,0) | 0,66 |
| Installer des miroirs spéciaux sur le véhicule | 0,05 (0,41) | 0,0 (0,0) | 0,56 |
| Choisir des routes qui requièrent peu de changements de voie | 0,11 (0,32) | 0,0 (0,0) | 0,16 |
| Suivre un programme d'exercices pour améliorer sa force et sa flexibilité | 0,16 (0,51) | 0,0 (0,0) | 0,18 |
| Conduire à la limite de vitesse permise | 0,11 (0,46) | 0,0 (0,0) | 0,32 |
| Se questionner sur la cause des réactions négatives des autres automobilistes à son égard | -0,11 (0,81) | 0,0 (1,5) | 0,56 |
| Être à l'écoute des commentaires de son entourage concernant sa conduite | 0,21 (0,63) | 0,0 (1,0) | 0,16 |
| Score total (moyenne des stratégies) | 0,14 (0,38) | 0,0 (0,41) | 0,14 |

ÉT : écart-type ; IQ : intervalle interquartile ; *p* : valeur *p* associée au test de Wilcoxon

Appréciation à l'égard de l'intervention

L'ensemble des participants a rapporté être satisfait de la partie théorique (score total médian de 43/44 ; IQ = 3,0 ; données non présentées en tableau). De plus, les participants considéraient globalement que la quantité et la qualité de l'information étaient adéquates (tout à fait d'accord pour 13/19 et 14/19 respectivement ; données non présentées en tableau) et que le programme et les documents remis étaient utiles (tout à fait d'accord pour 12/19, d'accord pour 7/19 ; données non présentées en tableau). Les participants ont mentionné que le contenu du programme était intéressant et pertinent.

Quatre aînés ont rapporté que ce contenu était dense pour le temps alloué, même s'il avait été bien présenté et que les documents remis permettaient de revoir certains renseignements plus tard et à leur rythme. En général, les participants ont vécu une expérience positive, notamment cet homme de 72 ans, retraité, demeurant avec sa conjointe et conduisant sept fois et plus par semaine : « C'est une expérience merveilleuse [...]. Cela m'aide à mieux me situer dans la préparation de mon vieillissement. » [P7]. Une participante de 68 ans, retraitée, vivant avec son conjoint et conduisant sept fois et plus par semaine rapportait : « J'ai beaucoup apprécié ce rafraîchissement en concordance avec la réalité quotidienne. Je suggérerais à la SAAQ [Société de l'assurance automobile du Québec] des mises à jour pour tous les conducteurs après quelques années de conduite [...]. Ce fut très intéressant et d'actualité. » [P8].

Concernant le cours sur route, l'ensemble des participants a rapporté une bonne satisfaction générale (score total médian de 16/16 ; IQ = 0,5 ; données non présentées en tableau). Les participants ont témoigné que le moniteur était en mesure de répondre à leurs questions, que ses commentaires étaient pertinents et que le cours était utile. Ils ont aussi mentionné avoir eu une expérience positive avec le moniteur de conduite dont l'attitude, le calme et la compétence étaient favorables au déroulement du cours et à l'instauration d'une relation de confiance. Les conseils reçus étaient pertinents pour améliorer leurs habiletés de conduite, comme pour cet homme de 72 ans, vivant seul et conduisant trois à quatre fois par semaine : « [Le moniteur] m'a validé sur certains aspects de ma conduite et ça c'est un énorme [plus]. On songe même à au moins un autre cours [...] » [P4]. Un autre homme rapportait : « [C'est une] formation qui m'aide à être plus prudent. Je suis satisfait de ce cours. Je suis plus sensibilisé sur mes limites et des changements dans mon vieillissement. » [P7].

Observations du moniteur de conduite

Lors du cours sur route, les participants ont rencontré la quasi-totalité des situations évoquées dans la *grille d'observation* : 15 comportements (78,9 %) ont été rencontrés par tous les participants, les 7 autres par 18 des 19 participants (94,7 %). La majorité des conducteurs adoptaient une bonne conduite en étant vigilants et désiraient appliquer les conseils reçus (Tableau 6). Selon le moniteur, deux participants auraient bénéficié d'un autre cours sur route. La majorité des participants ne vérifiaient pas suffisamment leurs *angles morts* (10/19 ; 52,6 %), mais cela était compensé par l'*utilisation du rétroviseur* pour la plupart de ces derniers (8/10 ; 80 % ; donnée non présentée en tableau). *Tourner le tronc pour regarder derrière son véhicule avant de faire marche arrière* est le comportement qui a été le moins réalisé par les participants (tableau 6). De plus, le moniteur a rapporté que certains participants avaient une vitesse élevée et une distance inter-véhiculaire courte. Six comportements se sont améliorés pendant le cours, mais 19 des 22 comportements étaient déjà réalisés par plus de 80 % des participants sans qu'une recommandation soit émise (Tableau 6). Par exemple, le moniteur a rapporté : « Bon conducteur, vigilant et conscient du danger, un peu nerveux. Compense l'angle mort par le rétroviseur et regarde longtemps à l'avance » [P7] et « Bonne conductrice. S'améliore. Très intéressée à modifier ses comportements. Très sécuritaire. Veut apprendre. Très autonome » [P17].

Tableau 6 : Observations en conduite rapportées par le moniteur durant le cours de conduite grâce à la grille d'observation (n = 19)

| Observations | Réalisé ^a n (%) | Non réalisé ^b n (%) | Amélioré ^c n (%) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Est correctement attaché | 19 (100) | 0 (0) | 0 (0) |
| Ajuste ses rétroviseurs correctement | 18 (94,7) | 1 (5,3) | 0 (0) |
| Ajuste correctement sa distance par rapport au volant | 19 (100) | 0 (0) | 0 (0) |
| Conserve une distance sécuritaire avec les autres véhicules (3 secondes) | 16 (84,2) | 3 (15,8) | 0 (0) |
| Prévoit suffisamment d'espace en avant, sur les côtés et derrière son véhicule | 17 (89,4) | 1 (5,3) | 1 (5,3) |
| Fait connaître ses intentions aux autres conducteurs et piétons (par ex. : signale les intentions, se range dans la bonne voie) | 18 (94,7) | 1 (5,3) | 0 (0) |
| Regarde souvent dans le rétroviseur | 18 (94,7) | 0 (0) | 1 (5,3) |
| Vérifie ses angles morts convenablement | 7 (36,8) | 10 (52,6) | 2 (10,5) |
| Signale son intention de changer de voie, puis vérifie l'angle mort en regardant par-dessus l'épaule | 7 (36,8) | 10 (52,6) | 2 (10,5) |
| Tourne le tronc pour regarder derrière son véhicule, avant de faire marche arrière | 5 (26,3) | 13 (68,4) | 1 (5,3) |
| Compense pour la diminution de la perception de la profondeur en prenant au besoin plus de temps lors de son virage à gauche | 19 (100) | 0 (0) | 0 (0) |
| Garde les roues droites et regarde dans les deux sens avant de virer à gauche | 19 (100) | 0 (0) | 0 (0) |
| Compense pour la diminution de la perception de la profondeur en prenant au besoin plus de temps lors de dépassements sur une route à deux voies | 19 (100) | 0 (0) | 0 (0) |
| Regarde à gauche, à droite, puis encore à gauche avant de franchir une intersection | 19 (100) | 0 (0) | 0 (0) |
| Cède le passage au véhicule à droite | 19 (100) | 0 (0) | 0 (0) |
| Respecte le passage des piétons et des cyclistes ^d | 18 (100) | 0 (0) | 0 (0) |
| Accélère suffisamment avant de s'engager sur l'autoroute ^d | 17 (94,4) | 1 (5,6) | 0 (0) |
| Ne ralentit pas avant d'avoir atteint la voie de décélération sur l'autoroute ^d | 17 (94,4) | 1 (5,6) | 0 (0) |
| Effectue un balayage visuel complet de la route ^d | 18 (100) | 0 (0) | 0 (0) |
| Respecte les limites de vitesse (ne roule pas trop vite ni trop lentement) ^d | 15 (83,3) | 3 (16,7) | 0 (0) |
| Respecte les panneaux de signalisation routière ^d | 17 (94,4) | 0 (0) | 1 (5,6) |
| Diminue les distractions dans l'habitacle (radio, chauffage, climatisation, conversations...) ^d | 18 (100) | 0 (0) | 0 (0) |

^a L'ainé produit le comportement sans recommandation

^b L'ainé ne produit pas le comportement

^c À la suite d'une recommandation, l'ainé produit le comportement

^d n = 18

DISCUSSION

La présente étude visait à vérifier les effets d'une intervention de perfectionnement composée du programme *55 ans au volant*, de l'OSCAR et d'un cours sur route sur i) l'intérêt, l'ouverture et les connaissances en lien avec la conduite automobile de conducteurs âgés, ii) les changements survenus dans leurs capacités de conduite automobile, iii) l'utilisation des stratégies compensatoires et iv) leur appréciation à l'égard de l'intervention. À la suite de l'intervention, les participants ont amélioré leur intérêt, leur ouverture et leurs connaissances relatifs à la conduite automobile et aux effets du vieillissement. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'études menées auprès de conducteurs ayant participé à une formation théorique similaire associée à un cours sur route ou sur simulateur de conduite (Marotoli *et al.*, 2007; Oxley, Langford, Koppel et Charlton, 2013) et en présence d'un groupe contrôle (Bédard *et al.*, 2008). Ces résultats sont également conformes à ceux de revues systématiques (Korner-Bitensky, Kua, von Zweck et Van Benthem, 2009 ; McCarthy, 2005) ainsi qu'à l'étude de Levasseur et collaborateurs (2014) qui montre que l'intérêt, l'ouverture et les connaissances des conducteurs âgés peuvent s'améliorer à la suite de l'OSCAR délivré seul. La présente étude soutient aussi que les conducteurs âgés apprécient l'intervention, confortant les recherches de l'American Association of Retired Persons (2004) dans lesquelles la majorité des participants étaient satisfaits de la version américaine du programme *55 ans au volant* et le recommandaient. La plupart des participants du *Safe for Mature Operators* ont aussi apprécié et trouvé bénéfique cette intervention (Marotoli *et al.*, 2007).

Néanmoins, dans la présente étude, peu de changement statistiquement significatif a été observé dans la perception des participants quant à leurs capacités de conduite automobile et à leur utilisation de stratégies compensatoires, même si certaines tendances émergent. Par exemple, la capacité à juger de la vitesse et de la distance des autres véhicules et la stratégie consistant à laisser une plus grande distance entre le véhicule et celui à l'avant, toutes deux liées entre elles et en relation avec le risque de collision chez les aînés, tendent à avoir été statistiquement améliorées à la suite de l'intervention.

Dans les études de Bédard et collègues (2008) et de Marotoli et collègues (2007), des améliorations de la performance de conduite de conducteurs âgés avaient été observées après une sensibilisation théorique et sur route. Toutefois, les participants de ces études bénéficiaient d'une plus longue durée de cours sur route, répartie en deux sessions (deux fois 30 à 40 minutes [Bédard *et al.*, 2008] ; deux fois deux heures [Marotoli *et al.*, 2007]), par rapport à la session de 45 à 60 minutes offerte dans la présente recherche. Par ailleurs, dans ces deux études, la perception des participants quant à leurs capacités de conduite n'avait pas été modifiée par les interventions. Il est ainsi possible qu'à l'instar de ces deux études, les participants de la présente recherche aient modifié leurs comportements en conduite sans qu'ils aient pris conscience de ces modifications. Dans l'étude menée par Romoser et Fisher (2009), des conducteurs âgés ont amélioré leur balayage visuel tel que mesuré par un moniteur de conduite lors d'une évaluation sur route après avoir reçu des rétroactions sur simulateur de conduite. De plus, des aînés ayant suivi des interventions de sécurité routière, peu importe lesquelles, réalisent des comportements de façon plus sécuritaire (par ex. : freiner plus tôt à l'approche

d'une intersection), comparativement à d'autres aînés n'ayant pas suivi d'intervention (Bao et Boyle, 2009). Le peu de changement observé dans la présente étude pourrait également s'expliquer par un manque de facilitateurs pour l'utilisation de stratégies compensatoires lors de la conduite automobile chez les participants, tel que le fait de ressentir un inconfort en conduite, de vivre des situations de conduite complexes et de recevoir l'aide de proches ou de professionnels (Levasseur, Coallier, Gabaude, Beaudry, Bédard et Langlais, 2015). Ce changement limité peut également être lié à la présence de barrières, telles que le manque d'autocritique (Levasseur *et al.*, 2015). Par ailleurs, de bonnes connaissances des participants relativement à la sécurité routière et aux habiletés requises en conduite ainsi qu'aux effets du vieillissement et aux stratégies compensatoires avant l'intervention peuvent également expliquer le peu de changement observé. Néanmoins, ce niveau élevé de connaissances en pré-test n'est pas visible pour deux des questionnaires, qui sont construits de façon à rendre compte d'un changement entre les deux temps de mesure. Cependant, pendant l'intervention, lors du cours sur route, la plupart des participants avaient des comportements de conduite adéquats, et ce, sans recommandations du moniteur de conduite. Enfin, le court délai entre la dernière session de l'intervention et l'évaluation post-test peut également expliquer l'absence de changement de comportements déclaré. Avec un plus grand délai, les participants auraient eu plus de temps et d'occasions pour se rendre compte de la nécessité de changer leurs comportements en conduite et pour mettre en place les changements conseillés au cours de l'intervention. En effet, différentes étapes sont nécessaires pour parvenir à un changement de comportement (Kostyniuk *et al.*, 2001), qui pourraient requérir six mois pour se mettre en place (Prochaska et Velicer, 1997).

Forces et limites

La présente étude est une première recherche visant à vérifier les effets d'une intervention de perfectionnement de la conduite automobile disponible en français et a permis le développement d'une grille d'observation de la conduite adaptée aux aînés. Cette étude apporte aux ergothérapeutes des outils supplémentaires leur permettant de répondre à un défi important dans nos sociétés vieillissantes : aider les aînés à rester mobiles, indépendants et, ainsi, en santé plus longtemps (Golisz, 2014). En effet, l'étude a permis de montrer que l'intervention augmente significativement l'intérêt des participants envers la conduite automobile et leurs connaissances relatives aux effets du vieillissement sur les capacités requises en conduite et aux stratégies d'adaptation. L'intervention permet de fournir certaines bases nécessaires à l'amorce d'une modification des comportements de conduite au cours du vieillissement en améliorant la connaissance des changements liés à l'âge et des stratégies de compensation (Levasseur *et al.*, 2015). Elle amène ainsi les participants à réaliser les premières étapes requises pour une telle modification, c'est-à-dire prendre conscience des difficultés liées à l'âge et de leurs propres difficultés (Kostyniuk *et al.*, 2001). Même si peu d'améliorations statistiquement significatives ont été trouvées quant aux capacités (perçues) ou à l'utilisation de stratégies compensatoires, des tendances ont été observées, suggérant la possibilité que l'intervention puisse montrer des effets positifs sur la conduite dans une étude comprenant plus de participants ou avec un second cours

sur route (Bédard *et al.*, 2008 ; Marottoli *et al.*, 2007). Enfin, l'étude a permis le développement d'une grille d'observation de la conduite à partir du programme *55 ans au volant*, qui s'est révélée utile pour vérifier que les situations permettant de mettre en pratique les comportements conseillés lors de la partie théorique avaient été rencontrées par les participants. Cette grille pourrait permettre aux moniteurs de conduite et aux ergothérapeutes de cibler les situations de conduite particulièrement touchées par le vieillissement et d'identifier des changements de comportements de conduite réalisés à la suite d'une intervention. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour étudier la validité et la fiabilité de cet outil prometteur.

Cette étude présente néanmoins des limites. Premièrement, les participants ont réalisé l'étude de façon volontaire, ce qui implique une motivation particulière – notons que cela correspond toutefois à la clientèle visée par ce type d'intervention. Les participants avaient aussi des capacités d'apprentissage potentiellement importantes, soit un niveau de scolarité élevé pour la plupart et une participation antérieure à d'autres études pour certains. Deuxièmement, un biais de désirabilité sociale a pu survenir lors de l'administration des questionnaires d'appréciation, mais atténué par l'anonymisation des réponses. De plus, la portée des résultats de cette étude est limitée par l'absence d'évaluation formelle de la conduite sur route, d'un groupe contrôle et d'un recueil de données post-intervention à plus long terme. Enfin, d'autres données concernant les déplacements effectués par les participants, telles que le nombre de kilomètres parcourus, auraient pu être recueillies pour mieux caractériser leur conduite.

CONCLUSION

Cette étude pilote a permis de démontrer que l'intervention de perfectionnement composée du programme *55 ans au volant*, de l'OSCAR et d'un cours sur route permettait d'augmenter l'intérêt, l'ouverture et les connaissances en lien avec la conduite automobile. Cette intervention permet aux aînés de se questionner individuellement sur leurs comportements en lien avec la conduite automobile et les effets du vieillissement. En revanche, aucun changement n'a été observé concernant les comportements de conduite, tels que mesurés avec des outils déclaratifs. D'autres études sont requises pour juger de l'efficacité de l'intervention, qui pourraient recourir notamment à une évaluation formelle de la conduite sur route ou à une analyse des données d'infractions et d'accidents et seraient conduites auprès d'un plus grand échantillon. Par ailleurs, une évaluation post-test à plus long terme permettrait d'appréhender si un changement de comportements en conduite ne serait pas perçu par les participants quelques mois après l'intervention. Ensuite, des études comprenant plusieurs groupes, dont un groupe contrôle, un groupe recevant toute l'intervention et d'autres réalisant certaines composantes de l'intervention (par ex. le *55 ans au volant* et l'OSCAR, le *55 ans au volant* et le cours pratique ou l'OSCAR et le cours pratique), doivent être menées pour mieux documenter l'effet de chaque partie de cette intervention ainsi que les bénéfices de l'association de ces parties. Enfin, l'application du contenu du programme *55 ans au*

volant à l'aide de la grille d'observation développée nécessite d'être explorée de façon plus approfondie dans des études impliquant des moniteurs de conduite.

MESSAGES-CLÉS

- 1) L'intervention de perfectionnement de la conduite automobile comprenant le programme *55 ans au volant*, l'OSCAR et un cours sur route permet de sensibiliser les aînés sur leur conduite et les changements liés au vieillissement ;
- 2) Cette intervention améliore l'intérêt des participants, leur ouverture et leurs connaissances en lien avec la conduite automobile ;
- 3) Ultiment, cette intervention pourrait permettre aux aînés de conserver une conduite automobile sécuritaire plus longtemps et favoriser leur engagement dans leurs occupations.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Association of Retired Persons. (2004). *AARP Driver Safety Program: Volunteer and Graduate Survey Report*. Washington, DC : AARP.
- Anstey, K. J., Wood, J., Lord, S. et Walker, J. G. (2005). Cognitive, sensory and physical factors enabling driving safety in older adults. *Clinical Psychology Review*, 25(1), 45-65. doi:10.1016/j.cpr.2004.07.008
- Bao, S. et Boyle, L. N. (2009). Driver safety programs: The influence on the road performance of older drivers. *Transportation Research Record*, 2096, 76-80. doi:10.3141/2096-10
- Bédard, M., Porter, M. M., Marshall, S., Isherwood, I., Riendeau, J., Weaver, B., Tuokko, H., Molnar, F. et Miller-Polgar, J. (2008). The combination of two training approaches to improve older adults' driving safety. *Traffic Injury Prevention*, 9(1), 70-76. doi:10.1080/15389580701670705
- Bérubé, E. (1998). *The effectiveness of in-person and home-study elderly driver traffic safety education courses*. Thèse de doctorat en philosophie, Claremont Graduate University, Californie.
- Blanchard, R. A. et Myers, A. M. (2010). Examination of driving comfort and self-regulatory practices in older adults using in-vehicle devices to assess natural driving patterns. *Accident Analysis and Prevention*, 42(4), 1213-1219. doi:10.1016/j.aap.2010.01.013
- Bryanton, O. et Weeks, L. E. (2014). Informing the development of educational programs to support older adults in retiring from driving. *Educational Gerontology*, 40(10), 756-766. doi:10.1080/03601277.2014.899131
- Chihuri, S., Mielenz, T. J., DiMaggio, C. J., Betz, M. E., DiGuseppi, C., Jones, V. C. et Li, G. (2016). Driving cessation and health outcomes in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2), 332-341.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2^e éd.). Hillsdale, NJ : Routledge Academic.
- Conseil canadien de la sécurité. (2008). *55 ans au volant*. Repéré à : <https://canadasafetycouncil.org/produit/55-ans-au-volant/?lang=fr>

- Ducharme, C., O'Neill, E., Girard, S. M., Bélair, C., Chagnon, M. et Levasseur, M. (2015). Effets du programme d'Apprentissage à l'utilisation du transport en commun (ATraCo) : une étude pré-expérimentale. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 1(2), 24-44. doi:10.13096/rfre.v1n2.20
- Ehrlinger, J., Johnson, K., Banner, M., Dunning, D. et Kruger, J. (2008). Why the unskilled are unaware: Further explorations of (absent) self-insight among the incompetent. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 105(1), 98-121. doi:10.1016/j.obhdp.2007.05.002
- Golisz, K. (2014). Occupational therapy and driving and community mobility for older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(6), 654-656. doi:10.5014/ajot.2014.013144
- Hassan, H., King, M. et Watt, K. (2015). The perspectives of older drivers on the impact of feedback on their driving behaviours: A qualitative study. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 28, 25-39. doi:10.1016/j.trf.2014.11.003
- Jones, V. C., Cho, J., Abendschoen-Milani, J. et Gielen, A. (2011). Driving habits and risk exposure in older drivers: Lessons learned from the implementation of a self-regulation curriculum. *Traffic Injury Prevention*, 12(5), 468-474. doi:10.1080/15389588.2011.586448
- Jones, V. C., Gielen, A., Bailey, M., Rebok, G., Agness, C., Soderstrom, C., ... et Parrish, J. (2012). The effect of a low and high resource intervention on older drivers' knowledge, behaviors and risky driving. *Accident Analysis & Prevention*, 49, 486-492. doi:10.1016/j.aap.2012.03.021
- Korner-Bitensky, N., Kua, A., von Zweck, C. et Van Benthem, K. (2009). Older driver retraining: An updated systematic review of evidence of effectiveness. *Journal of Safety Research*, 40(2), 105-111. doi:10.1016/j.jsr.2009.02.002
- Kostyniuk, L. P., Shope, J. T. et Molnar, L. J. (2001). Driving reduction/cessation among older drivers: Toward a behavioral framework (p. 783-795). Dans D. Hensher (dir.), *Travel Behaviour Research: The Leading Edge* (p. 783-795). Oxford et Amsterdam : Pergamon et Elsevier.
- Levasseur, M., Coallier, J.-C., Gabaude, C., Beaudry, M., Bédard, M. et Langlais, M.-È. (2015). Facilitators, barriers and needs in the use of adaptive driving strategies to enhance older drivers' mobility: Importance of openness, perceptions, knowledge and support. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 43. doi:10.1016/j.trf.2016.09.014
- Levasseur, M., Audet, T., Gélinas, I., Bédard, M., Langlais, M.-È., Therrien, F.-H., Renaud, J. et D'Amours, M. (2013). *Outil de sensibilisation des conducteurs âgés aux capacités requises pour une conduite automobile sécuritaire et responsable (OSCAR)*. Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et des services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.
- Levasseur, M., Renaud, J., Audet, T., Gélinas, L., Bédard, M., Coallier, J., Langlais, M.-È. et Therrien, F.-H. (2014). Outil de sensibilisation des conducteurs âgés aux capacités requises pour une conduite automobile sécuritaire et responsable (OSCAR) : développement et validation. *Recherche Transports Sécurité*, 30, 257-269. doi:10.4074/S076189801400404X
- Lindstrom-Forneri, W. (2009). *Safety Awareness for Elderly Drivers (SAFE): The development and evaluation of an educational intervention on age-related driving issues and safe driving behaviours for older drivers*. Thèse de doctorat, University of Victoria. Accessible par ProQuest Dissertations et Theses. (NR66864).
- Marottoli, R. A., Ness, P. H. V., Araujo, K. L. B., Iannone, L. P., Acampora, D., Charpentier, P. et Peduzzi, P. (2007). A randomized trial of an education program to enhance older driver performance. *The Journals of Gerontology*, 62A(10), 1113-1119. doi:10.1093/gerona/62.10.1113
- McCarthy, D. P. (2005). Approaches to improving elders' safe driving abilities. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 23(2), 25-42. doi:10.1080/J148v23n02_02
- Medhizadah, S., Classen, S. et Johnson, A. M. (2018). Constructing the 32-item Fitness-to-Drive Screening Measure. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 38(2), 89-95. doi:10.1177/1539449217741136
- Oxley, J., Langford, J., Koppel, S. et Charlton, J. (2013). *Seniors Driving Longer, Smarter, Safer: Enhancement of an Innovative Educational and Training Package for the Safe Mobility of Seniors* (Rapport ; 53 p.). Victoria, AU : Monash University Accident Research Center.

- Peters, B., Nyberg, J. et Strand, N. (2010). *Refresher Courses for Senior Drivers in Sweden* (9 p.). Linköping : Swedish National Road and Transport Research Institute.
- Prochaska, J. et Velicer, W. (1997) The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38
- Romoser, M. R. et Fisher, D. L. (2009). The effect of active versus passive training strategies on improving older drivers' scanning in intersections. *Human Factors*, 51(5), 652-668. doi:10.1177/0018720809352654
- Staplin, L., Lococo, K. H., Martell, C. et Stutts, J. (2012). *Taxonomy of older driver behaviors and crash risk: Appendix C* (No. DOT HS 811 468B). États-Unis : National Highway Traffic Safety Administration.
- Statistique Canada. (2010). *EnviroStats* (Publication n° 16-002-X). Repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/16-002-x/16-002-x2010004-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2015). *Estimations de la population, Canada, 2015* (Publication n° 11-627-M). Repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-627-m/11-627-m2015003-fra.htm>
- Transport Canada. (2015). *Canadian Motor Vehicle Traffic Collision Statistics 2015*. Repéré à : https://www.tc.gc.ca/media/documents/roadsafety/Canadian_Motor_Vehicle_Traffic_Collision_Statistics_2015-EN.pdf
- Vigeant, A., Arseneault-Legault, M., Boily, R., Buchanan, S., Carosella, J.-F. et Levasseur, M. (2017). Outil de sensibilisation des proches à la conduite automobile des aînés. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 36(3), 328-341. doi:10.1017/S0714980817000174



L'ERGOTHÉRAPIE EN SOUTIEN À DOMICILE AU QUÉBEC, UN TRAVAIL QUI A DU SENS ?

Marc-André Paquette¹, Claudia Dubé², Joanie Thériault³, Julie Desrosiers⁴

¹ Ergothérapeute, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Canada

² Ergothérapeute, Professeure adjointe de clinique, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, Canada

³ Ergothérapeute, étudiante au doctorat, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, Canada

⁴ Ergothérapeute, PhD, Professeure HES associée, Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Suisse

Adresse de contact : marcandre.paquette.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

Reçu le 09.10.2017 – Accepté le 11.09.2019

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.v6n1.89

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



RÉSUMÉ

Introduction. L'holisme, la pratique centrée sur le client (PCC) et l'utilisation de l'activité signifiante constituent des principes centraux guidant la pratique de l'ergothérapie. Dans le contexte des mesures d'optimisation de la performance et de réduction des coûts mises en œuvre par les établissements de santé du Québec, il devient toutefois difficile pour les ergothérapeutes œuvrant en soutien à domicile (SAD) de respecter ces principes. Ce contexte peut affecter le sens que ces ergothérapeutes attribuent à leur travail quotidien.

Objectif. Le but de cette étude est d'explorer le sens que les ergothérapeutes en SAD attribuent à leur travail clinique quotidien.

Méthodologie. Une enquête qualitative de type recherche descriptive interprétative a été réalisée. Neuf ergothérapeutes provenant de trois établissements du Grand Montréal et de la Montérégie ont été rencontrés lors d'entretiens semi-dirigés ($n = 3$ entretiens) et d'un groupe de discussion focalisée ($n = 2$ entretiens du groupe).

Résultats. L'extraction et la condensation des données ont permis de dégager 12 thèmes principaux relatifs aux éléments contributifs ou défavorables au sens de la pratique des ergothérapeutes. La possibilité d'intervenir directement dans le milieu de vie de la personne constitue un élément particulièrement signifiant de la pratique en SAD. *A contrario*, les pressions organisationnelles actuelles engendrent des altérations de cette pratique et créent un conflit avec les valeurs contemporaines de la profession.

Discussion/conclusion. Cette étude amorce une réflexion autour de la pratique des ergothérapeutes en SAD. Elle permet d'identifier les éléments permettant aux ergothérapeutes d'avoir une pratique signifiante et cohérente avec leurs principes et valeurs.

MOTS-CLÉS

Autonomie professionnelle, Optimisation des services, Satisfaction au travail, Aspirations professionnelles

PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY IN QUEBEC HOMECARE SETTINGS: A MEANINGFUL WORK?

ABSTRACT

Background. Holism, client-centered practice (CCP) and the use of meaningful activity are core principles guiding the practice of occupational therapy. Given performance and cost optimization measures put forward by health care institutions in Quebec, it is difficult for Occupational Therapists working in home support to respect these principles. This context may affect the meaning these occupational therapists attribute to their daily work.

Objective. The purpose of this study is to explore the meaning that SAD occupational therapists attribute to their daily work.

Methodology. A descriptive interpretive research was conducted by a qualitative survey. Nine occupational therapists from three institutions in Greater Montreal and Montérégie were interviewed in semi-structured interviews ($n = 3$ interviews) and focus group discussions ($n = 2$ groups).

Results. The extraction and compiling of data revealed twelve main themes related to meaning, as contributory or unfavorable elements in the practice of occupational therapists. The possibility of directly intervening in the person's living environment is an element of SAD practice particularly contributory to meaning. In contrast, the current organizational pressures are altering this practice and creating a conflict with the contemporary values of the profession.

Discussion/Conclusion. This study initiates a reflexion on the practice of occupational therapists in SAD. It identifies the elements that allow occupational therapists to have a meaningful practice that is consistent with their core principles and values.

KEYWORDS

Professional autonomy, Optimization of services, Job satisfaction, Professional aspirations

INTRODUCTION

La pratique de l'ergothérapie communautaire s'est développée dans les quarante dernières années au sein des Centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec (Hébert, Maheux et Potvin, 2002). Les ergothérapeutes y ont élaboré leur pratique à partir des besoins de soutien à domicile (SAD). En l'absence d'une base théorique solide sur laquelle s'appuyer pour développer la pratique communautaire (McColl, 1998), les ergothérapeutes ont eux-mêmes déterminé leur rôle dans ce nouveau contexte émergent de pratique professionnelle (Hébert, Maheux et Potvin, 2002). Alors que le réseau de santé s'est restructuré et que les missions des établissements ont été réajustées à plusieurs reprises (Gaumer et Desrosiers, 2004 ; Maioni, 2001), les ergothérapeutes ont historiquement dû adapter leur pratique professionnelle aux besoins croissants des milieux et aux restrictions imposées par un environnement de travail en quête de rationalisation (von Zweck, 2004).

Des pressions d'origine démographique, politique et organisationnelle viennent actuellement altérer concrètement le travail quotidien de l'ergothérapeute en SAD. Ainsi, le contexte de rareté des ressources est souvent mis en avant par les instances administratives pour justifier la mise en place d'une pratique de l'urgence centrée uniquement sur la sécurité à domicile plutôt que sur la globalité des besoins des usagers (Hébert *et al.*, 2002 ; Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2017 ; Raymond, Demers et Feldman, 2016). On relève aussi un argumentaire pour une optimisation des services publics qui s'appuie sur des principes de reddition de compte (Contandriopoulos, Denis, Langley et Valette, 2004 ; De Gaulejac, 2006). Ce discours de la productivité influence la pratique de l'ergothérapeute en SAD en favorisant les activités cliniques correspondant aux exigences de l'organisation au détriment d'une pratique holiste, centrée sur les priorités des usagers (Carrier, Levasseur, Freeman et Desrosiers, 2016). Les conditions dans lesquelles les ergothérapeutes en SAD doivent évoluer aujourd'hui sont peu propices au respect des valeurs contemporaines de l'ergothérapie (Hébert *et al.*, 2002 ; OEQ, 2017).

La profession d'ergothérapeute s'appuie sur plusieurs valeurs et principes. On retrouve notamment l'holisme, la pratique centrée sur le client et l'utilisation de l'activité signifiante (Townsend, 2002). Une enquête réalisée en 2002 au Québec auprès de 249 ergothérapeutes exerçant en CLSC a montré qu'il existait déjà à ce moment un décalage entre la pratique professionnelle effective et les principes et valeurs théoriques à la base de l'ergothérapie (Hébert *et al.*, 2002). L'examen du contexte actuel de changement au sein du réseau de la santé vient renforcer les préoccupations déjà relevées (Carrier *et al.*, 2016). En effet, une étude qualitative récente portant sur le raisonnement clinique des ergothérapeutes exerçant en SAD ($n = 10$ ergothérapeutes) a montré que ce décalage est toujours présent et affecte la qualité des services offerts (Carrier *et al.*, 2016).

À plusieurs reprises, des ergothérapeutes ont manifesté leurs inquiétudes face au risque de perdre le sens de leur travail en pratique communautaire (Étienne, 1983 ; Hébert *et al.*, 2002 ; Thibeault, 2002). Anne Étienne, une pionnière de l'ergothérapie au Canada, dénonçait déjà ce phénomène il y a plus d'une trentaine d'années (Étienne, 1983) et refusait de voir l'intervention en ergothérapie être réduite sur les seules bases de l'efficience et de la réduction des coûts (Thibeault, 2002).

Toute activité, incluant l'activité de travail que représente la pratique professionnelle ergothérapique, peut être décrite comme signifiante pour un individu donné lorsqu'elle aboutit à une expérience subjective positive. Plusieurs facteurs contribuent à déterminer si une activité sera ou non signifiante. Certains auteurs relèvent des facteurs tels que le sentiment d'avoir mené à bien une tâche (Persson, Erlandsson, Eklund et Iwarsson, 2001), le sentiment d'être valorisé par autrui, d'être « en contrôle » (Eakman, 2012), ainsi que la possibilité d'actualiser ses valeurs et principes à travers l'action (Eakman, 2014 ; Goldberg, Brintnell et Goldberg, 2002 ; Hammell, 2004).

Le contexte particulier dans lequel prend place l'ergothérapie communautaire a amené quelques auteurs à s'y intéresser. Ainsi, la pratique concrète des ergothérapeutes œuvrant dans la communauté fut notamment étudiée du point de vue de sa congruence avec les différents principes éthiques (Opacich, 1997), ou encore de son adéquation avec les principes et les philosophies à la base de l'ergothérapie (Hébert *et al.*, 2002). Récemment, une étude s'est intéressée à l'influence de la reddition de compte sur le raisonnement clinique des ergothérapeutes pratiquant en SAD (Carrier *et al.*, 2016). Toutefois, à notre connaissance, aucune étude ne s'est encore penchée sur la perspective même de ces ergothérapeutes pratiquant en SAD quant au sens qu'ils donnent à leur travail. L'objectif de cette étude est d'explorer le sens que les ergothérapeutes accordent à leur activité de travail et à leur pratique professionnelle en SAD, selon leur propre perspective.

MÉTHODES

Dispositif de l'étude

La présente étude se base sur un devis qualitatif de type recherche descriptive interprétative (Gallagher, 2014). Ce devis permet d'explorer les phénomènes et de rendre compte de leurs significations dans leurs contextes selon les points de vue des participants (Sandelowski, 2000 ; Thorne, Kirkham et O'Flynn-Magee, 2008). Compte tenu de l'objectif de cette recherche qui est d'explorer le sens que les ergothérapeutes accordent à leur travail dans le contexte particulier de pressions organisationnelles dans les services de SAD du Québec, ce devis s'avère le plus approprié (Fortin, 2010).

Participants

Un échantillonnage non probabiliste a été effectué par volontariat (Fortin, 2010). Une invitation courriel contenant les formulaires d'information, de consentement et de recueil des données sociodémographiques a été envoyée via la liste de diffusion disponible pour les projets de fin d'études des étudiants en ergothérapie (c'est-à-dire la base de données de formation continue de l'Université de Montréal). La participation à des entretiens individuels était proposée aux ergothérapeutes œuvrant dans un programme de soutien à domicile depuis plus de six mois. Toutes les personnes ayant répondu positivement à l'invitation ont été incluses dans l'étude. Par la suite, pour approfondir l'influence des éléments contextuels sur le sens de la pratique des ergothérapeutes, un

établissement où des réorganisations administratives conséquentes avaient cours a été repéré. L'ensemble des ergothérapeutes de cet établissement ont été sollicités afin de participer à des groupes de discussion focalisée. La participation aux entretiens individuels et aux groupes de discussion focalisée était proposée sur une base exclusivement volontaire.

Collecte de données

Une démarche itérative de collecte, d'analyse thématique et d'interprétation de données qualitatives a été réalisée. La collecte de données a été effectuée sous la forme d'entretiens individuels et d'un groupe de discussion focalisée. Un enregistreur vocal a systématiquement été utilisé. Les entretiens individuels et de groupe ont été menés par le premier auteur de l'étude, dans le cadre de la réalisation de son projet de maîtrise en ergothérapie.

Les entretiens individuels étaient semi-dirigés et d'une durée approximative d'une heure. Ces entretiens ont eu lieu entre les mois de mars et juin 2014. Les questions d'intérêt pour la recherche ont été transmises aux ergothérapeutes avant l'entretien afin de leur permettre d'amorcer une réflexion préalable. Un guide d'entretien semi-structuré a été élaboré par les deux premiers auteurs de l'étude. Pour préparer les questions du guide d'entretien, ceux-ci se sont appuyés sur les éléments théoriques identifiés dans la littérature comme étant reliés au sens du travail, comme par exemple la possibilité d'actualiser ses valeurs et principes à travers l'action (Eakman, 2014 ; Goldberg *et al.*, 2002 ; Hammell, 2004). Le guide a été prétesté auprès d'une ergothérapeute ayant plusieurs années d'expérience en SAD. Dans l'esprit du devis itératif, ce guide a été revu et bonifié avant de procéder aux entretiens subséquents.

Les thèmes dégagés de la première analyse des verbatim des entretiens individuels ont été utilisés pour structurer un guide d'entretien pour les échanges du groupe de discussion focalisée. Le groupe de discussion d'une durée approximative de 90 minutes avait pour but d'approfondir et de valider les thèmes dégagés suite aux entretiens individuels. Parce qu'il suscite des échanges ouverts, le groupe de discussion focalisée permet également une compréhension approfondie de l'expérience des participants (Desrosiers et Larivière, 2014). Les entretiens de groupe ont eu lieu entre les mois de mai et juillet 2015.

Analyse des données

L'analyse des données a suivi le processus proposé par Miles, Huberman et Saldaña (2014), dans Gallagher (2014). Les données ont d'abord été transcrites dans leur intégralité et ont été lues à plusieurs reprises par les trois premiers auteurs afin d'en dégager les sous-thèmes. Les sous-thèmes similaires ont ensuite été classés sous différents thèmes généraux (Paillé et Mucchielli, 2016). Lors de l'identification des thèmes, les désaccords ont été discutés jusqu'à l'obtention d'une compréhension commune entre les auteurs.

Ensuite, les sous-thèmes ont été mis en lien avec la théorie du domaine, ici le Modèle de l'occupation humaine (MOH) (Kielhofner, 2009), selon ses trois grands axes, soit *l'Être*, *l'Agir* et le *Devenir*. Le MOH a été choisi pour structurer et faciliter l'analyse

des données compte tenu de sa proximité avec la subjectivité des individus. Il s'agit d'un modèle axé sur le sens que revêt l'occupation.

Finalement, un compte rendu des thèmes dégagés à partir des entretiens individuels a été envoyé à tous les participants, qui pouvaient par la suite modifier, retirer, clarifier ou bonifier les interprétations découlant du processus d'analyse des données. Ils devaient ultimement valider le compte rendu, à savoir confirmer que celui-ci rendait bien compte des propos transmis.

Considérations éthiques

Les entrevues et le groupe de discussion focalisée se sont déroulés sur le temps personnel des ergothérapeutes afin de ne pas créer d'impacts négatifs sur l'offre de service de leurs établissements. Il n'y avait aucun risque ou inconfort anticipé pour les participants. Il n'y avait aucune compensation offerte aux participants. La recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal (Numéro d'autorisation : 14-029-CERES-D).

RÉSULTATS

Au total, neuf ergothérapeutes ont accepté de participer au projet (voir tableau 1). Les participants avaient entre six mois et trente ans d'expérience de pratique en SAD. Les trois ergothérapeutes ayant participé aux entrevues individuelles étaient toutes de sexe féminin. Une personne a manifesté son désir de participer à l'étude, mais s'est désistée en invoquant une surcharge de travail.

Six ergothérapeutes du programme de SAD d'un même CLSC ont participé par la suite à un groupe de discussion focalisée.

Au terme de la synthèse des données, 12 thèmes ont été dégagés de l'analyse des verbatim (voir tableau 2). Ces 12 thèmes ont été regroupés suivant le MOH (Kielhofner, 2009).

Dans le MOH, la dimension de l'*Être* recouvre notamment l'aspect de la volition. La volition est liée au système de valeurs d'un individu, à ce qui s'avère porteur de sens à ses yeux (Kielhofner, 2009). Cette section regroupe les thèmes traitant des facteurs de motivation face à l'activité de travail. L'*Agir* est la dimension du MOH qui inclut les concepts de participation et de rendement (Kielhofner, 2008 ; Kielhofner, 2009). Elle permet ici de regrouper les thèmes faisant état des actions concrètes que les ergothérapeutes posent pour travailler en respectant leurs valeurs professionnelles. Le *Devenir*, la dimension du MOH où est reconnu le caractère évolutif de la vie humaine, regroupe ici ce que les participants espèrent et redoutent pour l'avenir de leur profession au sein des programmes de SAD.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

| Participants ^a | Sexe | Âge (années) | Années d'expérience | Milieu | Type de services en SAD ^b |
|---------------------------|------|--------------|---------------------|-------------|--------------------------------------|
| P1 | F | 20-35 | 5-15 | Semi-urbain | Suivi long terme ^c |
| P2 | F | 35-55 | + de 15 ans | Semi-urbain | Suivi long terme |
| P3 | F | 55-65 | + de 15 ans | Urbain | Évaluation-orientation ^d |
| P4 | F | 20-35 | 0-5 | Urbain | Suivi long terme |
| P5 | M | 20-35 | 0-5 | Urbain | Suivi long terme |
| P6 | F | 35-55 | 5-15 | Urbain | Suivi long terme |
| P7 | F | 35-55 | + de 15 ans | Urbain | Suivi long terme |
| P8 | M | 35-55 | 0-5 | Urbain | Suivi long terme |
| P9 | F | 35-55 | + de 15 ans | Urbain | Évaluation-orientation |

^a P1 à P3 : participation aux entrevues ($n = 3$), P4 à P9 : participation au groupe de discussion focalisée ($n = 6$)

^b SAD : soutien à domicile

^c 1 à 3 rencontres afin d'évaluer les besoins du client et d'orienter les services

^d 4 à 12 semaines d'intervention ou suivi mensuel sur plusieurs années

Tableau 2 : Synthèse des thèmes regroupés selon le Modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2009)

| Dimensions | Thèmes |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Être | L'authenticité de l'intervention à domicile La perspective historique Les perspectives réductionnistes actuelles Les processus administratifs envahissants Les limitations occasionnées par les outils de travail désuets La surcharge de travail et les pressions de performance |
| Agir | Le choix de se regrouper pour mieux revendiquer Le rôle de mentor Le contournement des règles |
| Devenir | La perte de l'aspect communautaire L'effritement du rôle de l'ergothérapeute comme professionnel Le vœu de développer la profession |

Dimension de l'Être

L'authenticité de l'intervention à domicile

Tous les participants ont exprimé de la satisfaction et de l'intérêt vis-à-vis de l'intervention en ergothérapie réalisée au domicile du client. Ce contexte de soins a été relevé comme étant particulièrement congruent à la nature même du travail de l'ergothérapeute.

« [...] travailler dans la vraie vie, avec les vrais problèmes... c'est ce qui se rapprochait le plus des valeurs de la profession... j'étais consciente qu'en travaillant dans le milieu de vie, on se rapprochait des activités plus significatives pour nos clients » (P1).

Des propos similaires ont été tenus lors du groupe de discussion.

« Pouvoir travailler dans le milieu de vie réel, c'est une des premières raisons qui fait que je travaille en SAD » (Groupe de discussion : GD).

La perspective historique

Toutes les ergothérapeutes de plus de quinze ans d'expérience ont mentionné avoir eu davantage de marge de manœuvre dans les débuts de leur carrière. Elles ont apprécié de bénéficier d'une très grande autonomie professionnelle et de pouvoir déterminer elles-mêmes leur rôle au sein des programmes de soutien à domicile.

« [...] c'était intéressant de monter un service en fonction de notre vision propre, que nous avions de l'ergothérapie [...] » (P3).

Le programme de SAD était alors perçu par ces ergothérapeutes comme un acteur fort du secteur communautaire.

« [...] au début là... je faisais des interventions à domicile, à l'école... Je faisais des interventions dans des ateliers protégés... Le domicile n'étant pas uniquement le domicile, c'était aussi tous les endroits où la personne vivait » (P3).

Les ergothérapeutes interrogés ont également souligné qu'il s'agissait alors de pouvoir œuvrer en prévention, en « amont des problèmes », ce qui a été décrit comme étant particulièrement significatif.

Les perspectives réductionnistes actuelles

Les ergothérapeutes consultés déplorent la restriction du champ d'intervention occasionnée par l'imposition de critères de productivité.

« [...] Au niveau de l'administration, la composante organisationnelle, ça a changé. Donc, c'est des clients où il faut premièrement intervenir pour désengorger les hôpitaux. Il y a plus une pression de la production. Ce n'est pas la question de travailler plus ou de travailler moins, mais c'est de restreindre nos interventions pour voir plus de clients... [...] Et là, ça, ça n'existe plus. La prévention, ça n'existe plus » (P2).

Une participante décrit ce phénomène de restriction des interventions comme en étant un de « médicalisation du SAD », soit un processus où les interventions sont de

plus en plus limitées à des enjeux d'intégrité physique « essentiels ». La description est partagée par les autres participants.

« Je pense que c'est ça l'élément important. Au niveau de la qualité de vie, c'est comme si on n'arrive à s'intéresser qu'aux aspects les plus urgents. [...] on met le focus sur la santé physique, puis... on met de côté les autres éléments importants qui seraient pertinents pour atteindre un équilibre de vie... » (P1).

Une participante relève sa propre confrontation aux limites de l'intervention :

« Cet été, j'ai reçu plusieurs références avec un volet d'accessibilité au balcon, pour des personnes à mobilité réduite... et je me suis fait dire de ne pas tenir compte de ces aspects des références, qu'on ne faisait pas ça au SAD... C'est dommage... c'est significatif pour la personne de pouvoir accéder à son balcon, passer du temps dehors l'été... » (GD).

Le travail dans ce contexte marqué par les restrictions est perçu négativement par les ergothérapeutes. Une participante relève par ailleurs que ces restrictions prennent souvent place sans réflexion préalable et sans consultation :

« Il n'y a pas de lieux de discussion... Il n'y a pas de lieu de réflexion et de développement... [...] Pour se questionner sur notre pratique... Pour défendre la profession... Ça ne se fait pas sur le terrain je dirais [...] Il y a une perte de sens, on devient de plus en plus... comme des pions. [...] on devient des exécutants, on ne nous demande pas de réfléchir » (P1).

Lors du groupe de discussion focalisée, des frustrations à l'égard du manque de transparence de la part des organisations de santé ont été exprimées. Ces dernières n'informent pas correctement la population par rapport aux diminutions des offres de service selon les ergothérapeutes du groupe de discussion.

Les processus administratifs envahissants

Tous les participants ont rapporté une lourdeur des tâches à caractère administratif. Plusieurs ont souligné les ressources considérables requises pour démontrer l'éligibilité d'un client aux différents programmes de financement. Il était déplorable selon eux que dans certains cas, le coût financier associé à cette démonstration dépasse celui du service ou de l'équipement demandé.

La production des données statistiques est également évoquée comme une tâche chronophage sans réelle pertinence clinique.

« [...] la gestion des statistiques, c'est une heure par semaine de suivis qui ne sont pas faits parce qu'on a à rendre compte dans le détail de nos interventions. En même temps, le détail n'est pas significatif. Si je devais rendre compte dans le détail de mon travail pour permettre une meilleure compréhension de ce qu'on fait... ça aurait du sens... Mais les informations statistiques demandées ne rendent pas bien compte de notre travail. [...] c'est juste des chiffres, on joue avec les chiffres pour aller chercher des subventions. Ça n'a plus de sens » (P1).

Les changements fréquents dans les programmes d'attribution des aides techniques ajoutent à la complexité de ces tâches.

« Les critères d'éligibilité changent constamment, ça amène une lourdeur... les informations peuvent être contradictoires, c'est rarement clair » (GD).

De même, le processus d'attribution des moyens auxiliaires s'alourdit et laisse moins de place et de temps à la pratique signifiante de l'ergothérapeute.

« Quand je me vois prendre trois quarts d'heure pour aller voir la secrétaire, qui me réfère après au chef de programme, qui me réfère après à une autre personne pour être capable de compléter une demande... Au fond, ce que j'aimerais c'est dire : "Moi, je recommande telle affaire" là [rires]. Le reste, ce n'est pas ergo » (P3).

Les limitations occasionnées par les outils de travail désuets

Tous les participants ont évoqué les outils informatiques comme étant une source de pénibilité dans le travail à un moment ou à un autre. Le manque de raffinement des formulaires informatiques a été décrit comme étant une source de frustration et de perte de temps importante.

« [...] maintenant, on écrit nos notes d'évolution à l'informatique [...] Et ce système-là, il n'y a aucune possibilité de formatage de l'information. [...] ce n'est pas du tout sophistiqué. Quand on sait comme tout ça pourrait rendre le travail efficace... alors moi j'ai énormément de pertes de temps avec toutes ces affaires-là » (P2).

Alors qu'ils sentent qu'on leur en demande beaucoup pour optimiser leurs propres interventions, ils déplorent de devoir évoluer dans des environnements qui vont à l'encontre d'une telle requête.

« Et on est deux à travailler avec un seul ordinateur, ça fait que si ma collègue est là, moi le suivi que je veux faire, je ne peux pas le faire. Ça, c'est des grosses sources de frustration. On nous demande d'être plus efficaces, mais on ne nous donne pas les outils » (P1).

La surcharge de travail et les pressions de performance

Tous les participants ont exprimé ressentir de fortes pressions de performance dans le travail. Ces pressions peuvent être d'une part extrinsèques, lorsque l'employeur émet des demandes directes à l'effet d'augmenter les performances statistiques, ou de réduire les délais de prise en charge.

« On vient de parler de plein de choses qui ne fonctionnent pas bien... L'informatique, le matériel... le manque de communication entre les organismes payeurs... il n'y a rien qui se fait pour changer et à nous, on nous demande "Sois plus productif!", "Prends plus de dossiers!". Oui, j'ai l'impression que j'écope d'une surcharge, et que je ne vois pas le réseau de santé s'organiser et prendre des mesures pour y remédier » (GD).

Certains ergothérapeutes ont exprimé ressentir une grande pression personnelle, qui survient lorsqu'ils anticipent les conséquences des délais à l'intervention pour les clients.

« [...] La frustration, c'est qu'on voit les besoins immenses, on voit que le réseau n'est pas efficace, que le réseau n'arrive pas à se structurer de manière optimale, et que c'est nous qui écopons tout le temps avec la surcharge [...] » (P1).

Dimension de l'Agir

Le choix de se regrouper pour mieux revendiquer

Plusieurs des ergothérapeutes rencontrés ont dit s'investir activement pour tenter de remédier aux approches réductionnistes et diminuer les pressions extrinsèques de performance. La mobilisation syndicale a été citée comme un levier en ce sens.

« [...] On ne cherche pas à connaître notre point de vue, on ne cherche pas à développer la profession. On nous demande vraiment de répondre à des besoins très précis... en fonction des demandes qu'on reçoit... et moi ça va jusqu'au point que là, je me suis impliquée dans le syndicat... Puis finalement, je trouve plus de sens à mon travail avec mon implication syndicale, pour défendre la santé des travailleurs... » (P1).

Plusieurs ergothérapeutes ont par ailleurs indiqué privilégier des approches de groupe afin de se représenter et de faire valoir leurs points de vue auprès de leurs supérieurs hiérarchiques.

« Moi je pense que le seul pouvoir qu'on a, le seul que j'identifie, c'est d'adresser [*sic*] des problèmes en équipe face aux gestionnaires. Dès que c'est en individuel, on est perdants » (GD).

Ces interactions avec les représentants managériaux ont généralement été décrites comme pouvant être instigatrices de tensions sur le milieu de travail.

« [...] Mais si je regarde les autres ergothérapeutes, quelqu'un qui est trop revendicateur, quelqu'un qui s'affirme peut être mal perçu. Et il y a toute la question de la relation avec l'employeur qui peut être problématique » (P2).

Le rôle de mentor

Plusieurs ergothérapeutes d'expérience ont indiqué offrir du soutien auprès des nouveaux ergothérapeutes pour éviter que ces derniers soient « contaminés » par les approches dites réductionnistes :

« [...] je pense que les plus âgés doivent jouer un rôle de mentor par rapport aux jeunes [...] parce que c'est facile d'expédier des évaluations » (P2).

Le mentorat est vu par les participants comme un moyen de transmettre leur engagement à l'égard de la pratique en SAD :

« Je me dis c'est des nouveaux, ce serait bien qu'ils aiment la profession d'ergo en SAD... qu'ils restent et qu'ils ne soient pas déçus ! » (GD).

Les ergothérapeutes ont toutefois ajouté que la pratique de mentorat n'est pas valorisée ou soutenue par les organisations.

« C'est explicitement découragé qu'on le fasse par contre... c'est explicitement nommé qu'ils ne veulent pas qu'on s'implique comme coach auprès des nouveaux... » (GD).

Le contournement des règles

Les participants ont évoqué le fait que pour pouvoir mettre en œuvre des plans d'intervention jugés plus complets, ils pouvaient décider d'aller à l'encontre des directives émises par leur établissement. Également, certains ont indiqué avoir développé des stratégies pour court-circuiter les processus administratifs qu'ils jugent abusifs.

Un ergothérapeute nuance toutefois : « Avant, je te dirais qu'on avait plus d'opportunités de travailler en marge des règles, des balises d'offres de services... mais maintenant, il y a des mesures de contrôle qui ont été mises en place et qui ne nous permettent plus de le faire » (GD).

Dimension du Devenir

La perte de l'aspect communautaire

Alors qu'il y a déjà un sentiment que le rôle communautaire se perd à l'intérieur des approches réductionnistes, plusieurs participants ont fait part de leurs craintes quant à une poursuite de ce processus.

« [...] tu veux dire quelque chose qui me fait peur là ? [...] Eh bien, c'est l'approche réductionniste. C'est que les CLSC deviennent des hôpitaux... puis qu'on perde le rôle communautaire... » (P2).

L'effritement du rôle de l'ergothérapeute comme professionnel

Certains participants ont émis la crainte de voir leur rôle d'ergothérapeute devenir de plus en plus technique et de moins en moins analytique.

« [...] J'ai peur qu'à force de ne pas utiliser certaines compétences... par exemple, quand on a besoin de faire une approche où on a besoin de travailler plus avec la relation thérapeutique... le soutien, la motivation, l'engagement... et qu'on ne le fait pas... on va finir par perdre ces habiletés-là... » (GD).

Dans un même ordre de pensées, plusieurs participants ont soulevé le fait que dans les approches réductionnistes, le rôle de l'ergothérapeute pouvait être perçu de façon simpliste par le reste de l'équipe :

« [...] j'ai une crainte qu'on devienne des techniciens. Tantôt quand je te mentionnais là l'installation d'un siège de toilette puis l'enseignement pour le lève-personne... des fois on m'approche de cette façon-là. Si c'est urgent... on va me dire : "Ben là, [...] c'est juste pour aller installer un matelas spécialisé puis un siège de toilette surélevé" » (P3).

Ces craintes sont renforcées dans le discours des participants par le sentiment que l'ergothérapie demeure mal comprise par les individus qui ne sont pas issus de la profession.

Le vœu de développer la profession

En fin d'entrevue, plusieurs participants ont indiqué souhaiter un retour dans le temps à la profession telle qu'elle s'était initialement développée en SAD. Pour plusieurs, cela se concrétisait par une volonté d'intervenir davantage à titre préventif.

Certains ont renchéri en argumentant que le potentiel de l'ergothérapie demeure largement sous-exploité dans la pratique en SAD. À contre-pied de ce qui leur est demandé, les participants ont témoigné d'une volonté d'approfondir les offres de service et de développer de nouveaux moyens d'intervention. Selon plusieurs, des liens plus étroits avec les milieux universitaires seraient souhaitables à cet égard.

Les ergothérapeutes ont également indiqué qu'ils aimeraient être davantage mobilisés dans la détermination des stratégies visant à répondre plus efficacement aux besoins de la population.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'explorer le sens que les ergothérapeutes accordent à leur activité de travail et à leur pratique professionnelle en SAD, selon leur propre perspective. Questionner les ergothérapeutes sur le sens que revêt leur pratique et sur le respect de leurs valeurs et principes, a permis de mettre en lumière leur raisonnement critique face aux différents enjeux inhérents à la pratique actuelle en SAD au Québec.

L'étude des données issues du groupe de discussion focalisée et des entretiens individuels a permis de dégager trois idées principales. Tout d'abord, les ergothérapeutes sont conscients du décalage qui existe entre leur pratique professionnelle actuelle et les principes et valeurs théoriques à la base de l'ergothérapie. Ils sont critiques face au fait que les exigences actuelles du milieu de travail menacent le respect de leurs valeurs et principes et minent le sens de leur pratique quotidienne. En second lieu, les participants à l'étude ont identifié plusieurs stratégies qu'ils ont déployées afin de préserver au mieux le sens de leur pratique et faire en sorte de respecter leurs principes et valeurs. Finalement, les échanges sur leurs expériences et sur leurs points de vue ont permis aux participants du groupe de discussion focalisée de constater que leurs stratégies étaient approuvées et partagées par leurs pairs.

Être critique face au décalage entre la pratique professionnelle et les valeurs de l'ergothérapie

Les résultats obtenus dans la présente étude sont cohérents avec les problématiques qui sont identifiées par d'autres auteurs et auxquelles sont confrontés les ergothérapeutes œuvrant en SAD au Québec. La perte de sens qui en découle dans le travail rappelle la critique de la gestion contemporaine faite par De Gaulejac (2006). Ce dernier dénonçait notamment le peu de satisfaction qu'apportent des idéologies managériales préoccupées par des objectifs de production à des individus qui prêtent une plus grande valeur symbolique aux qualités humaines et au bien-être collectif (De Gaulejac, 2006).

Le discours des participants rend compte d'une perte de sens découlant d'une faible valorisation du travail par autrui, dans un système où la reddition de compte est exigeante et ne reflète pas réellement les services rendus en ergothérapie. Par ailleurs,

les pressions de performance et un contexte de surcharge de travail peuvent venir influencer négativement le sentiment de contrôle que l'ergothérapeute a sur son activité de travail, ce qui contribue également à en diminuer le sens (Eakman, 2012). Toutefois, la diminution de sens était surtout associée, dans le discours des ergothérapeutes, à un sentiment de ne pas avoir mené à bien une tâche clinique en ergothérapie. De façon récurrente, plusieurs des participants ont expliqué ce sentiment en faisant état de situations concrètes où ils considéraient ne pas être intervenus selon les valeurs et principes à la base de l'ergothérapie.

Alors que les schèmes de référence qui mettent en avant les valeurs d'holisme, d'approche centrée sur le client et d'activité signifiante et qui donnent un sens profond à la profession sont de plus en plus occultés dans le travail (Hébert *et al.*, 2002), il est possible d'observer à même les verbatim le phénomène décrit par Schön (1994), où un écart entre les théories de référence et le concret de la pratique peut générer un inconfort professionnel. Toute la question des enjeux moraux dans la pratique de l'ergothérapie en SAD (Opacich, 1997) et du sentiment de bien y accomplir ou non son travail (Mitchell et Unsworth, 2004) est également soulevée par les participants.

Un autre aspect important est également représenté par les craintes que les ergothérapeutes ressentent lorsqu'ils voient leur profession prendre une orientation de plus en plus « technique » au sein des équipes de SAD. De telles préoccupations recourent et actualisent les appréhensions émises par Anne Étienne (1983).

Les ergothérapeutes rencontrés ont dit adhérer pleinement aux principes d'holisme et d'activité signifiante et que ceci était directement en lien avec le fait de trouver du sens ou non à leur travail. Les ergothérapeutes ont rapporté poser des actions concrètes pour faire valoir ces principes. Ils aspirent à faire évoluer leur profession en défendant et en intégrant ces principes à leur pratique.

Développer des stratégies pour actualiser ses valeurs et principes à travers l'action

Les ergothérapeutes rencontrés souhaitent être des acteurs de changement dans leurs milieux, que ce soit en étant impliqués dans l'administration, ou encore en se mobilisant eux-mêmes collectivement à l'intérieur de rencontres professionnelles. À cet effet, les participants ont mis en place des rencontres régulières. Ces rencontres ont pour but de s'offrir un soutien mutuel face aux difficultés rencontrées et de dégager des pistes de solution pour faire face à ces difficultés. Les objectifs de telles rencontres, tels qu'exposés par les participants, sont de produire et de mettre en œuvre des recommandations concrètes afin de mieux gérer l'ampleur de la charge administrative et de créer des environnements de travail favorables à l'optimisation des activités cliniques et administratives. Selon eux, les bénéfices dégagés de tels processus permettent un plus grand investissement au niveau clinique et favorisent l'établissement d'une pratique davantage axée sur une vision de bien-être communautaire et sur les valeurs fondamentales de l'ergothérapie. Cette modalité de rencontre de groupe rejoint les recommandations d'un nombre important de recherches qui ont démontré que le soutien entre pairs est un moyen efficace de faire face à la surcharge de travail (Vézina, 2011). Ce

climat de groupe agit comme facteur de protection contre la détresse éthique vécue par les intervenants, nourrit l'esprit d'équipe et favorise la prise de décision partagée (Vézina, 2011). Le soutien social offert dans le cadre de ces rencontres sert d'assise à la consolidation de normes et valeurs communes qui sont ensuite partagées, défendues et promues au sein de la pratique professionnelle quotidienne.

En dépit des pressions organisationnelles dont souffrent différents aspects du travail aux yeux des ergothérapeutes rencontrés, le travail en SAD demeure une activité signifiante. De façon unanime, les ergothérapeutes ont évoqué des situations cliniques où il leur a été possible d'être plus près des besoins et des attentes du client en intervenant dans son milieu de vie. Ces situations cliniques viennent générer une motivation à poursuivre leur implication en SAD et renforcent leur conviction qu'il est plus signifiant d'intervenir dans le milieu réel du client.

Partager et transmettre des moyens pour préserver les valeurs de l'ergothérapie

Les ergothérapeutes rencontrés ont identifié des moyens permettant de préserver les valeurs de l'ergothérapie dans leur pratique et ils ont également souligné l'importance de faire connaître ces moyens à leurs pairs exerçant en SAD. Ainsi, les ergothérapeutes ont utilisé le mentorat comme un moyen de préserver leur autonomie professionnelle et de transmettre leurs valeurs et principes, particulièrement auprès des ergothérapeutes novices. En effet, les jeunes intervenants de différentes disciplines qui constatent un décalage entre les idéaux enseignés dans le milieu académique et la réalité de la pratique sur le terrain sont enclins à quitter leur emploi s'ils sentent que leur intégrité professionnelle est compromise et qu'ils ne peuvent faire ce qui est le mieux pour leurs patients (Tønnessen, Ursin et Brinchmann, 2017).

La promotion du rôle de l'ergothérapeute en SAD par des présentations cliniques auprès des autres professionnels et des différentes instances a aussi été identifiée comme une façon de faire reconnaître ces principes et valeurs. Enfin, les regroupements d'ergothérapeutes dans les communautés de pratique ou lors des colloques cliniques ont été identifiés comme des moyens de soutenir l'actualisation de ces principes.

Forces et limites de l'étude

L'étude qui a été menée présente plusieurs forces en ce qui a trait à la crédibilité, à la transférabilité et à la fiabilité. La crédibilité de l'étude a été assurée par la validation de l'analyse auprès des participants afin de s'assurer que l'expérience rapportée par les participants et le sens que le chercheur en dégage sont congruents (Savoie-Zajc, 2011). En ce qui concerne la transférabilité, l'échantillonnage non probabiliste par volontariat ne permet pas d'assurer la représentativité de l'échantillon. Toutefois, les participants recrutés étaient issus de trois milieux cliniques distincts en région urbaine au Québec. Bien que les CLSC constituent des institutions de soins communautaires uniques au Québec et que le contexte rural soit sous-représenté, les enjeux liés à la nouvelle gestion publique des soins de santé s'inscrivent dans une tendance mondiale et se retrouvent

dans divers contextes géographiques. La fiabilité de l'étude repose quant à elle sur un processus de thématisation rigoureux et sur la résolution des divergences d'analyse entre les chercheurs. Toutefois, un processus de codage suivi d'une thématisation indépendante à l'aveugle aurait ajouté à la fiabilité de l'étude (Miles et Huberman, 2003).

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'explorer le sens que les ergothérapeutes en SAD attribuent à leur travail clinique quotidien. L'aspect novateur de cette recherche tient à l'importance qu'elle accorde au point de vue des ergothérapeutes sur ce qui donne du sens à leur travail. Cette enquête qualitative interprétative a permis d'explorer la perspective unique des ergothérapeutes. Bien que les ergothérapeutes aient dit souffrir des pressions organisationnelles, ils trouvent des moyens pour que la pratique en SAD demeure signifiante pour eux.

Plusieurs des thèmes qui ont émergé lors de la présente étude soulèvent des questions critiques pour l'avenir de la profession dans le contexte de la pratique en SAD. Étant donné son influence prépondérante sur la question du sens dans le travail, le choc entre les priorités organisationnelles et les concepts fondamentaux en ergothérapie devrait être priorisé dans de futures études. Davantage de recherche permettrait également de déterminer le degré de généralisation des préoccupations émises dans la présente étude au sein de la population des autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire en SAD. Par ailleurs, les limites administratives et organisationnelles ainsi que les pressions de performance rapportées par les participants peuvent contribuer à fragiliser leur état de santé. La qualité de vie au travail et la santé mentale des professionnels doivent faire l'objet d'un plus grand intérêt de la part des milieux de recherche. Finalement, il serait sans doute pertinent de réaliser des études similaires auprès des ergothérapeutes qui œuvrent dans d'autres contextes de soins, comme par exemple en santé mentale où le suivi en communauté est une approche prépondérante qui comporte son lot de contraintes.

Les ergothérapeutes consultés ont dénoncé les impacts des pressions organisationnelles sur leur capacité à exercer leur travail de façon congruente aux valeurs et principes à la base de leur profession. Les ergothérapeutes doivent parfois aller à l'encontre des règles institutionnelles pour faire valoir des préoccupations cliniques qu'ils considèrent comme incontournables et pour se sentir en accord avec la qualité des soins qu'ils dispensent. En dépit des aspects de leur travail jugés problématiques, les ergothérapeutes continuent à trouver du sens à celui-ci et à la possibilité d'intervenir dans le milieu de vie de leurs usagers.

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier tous les participants à l'étude ainsi que l'Université de Montréal pour le soutien logistique dans le processus de recrutement.

FINANCEMENTS

Le projet ne bénéficiait d'aucune source de financement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A. et Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. *Santé publique*, 28(6), 769-780. doi:10.3917/spub.166.0769
- Christiansen, C. (1997). Acknowledging a spiritual dimension in occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(3), 169-172. doi:10.5014/ajot.51.3.169
- Contandriopoulos, D., Denis, J.-L., Langley, A. et Valette, A. (2004). Governance structures and political processes in a public system: Lessons from Quebec. *Public Administration*, 82(3), 627-655. doi:10.1111/j.0033-3298.2004.00410.x
- De Gaulejac, V. (2006). L'idéologie managériale comme perversion sociale (p. 189-206). Dans Joyce Aïn (dir.), *Perversions. Aux frontières du trauma* (p. 189-206). Toulouse : Érès.
- Desrosiers, J. et Larivière, N. (2014). Le groupe de discussion focalisée : application pour recueillir des informations sur le fonctionnement au quotidien des personnes avec un trouble de la personnalité limite (p. 257-304). Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 257-304). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Eakman, A. M. (2012). Measurement characteristics of the Engagement in Meaningful Activities Survey in an age-diverse sample. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(2), e20-e29. doi:10.5014/ajot.2012.001867
- Eakman, A. M. (2014). A prospective longitudinal study testing relationships between meaningful activities, basic psychological needs fulfillment, and meaning in life. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 34(2), 93-105. doi:10.3928/15394492-20140211-01
- Étienne, A. L. (1983). L'approche globale : poncif ou réalité ? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 50(5), 177-181. doi:10.1177/000841748305000509
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (collaboration J. Gagnon ; 2^e éd. ; 1^{re} éd. 2006). Montréal : Chenelière Éducation.
- Gallagher, F. (2014). *La recherche descriptive interprétative. Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Sherbrooke : Les Presses de l'Université du Québec.
- Gaumer, B. et Desrosiers, G. (2004). L'Histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du système. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 52-70.
- Goldberg, B., Brintnell, E. S. et Goldberg, J. (2002). The relationship between engagement in meaningful activities and quality of life in persons disabled by mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 18(2), 17-44. doi:10.1300/J004v18n02_03
- Hammell, K. W. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 296-305. doi:10.1177/000841740407100509

- Hébert, M., Maheux, B. et Potvin, L. (2002). Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 31-39. doi:10.1177/000841740206900103
- Kielhofner, G. (2008). Dimensions of doing. Dans G. Kielhofner (dir.), *Model of Human Occupation : Theory and Application* (4^e éd., p. 101-109). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice* (4^e éd.). Philadelphie, PA : F. A. Davis.
- Maioni, A. (2001). *Emerging Solutions: Quebec's Clair Commission Report and Health Care Reform*. Canadian Policy Research Networks, CPRN/RCRPP.
- McCull, M. A. (1998). What do we need to know to practice occupational therapy in the community? *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(1), 11-18. doi:10.5014/ajot.52.1.11
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Paris : De Boeck.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Mitchell, R. et Unsworth, C. A. (2004). Role perceptions and clinical reasoning of community health occupational therapists undertaking home visits. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51(1), 13-24. doi:10.1111/j.1440-1630.2004.00372.x
- Opacich, K. J. (1997). Moral tensions and obligations of occupational therapy practitioners providing home care. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(6), 430-435. doi:10.5014/ajot.51.6.430
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2017). *Position de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec sur les services de soutien à domicile : huit conditions pour une dispensation optimale de services aux aînés, en temps opportun et en continuité*. Repéré à : http://www.oeq.org/DATA/ACTUALITE/7~v~oeqmsss_memoire_soutien-adomicile_versionjuillet2017.pdf
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Persson, D., Erlandsson, L. K., Eklund, M. et Iwarsson, S. (2001). Value dimensions, meaning, and complexity in human occupation—A tentative structure for analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(1), 7-18. doi:10.1080/11038120119727
- Polatajko, H. J. et Townsend, E. A. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, and Justice Through Occupation*. Ottawa, ON : CAT Publications ACE.
- Raymond, M. H., Demers, L. et Feldman, D. E. (2016). Waiting list management practices for home-care occupational therapy in the province of Quebec, Canada. *Health & Social Care in the Community*, 24(2), 154-164. doi:10.1111/hsc.12195
- Sandelowski, M. (2000). Focus on Research Methods—Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health*, 23(4), 334-340. doi:10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G
- Savoie-Zajc, L. (2011). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation* (p. 123-146). Saint-Laurent : Éditions ERPI.
- Schön, D. A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.
- Thibeault, R. (2002). In praise of dissidence: Anne Lang-Etienne (1932-1991). Muriel Driver Memorial Lecture. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 197-204. doi:10.1177/000841740206900403
- Thorne, S., Kirkham, S. R. et O'Flynn-Magee, K. (2008). The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), 1-11. doi:10.1177/160940690400300101
- Tønnessen, S., Ursin, G. et Brinchmann, B. S. (2017). Care-managers' professional choices: Ethical dilemmas and conflicting expectations. *BMC Health Services Research*, 17(1), 630. doi:10.1186/s12913-017-2578-4
- Townsend, E. (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, ON : Publications ACE.
- Vézina, M. (2011). La détresse éthique. *Le partenaire*, 20(1), 20-21.
- Von Zweck, C. (2004). Perspective nationale. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(3), 135-137. doi:10.1177/000841740407100303

ANNEXE

Canevas d'entretien individuel

- Qu'est-ce qui vous a initialement motivé à vous diriger vers l'exercice de l'ergothérapie en SAD ?
- Pouvez-vous me donner des exemples d'activités que vous accomplissez dans votre travail et qui vous donnent l'impression de faire ce pour quoi vous êtes devenu ergothérapeute ?
- Quels sont les aspects de votre rôle d'ergothérapeute que vous aimez faire ou que vous aimeriez faire davantage ?
- Pouvez-vous me donner des exemples de choses que vous faites et que vous trouvez non pertinentes au travail clinique, que vous n'aimez pas faire ou qui prennent trop de place ?
- Est-ce qu'il vous arrive de vous dire « Il me semble que j'aurais voulu aussi pouvoir faire... pour faire une bonne intervention en ergothérapie avec ce client » ?
- Y a-t-il des choses que vous espérez pour le futur de la pratique de l'ergothérapie en SAD ?



PRATIQUE CENTRÉE SUR LA PERSONNE DANS UN CONTEXTE DE RÉFORME : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE AUPRÈS D'ERGOTHÉRAPEUTES QUÉBÉCOIS

Véronique Tremblay¹, Martine Brousseau²

¹ Étudiante à la maîtrise en ergothérapie, Département d'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 : veronique.tremblay3@uqtr.ca

Reçu le 15.01.2018 – Accepté le 11.09.2019

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.v6n1.102

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



RÉSUMÉ

Peu d'études empiriques ont examiné la pratique centrée sur la personne des ergothérapeutes en tenant compte du contexte de la santé et des services sociaux. À la suite des réorganisations administratives au Québec, les ergothérapeutes font face au défi de maintenir les meilleures pratiques dans leur milieu. Comment est-il possible de maintenir une pratique centrée sur la personne dans un tel contexte ? Par conséquent, l'objectif de la présente étude est de décrire les perceptions d'ergothérapeutes québécois de leur pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel des restructurations du réseau de la santé et des services sociaux. Une étude exploratoire descriptive a été réalisée via un sondage à l'aide d'un questionnaire électronique. Cent-huit ergothérapeutes québécois, âgés de 25 à 56 ans, ont répondu au sondage. Une majorité des répondants partagent l'opinion qu'ils font face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de leur programme (72,2 %), qu'ils doivent évaluer les patients, intervenir auprès d'eux et les transférer à un rythme plus rapide (72,2 %), sont contraints de donner des services morcelés à la clientèle (67,6 %) et font face à des incertitudes quant à leur rattachement à un programme (60,2 %), ce qui décrit en partie leur perception du contexte dans lequel ils travaillent. Parmi les répondants, 25,3 % ne considèrent pas avoir une pratique centrée sur la personne. L'étude a montré que certains éléments de la pratique centrée sur la personne sont difficiles à mettre en pratique, soit : impliquer les proches du patient pendant tout le processus, que le patient établisse ses propres objectifs et adopter une perspective écologique de celui-ci.

MOTS-CLÉS

Pratique centrée sur la personne, Ergothérapie, Perception, Restructuration, Réseau de la santé et des services sociaux, Ergothérapeutes québécois

PERSON-CENTERED PRACTICE IN A CONTEXT OF REFORM: AN EXPLORATORY STUDY OF QUEBEC OCCUPATIONAL THERAPISTS

ABSTRACT

Few empirical studies have examined the practice of occupational therapists within the context of health services. Following administrative reorganizations in Quebec, occupational therapists face the challenge of maintaining best practices in their community. How is it possible to maintain a person-centered practice in such a context? Therefore, the objective of this study is to describe the perceptions of occupational therapists in Quebec about their person-centered practice in the current context of health system reorganization. A descriptive exploratory study was conducted via a survey using an electronic questionnaire. 108 occupational therapists from Quebec, aged 25 to 56, completed the survey. Respondents agree that they face fluctuating explanations for organizing services within their program (72,2%), need to assess, intervene and transfer patients at a faster pace (60,2%), are forced to provide fragmented services to clients (67,6%) and face uncertainties about their attachment to a program (60,2%), what describe their perception of the context in which they work. Among the respondents, 25,3% do not consider having a person-centered practice. The study has shown that some elements of the person-centered practice are difficult for respondents to implement: patient's relatives being engaged throughout the whole process, patient sets his own objectives and therefore adopting an ecological perspective.

KEYWORDS

Person-centered practice, Occupational therapy, Perception, Restructuration, Health care system, Quebec, Occupational therapists

INTRODUCTION

Les systèmes de santé dans le monde entier se réorganisent de façon périodique dans le but de fournir des services aux citoyens avec le plus d'efficacité possible. Celui du Québec n'y échappe pas (Grenier et Bourque, 2014). La récente réforme du système de santé a entraîné la centralisation des services, notamment par la suppression d'un palier administratif, l'abolition des agences régionales et la fusion de 182 Centres de santé et de services sociaux (CSSS) en 28 entités (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). Cette restructuration a fait beaucoup de remous. À cet égard, la Coalition solidarité santé (CSS), qui a pour mission de défendre les grands principes qui ont mené à la mise sur pied du système de santé québécois, a effectué une revue médiatique concernant la récente restructuration (Coalition solidarité santé, s. d.). Celle-ci a dénombré un total de 948 éditoriaux témoignant de l'impact de la restructuration sur les travailleurs de la santé ainsi que sur les services donnés aux citoyens. Les inquiétudes des syndicats, l'épuisement des cadres et des infirmières, la détérioration du climat de travail sont des sujets abordés dans les éditoriaux. Par ailleurs, à la fois un sondage réalisé auprès de 6980 travailleurs de la santé par l'Alliance du personnel technique et professionnel de la santé et des services sociaux (APTS) et un mémoire conjoint de plusieurs ordres professionnels (Mémoire interordres, 2014) ont relevé la question du maintien des bonnes pratiques par les professionnels de la santé dans un contexte de réorganisation, compte tenu de l'impact sur la santé psychologique des travailleurs (APTS, 2017 ; Mémoire interordres, 2014). Les meilleures pratiques en ergothérapie sont-elles appliquées dans le contexte de la dernière restructuration ? Parmi ces meilleures pratiques, la pratique centrée sur la personne apparaît comme un incontournable. La pratique centrée sur la personne en ergothérapie est-elle toujours possible dans le contexte actuel des services de santé ? Le présent article présente les résultats d'une étude empirique réalisée auprès d'ergothérapeutes québécois visant à répondre à cette question de recherche.

RECENSION DES ÉCRITS

Les meilleures pratiques en ergothérapie reposent sur les fondements théoriques de la profession, et l'une d'elles est la pratique centrée sur la personne (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012). Des preuves scientifiques de haut niveau, telles qu'évaluées dans des revues systématiques, soutiennent que cette pratique a des effets désirables sur le plan de la satisfaction et de l'engagement des personnes concernées (Lequerica, Donnell et Tate, 2009 ; Rathert, Wyrwich et Boren, 2013). Toutefois, seulement quelques études empiriques ont documenté la façon dont les ergothérapeutes perçoivent cette pratique (Che Daud, Judd, Yau et Barnett, 2016 ; De Haerne et Brousseau, 2017, 2018 ; Parker, 2012 ; Sumsion et Smyth, 2000 ; Wilkins, Pollock, Rochon et Law, 2001).

Les principes inhérents de la pratique centrée sur la personne sont : le partenariat thérapeutique, l'autonomie décisionnelle, le respect de la personne, la congruence contextuelle ainsi que l'habilitation aux occupations (Craik, Davis et Polatajko, 2013 ; Sumsion, 2000 ; Law, Baptiste et Mills, 1995 ; Sumsion et Law, 2006). En ergothérapie, cela signifie

respecter la personne en la considérant comme un partenaire tout au long de l'évaluation et de l'intervention ainsi qu'en l'impliquant dans les décisions puisqu'elle est reconnue comme l'experte de sa propre condition (Banks, Crossman, Poel et Stewart, 1997 ; Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998 ; Sumsion, 1993). Ainsi, selon une pratique centrée sur la personne, les ergothérapeutes accompagnent, guident la personne et favorisent son engagement en adaptant les interventions afin qu'elles concordent avec ce qui lui est significatif (Law, Baptiste et Mills, 1995). De plus, les ergothérapeutes tiennent toujours compte du contexte de vie de la personne puisque la relation dynamique entre cette dernière et son environnement détermine, entre autres, l'organisation et le choix de ses occupations ainsi que la performance dans ses occupations (Craik, Davis et Polatajko, 2013).

Les études empiriques vérifiant la mise en œuvre de la pratique centrée sur la personne en ergothérapie ont documenté la perception d'ergothérapeutes de pays anglo-saxons (Parker, 2012 ; Wilkins, Pollock, Rochon et Law, 2001), en Malaisie (Che Daud, Judd, Yau et Barnett, 2016) et en France (De Haerne et Brousseau, 2017, 2018). Les résultats de ces études montrent qu'une majorité d'ergothérapeutes (93 % dans l'étude de Parker [2012], auprès de 58 ergothérapeutes du Royaume-Uni) considèrent avoir une pratique centrée sur la personne, car ils écoutent les clients, respectent leurs valeurs, travaillent en partenariat avec eux, les impliquent activement dans les objectifs à atteindre, respectent leurs choix. Che Daud, Judd, Yau et Barnett (2016) ont trouvé que c'est parfois le manque de connaissances, de créativité et d'habiletés qui freinent l'approche centrée sur la personne et ses occupations. Une étude canadienne (Wilkins, Pollock, Rochon et Law, 2001) a plutôt montré les freins au recours de cette approche, soit les contraintes en matière de temps, les politiques et structures établies dans l'organisation, la compréhension de ce qu'est la pratique centrée sur la personne par le thérapeute ainsi que les enjeux liés au partage du pouvoir. L'étude de De Haerne et Brousseau (2018), réalisée auprès de 130 ergothérapeutes français, a davantage montré qu'il y avait un écart entre la perception de l'importance de la pratique centrée sur la personne et celle de la facilité à la mettre en pratique.

Dans cette dernière étude, 80 % des répondants français considèrent avoir une pratique centrée sur la personne. Par ailleurs, les participants rapportent de la difficulté à mettre en pratique certains principes de la pratique centrée sur la personne qu'ils jugent importants, entre autres, que la personne concernée établisse elle-même ses objectifs, que les proches soient impliqués pendant le processus ergothérapeutique, que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions, qu'une perspective écologique du patient soit adoptée, que les objectifs soient négociés avec le patient, que les objectifs soient établis conjointement avec le patient, que les occupations significatives du patient soient prises en considération lors du choix des modalités thérapeutiques et que les activités significatives soient prises en compte dans l'établissement du plan d'intervention. Toutefois, toujours selon l'étude de De Haerne et Brousseau (2018), les répondants français semblent mieux parvenir à concrétiser dans leur pratique les principes voulant que le patient soit reconnu comme l'expert de sa maladie et de son handicap, qu'une alliance thérapeutique soit établie avec le patient, que l'engagement du patient soit soutenu et encouragé pendant tout le processus ergothérapeutique, que les valeurs du patient soient respectées, que le patient soit questionné quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs et que le patient soit écouté activement, ce qui se traduit dans l'étude

par un écart faible entre la perception de l'importance et de la perception de la facilité de mise en œuvre. Qu'une relation d'autorité soit établie avec le patient est le seul élément considéré par les répondants comme plus facile à mettre en œuvre qu'important.

Les pratiques professionnelles se déploient dans différents contextes de travail soumis à des restructurations. Une recension des écrits sur les réformes de santé a permis de répertorier des éditoriaux et des textes d'opinion faisant état de telles restructurations, notamment aux États-Unis, en Angleterre et en Nouvelle-Zélande (Braveman et Fisher, 1997 ; Fitzgerald, 2014 ; Mackersy, Robertson et McKay, 2003), ayant eu lieu dans différents contextes et à différents moments. Mais ces éditoriaux et textes d'opinion ne permettent pas de confirmer les craintes de ces auteurs quant au fait que les ergothérapeutes sont à risque de changer leur compréhension du métier d'ergothérapeute à la suite des changements de structure administrative. Ces opinions invitent toutefois à approfondir l'effet du contexte sur la pratique des ergothérapeutes. Comme le relevaient Craik, Davis et Polatajko (2013), reconnaître les divers contextes de travail permet de vérifier si la mise en application de la pratique centrée sur la personne est possible.

En 2001, Marazzani et Brousseau avaient étudié empiriquement les répercussions de la restructuration d'alors qui impliquait une réorganisation majeure des structures des établissements composant le système de santé par la création d'agences régionales de santé ainsi que par le regroupement des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres hospitaliers (CH) de soins généraux au sein de centres de santé et de services sociaux (CSSS). Leur recherche avait pour objectif, entre autres, de tracer un portrait des situations nouvelles dans lesquelles se trouvaient les ergothérapeutes à la suite des changements d'alors dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les résultats de leur étude réalisée auprès de 118 répondants indiquaient que les situations nouvelles engendrées par la restructuration représentaient autant des obstacles que des opportunités pour faire valoir la plus-value de la profession. Plus précisément, devoir évaluer, intervenir et transférer les patients à un autre service à un rythme plus rapide ainsi qu'être contraint de donner des services morcelés à la clientèle étaient alors des situations nouvelles identifiées, tout comme avoir l'opportunité d'adopter de nouveaux rôles dans la pratique. Il y a lieu de se demander si ces situations sont également présentes dans le contexte actuel, tout comme il y a vingt ans.

Par ailleurs, Carrier, Levasseur, Freeman et Desrosiers (2016) soutiennent que le contexte dans lequel évoluent les huit ergothérapeutes de leur étude a influencé leur pratique. Cette étude visait à explorer comment la reddition de compte et l'optimisation de la performance (des aspects de restructuration) influençaient leur raisonnement clinique. Le constat était que leur raisonnement était modulé et parfois raccourci en raison des contraintes. Le contexte avait fait se modifier en partie leur discours et avait eu des conséquences sur leurs actions professionnelles, telles que recourir à des évaluations moins complètes et offrir des interventions parfois parcellaires auprès des clients vivant à domicile, les faisant s'éloigner ainsi de l'approche centrée sur la personne en ergothérapie.

En 2014, d'importants changements dans le contexte québécois des soins de santé et services sociaux ont occasionné une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé, comme on l'a vu plus haut dans le texte. Les ergothérapeutes évoluent donc dans un contexte de travail où l'organisation des soins aux personnes est modifiée (APTS, 2018), ce à quoi ils doivent s'adapter. Considérant cela, et au vu des études rapportées ci-dessus, il y a lieu de se demander si la pratique centrée sur la personne est toujours possible dans ce nouveau contexte.

MÉTHODES

L'étude s'appuie sur un devis descriptif mixte, en raison notamment des données qualitatives et quantitatives, à partir d'un échantillon de convenance et par réseau (Fortin et Gagnon, 2016). Selon Fortin et Gagnon (2016), ces types d'échantillons consistent à choisir des participants selon l'aisance à les joindre en un minimum de temps. Les participants potentiels ont ainsi été contactés via le groupe Facebook Ergothérapie Québec et par courriel. Le critère d'inclusion était de travailler comme ergothérapeute au sein du réseau public de santé et de services sociaux. La collecte des données a été réalisée par un questionnaire électronique publié sur la plateforme sécurisée *Evalandgo*. Il s'agit d'un logiciel de sondage, enquête et questionnaire en ligne gratuit permettant l'anonymat et la confidentialité des données. Le questionnaire électronique s'inspire de celui de Marazzani et Brousseau (2001) et De Haerne et Brousseau (2018). Il a fait l'objet d'un prétest sur le plan de la compréhension des questions par un répondant potentiel. Le questionnaire est présenté à l'annexe A ; il comprend des questions démographiques, des questions permettant de documenter la perception de la pratique en tant qu'ergothérapeute dans le contexte actuel de la santé et des questions sur la pratique centrée sur la personne. Les réponses aux questions, obtenues au moyen d'une échelle de réponse de type Likert, ont fait l'objet d'une analyse de fréquence, alors que les données qualitatives obtenues grâce aux questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse de contenu (Fortin et Gagnon, 2016). L'analyse de contenu a été réalisée à partir d'un codage manuel fait par la première chercheuse ainsi que validé par la seconde. Une analyse catégorielle a ensuite permis de regrouper les énoncés en thèmes mutuellement exclusifs se reliant aux principes de l'approche centrée sur la personne. Par la suite, une fois chacun des énoncés classés, la fréquence d'apparition a été calculée pour chaque thème en pourcentage. Pour l'analyse des réponses aux questions 11, 15 et 16 (voir annexe), les cotes 7, 6 et 5 sont regroupées (en accord) ainsi que 3, 2, et 1 (en désaccord). La cote 4 représente la catégorie neutre.

Finalement, la présente étude a reçu l'obtention d'un certificat éthique par le Comité d'éthique de la recherche auprès des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ce dernier porte le numéro CER-17-232-07.04.

RÉSULTATS

Les premiers résultats présentés sont ceux obtenus aux questions portant sur les caractéristiques des répondants (1 à 10). Puis, les résultats se rattachant à la question 11 qui porte sur la perception qu'ont les répondants de la pratique en ergothérapie dans le contexte actuel sont présentés. Enfin, les résultats se rattachant aux questions 13, 14, 16 et 17 et qui portent sur la perception des ergothérapeutes quant à la pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel sont détaillés.

Caractéristiques des répondants

Cent huit personnes ont répondu au questionnaire électronique. Le taux de réponse est difficile à mesurer. Toutefois, au moment de la collecte de données, le groupe Facebook Ergothérapie Québec avait environ 3500 membres. Par ailleurs, il n'existe pas de données sur le milieu de pratique des membres dans ce groupe. De plus, les membres qui sont étudiants en ergothérapie sont acceptés dans le groupe. Notons également que comme il y a au Québec 32 % des ergothérapeutes qui travaillent dans le secteur privé, il y a lieu de croire que plusieurs d'entre eux étaient aussi membres de ce groupe virtuel. Parmi les répondants, 92,6 % (n = 100) sont des femmes. L'âge moyen des répondants est de 36 ans (de 25 à 56 ans). Ces derniers ont en moyenne 12,6 années d'expérience (avec une étendue de 0,2 à 34 ans). Le tableau 1 présente la région d'exercice, l'établissement d'exercice, la population desservie ainsi que la clientèle principale des répondants. Les établissements publics d'exercice des répondants sont variés. Les principaux centres d'exercice sont les CLSC, les CH et les centres de réadaptation (CR). La population desservie la plus représentée est celle des personnes âgées et la clientèle principale des ergothérapeutes de la présente étude est vue pour une problématique de santé physique.

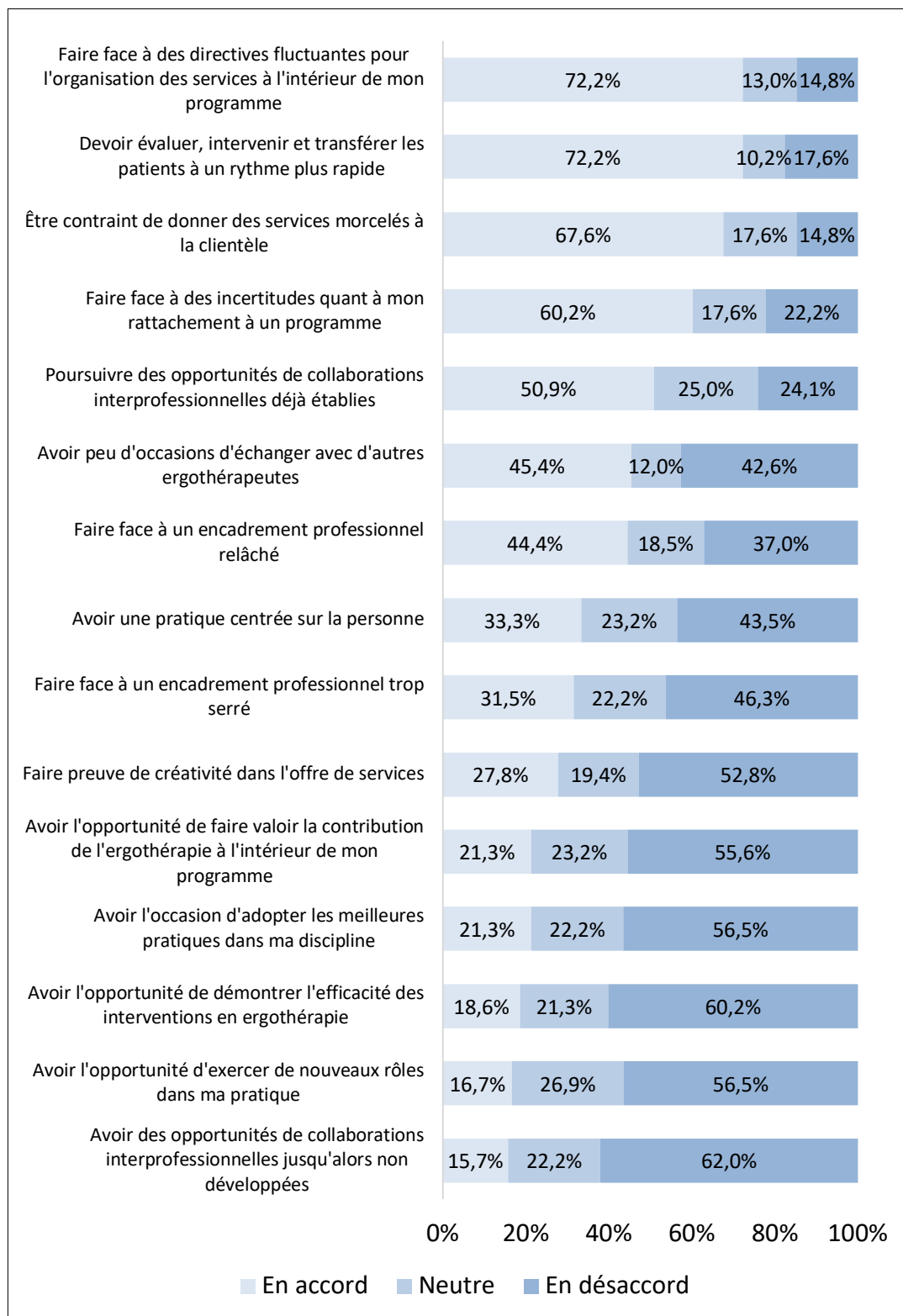
Perception des répondants de la pratique en ergothérapie dans le contexte actuel

À la question concernant la perception qu'ont les répondants de la pratique en ergothérapie dans le contexte du réseau de la santé et des services sociaux, 100 % (n = 108) des répondants ont fourni des réponses. La figure qui suit présente les trois différents niveaux d'accord (en accord, neutre, en désaccord) des répondants quant aux éléments qui caractérisent leur pratique dans le contexte actuel. Il est possible de constater que certains éléments caractérisent davantage que d'autres le contexte de la pratique des ergothérapeutes ayant participé à l'étude, tels que faire face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de leur programme, devoir évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide, être contraint de donner des services morcelés à la clientèle et faire face à des incertitudes quant à leur rattachement à un programme.

Tableau 1 : Région d'exercice, établissement d'exercice, population desservie et clientèle principale des répondants (n = 108)

| Caractéristiques | | n (%) |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------|
| Région d'exercice | Mauricie | 23,2 (25) |
| | Montréal | 13,9 (15) |
| | Montérégie | 9,3 (10) |
| | Centre-du-Québec | 9,3 (10) |
| | Saguenay-Lac-Saint-Jean | 8,3 (9) |
| | Lanaudière | 7,4 (8) |
| | Laurentides | 7,4 (8) |
| | Laval | 5,6 (6) |
| | Bas-Saint-Laurent | 4,6 (5) |
| | Capitale-Nationale | 4,6 (5) |
| | Chaudière-Appalaches | 2,8 (3) |
| | Abitibi-Témiscamingue | 1,9 (2) |
| | Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine | 0,9 (1) |
| | Outaouais | 0,9 (1) |
| | Estrie | 0,9 (1) |
| | Nord-du-Québec | 0,0 (0) |
| Côte-Nord | 0,0 (0) | |
| Établissement public d'exercice | CLSC | 31,5 (34) |
| | CH | 30,6 (33) |
| | CR | 26,9 (29) |
| | CHSLD | 11,1 (12) |
| | Autres | 8,3 (9) |
| Population desservie | Personnes âgées (> 60 ans) | 59,3 (64) |
| | Adultes (20-60 ans) | 51,9 (56) |
| | Pédiatrie (3-13 ans) | 25,0 (27) |
| | Adolescents (13-20 ans) | 13,9 (15) |
| | Petite enfance (< 3 ans) | 10,2 (11) |
| | Autre | 1,9 (2) |
| Clientèle principale | Santé physique | 84,3 (91) |
| | Santé mentale | 15,7 (17) |

Figure 1 : Perception de la pratique en ergothérapie dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux



Perception des répondants de leur pratique centrée sur la personne

À la question « Considérez-vous que votre pratique actuelle est centrée sur la personne ? », 88 % des répondants (n = 95) ont fourni des réponses. Parmi ceux-ci, 60 % (n = 57) ont répondu oui, 14,7 % (n = 14) ont répondu qu'ils ne savaient pas et 25,3 % (n = 24) ont répondu non.

Dans la justification de leur réponse, des 57 répondants qui ont répondu « Oui », 49,1 % (n = 28) estiment être centrés sur la personne puisqu'ils mettent à l'avant-plan la personne, ses besoins, ses attentes ainsi que ses choix pendant tout le processus ergothérapeutique. Toutefois, 42,1 % (n = 24) des répondants précisent dans leur justification qu'ils sont centrés sur la personne, mais que cette pratique subit des pressions diverses dans leurs milieux. Ensuite, 12,3 % (n = 7) des répondants mentionnent être centrés sur la personne, car ils la considèrent comme un partenaire en tout temps, et plus particulièrement lors de l'établissement des objectifs d'intervention, 3,5 % (n = 2) lorsqu'ils adoptent une vision holistique de cette dernière, 3,5 % (n = 2) lorsqu'ils s'assurent d'avoir son consentement aux soins, 3,5 % (n = 2) lorsqu'ils l'habilitent aux occupations et 3,5 % (n = 2) parce qu'ils ont une grande autonomie professionnelle dans leurs milieux. Enfin, 1,8 % (n = 1) est centré sur la personne parce qu'il a assez de temps pour ce faire, 1,8 % (n = 1) parce qu'il n'est pas encore touché par les restructurations et 1,8 % (n = 1) parce qu'il utilise le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client (MCHCC).

Parmi les 14 répondants qui ont répondu « Ne sait pas », les raisons invoquées sont : la nécessité de donner congé rapidement à la personne recevant des services (n = 4), le manque de temps et de moyens (n = 5) ainsi que la présence de contraintes organisationnelles diverses (n = 6). Par ailleurs, 66,7 % (n = 16) des 24 répondants qui ont affirmé ne pas avoir une pratique centrée sur la personne précisent dans leur réponse que plusieurs contraintes organisationnelles dans leur milieu les en empêchent.

Représentation de la pratique centrée sur la personne

Les réponses à la question : « Que signifie pour vous avoir une préoccupation centrée sur la personne ? » ont fait l'objet d'une analyse de contenu, constituant 195 énoncés fournis par 90 répondants (83,3 % de l'échantillon de cette étude). Ces énoncés ont été classés en huit thèmes, soit : respecter la personne, établir un partenariat thérapeutique, habiliter aux occupations, demeurer centré sur les préoccupations de la personne malgré des pressions diverses, favoriser la congruence contextuelle, favoriser l'autonomie décisionnelle, adopter une vision holistique de la personne ainsi que collaborer de façon inter et intraprofessionnelle. Ces thèmes sont présentés dans le tableau 2, accompagnés d'exemples de verbatim qui se rattachent à chacun d'eux. Parmi les énoncés, 31,8 % (n = 62) font référence au respect de la personne, soit à l'importance d'offrir un service qui tient compte, entre autres, des besoins (n = 66), attentes (n = 14), désirs, préférences et aspirations (n = 8), valeurs (n = 3), activités signifiantes et intérêts (n = 13), des préoccupations et craintes de la personne dans le processus ergothérapeutique (n = 9), ainsi que du respect de son rythme de cheminement.

Tableau 2 : Représentation de la pratique centrée sur la personne des répondants grâce aux thèmes ressortis de l'analyse de contenu des verbatim

| Thèmes | Proportion des énoncés des répondants (n = 195) | Verbatim |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respecter la personne | 31,8 % (n = 62) | <p>« Intervenir/agir professionnellement auprès de nos clients en se centrant sur leurs besoins, leurs préoccupations, leurs défis, leurs réalités »</p> <p>« Avoir une intervention respectant le rythme du client, son cheminement »</p> <p>« Offrir un service qui répond aux attentes du client dans des délais qu'il juge raisonnables »</p> <p>« Respecter les choix et intérêts de l'utilisateur »</p> |
| Établir un partenariat thérapeutique | 17,4 % (n = 34) | <p>« Considérer le client dans le processus thérapeutique »</p> <p>« Agir en partenariat avec [la personne], car elle est l'experte de sa propre personne »</p> <p>« Placer le client au centre des préoccupations »</p> <p>« La personne est au centre de notre évaluation, de notre intervention et de notre recommandation »</p> <p>« Considérer la personne comme un partenaire »</p> <p>« Éviter les interventions de type "expert" »</p> <p>« Travailler en collaboration avec les clients et leurs proches dans la mise en œuvre du plan d'intervention »</p> |
| Habiliter aux occupations | 14,9 % (n = 29) | <p>« C'est amener les individus à vivre ce qu'ils souhaitent vivre et ce qu'ils choisissent »</p> <p>« Adapter mes interventions aux besoins et aux préférences du patient »</p> <p>« [Avoir] comme finalité une participation optimale aux activités [que la personne] considère significatives tout en visant une bonne qualité de vie »</p> <p>« Aider/guider la personne dans sa réadaptation »</p> <p>« Mettre en place les interventions qui sont les plus susceptibles de permettre au client d'atteindre les objectifs de suivi qu'il a identifiés comme étant significatifs pour lui »</p> <p>« Aider [la personne] à s'engager au niveau de ses occupations significatives »</p> |
| Demeurer centré sur les préoccupations de la personne malgré des pressions diverses | 11,3 % (n = 22) | <p>« Pouvoir prioriser les objectifs du client avant ceux de l'organisation »</p> <p>« Répondre aux besoins spécifiques de la personne et non pas faire "fit" la personne dans les services offerts »</p> <p>« Faire passer les besoins de mon client avant les directives qui nous viennent d'en haut »</p> <p>« La personne devrait demeurer au cœur de nos préoccupations malgré toute la lourdeur administrative et politique »</p> <p>« Baser le service sur la personne, ses besoins, ses ressources et non pas en fonction des ressources financières ou humaines disponibles dans l'établissement »</p> <p>« Que mes actions professionnelles directes et indirectes soient pour le meilleur intérêt du patient, et non uniquement pour mon organisation, mon département ou mes intérêts personnels »</p> |

Tableau 2 : Représentation de la pratique centrée sur la personne des répondants grâce aux thèmes ressortis de l'analyse de contenu des verbatim (suite)

| Thèmes | Proportion des énoncés des répondants (n = 195) | Verbatim |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Favoriser la congruence contextuelle | 8,7 % (n = 17) | « Personnaliser mes interventions selon les individus » « En considérant l'ensemble des facteurs environnementaux et personnels de celui-ci » « Traiter chaque client de façon unique et non en fonction de son "diagnostic" en tenant compte de son environnement » « Que nos interventions tiennent compte des particularités de la personne, de ses désirs et du contexte dans lequel elle vit » |
| Favoriser l'autonomie décisionnelle de la personne | 7,7 % (n = 15) | « C'est mettre notre client en avant-plan dans les décisions et les interventions » « Lui redonner le pouvoir des décisions de son plan d'intervention » « Donner l'information juste au client afin qu'il prenne une décision éclairée » |
| Adopter une vision holistique de la personne | 5,6 % (n = 11) | « Tenir compte de l'individu dans sa globalité » « Essayer d'avoir une vision la plus holistique de sa réalité » « Pouvoir faire une évaluation holistique » |
| Collaborer de façon inter et intraprofessionnelle | 1,0 % (n = 2) | « En collaborant avec l'équipe interdisciplinaire » « Permettre un travail d'équipe pour mieux orienter les services » |

Perception de la facilité et de l'importance de la mise en application des éléments de la pratique centrée sur la personne

Plusieurs éléments de la pratique centrée sur la personne apparaissent très importants pour les répondants ainsi qu'on le voit dans le tableau 3 (prendre en considération les activités significatives dans l'établissement du plan d'intervention, écouter attentivement le patient, établir une alliance thérapeutique, soutenir et encourager l'engagement du patient et le respecter). Toutefois, certains éléments sont difficiles à mettre en pratique. Le tableau 3 fait valoir les éléments de la pratique centrée sur la personne que les répondants perçoivent comme faciles à appliquer et l'importance accordée à ces mêmes éléments. Force est de constater qu'écouter activement le patient, soutenir et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapique, respecter les valeurs du patient et établir une alliance thérapeutique avec celui-ci sont des éléments faciles à mettre en application dans leur contexte. En revanche, les éléments suivants apparaissent difficiles à appliquer pour les ergothérapeutes de l'étude : impliquer les proches du patient pendant tout le processus, que le patient établisse ses propres objectifs ainsi qu'avoir une perspective écologique de celui-ci.

Tableau 3 : Perception de la facilité et de l'importance de la mise en application des éléments de la pratique centrée sur la personne

| Éléments reliés à la pratique centrée sur la personne | Facilité (%) | Importance (%) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| Écouter activement le patient | 87,1 | 96,8 |
| Soutenir et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique | 80,6 | 96,8 |
| Respecter les valeurs du patient | 78,5 | 96,8 |
| Établir une alliance thérapeutique avec le patient | 76,3 | 96,8 |
| Que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions | 69,2 | 94,7 |
| Établir des objectifs conjointement avec le patient | 68,9 | 94,7 |
| Prendre en considération les activités significatives dans l'établissement du plan d'intervention | 63,4 | 98,9 |
| Reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition | 62,4 | 89,1 |
| Prendre en considération les occupations significatives du patient lors du choix des modalités thérapeutiques | 60,2 | 94,7 |
| Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs | 55,9 | 76,6 |
| Impliquer les proches du patient pendant tout le processus | 52,7 | 90,4 |
| Que le patient établisse ses propres objectifs | 41,9 | 81,9 |
| Négocier les objectifs avec le patient | 41,9 | 61,7 |
| Avoir une perspective écologique du patient | 37,6 | 72,3 |
| Établir une relation d'autorité avec le patient | 20,4 | 10,6 |

DISCUSSION

Les résultats de cette étude font valoir que, dans le contexte actuel du réseau de la santé et des services sociaux, la pratique des ergothérapeutes québécois se déploie d'une façon particulière. En effet, la majorité des ergothérapeutes de l'étude s'accordent sur le fait que dans le contexte actuel du réseau de la santé, ils doivent évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide, font face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de leur programme, sont contraints de donner des services fragmentés à la clientèle et font face à des incertitudes quant à leur rattachement à un programme. Ces résultats, soit de devoir réaliser une prise en charge plus rapide et d'être contraint d'offrir des services morcelés à la clientèle, correspondent en partie à ceux obtenus dans l'étude exploratoire de Marazzani et Brousseau (2001). Il apparaît donc que les ergothérapeutes se sentent soumis à des contraintes en contexte de restructuration. Toutefois, les résultats portent aussi à croire que les ergothérapeutes se sentent soumis aux mêmes contraintes quel que soit le moment ou la réforme. La présente étude ne permet pas de le préciser.

Les résultats font aussi valoir qu'un nombre élevé d'ergothérapeutes québécois ayant participé à l'étude n'estiment pas avoir une pratique centrée sur la personne. En

effet, un peu plus de la moitié considèrent mettre en pratique les principes de la pratique centrée sur la personne alors que près du quart rapportent le contraire. La justification de leur position quant à l'application des principes de la pratique centrée sur la personne met en lumière la présence d'éléments défavorables dans le contexte actuel. Ceci converge dans une certaine mesure avec les résultats de l'étude de Carrier, Levasseur, Freeman et Desrosiers (2016), qui avait montré que le contexte influence la pratique. Ce résultat surprend car la pratique centrée sur la personne est un fondement théorique de la profession. Considérant l'absence d'études similaires au Québec, il est pertinent de faire un lien avec l'étude de De Haerne et Brousseau (2018) dans laquelle 80 % des ergothérapeutes français jugeaient avoir une pratique centrée sur la personne. Cette différence laisse croire que les ergothérapeutes québécois sont ébranlés par leur contexte de travail. Il est possible que les ergothérapeutes soient dans une période d'adaptation face aux changements dans le contexte de la santé et des services sociaux, et que leur pratique en soit ébranlée. Toutefois, le devis utilisé dans l'étude actuelle ne permet pas de savoir si la restructuration est le principal élément en cause. Par la suite, l'analyse de contenu des représentations de la pratique centrée sur la personne des répondants expose que ces représentations sont analogues à celles des ergothérapeutes ailleurs dans le monde. Plus particulièrement, les énoncés des répondants québécois ont fait valoir le respect de la personne, le partenariat thérapeutique, l'habilitation aux occupations, la congruence contextuelle et l'autonomie décisionnelle de la personne comme étant des concepts primordiaux de la pratique centrée sur la personne. Ces concepts avaient aussi été mis en avant dans les définitions de cette pratique énoncées par Law, Baptiste et Mills (1995) ainsi que Sumsion (2000). Par ailleurs, l'analyse de contenu a fait ressortir un aspect singulier, spécifique au contexte des ergothérapeutes québécois. En effet, des énoncés précisent que, pour avoir une pratique centrée sur la personne, il est nécessaire de demeurer centré sur les préoccupations de la personne malgré des pressions diverses. Ainsi, la représentation de la pratique centrée sur la personne des ergothérapeutes québécois de l'étude est partiellement teintée par le contexte de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux.

En plus, les résultats de la présente étude exposent la perception des répondants quant à la facilité et à l'importance de l'application des principes de la pratique centrée sur la personne. Les éléments qui apparaissent comme étant les plus difficiles à mettre en pratique bien qu'ils soient considérés comme importants par les répondants sont : impliquer les proches du patient pendant tout le processus ergothérapique, que le patient établisse ses propres objectifs ainsi qu'avoir une perspective écologique du patient. Ces résultats convergent avec l'étude de De Haerne et Brousseau (2018) sous certains aspects, entre autres, que les ergothérapeutes français et québécois accordent une importance élevée aux principes de la pratique centrée sur la personne. De plus, les éléments de la pratique centrée sur la personne perçus par les répondants français comme étant les plus difficiles à mettre en pratique sont aussi que les objectifs soient établis conjointement avec le patient et que les proches du patient soient impliqués pendant tout le processus ergothérapique. Cette similitude porte à croire que ces deux éléments de la pratique centrée sur la personne sont difficiles à mettre en pratique pour les deux groupes. Bien que les résultats aient été obtenus dans un contexte de restructuration des services, il n'est pas possible d'affirmer que le contexte y contribue particulièrement,

et ce, en raison du devis méthodologique à mesures uniques. Une étude longitudinale à mesures répétées permettrait d'en tirer de meilleures conclusions.

Finalement, les résultats de la présente étude indiquent que, bien que les principes de la pratique centrée sur la personne ne soient pas tous faciles à mettre en application, les ergothérapeutes québécois ayant participé à l'étude déploient des compétences professionnelles qui favorisent cette pratique. En effet, la majorité des répondants considèrent comme important d'écouter activement le patient, compétence permettant d'établir une relation de partenariat efficace (Sumsion et Law, 2006). D'ailleurs, la majorité des répondants estiment important d'établir une alliance thérapeutique avec le patient. Par ailleurs, la grande majorité des répondants estiment important de soutenir et d'encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapique ainsi que de respecter ses valeurs. En effet, écouter activement la personne, établir une relation de partenariat, soutenir et encourager son engagement et la respecter représentent des compétences mises en avant dans le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012).

Cette étude est, à ce jour, une des seules études décrivant la pratique des ergothérapeutes québécois dans le contexte actuel avec un nombre important de répondants. Toutefois, l'étude présente certaines limites. Il est possible que l'échantillon ait été biaisé positivement en recrutant davantage des ergothérapeutes favorables à la pratique centrée sur la personne. Un autre biais de sélection se rattache à la modalité de recrutement des répondants. Elle exclut des ergothérapeutes qui ne sont pas membres du groupe Facebook. De plus, la nature exploratoire de l'étude fait que les résultats sont difficilement généralisables à l'ensemble des ergothérapeutes québécois.

CONCLUSION

Cette étude présente des résultats inédits en ce qui concerne la perception de l'application de la pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel. Il a été mis en évidence que les répondants québécois considèrent que les services qu'ils donnent à la clientèle se voient modifiés dans le contexte actuel du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, les résultats montrent que les répondants accordent de l'importance aux principes de la pratique centrée sur la personne, bien que certains d'entre eux ne soient pas faciles à appliquer. Ils poussent ainsi les ergothérapeutes à une remise en question pour trouver des moyens afin de faciliter l'application des principes de la pratique centrée sur la personne dans leur pratique clinique compte tenu de l'importance accordée à ceux-ci.

Il apparaît pertinent de poursuivre l'étude de la pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel du réseau de la santé québécois par d'autres recherches. Il y aurait notamment lieu d'inclure la perception des personnes recevant des services en ergothérapie. Savoir ce qui est important pour eux changerait la perspective du travail en ergothérapie. De plus, une étude plus approfondie de la manière dont les

ergothérapeutes considérant avoir une pratique centrée sur la personne parviennent à l'adopter dans leur pratique quotidienne s'avèrerait enrichissante, en particulier pour fournir des pistes de solution dans le but de conserver cette pratique en dépit de circonstances défavorables.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS). (2017). *Ce que révèle notre sondage sur la santé psychologique de nos membres*. Récupéré à : https://www.aptsq.com/fr/nouvelle/ce-que-revele-notresondage-sur-la-sante-psychologique-de-nos-membres_3858.aspx?id_page_parent=12666
- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS). (2018). *Rapport d'activités 2016-2018*. Récupéré à : <https://www.aptsq.com/axisdocument.aspx?id=30330&langue=fr&download=true>
- Association canadienne d'ergothérapie. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Banks, S., Crossman, D., Poel, D. et Stewart, M. (1997). Partnerships among health professionals and self-help group members. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64, 259-269. doi:10.1177/000841749706400317
- Braveman, B. H. et Fisher, G. S. (1997). Managed care: Survival skills for the future. *Occupational Therapy in Health Care*, 10(4), 13-31. doi:10.1080/07380579709168828
- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A. et Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. *Santé publique*, 28, 769-780. doi:10.3917/spub.166.0769
- Che Daud, A. Z., Judd, J., Yau, M. et Barnett, F. (2016). 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
- Coalition solidarité santé. (s. d.). *Revue médiatique sur le PL 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par l'abolition des agences régionales, et sur les consultations particulières et auditions publiques sur le PL 10*. Récupéré à : <http://www.cssante.com/mode/490>
- Craik, J., Davis, J. et Polatajko, H. J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCPP) : déployer le contexte. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., version française N. Cantin). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- De Haerne, C. et Brousseau, M. (2017). Approche centrée sur la personne : résultats d'un sondage auprès d'ergothérapeutes français. Dans M. H. Iazard (dir.), *Expériences en ergothérapie. Trentième série* (p. 44-51). Montpellier : Sauramps Médical.
- De Haerne, C. et Brousseau, M. (2018). Les ergothérapeutes français ont-ils une approche centrée sur la personne ? *ergOTHérapies*, 69, 65-71.
- Fitzgerald, M. (2014). Maintaining professional identity and role in the modern workplace. *The British Journal of Occupational Therapy*, 77(8), 383-383. doi:10.4276/030802214X14071472109716
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Grenier, J. et Bourque, M. (2014). *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux*. Récupéré à : http://aqdr.org/wp-content/uploads/fds/fds_3NGP_20150105.pdf
- Law, M., Baptiste, S. et Mills, J. (1995). Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62, 220-257. doi:10.1177/000841749506200504

- Lequerica, A. H., Donnell, C. S. et Tate, D. G. (2009). Patient engagement in rehabilitation therapy: Physical and occupational therapist impressions. *Disability & Rehabilitation*, 31(9), 753-760. doi:10.1080/09638280802309095
- Mackersy, A., Robertson, L. et McKay, W. (2003). Implications of the health reforms for occupational therapy fieldwork education. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 50(2), 28-33. doi:10.11120/pblh.2014.00020
- Marazzani, M. H. et Brousseau, M. (2001). Étude exploratoire des répercussions de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sur la pratique et la formation des ergothérapeutes au Québec. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 10(1), 9-15.
- Mémoire interordres. (2014). *Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux relativement au projet de loi 10*. Récupéré à : <http://optmq.org/wp-content/uploads/2014/11/Memoire-interordres-Commission-parlementaire-Novembre-2014.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2014). *Projet de loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Récupéré à <http://www.pavillonduparc.qc.ca/wp-content/uploads/2014/09/R%C3%A9sum%C3%A9-du-projet-de-loi-101.pdf>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2017). *Rapport annuel*. Récupéré à : www.oeq.org/DATA/RAPPORTANNUEL/10~v~2016-2017.pdf
- Parker, D. M. (2012). *An Exploration of Client-Centred Practice in Occupational Therapy: Perspectives and Impact* (thèse de doctorat, School of Health and Population Sciences, University of Birmingham, Grande-Bretagne).
- Polatajko, H. J. et Davis, J. A. (2012). L'avancement de la pratique fondée sur l'occupation : interpréter la rhétorique. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 79, p. 259-263. doi:10.2182/cjot.2012.79.5.1
- Polatajko, H. J., Davis, J. A., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. et Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine principal d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., p. 15-44). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Rathert, C., Wyrwich, M. D. et Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research & Review*, 70(4), 351-379. doi:10.1177/1077558712465774
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G. et Evans, J. (1998). Family-centred service: A conceptual framework and research review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 1-20. doi:10.1080/J006v18n01_01
- Simard, K. et Brousseau, M. (2017). Description du déploiement des compétences professionnelles durant la première année de pratique en ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes novices. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 3(1), 14-29. doi:10.13096/rfre.v3n1.52
- Sumsion, T. (1993). Client-centred practice: The true impact. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(1), 6-8. doi:10.1177/000841749306000103
- Sumsion, T. (2000). A revised occupational therapy definition of client-centred practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(7), 304-309. doi:10.1177/030802260006300702
- Sumsion, T. et Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 153-162. doi:10.1177/000841740607300303
- Sumsion, T. et Smyth, G. (2000). Barriers to client-centredness and their resolution. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 15-21.
- Tremblay, V. (2017). *Étude exploratoire des répercussions de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sur la pratique centrée sur la personne d'ergothérapeutes québécois* (Essai de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec). Récupéré à : <http://depot-e.uqtr.ca/8266/1/031894542.pdf>
- Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S. et Law, M. (2001). Implementing client-centred practice: Why is it so difficult to do? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 70-79. doi:10.1177/000841740106800203

ANNEXE : QUESTIONNAIRE

Étude exploratoire des répercussions de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sur la pratique centrée sur la personne d'ergothérapeutes québécois

Section 1 – Questions démographiques

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Quel est votre sexe ? | Homme Femme |
| 2. Quel âge avez-vous ? | |
| 3. De quel niveau êtes-vous détenteur d'un diplôme en ergothérapie ? | Baccalauréat Maîtrise |
| 4. Depuis combien d'années exercez-vous le métier d'ergothérapeute ? | |
| 5. Exercez-vous le métier d'ergothérapeute au Québec ? | Oui Non |
| 6. Dans quelle région exercez-vous ? | Bas-Saint-Laurent / Saguenay-Lac-Saint-Jean / Capitale-Nationale / Mauricie / Estrie / Montréal / Outaouais / Abitibi-Témiscamingue / Côte-Nord / Nord-du-Québec / Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine / Chaudière-Appalaches / Laval / Lanaudière / Laurentides / Montérégie / Centre-du-Québec |
| 7. Exercez-vous le métier d'ergothérapeute dans un établissement public ? | Oui Non |
| 8. Si oui, lequel ? | CH CHSLD CLSC CR Autre |
| 9.auprès de quelle population exercez-vous majoritairement ? | 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 |
| 10. auprès de quelle clientèle travaillez-vous ? | Santé physique Santé mentale |

Section 2 – Restructuration du système de santé et des services sociaux

11. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez de 1 à 7 (7 étant fortement en accord et 1 fortement en désaccord) votre niveau d'accord avec les énoncés ci-dessous s'apparentant à votre pratique en tant qu'ergothérapeute depuis la restructuration du système de santé.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------|---------------------|
| fortement en désaccord | en désaccord | quelque peu en désaccord | ni d'accord ni en désaccord | quelque peu en accord | en accord | fortement en accord |

- a. Faire face à des incertitudes quant à mon rattachement à un programme
 - b. Avoir peu d'occasions d'échanger avec d'autres ergothérapeutes
 - c. Faire face à un encadrement professionnel relâché
 - d. Faire face à un encadrement professionnel trop serré
 - e. Être contraint de donner des services morcelés à la clientèle
 - f. Faire face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de mon programme
 - g. Devoir évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide
 - h. Avoir l'opportunité de faire valoir la contribution de l'ergothérapie à l'intérieur de mon programme
 - i. Avoir l'opportunité de démontrer l'efficacité des interventions en ergothérapie
 - j. Avoir des opportunités de collaborations interprofessionnelles jusqu'alors non développées
 - k. Poursuivre des opportunités de collaborations interprofessionnelles déjà établies
 - l. Avoir l'occasion d'adopter les meilleures pratiques dans ma discipline
 - m. Faire preuve de créativité dans l'offre de services
 - n. Avoir l'opportunité d'exercer de nouveaux rôles dans ma pratique
 - o. Avoir une pratique centrée sur la personne
12. Si vous avez répondu entre 5 et 7 à l'élément « Avoir l'occasion d'exercer de nouveaux rôles dans ma pratique » à la question précédente, énumérez-les.

Section 3 – L'approche centrée sur la personne (inspiré de De Haerne et Brousseau, 2017)

13. Que signifie pour vous avoir une préoccupation centrée sur la personne ?
14. Considérez-vous que votre pratique actuelle est centrée sur la personne ?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- Expliquez votre choix :

15. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez de 1 à 7 l'importance des propositions énumérées ci-dessous dans votre pratique (7 étant extrêmement important et 1 pas du tout important).

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------|---------------------|
| fortement en désaccord | en désaccord | quelque peu en désaccord | ni d'accord ni en désaccord | quelque peu en accord | en accord | fortement en accord |

- a. Établir des objectifs conjointement avec le patient
- b. Que le patient établisse ses propres objectifs
- c. Négocier les objectifs avec le patient
- d. Prendre en considération les occupations significatives et signifiantes du patient dans l'établissement du plan d'intervention
- e. Prendre en considération les occupations significatives du patient lors du choix des modalités thérapeutiques
- f. Avoir une perspective écologique
- g. Que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions
- h. Respecter les valeurs du patient
- i. Écouter activement le patient
- j. Établir une relation d'autorité avec le patient
- k. Établir une alliance thérapeutique avec le patient
- l. Reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition
- m. Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs
- n. Supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique
- o. Impliquer les proches du patient pendant tout le processus

16. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez de 1 à 7 la facilité à mettre en pratique les éléments énumérés ci-dessous (7 étant extrêmement facile et 1 extrêmement difficile).

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------|---------------------|
| fortement en désaccord | en désaccord | quelque peu en désaccord | ni d'accord ni en désaccord | quelque peu en accord | en accord | fortement en accord |

- a. Établir des objectifs conjointement avec le patient
- b. Que le patient établisse ses propres objectifs
- c. Négocier les objectifs avec le patient
- d. Prendre en considération les occupations significatives et signifiantes du patient dans l'établissement du plan d'intervention
- e. Prendre en considération les occupations significatives du patient lors du choix des modalités thérapeutiques

- f. Avoir une perspective écologique
 - g. Que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions
 - h. Respecter les valeurs du patient
 - i. Écouter activement le patient
 - j. Établir une relation d'autorité avec le patient
 - k. Établir une alliance thérapeutique avec le patient
 - l. Reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition
 - m. Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs
 - n. Supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique
 - o. Impliquer les proches du patient pendant tout le processus
17. Que faites-vous de particulier dans votre pratique de l'ergothérapie qui témoigne que vous avez une approche centrée sur la personne ?

Merci beaucoup pour votre temps et participation



LA VISIOCONFÉRENCE MOBILE POUR ÉVALUER LE DOMICILE : UNE REVUE RAPIDE

Karine Latulippe¹, Dominique Giroux², Claude Vincent³, Manon Guay⁴, Dahlia Kairy⁵, Ernesto Morales⁶, Katia Boivin⁷, Véronique Provencher⁸

¹ Ergothérapeute, PhD (cand), Département d'études sur l'enseignement et l'apprentissage, Faculté de l'éducation, Université Laval, Québec, Canada

² Ergothérapeute, PhD, Professeure agrégée, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Vitam-Centre de recherche en santé durable, Québec, Canada

³ Ergothérapeute, PhD, Professeure titulaire, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, Québec, Canada

⁴ Ergothérapeute, PhD, Professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur le vieillissement-CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Québec, Canada

⁵ Physiothérapeute, PhD, Professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, Québec, Canada

⁶ Designer, PhD, Professeur agrégé, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, Québec, Canada

⁷ Ergothérapeute, MSc, Cheffe de service des activités d'enseignement, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires, Université Laval, Québec, Canada

⁸ Ergothérapeute, PhD, Professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur le vieillissement-CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Québec, Canada

Adresse de contact : karine.latulippe.3@ulaval.ca

Reçu le 14.12.2018 – Accepté le 20.09.2019

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.v6n1.135



RÉSUMÉ

Introduction. Les ergothérapeutes sont appelés à évaluer le domicile des patients en prévision de la sortie définitive du centre hospitalier, afin de favoriser un retour à domicile sécuritaire. Cependant, une visite à domicile n'est généralement pas possible en raison des coûts et du temps de déplacement.

But. Recenser les études portant sur l'utilisation de la visioconférence mobile pour évaluer le domicile en prévision de la sortie de l'hôpital.

Méthodologie. Une revue rapide a été réalisée en consultant une base de données, combinée à une recherche manuelle dans des revues ergothérapeutiques. Une analyse thématique a été réalisée.

Résultats. Sept articles ont été identifiés. L'évaluation à distance est possible, mais elle présente des enjeux de faisabilité liés au type de technologie, à la réceptivité à la télésanté, à la sécurité informatique et aux problèmes techniques potentiels.

Conclusion. L'utilisation de la visioconférence pour évaluer le domicile en prévision de la sortie définitive du centre hospitalier est possible, mais les données probantes demeurent insuffisantes.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie, Visites à domicile, Sortie du patient, Téléréadaptation, Internet

MOBILE VIDEOCONFERENCING TO EVALUATE HOME: A RAPID REVIEW

ABSTRACT

Introduction. Occupational therapists are asked to assess the home of patients in anticipation of hospital discharge, to promote a safe return home. However, a home visit is usually not possible due to costs and travel time.

Goal. To identify studies on the use of mobile videoconferencing to assess the home in anticipation of discharge.

Methodology. A rapid review was conducted by consulting a database, combined with a manual search in occupational therapy journals. A thematic analysis was carried out.

Results. 7 articles have been identified. Remote evaluation is possible, but it presents feasibility issues related to the type of technology, responsiveness to telehealth, computer security and potential technical issues.

Conclusion. The use of videoconferencing for home assessment in anticipation of hospital discharge is possible, but the evidence remains weak.

KEYWORDS

Occupational therapy, Home visit, Patient discharge, Telerehabilitation, Internet

INTRODUCTION

Les ergothérapeutes ont pour rôle d'évaluer la sécurité du domicile d'un patient avant sa sortie définitive du centre hospitalier ou de réadaptation (Barras, 2005 ; Kenny *et al.*, 2011). Ce type d'évaluation est réalisé régulièrement avec les personnes âgées, et ce, dans divers pays, tant en Europe, en Australie, qu'en Amérique du Nord (Atwal, McIntyre, Craik et Hunt, 2008 ; Harris, James et Snow, 2008). L'évaluation et l'adaptation du domicile sont reconnues par l'American Geriatrics Society et la British Geriatrics Society comme étant efficaces (degré d'évidence fort) pour la prévention des chutes (Risling, Martinez, Young et Thorp-Froslic, 2017). De plus, il a été démontré que les visites à domicile permettent de déterminer la possibilité de quitter l'hôpital, d'identifier les ressources nécessaires pour favoriser un retour à domicile sécuritaire, de contrôler les impacts des maladies chroniques, d'améliorer le fonctionnement et l'autonomie des personnes âgées (Harris, 2006). Elles permettent aussi de rassurer les patients et leur famille (Harris, 2006) et de diminuer les coûts associés aux services de soins à domicile (Sanford, Jones, Daviou, Grogg et Butterfield, 2004).

Différents modèles d'évaluation domiciliaire avant la sortie de l'hôpital coexistent : elle peut ainsi être réalisée par l'ergothérapeute du milieu hospitalier ou du milieu communautaire, avec ou sans la présence du patient au domicile (Barras, 2005 ; Boronowski, Shorter et Miller, 2012). Or, malgré l'utilité d'une évaluation du domicile en prévision de la sortie de l'hôpital et les différents modèles existants, celle-ci n'est pas toujours accomplie, notamment en raison des coûts, du temps de déplacement et de la planification qu'elle nécessite (Harris *et al.*, 2008 ; Hoffmann et Russell, 2008). Par ailleurs, ces évaluations à domicile sont effectuées avec des délais d'attente variables, une fois le client à domicile (Tardif et Fleury, 2013). Les ergothérapeutes se tournent donc vers des alternatives à la visite à domicile pour les raisons nommées ci-dessus ou tout simplement pour des raisons administratives (leur établissement ne leur permettant pas de procéder à celles-ci).

Parmi les alternatives à la visite à domicile offertes dans un contexte de planification de la sortie définitive du centre hospitalier, il y a l'entrevue avec le patient et ses proches, l'utilisation de la photo traditionnelle, de la vidéo, de la photo 3D, de la réalité virtuelle et la visioconférence. La plus couramment utilisée est l'entrevue avec le patient ou ses proches (Robertson et Blaga, 2013). Celle-ci permet d'impliquer le patient, mais aussi parfois d'inclure les proches, notamment pour la prise de mesures dans le domicile nécessaire à la recommandation d'équipements, afin d'améliorer la précision des informations obtenues (Sim, Barr et George, 2014). Néanmoins, celles-ci ne sont pas vérifiées visuellement par l'ergothérapeute, ce qui diminue la fiabilité de cette méthode (Hoffmann et Russell, 2008). Afin de standardiser ce type d'évaluation, des chercheurs ont développé des protocoles d'évaluation du domicile qui ne nécessitent pas la visite de l'ergothérapeute (Lee, Simic, Sanford et Romero, 2016 ; Sanford, Pynoos, Tejral et Browne, 2001). Il s'agit d'instructions détaillées qu'un proche devrait être en mesure de suivre pour décrire l'environnement domiciliaire en vue d'une évaluation ultérieure par l'ergothérapeute. Ces outils d'évaluation demeurent toutefois des mesures autorapportées.

Pour pallier les inconvénients de l'entrevue, il est possible d'utiliser des photos prises par un tiers pour visualiser les barrières architecturales. En effet, dans un environnement complexe à décrire, l'interprétation de certaines mesures notées par les proches peut être difficile. L'apport des photos permet donc à l'ergothérapeute de trianguler les données pour bien analyser les problèmes que risque de rencontrer la personne dans son environnement domiciliaire (Sanford *et al.*, 2001). L'efficacité des photos du domicile a été démontrée pour la recommandation d'équipements pour la toilette/salle de bains, lorsqu'elles sont utilisées conjointement avec les informations fournies par le patient ainsi qu'une liste d'aides techniques déjà en place (Sim *et al.*, 2014). Toutefois, l'interprétation est dépendante de l'angle sous lequel la photo a été prise. De plus, le manque de connaissances et de confiance des proches concernant la méthode d'envoi des photos à l'ergothérapeute peut être une source de problème (Sim *et al.*, 2014). Daniel et son équipe (2013) se sont intéressés à la validité et la faisabilité d'une évaluation à domicile dont le protocole impliquait l'utilisation de la photographie. Ils en concluent que cette modalité présente une bonne validité convergente si les instructions sont claires. Cependant, l'évaluation des surfaces glissantes et l'obtention d'une vue globale des pièces demeurent difficiles (Daniel *et al.*, 2013).

Concernant l'efficacité des technologies dites modernes, l'utilisation de la technologie vidéo ressort aussi comme une alternative intéressante à la visite à domicile. Romero et collègues (Romero, Lee, Simic, Levy et Sanford, 2017) ont élaboré un protocole pour l'évaluation domiciliaire au moyen de la vidéo (caméra usuelle portable) pour les proches de personnes âgées. La principale limite de cette modalité dite asynchrone est qu'elle ne permet pas à l'ergothérapeute de spécifier des éléments à évaluer en cours de processus.

Dans une étude récente, Threapleton et collègues (Threapleton, Newberry, Sutton, Worthington et Drummond, 2017) ont exploré l'utilité potentielle de la réalité virtuelle pour faciliter la sortie de l'hôpital chez les personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Les équipes de Money (Money *et al.*, 2015) et de Kim (Kim, Brienza, Lynch, Cooper et Boninger, 2008 ; Kim et Brienza, 2006) se sont intéressées quant à elles à l'utilisation d'une application 3D pour représenter le domicile. Ces technologies en sont toutefois à leurs balbutiements et nécessitent plusieurs modifications avant d'être utilisées dans un contexte clinique.

Finalement, parmi les alternatives à la visite à domicile par l'ergothérapeute, l'utilisation de la tablette électronique en visioconférence (T.E.V.) apparaît comme une solution mobile prometteuse (Nix et Comans, 2017). Cette communication par vidéo en temps réel permet d'apprécier l'environnement domiciliaire et de guider le proche aidant, au besoin, afin qu'il fournisse à l'ergothérapeute les images et l'information pertinentes pour l'évaluation du domicile (Sanford *et al.*, 2004). Cette méthode présenterait un rapport coût-efficacité intéressant, tout en permettant de satisfaire au besoin d'évaluation du domicile (Hoenig *et al.*, 2006). Malgré le caractère prometteur de cette technologie, son utilisation n'est pas répandue dans les milieux cliniques en raison d'un manque de données empiriques démontrant son utilité en ergothérapie (Chedid, Dew et Veitch, 2013) et sa faisabilité (par ex. en relation avec les protocoles de confidentialité des données en ligne des hôpitaux).

BUT

La T.E.V. est une technologie à coût moindre dont la popularité est croissante. Elle permet à l'ergothérapeute d'obtenir des données objectives et synchrones (c'est-à-dire en temps réel, en simultané) et ainsi représente une solution la plus prometteuse pour remplacer la visite à domicile. Puisque plusieurs contraintes limitent la visite à domicile par les ergothérapeutes en prévision de la sortie définitive du centre hospitalier malgré la pertinence de celle-ci et qu'une alternative à la visite à domicile apparaît nécessaire, le but de cet article est donc de faire le point sur les connaissances actuelles sur l'utilisation de la T.E.V. dans un tel contexte en procédant à une revue rapide des études empiriques et des enjeux de faisabilité.

MÉTHODES

Cette revue rapide procède en six étapes dégagées d'une revue des écrits sur le sujet (Tricco et al., 2015), soit : 1) identifier la question de recherche ; 2) élaborer la stratégie de recherche ; 3) définir les critères de sélection ; 4) identifier les écrits pertinents ; 5) extraire les données pertinentes ; 6) présenter une synthèse des résultats.

1. Identifier la question de recherche

La question de recherche visée est la suivante : quelles sont les connaissances actuelles sur l'utilisation de la T.E.V. dans un contexte d'évaluation domiciliaire en ergothérapie en prévision de la sortie de l'hôpital de personnes âgées ?

2. Élaborer la stratégie de recherche

La recherche d'articles s'est effectuée dans la base de données principale associée au domaine d'étude – soit *PubMed (Medline)* – entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2017. Il a été choisi d'inclure les concepts d'évaluation domiciliaire, d'évaluation à distance et de sortie définitive du centre hospitalier dans la stratégie de recherche. La chaîne de mots-clés utilisée était la suivante : « *Remote home assessment service* » OR « *In-home assessment* » OR « *Patient discharge* » OR « *Discharge home service* » OR « *Pre-discharge* » OR « *Remote home evaluation* » OR « *Architectural accessibility* » OR « *Home modification* » OR « *home care service** » OR « *home evaluation* » OR « *discharge planning* » avec une recherche par titre et résumé. Des filtres avec les années 2000 et plus et en langue française ou anglaise ont été appliqués. Une recherche manuelle a aussi été réalisée dans plusieurs revues scientifiques liées à l'ergothérapie, soit : *American Journal of Occupational Therapy*, *Asian Journal of Occupational Therapy*, *Australian Occupational Therapy Journal*, *British Journal of Occupational Therapy* et *Canadian Journal of Occupational Therapy*. Finalement, la liste des références des articles pertinents a été consultée.

3. Définir les critères de sélection

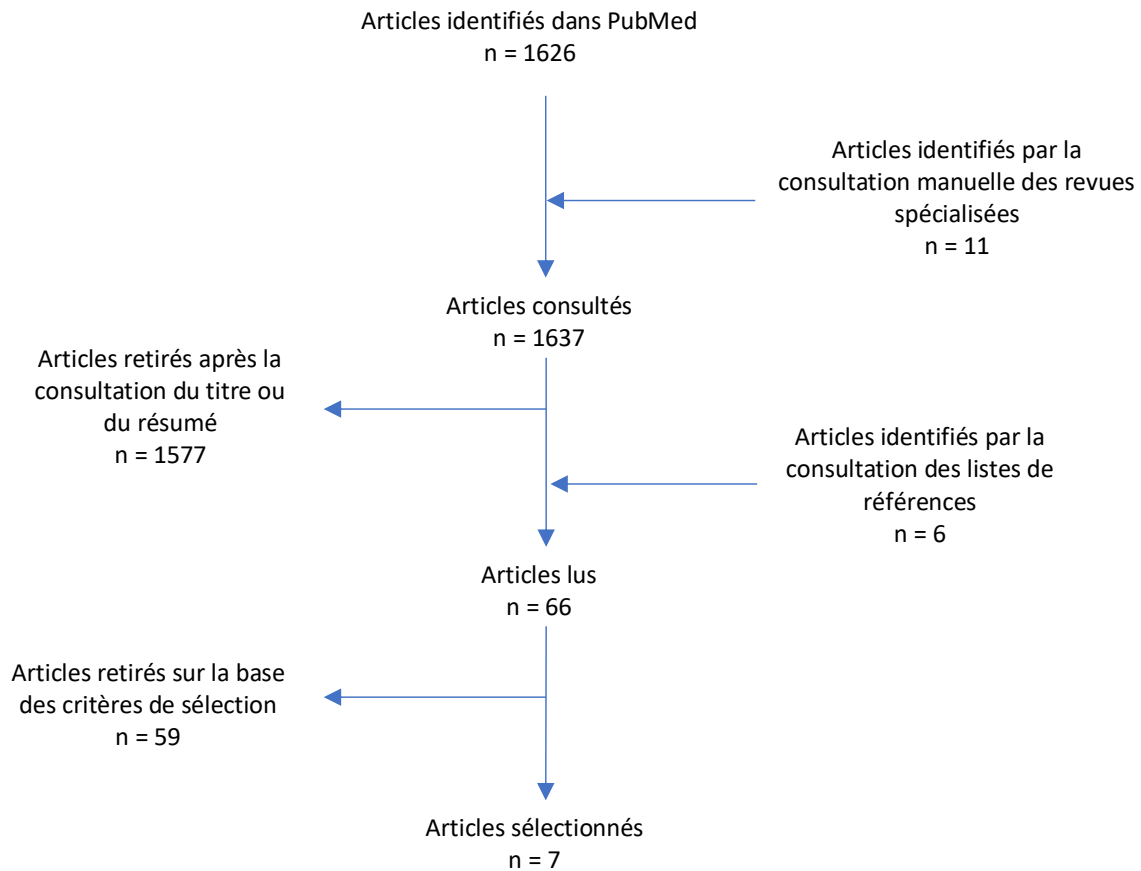
Les critères de sélection pour les articles ont été définis en partie à l'avance et en partie de façon itérative au fur et à mesure de l'exploration des écrits, une démarche recommandée pour optimiser la pertinence et la portée des synthèses de connaissances (Arksey et O'Malley, 2005). Les critères de sélection initiaux, en plus de l'application des filtres mentionnés plus haut, étaient que les articles devaient porter sur l'utilisation de la visioconférence ou de toute autre méthode synchrone pour l'évaluation domiciliaire en prévision de la sortie définitive du centre hospitalier. La sélection initiale a été effectuée par l'auteure principale. Ensuite, une exploration des articles a permis de constater que seulement deux articles, qui concernaient la même étude, répondaient aux critères initiaux (Sanford et Butterfield, 2005 ; Sanford *et al.*, 2004). Il a donc été choisi, afin d'approfondir davantage les enjeux de faisabilité entourant l'utilisation de la visioconférence, d'élargir les critères de sélection. Les articles devaient donc concerner l'utilisation d'un type de visite virtuelle synchrone au domicile dans un contexte, soit de prévision de la sortie définitive du centre hospitalier, soit d'évaluation à domicile. Ainsi, les critères d'inclusion finaux appliqués pour le choix des articles suivant leur lecture complète étaient : 1) utiliser une technologie synchrone ; 2) se dérouler dans un contexte de sortie définitive du centre hospitalier ou d'évaluation à domicile ; 3) être rédigé en français ou en anglais ; 4) avoir été publié entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2017.

4. Identifier la littérature pertinente

La sélection des études à la suite de la lecture des articles complets a été réalisée par l'auteure principale (Figure 1). A partir des 1637 articles trouvés initialement, la sélection par le titre ou le résumé a permis de retenir 60 articles, auxquels se sont ajoutés 6 articles provenant de la liste de références des articles consultés. La lecture complète des articles a mené à la sélection de sept articles, dont deux ayant trait à la même étude. La majorité des études ont été exclues parce qu'elles n'utilisaient pas une technologie synchrone.

5. Extraire les données pertinentes

Une analyse thématique des données a été effectuée en utilisant initialement des codes prédéterminés, tels que le nom du premier auteur, le devis, le lieu et les objectifs de l'étude, la méthodologie et les résultats principaux (Paillé et Mucchielli, 2012). Des codes ont aussi été générés de façon itérative afin de documenter les enjeux de faisabilité liés à l'utilisation de la visioconférence (Miles, Huberman et Saldaña, 2013).

Figure 1 : Processus de sélection des études

RÉSULTATS

Synthèse des résultats

L'ensemble des résultats recensés parmi ces études appuient la possibilité de mener une évaluation domiciliaire à distance en prévision d'une sortie de l'hôpital et ce, de façon synchrone. Les articles retenus soulèvent aussi divers enjeux de faisabilité qui sont présentés dans les paragraphes suivants sous les thèmes de facteurs limitatifs, favorables ou à prendre en considération pour une évaluation domiciliaire en prévision d'une sortie de l'hôpital, de façon synchrone.

Facteurs limitant l'évaluation domiciliaire à distance en prévision d'une sortie de l'hôpital, de façon synchrone

Rapport coût-efficacité

L'étude de Sanford et ses collègues (Sanford et Butterfield, 2005 ; Sanford *et al.*, 2004) ne nomme pas de façon explicite des enjeux de faisabilité, mais on peut y distinguer un enjeu lié au choix de la technologie. L'installation utilisée dans cette étude s'avère coûteuse : une somme d'environ 3500 US\$ est nécessaire pour se procurer les équipements

requis. Et on retrouve le même type d'équipement et d'exigences dans l'étude d'Hoenig et ses collègues (Hoenig *et al.*, 2006).

Perception des dénivellations

Dans l'étude de Hoffmann et Cantoni (2008), une démarche ergothérapique (par ex. évaluation de la performance fonctionnelle et de la sécurité domiciliaire, ainsi que recommandation de modifications domiciliaires) a été réalisée à l'aide d'un système de visioconférence en utilisant une connexion Internet standard. Ensuite, un appareil ultrasonique portable identifiant la distance entre le caméscope et l'objet filmé par celui-ci permettait d'obtenir la distance qui séparait deux emplacements à l'aide d'un logiciel. Or, en comparaison avec une visite à domicile impliquant la présence d'un évaluateur sur les lieux, certaines dénivellations au sol n'ont pas été identifiées avec la visioconférence.

Connexion Internet

L'absence de service Internet chez certains bénéficiaires ou les données limitées incluses dans leur forfait mobile constituent des limites à l'utilisation d'Internet (Nix et Comans, 2017).

Problèmes techniques

Les études de Hoenig et ses collègues (2006) et de Hoffmann et Cantoni (2008) mentionnent des problèmes techniques durant leur expérimentation, liés à la technologie elle-même. Les difficultés rencontrées concernaient essentiellement des problèmes de connexion liés à la météo, à l'utilisation de différents canaux ou à une batterie complètement déchargée, ainsi que des décalages audio.

Réceptivité à la télésanté

Nix et Comans (2017) affirment que ce ne sont pas tous les ergothérapeutes qui sont à l'aise avec la technologie et soulèvent ainsi l'enjeu de la réceptivité à la télésanté. Comme pour l'étude de Greenup, McCusker, Potts et Bryett (2017), une formation peut être nécessaire pour certains professionnels.

Facteur favorisant l'évaluation domiciliaire à distance en prévision d'une sortie de l'hôpital, de façon synchrone

Appareils mobiles et carte SIM

Les deux études plus récentes, Greenup et collègues (2017) et Nix et Comans (2017) ont utilisé des appareils mobiles (téléphone intelligent et tablette électronique) qui permettent d'inclure une carte SIM (avec un forfait de données) et donc de compenser ainsi la lacune liée à la connexion Internet.

Facteur à prendre en considération dans l'évaluation domiciliaire à distance en prévision d'une sortie de l'hôpital, de façon synchrone

Législation et sécurité

Nix et Comans (2017) soulignent des enjeux liés à la législation entourant l'utilisation d'Internet et les technologies choisies. Ces auteures rappellent l'importance de conserver les données sur un site sécurisé.

Tableau 1 : Analyse thématique des articles retenus et des enjeux de faisabilité

| Auteurs (année de publication) | Type de technologie utilisé | Principaux résultats | Les enjeux de faisabilité | Population cible |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Greenup, McCusker, Potts et Bryett (2017) | Tablette électronique (Apple iPad) avec une connexion Internet (Telstra 4G Network) et la vidéoconférence (Cisco Jabber for Telepresence) | La vidéoconférence peut faciliter la sortie définitive du centre hospitalier des patients tout en maintenant les normes cliniques existantes du service. | Une formation de quatre heures a été fournie aux infirmières qui ont utilisé le système. L'étude a identifié 35 cas (10,1 % du total) où les infirmières étaient confiantes dans l'utilisation de la vidéoconférence pour faciliter la sortie définitive du centre hospitalier d'un patient. | 35 patients (l'âge et le diagnostic des patients = ND) |
| Hoenig, Sanford, Butterfield, Griffiths, Richardson et Hargraves (2006) | Ligne téléphonique standard avec un vidéophone, une caméra et des écouteurs sans fil | La technologie de téléadaptation et les procédures d'intervention sont réalisables. | Dysfonctionnement technique lié à un orage électrique pour deux patients. Utilisation de canaux différents dans l'équipement pour un patient. Batterie de la caméra déchargée pour un patient : interruption involontaire de l'appel pour un patient. | 13 patients âgés de 42 à 79 ans à risque de chute élevé |
| Hoffmann et Cantoni (2008) | Connexion Internet (18 kbit/s) avec système de téléadaptation (eHAB, University of Queensland, Brisbane) | La réalisation de visites à domicile par visioconférence via Internet est à la fois réalisable et précise. | Difficulté pour quatre patients de juger de la précision de la pente du terrain. Incapacité pour deux patients à percevoir les tapis de sol non fixés parce que le balayage de la pièce était limité. Retard dans le son et difficulté de manipulation de l'appareil à ultrason. | 127 patients (vétérans) âgés de 51 à 91 ans atteints de diverses pathologies |

ND : non disponible

Tableau 1 : Analyse thématique des articles retenus et des enjeux de faisabilité (suite)

| Auteurs (année de publication) | Type de technologie utilisé | Principaux résultats | Les enjeux de faisabilité | Population cible |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nix et Comans (2017) | Appareil mobile (téléphone intelligent, ordinateur portable, tablette électronique) avec Skype ou un autre système d'appel vidéo | Le remplacement des visites à domicile en personne par des visites à distance avec la technologie convient à divers scénarios de visite à domicile traditionnellement effectués par des ergothérapeutes. | Importance de conserver les données sur un site sécurisé. Accès à Internet variable. Ce n'est pas tous les ergothérapeutes qui sont technologues. | Patients avec des problèmes orthopédiques. Âge = ND |
| Sanford, Jones, Daviou, Grogg et Butterfield (2004) Sanford, Pynoos, Tejral et Browne (2005) | Ligne téléphonique standard avec un vidéophone (StarView 500 TravelStar Pro XL) à domicile et un vidéophone (StarView 2000 Pro) à la clinique | L'évaluation domiciliaire par visioconférence a le potentiel de permettre aux thérapeutes d'identifier les problèmes d'accessibilité et de prescrire les équipements et modifications nécessaires pour le patient. | ND | 3 patients. Âge = ND |
| Sanford (2007) | Ligne téléphonique standard avec un vidéophone (StarView 500 TravelStar Pro XL) à domicile et un vidéophone (StarView 2000 Pro) à la clinique | La vidéoconférence peut fournir des informations similaires à celles d'une évaluation traditionnelle à domicile. | ND | 32 patients dont 16 en téléadaptation âgés de 46 à 69 ans |

ND : non disponible

DISCUSSION

Cette étude extrait les connaissances actuelles sur l'utilisation de la T.E.V. dans un contexte d'évaluation domiciliaire ou en prévision de la sortie du centre hospitalier. Cette synthèse s'appuie sur sept études réalisées entre 2004 et 2017, s'intéressant à la possibilité de mener une évaluation domiciliaire à distance de façon synchrone en prévision d'une sortie de l'hôpital, tout en identifiant différents enjeux de faisabilité.

Les technologies utilisées

Les premières études (celles des équipes de Sanford, 2004, 2005, 2007, et de Hoening, 2006) utilisaient des technologies qui s'avèrent trop coûteuses et qui ont connu plusieurs problèmes techniques, deux obstacles à leur utilisation clinique. Toutefois, l'amélioration des technologies, entre autres des appareils mobiles et de l'accès à Internet, qui transparait dans les études plus récentes (Nix et Comans, 2017 ; Greenup *et al.*, 2017), permet d'envisager d'utiliser la T.E.V. pour procéder à une évaluation domiciliaire à distance de façon synchrone en prévision d'une sortie de l'hôpital, et ce, à moindre coût. Hoffmann et Cantoni (2008) soulignent le potentiel prometteur associé à l'utilisation d'une connexion Internet pour des objectifs de téléadaptation. Toutefois, certains inconvénients demeurent, dont la nécessité d'une configuration préalable des paramètres de connectivité de la part de la personne demeurant à domicile (Holland *et al.*, 2014). De plus, dans la mesure où cette technologie ne lui est pas familière, l'établissement de la connexion nécessaire à l'intervention peut requérir l'assistance d'un technicien. La possibilité d'inclure une carte SIM avec des données mobiles réduit ces inconvénients. Par exemple, un établissement de santé pourrait fournir une tablette électronique avec une carte SIM intégrée, procurant ainsi un accès Internet au patient ou à son proche aidant sans qu'il y ait à effectuer de manipulations pour la connectivité autres que celles demandées par l'utilisation de l'appareil lui-même. La faisabilité de l'utilisation d'une tablette électronique munie d'un réseau de téléphonie mobile pour effectuer un suivi à distance auprès de patients demeurant en région rurale et nécessitant des services en soins palliatifs a été démontrée (Holland *et al.*, 2014). On rapporte cependant la présence de problèmes techniques survenant lors de l'usage de l'appareil (ralentissement du contenu vidéo, décalage son/image, problèmes de connectivité, etc.). Ceux-ci ont toutefois été surmontables et n'engendraient pas l'arrêt complet de la communication ou une perte d'information suffisante pour déformer le sens de la conversation (Aanesen, Lotherington et Olsen, 2011 ; Holland *et al.*, 2014 ; Katalinic, Young et Doolan, 2013). Ces difficultés ne semblaient pas affecter l'interaction entre le professionnel et le patient pendant la visite virtuelle.

La sécurité informatique

Nix et Comans (2017) ont mentionné des enjeux relatifs à la législation et à la sécurité informatique. Effectivement, ces enjeux de sécurité (liés à la conservation des données numériques), mais aussi éthiques (liés à l'enregistrement potentiel du domicile

et au consentement des patients, par exemple), sont peu abordés dans les articles, mais il est essentiel d'en tenir compte. Martínez-Pérez et collègues (2015) établissent neuf recommandations touchant à l'utilisation d'appareils mobiles (contrôle d'accès, authentification, sécurité et confidentialité, intégrité, information des patients, transfert de données, conservation des données, méthodes cryptographiques, avis d'atteinte à la sécurité des données). Ces aspects doivent nécessairement être intégrés dans l'utilisation de la T.E.V. pour procéder à une évaluation domiciliaire à distance.

La réceptivité à la télésanté

L'enjeu de la réceptivité à la télésanté, relevé par Nix et Comans (2017), rejoint les propos de Chedid et ses collègues (2013), lesquels soutiennent que les ergothérapeutes, notamment les plus âgés, doivent sortir de leur zone de confort pour intégrer la technologie dans leur pratique. Toutefois, la popularité des appareils mobiles (tablette électronique et téléphone intelligent) ainsi que celle des appels vidéo font en sorte que de plus en plus de personnes deviennent réceptives à leur égard et même compétentes dans leur utilisation. Plus précisément, la proportion d'adultes québécois qui disposent d'un téléphone intelligent est passée de 13 % en 2009 à 73 % en 2018 tandis que la proportion d'adultes québécois qui ont une tablette électronique est passée de 7 % en 2010 à 57 % en 2018 (CEFRIQ, 2018b). On observe notamment une hausse du taux d'adoption du téléphone intelligent chez les adultes québécois ayant un faible revenu familial, qui est passé de 32 % en 2017 à 55 % en 2018 pour ceux ayant un revenu familial inférieur à 20 000 \$ et de 46 % à 60 % pour ceux ayant un revenu familial se situant entre 20 000 \$ et 39 999 \$ (CEFRIQ, 2018a). En France, l'utilisation du téléphone intelligent est passée de 17 à 65 % en trois ans (Statista, 2019).

L'utilisation des appareils mobiles est une méthode d'intervention peu coûteuse impliquant un outil léger, compact, portatif, nécessitant peu de configuration, facile à utiliser et à manipuler, dans des environnements variés (Katalinic *et al.*, 2013). La popularité croissante de ce type de technologie permet de supposer que certains patients possèdent une tablette électronique ou un téléphone intelligent, que l'utilisation de ces appareils leur est familière, et rend prometteuse l'utilisation de ce type de technologie pour l'évaluation domiciliaire en ergothérapie en prévision de la sortie de l'hôpital.

Limites de la revue rapide

Cette étude présente certaines limites. Une seule base de données a été utilisée et la recherche a été effectuée par une seule évaluatrice. De plus, la qualité des articles n'a pas été évaluée. Toutefois, le choix de faire une revue rapide a permis de répondre à un besoin spécifique, soit celui de faire le portrait de la recherche actuelle sur l'utilisation de la T.E.V. dans un contexte d'évaluation domiciliaire en ergothérapie en prévision de la sortie de l'hôpital de personnes. Cette synthèse permettra de soutenir le développement d'études novatrices basées sur les données probantes, pour explorer l'utilisation de la T.E.V. ou du téléphone intelligent afin d'aménager rapidement le domicile des personnes en prévision de leur sortie d'hôpital.

CONCLUSION

Certaines technologies, comme celles utilisées dans les études de Sanford et ses collègues (Sanford et Butterfield, 2005 ; Sanford *et al.*, 2004) et de Hoenig et ses collègues (2006), entraînent des coûts technologiques et de ressources humaines trop importants pour envisager de procéder à une visite domiciliaire à distance de façon efficiente. Les appareils mobiles constituent des méthodes prometteuses pour évaluer à distance le domicile en prévision de la sortie de l'hôpital. Néanmoins, leur utilité et leur efficacité n'ont pas encore été démontrées. De plus, le recours aux outils technologiques soulèvent des enjeux de faisabilité qui doivent être explorés, notamment dans des mises en situation réelles et des contextes cliniques.

MESSAGES-CLÉS

- L'évaluation de la sécurité du domicile par l'ergothérapeute n'est pas toujours possible avant le retour à domicile en raison des coûts et du temps de déplacement.
- La visioconférence mobile est une alternative à la visite à domicile en personne par l'ergothérapeute bien qu'elle soulève des enjeux de faisabilité.
- L'utilité et l'efficacité de la visioconférence pour évaluer le domicile en prévision de la sortie de l'hôpital d'un patient ne sont pas encore démontrées.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteur.e.s déclarent qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts.

REMERCIEMENTS

Ces travaux ont reçu le soutien financier du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RVRQ) et du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR). Les auteur.e.s remercient les ergothérapeutes Annie-Claude Lemieux-Courchesne, et Marianne Giroux, ainsi que les étudiantes à la maîtrise en ergothérapie de l'Université de Sherbrooke pour leur contribution à la recension des écrits (G Fortin, F Gagnon, M Bruneau-Cossette, P Prince).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aanesen, M., Lotherington, A. T. et Olsen, F. (2011). Smarter elder care? A cost-effectiveness analysis of implementing technology in elder care. *Health Informatics Journal*, 17(3), 161-172. doi:10.1177/1460458211409716
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Atwal, A., McIntyre, A., Craik, C. et Hunt, J. (2008). Occupational therapists' perceptions of predischarge home assessments with older adults in acute care. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 52-58. doi:10.1177/030802260807100203
- Barras, S. (2005). A systematic and critical review of the literature: The effectiveness of occupational therapy home assessment on a range of outcome measures. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 326-336. doi:10.1111/j.1440-1630.2005.00496.x
- Boronowski, L. E., Shorter, C. M. et Miller, W. C. (2012). Measurement properties of the Occupational Therapy Discharge Needs Screen. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(4), 248-256. doi:10.2182/cjot.2012.79.4.6
- CEFRIQ. (2018a). *Portrait numérique des foyers québécois. NETendances*, 9(4). Récupéré de : <https://cefrio.qc.ca/media/2015/netendances2018-portraitnumeriquefoyersquebecois.pdf>
- CEFRIQ. (2018b). *La mobilité au Québec : 10 années de croissance. NETendances*, 9(7). Récupéré de : https://cefrio.qc.ca/media/2014/netendances-2018_mobilite-1.pdf
- Chedid, R. J., Dew, A. et Veitch, C. (2013). Barriers to the use of information and communication technology by occupational therapists working in a rural area of New South Wales, Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(3), 197-205. doi:10.1111/1440-1630.12016
- Daniel, H., Oesch, P., Stuck, A. E., Born, S., Bachmann, S. et Schoenenberger, A. W. (2013). Evaluation of a novel photography-based home assessment protocol for identification of environmental risk factors for falls in elderly persons. *Swiss Medical Weekly*, 143, w13884. doi:10.4414/smw.2013.13884
- Dove, J. (1999). Setting standards for home assessment visiting. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 275-277. doi:10.1177/030802269906200614
- Greenup, E. P., McCusker, M., Potts, B. A. et Bryett, A. (2017). The efficacy of telemedicine-supported discharge within an in-home model of care. *Telemedicine and e-Health*, 23(9), 763-765.
- Harris, S. (2006). Chart audit of predischarge occupational therapy home assessment visits. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(1), 62-63.
- Harris, S., James, E. et Snow, P. (2008). Predischarge occupational therapy home assessment visits: Towards an evidence base. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(2), 85-95. doi:10.1111/j.1440-1630.2007.00684.x
- Hoening, H., Sanford, J. A., Butterfield, T., Griffiths, P. C., Richardson, P. et Hargraves, K. (2006). Development of a teletechnology protocol for in-home rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 43(2), 287-298. doi:10.1682/jrrd.2004.07.0089
- Hoffmann, T. et Cantoni, N. (2008). Occupational therapy services for adult neurological clients in Queensland and therapists' use of telehealth to provide services. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(4), 239-248. doi:10.1111/j.1440-1630.2007.00693.x
- Hoffmann, T. et Russell, T. (2008). Pre-admission orthopaedic occupational therapy home visits conducted using the Internet. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14(2), 83-87. doi:10.1258/jtt.2007.070808
- Holland, E. D., Vanderboom, E. C., Ingram, J. C., Dose, M. A., Borkenhagen, S. L., Skadahl, E. P., ... Bowles, H. K. (2014). The feasibility of using technology to enhance the transition of palliative care for rural patients. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 32(6), 257-266. doi:10.1097/CIN.0000000000000066
- Katalinic, O., Young, A. et Doolan, D. (2013). Case study: The Interact Home Telehealth Project. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 19(7), 418-424. doi:10.1177/1357633x13506513
- Kenny, R. A. et al. (2011). Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 148-157. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x

- Kim, J. B. et Brienza, D. M. (2006). Development of a remote accessibility assessment system through three-dimensional reconstruction technology. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 43(2), 257. doi:10.1682/JRRD.2004.12.0163
- Kim, J., Brienza, D. M., Lynch, R. D., Cooper, R. A. et Boninger, M. L. (2008). Effectiveness evaluation of a remote accessibility assessment system for wheelchair users using virtualized reality. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(3), 470-479. doi:10.1016/j.apmr.2007.08.158
- Lee, M. J., Simic, I., Sanford, J. A. et Romero, S. (2016). Eyes behind the camera: Development and validation of a protocol to conduct home-safety assessments. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 70(Supplement 1). doi:10.5014/ajot.2016.70S1-PO4116
- Martínez-Pérez, B., De La Torre-Díez, I. et López-Coronado, M. (2015). Privacy and security in mobile health apps: A review and recommendations. *Journal of Medical Systems*, 39(1), 181. doi:10.1007/s10916-014-0181-3
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2013). *Qualitative Data Analysis*. Los Angeles : Sage.
- Money, A. G., Atwal, A., Young, K. L., Day, Y., Wilson, L. et Money, K. G. (2015). Using the Technology Acceptance Model to explore community dwelling older adults' perceptions of a 3D interior design application to facilitate pre-discharge home adaptations. *Bmc Medical Informatics and Decision Making*, 15(73). doi:10.1186/s12911-015-0190-2
- Nix, J. et Comans, T. (2017). Home quick – Occupational therapy home visits using mhealth, to facilitate discharge from acute admission back to the community. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(1), 47-54. doi:10.5195/ijt.2017.6218
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Risling, T., Martinez, J., Young, J. et Thorp-Frosie, N. (2017). Evaluating patient empowerment in association with eHealth technology: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9), e329. doi:10.2196/jmir.7809
- Robertson, L. et Blaga, L. (2013). Occupational therapy assessments used in acute physical care settings. *Scandinavian Journal of Occupational therapy*, 20(2), 127-135. doi:10.3109/11038128.2012.737369
- Romero, S., Lee, M. J., Simic, I., Levy, C. et Sanford, J. (2017). Development and validation of a remote home safety protocol. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 13(2), 166-172. doi:10.1080/17483107.2017.1300345
- Sanford, J. A. et Butterfield, T. (2005). Using remote assessment to provide home modification services to underserved elders. *Gerontologist*, 45(3), 389-398. doi:10.1093/geront/45.3.389
- Sanford, J. A., Hoenig, H., Griffiths, P. C., Butterfield, T., Richardson, P., & Hargraves, K. (2007). A comparison of televideo and traditional in-home rehabilitation in mobility impaired older adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 25(3), 1-18.
- Sanford, J. A., Jones, M., Daviou, P., Grogg, K. et Butterfield, T. (2004). Using telerehabilitation to identify home modification needs. *Assistive Technology*, 16(1), 43-53. doi:10.1080/10400435.2004.10132073
- Sanford, J. A., Pynoos, J., Tejral, A. et Browne, A. (2001). Development of a comprehensive assessment for delivery of home modifications. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 20(2), 43-55. doi:10.1080/J148v20n02_03
- Sim, S., Barr, C. J. et George, S. (2014). Comparison of equipment prescriptions in the toilet/bathroom by occupational therapists using home visits and digital photos, for patients in rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(2), 132-140. doi:doi.org/10.1111/1440-1630.12121
- Statista. (2019). *L'utilisation des smartphones en France – Faits et chiffres*. Récupéré à : <https://fr.statista.com/themes/2758/l-utilisation-des-smartphones-en-france/>
- Tardif, I. et Fleury, F. C. (2013). *Activités liées au congé dans la trajectoire de services pour les aînés en soins postaigus*. Recension des écrits. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Threapleton, K., Newberry, K., Sutton, G., Worthington, E. et Drummond, A. (2017). Virtually home: Exploring the potential of virtual reality to support patient discharge after stroke. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(2), 99-107. doi:10.1177/0308022616657111
- Tricco, A., Antony, J., Zarin, W., Striffler, L., Ghassemi, M., Ivory, J., ... Straus, S. (2015). A scoping review of rapid review methods. *BMC Medicine*, 13(1). doi:10.1186/s12916-015-0465-6



LA RECHERCHE-ACTION, UNE DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE POUR RENFORCER LA PRATIQUE

Hélène Clavreul¹, Sophie Albuquerque²

¹ Ergothérapeute, Formatrice et enseignante en IFE, Diplôme de manager d'organismes à vocation sociale et culturelle (CNAM, Niveau I RNCP), France

² Ergothérapeute, MSc-OT, Enseignante à l'École des Sciences de la Réadaptation à la Faculté des sciences médicales et paramédicales, Aix-Marseille Université, France

Adresse de contact : heleneclavreul@gmail.com

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.v6n1.172

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



« La recherche-action exprime [...] une véritable transformation de la manière de concevoir et de faire de la recherche en sciences humaines. » (Barbier, 1996, p. 7).

Le terme de « recherche-action » (RA) est apparu dans les années 1940 à travers les travaux de Lewin, enseignant en sciences sociales à l'Institut de technologie du Massachusetts (MIT). La RA s'est étendue dans le champ des sciences de l'éducation au Royaume-Uni dans les années 1960-1970, en Amérique latine au début des années 1970, puis en Australie et en Nouvelle-Zélande et dans les pays francophones depuis les années 1980 (Gannett et Brereton, 2013 ; Hollingsworth, 1997).

Si la RA peut revêtir des formes et des visées différentes, elle a pour spécificité d'agir sur le clivage entre « théorie » et « pratique » (Morvan, 2013), par exemple entre chercheur·euse·s, enseignant·e·s et « acteur·trice·s de terrain » (Le Boterf, 1983 ; Ray, 1993). Cette démarche méthodologique nous semble pertinente pour le développement de l'ergothérapie.

Définitions et caractéristiques

Les démarches de RA s'appuient sur le postulat que l'action (l'expérience, l'activité) produit des connaissances. L'autre principe souvent énoncé est que la valeur des savoirs dépend de leur efficacité pratique. En d'autres termes, théorie et pratique peuvent se transformer réciproquement. À la différence de la recherche « traditionnelle », le·la chercheur·euse se dit engagé·e dans la modification de la réalité et cette posture est assumée (Morvan, 2013). La recherche a lieu dans l'action (Desroche, 1982).

Lors du colloque « recherches impliquées, recherches-action : le cas de l'éducation », la RA est définie comme des « recherches dans lesquelles il y a une action délibérée de transformation de la réalité ; ces recherches ont un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations » (Hugon et Seibel, 1988, p. 13). Pour Desroche, il s'agit d'une « recherche dans laquelle les auteurs de recherches et les acteurs sociaux se trouvent réciproquement impliqués : les acteurs dans la recherche et les auteurs dans l'action » (Desroche, 1982, cité par Morin, 1985, p. 32). La notion d'acteurs fait ici référence à celui qui agit, « sur le terrain », par exemple les travailleur·euse·s sociaux·ales, mais aussi les bénéficiaires d'un service.

Desroche (1982) décrit trois degrés, que l'on peut voir comme trois plans, dans la recherche qui définissent le rapport du chercheur à l'action et aux acteurs et l'objectif de la recherche : la recherche-action expliquée, la recherche-action appliquée et la recherche-action impliquée. Le tableau 1 s'inspire des travaux de Desroches (1982) pour décrire la posture du·de la chercheur·euse selon ces trois caractéristiques.

Tableau 1 : Positionnement du·de la chercheur·euse et des acteur·trice·s à partir des travaux de Desroches (1982) et exemples concernant les ergothérapeutes

| | Expliquée | Appliquée | Impliquée/impliquante (participatory research) |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Degré d'engagement des acteur·trice·s et chercheur·euse·s | La recherche est faite sur les acteur·trice·s et est définie par les chercheur·euse·s | La recherche est faite pour les acteur·trice·s sur une proposition des chercheur·euse·s | La recherche est définie et réalisée par les acteur·trice·s et les chercheur·euse·s |
| Démarche méthodologique | Démarche hypothético-déductive | Démarche hypothético-déductive. Un type d'application choisi par le·la chercheur·euse | Démarche inductive |
| Exemple de recueil de données | Observation | Observation participante | Participation observante |
| Résultats | Production de connaissances concernant les acteur·trice·s (recherche des causes et des effets d'une action) | Applications pour pourvoir à des politiques d'actions, d'éducation, de planification, d'aménagement, recommandations de pratiques efficaces (« bonnes pratiques ») | Transformation des pratiques, émancipation des acteur·trice·s, transformation de l'environnement (changement social/sociétal) |
| Exemples de recherche en ergothérapie et sciences de l'occupation | Des chercheur·euse·s souhaitent déterminer les causes et les effets des actions thérapeutiques en santé mentale | Des chercheur·euse·s viennent observer les pratiques professionnelles en santé mentale pour déterminer les modalités d'accompagnement du rétablissement en établissement médico-social | Des patient·e·s, des ergothérapeutes et des chercheur·euse·s décident de déterminer ensemble les actions qui favorisent le rétablissement en santé mentale |

Une recherche-action est dite expliquée si elle permet d'identifier les causes et les effets d'une action. La recherche est alors « sur » l'action et les acteur·trice·s. Une recherche-action est dite appliquée quand les savoirs produits sont applicables dans une action (par ex. : des recommandations de bonnes pratiques) ; c'est une recherche « pour » l'action et les acteur·trice·s. Sur ces deux premiers degrés de la recherche, le rôle du·de la chercheur·euse reste classique : c'est lui·elle qui va définir le projet de recherche et les hypothèses a priori, en suivant une approche hypothético-déductive (Morvan, 2013). Dans le degré de « recherche-action impliquée », qui est à mettre en lien avec la « recherche-action participative » (RAP ou PAR pour Participatory Action Research), la démarche est inductive et les acteur·trice·s (les personnes qui vivent la situation) sont impliqué·e·s dans le processus de production des connaissances. C'est une recherche « par » l'action et les acteur·trice·s. Celle-ci va produire une transformation des actions et des acteur·trice·s et, en conséquence, de l'environnement. Une RAP s'inscrit ainsi dans un système sur lequel les acteur·trice·s agissent par la recherche. « Les acteurs cessent d'être simplement objets d'observation, d'explications et d'interprétation ; ils deviennent des sujets parties prenantes à la recherche, à sa conception, à son déroulement, à sa rédaction, à son suivi » (Desroche, 1981, cité par Goyette et Lessard-Hébert, 1987, pp. 135-136). Cela va transformer directement leur pratique. Barbier décrit par exemple une recherche-action impliquant des soignantes dans le cadre de l'accompagnement de fin de vie. Le fait que les praticiennes vont déterminer les problèmes à résoudre, qui seront l'objet de la recherche, va produire chez elles une production de

connaissances et une transformation de leurs représentations, par exemple sur la mort et le sens de leur travail (Barbier, 1996). Leurs occupations professionnelles vont s'en trouver modifiées.

Desroche (1982) explique qu'une recherche-action est une recherche « dans » l'action, c'est à dire visant à être simultanément : sur, pour et par les acteurs, c'est-à-dire portant sur les acteur·trice·s (expliquée), pour leurs pratiques (appliquée), et assurée par ces acteur·trice·s eux·elles-mêmes (impliquée).

Carr et Kemmis (1986) parlent d'une conception « démocratique » de la recherche et d'une science de la praxis. Ils voient dans la RAP un outil d'émancipation, à partir de la responsabilisation et de l'auto-organisation de groupes de praticien·ne·s. La recherche habilite des « groupes d'acteur·trice·s » à transformer leur pratique.

Contexte et spécificité de la recherche-action

La recherche-action remet en question la séparation entre chercheur·euse·s (ceux·celles qui créeraient la connaissance), enseignant·e·s (qui transmettraient la connaissance) et praticien·ne·s (qui appliqueraient la connaissance). Elle provoque un bouleversement des frontières entre les disciplines et des critères épistémologiques « classiques » (Hugon et Seibel, 1986). Cette démarche remet en question la posture du chercheur·euse dans les méthodologies de recherches universitaires appuyées sur le postulat d'objectivité dans une démarche scientifique et accompagne les mouvements de recherche concernant les groupes subalternisés (Godrie et Heck, 2020).

Appelée également « science citoyenne », elle reste encore une méthode peu considérée dans le milieu académique et une prise de risque chez l'étudiant·e en master ou doctorat (Herr et Anderson, 2014), bien que sa présence se fasse sentir au sein des universités depuis les années 1970 (Gannett et Brereton, 2013). Dans le *Guide pratique de la recherche en réadaptation* (2014), Tétrault et Guillez situent néanmoins la RAP comme stratégie de recherche innovante.

Quelques considérations épistémologiques, éthiques et méthodologiques

Il serait réducteur de définir la RA uniquement comme une méthode ou un modèle, tant elle est sous-tendue par différents courants et en redéfinition continue. Le déploiement de la RA s'appuie d'une part sur l'influence anglo-saxonne du pragmatisme et de la psychologie sociale, par exemple chez Dewey, et d'autre part sur des courants intellectuels tels que les sources théoriques du marxisme, par exemple chez Freire (Coenen, 2001), et l'existentialisme, comme chez Barbier (Morvan, 2013 ; Gannett et Brereton, 2013).

La recherche-action se situe au sein d'une épistémologie critique qui va guider les acteur·trice·s-chercheur·euse·s cherchant à mieux comprendre leur pratique sociale, à la transformer (Kemmis, Taggart et Nixon, 2014), voire à s'émanciper (Coenen, 2001 ; Freire, 1970). Ainsi, un changement de pratique sociale sera étudié à partir des pratiques des personnes concernées, dans un processus de « réflexion en action » (Cockburn et Trentham, 2002). La RA, et plus particulièrement la RAP, induit une inscription du·de la

chercheur·euse dans la société comme acteur·trice de sa situation. Elle inscrit aussi les acteur·trice·s dans la recherche. Desroche précise que chercheur·euse est un « métier » à part entière qui nécessite l'acquisition d'une posture de distanciation et la capacité à utiliser les « outils » de la recherche (Betton et Vatin, 2012). En effet, en devenant co-auteur·trice·s de la recherche, les acteur·trice·s de terrain ne disposent pas forcément d'une formation universitaire. Ici, il s'agit de transformer le savoir d'expérience en « ressources pour des projets futurs », ce qui exige un apprentissage scientifique méthodique rigoureux (Desroche, 1978). Ainsi l'action demande-t-elle non seulement à être narrée, mais interrogée moyennant des hypothèses, des comparaisons, des formalisations, des conceptualisations. « Pour se désengluier il y faut un recul [...], toute cette particularité de l'expérience doit, d'une manière ou d'une autre, émerger comme étant universalisable et en ce sens universitarisable » (Desroche, 1978, p. 106). Ces « outils » intellectuels permettent une transformation des représentations et offrent la possibilité aux acteur·trice·s de terrain d'articuler et différencier leur engagement dans leur pratique professionnelle et leur capacité à penser leur pratique (Vandernotte, 2014).

Le processus de la RA n'est pas linéaire mais cyclique, entre autoréflexion (ou auto-évaluation) et action, entre théorie et pratique. Selon qu'il s'agisse d'une RA expliquée, appliquée ou impliquée, ce sont les chercheur·euse·s et/ou les acteur·trice·s qui vont dans une première phase repérer une problématique, ou planifier un changement sur un usage ou une pratique. Une fois le cadre de la RA posé, une deuxième phase est celle de l'action et d'observation du processus de changement. Puis recommence une phase de replanification et d'action et observation. Cette démarche est fluide et réagit aux besoins de l'action visée (Kemmis *et al.*, 2014) ou de la production de connaissances « attendue ». L'articulation entre théorie et pratique, au cœur de la démarche de RA, s'exprime dans des allers-retours entre les actions et les concepts qui les régissent, et inversement ; il s'agit d'une co-construction. Mieux nous comprenons la complexité des relations de pouvoir sur la situation, plus il y a génération d'un nouveau savoir qui va entraîner des changements dans la pratique, d'où le terme d'action.

Les critères de validité de la RA

Les critères de qualité pour juger d'une RA diffèrent des critères de qualité « traditionnels » de la recherche scientifique. La réussite d'une RA est ainsi déterminée par l'évolution de la pratique suite au processus de réflexion. Selon Herr et Anderson (2014), les expert·e·s s'accordent sur l'importance de critères tels que :

- La validité dialogique : les participant·e·s sont des membres actif·ve·s de la création d'un nouveau savoir. Ils·elles doivent se sentir des membres respecté·e·s, actif·ve·s et validé·e·s dans leur sentiment d'identité, de compétence et d'autonomie. Savin-Baden et Wimpenny (2007) soulignent que le succès d'une telle recherche dépend d'un vécu commun d'appartenance, d'engagement et de responsabilité. La recherche d'un « nous » s'exprime à travers les agencements, les rôles, les possibilités de chacun·e (Reed et Hocking, 2013).
- La validité de résultat : des résultats entraînant un changement d'action.
- La validité catalytique : les chercheur·euse·s/participant·e·s acquièrent une éducation.

- La validité démocratique : les résultats doivent correspondre aux circonstances locales (Herr et Anderson, 2014).
- La validité de procédure : l'adéquation de la méthodologie. Les critiques émanant de l'implication du-de la chercheur-euse sont des points d'appui pour en renforcer l'exigence dans les critères méthodologiques (Ray, 1993).

Pour Desroche (1982), la RA s'opère in situ, et pas dans un laboratoire, et cela suppose de la part du-de la chercheur-euse une rigueur dans sa posture « distanciée » : il doit mesurer le risque « d'identification trop importante à l'acteur » (défaut de distanciation) et en tenir compte, ou au contraire le risque d'un excès de distanciation « qui pourrait induire une manipulation des acteurs » par les chercheurs ou une « instrumentation des intellectuels pour prouver une pratique ». Aussi, la participation observante ne doit pas être une « manipulation expérimentale », de même qu'elle ne doit pas être « subalternée à une militance idéologique, à une firme économique ou à un pouvoir administratif » (Desroche, 1984, cité par Draperi, 2014, p. 105).

Enjeux de la RA pour l'ergothérapie et la science de l'occupation

Les enjeux de la RA dans le champ de l'ergothérapie et de la science de l'occupation se situent sur trois plans interdépendants : les compétences professionnelles des ergothérapeutes, le caractère systémique de leurs actions et la démocratie sanitaire.

La RA permet de reconnaître chez les praticien-ne-s des compétences à la recherche. Les ergothérapeutes sont des acteur-trice-s qui font déjà preuve de rigueur en tant que clinicien-ne-s, transposable en tant que chercheur-euse-s : cadre, évaluation permanente de l'action aux objectifs intermédiaires, articulation de champs conceptuels et théoriques en connaissance de leurs limites et incertitudes. Reed et Hocking (2013) décrivent comment une RA facilite la dissémination de nouveaux savoirs, par ses cycles entre analyse et action. Les ergothérapeutes deviennent conscient-e-s du potentiel transformateur de leurs nouvelles connaissances et les utilisent afin de changer leurs pratiques au sein de leur organisation. Les ergothérapeutes, devenu-e-s co-chercheur-euse-s, décrivent également une amélioration de leur sentiment de confiance dans leur prise de décision et les actions à mettre en place. Le passage par l'expérimentation pour saisir le sens d'une action n'est pas nouveau pour les ergothérapeutes, cela fait partie de leur pratique d'accompagnement centrée sur la personne, alors pourquoi ne pas l'appliquer pour eux-elles-mêmes ?

Meyer, dans *Démarches et raisonnements en ergothérapie*, relate une vaste étude menée par Mattingly et Fleming avec des ergothérapeutes de différents services d'ergothérapie américains. Cette RA a mis en évidence la difficulté des ergothérapeutes « à raisonner dans le paradigme biomédical et ce qu'ils vivaient comme étant de l'incompétence, cachai[t] en fait une autre forme de compétence et qu'au fond ils étaient habiles à saisir la condition humaine de leur client et à les aider » (Meyer, 2007, p. 159-160). La RA semble en adéquation avec les compétences des ergothérapeutes à comprendre l'humain à travers les aspects signifiants et significatifs de ses activités, et la nature variable et évolutive de l'environnement avec lequel il interagit. Aussi, si les recherches expérimentales issues du modèle biomédical s'appuient souvent sur des données chiffrées comme étant la marque de leur

rigueur scientifique, la RA peut habiliter les ergothérapeutes dans leurs compétences à raisonner dans un modèle complexe, biopsychosocial et occupationnel.

En effet, la pratique de l'ergothérapie, tout comme la RA, s'inscrit dans une vision complexe, au sens de Morin. Les ergothérapeutes interagissent avec différents acteurs, et selon différentes sciences et courants de pensée, qui composent leur environnement. Ce point de vue est proche de celui du modèle personne / occupation / environnement. L'environnement transforme les occupations et les pratiques, et celles-ci transforment l'environnement, ce qui est le propre de la démarche ergothérapique. Ce principe de « boucle rétroactive » selon lequel la société est produite par les individus et la société produit les individus (Morin, 1990) est présent aussi bien en RA qu'en ergothérapie.

Enfin, la RA est un outil pour contribuer à développer des pratiques professionnelles de coopération plus horizontales. Les « savoirs professionnels » et les « savoirs expérientiels » peuvent trouver dans la RA un cadre privilégié de partage, dans une perspective de « démocratie sanitaire », dont la participation volontaire des personnes concernées est le socle (Gross, 2017 ; Greacen et Jouet, 2019). Un positionnement éthique d'une ergothérapie humaniste viendrait reconnaître chez chacun·e ses forces plus que ses manques, et sa capacité d'acteur·trice de sa santé et de la santé collective, plutôt qu'une situation passive de bénéficiaire ou d'administré·e (Lyon, 2006). Contrairement à une vision traditionnelle du savoir, fabriqué par des chercheur·euse·s ou des professionnel·le·s et « appliqué » à des patient·e·s, des malades ou des usager·ère·s, la RA confère à ces dernier·ère·s l'occasion de formaliser leurs propres savoirs. Ce processus, centré sur la personne, est évidemment un élément essentiel en termes d'*empowerment*, de développement de leur pouvoir d'agir et de promotion de leur inclusion dans la société (Cockburn et Trentham, 2002 ; Letts, 2003).

Ainsi, la RA est une « recherche politique » si elle désire entraîner un mouvement de transformation au sein du système sociétal (Kemmis *et al.*, 2014). Elle favorise la participation des communautés et groupes marginalisés et subalternés par les pouvoirs sociopolitiques et économiques en force. Pour les ergothérapeutes et les personnes qu'ils·elles accompagnent, elle ouvre la voie (et la voix) à des recherches élaborées par et pour les personnes concernées en co-crédant les connaissances qui permettent d'imaginer ou de poursuivre les plus justes activités professionnelles.

Illustrations de recherches-actions en ergothérapie

Les RA menées par des ergothérapeutes sont nombreuses dans le monde. Celle de Bennett *et al.* (2016) en Australie, réalisée auprès de 52 ergothérapeutes travaillant dans un hôpital, visait à développer et à évaluer un programme de renforcement des capacités cliniques, basé sur un cadre théorique de cycle connaissance-action. Cette étude a montré la nécessité d'une implication active de tous les clinicien·ne·s pour assurer l'application de connaissances dans leur contexte spécifique, et que cela a pour effet de valoriser et renforcer les expertises cliniques.

Au Canada, Martine Brousseau cite à plusieurs reprises la RA dans son article intitulé « La place du qualitatif dans les projets d'intégration des étudiant·e·s à la

maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières » (2014). Un article de Hébert *et al.* dans la *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur* présente les résultats d'une RA de l'Université d'Ottawa sur la conception, l'implantation et l'utilisation d'un portfolio professionnel étudiant en ergothérapie (2009).

Le groupe REUNICA et l'Association française ADERE ont publié en 2010 un rapport de RA concernant le maintien à domicile des personnes âgées de 75 ans et plus, et le rôle que pouvait jouer l'ergothérapie dans le maintien à domicile.

Dans leur article « L'ergothérapeute : un agent de changement et un leader pour une recherche en santé mentale axée vers le rétablissement » publié dans la *Revue francophone de recherche en ergothérapie* (2019), Catherine Briand, chercheuse et Myrille Bédard, patiente partenaire et formatrice, constatent que l'ergothérapeute « défend souvent des projets de recherche-action participative transformatrice » (Briand et Bédard, 2019, p. 6). Nos propres recherches portent sur des co-occupations d'habitant·e·s dans l'espace public comme support de participation (Clavreul, à paraître), et sur l'identification des besoins des ergothérapeutes pour développer des actions de santé communautaire et de promotion de la santé, dans le contexte de l'évolution de la santé publique en France (Albuquerque et Farias, à paraître).

Au-delà de la RA au sens strict, mais en lien étroit avec sa philosophie, l'évaluation de programme en santé communautaire est également un champ d'intérêt très important pour le développement, en ergothérapie, de pratiques centrées sur les attentes des personnes concernées elles-mêmes (Grandisson, Hébert et Thibeault, 2014).

Conclusion

« Il faut que les sociologues remplissent leur devoir social “et osent” sauter ce dangereux pas : le vide qui s'étend de la science sociale à la direction de l'action », disait Mauss en 1934 (Mauss, 1934, cité par Desroche, 1978, p. 288). Depuis les années 1990, les ergothérapeutes sont de plus en plus appelé·e·s à agir sur les causes d'inégalités d'accès et d'inclusion de leurs usager·ère·s de manière collaborative (Cockburn et Trentham, 2002). L'utilisation de dispositifs de RA est privilégiée lorsqu'il s'agit de transformer et d'interroger les institutions et leurs pratiques (voir l'appel à recherche-action du secrétariat d'État à l'Économie sociale et solidaire en 2003 en France). De par sa nature impliquante, la RA permet de comprendre comment les pratiques en santé sont produites par les circonstances culturelles, discursives, matérielles, économiques et sociopolitiques. Elle permet donc de transformer celles-ci et de les orienter vers des services plus égalitaires, efficaces et durables (Kemmis *et al.*, 2014). Des gouvernements formulent aujourd'hui une volonté d'ouverture de l'accès à la science, et remettent en cause les formes traditionnelles de création et d'implantation des savoirs dans la société civile (Ministère français de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2016).

Pour conclure, la RA rejoint les recommandations pour une promotion de la santé centrée sur la personne (Organisation mondiale de la santé, 2017). Elle permet de contribuer au développement d'une pratique responsable et réactive aux problématiques des populations avec lesquelles nous travaillons, en renforçant les capacités de

celles-ci à s'habilitier. Cette démarche répond aussi aux stratégies de développement de la recherche internationale en ergothérapie (Mackenzie, Jaramillo et Ledgerd, 2019). La World Federation of Occupational Therapists (WFOT) se positionne aujourd'hui sur des valeurs de justice occupationnelle : la RA semble être un outil particulièrement pertinent et essentiel pour développer la participation et l'engagement de chacun-e, que l'on soit patient-e, usager-ère, ergothérapeute, chercheur-euse, dans des activités significatives et épanouissantes, et garantir ainsi la santé comme bien commun.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Barbier, R. (1996). *La recherche-action*. Paris : Economica Anthropos.
- Bennett, S., Whitehead, M., Eames, S., Fleming, J., Low, S. et Caldwell, E. (2016). Building capacity for knowledge translation in occupational therapy: Learning through participatory action research. *BMC Medical Education*, 16, 257. doi:10.1186/s12909-016-0771-5
- Betton E. et Vatin F. (2012). Une recherche à quelles conditions ? L'acquisition de la posture et des méthodes de la recherche par des praticiens. Dans P.-M. Mesnier et C. Vandernotte (dir.), *En quête d'une intelligence de l'agir. T. 1 : Praticiens en recherche-action* (p. 79-95). Paris : L'Harmattan, coll. « Recherche-action en pratiques sociales ».
- Briand, C. et Bédard, M. (2019). L'ergothérapeute : un agent de changement et un leader pour une recherche en santé mentale axée vers le rétablissement. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 5(1), 3-9. doi:10.13096/rfre.v5n1.150
- Brousseau, M. (2014). La place du qualitatif dans les projets d'intégration des étudiants à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. *Recherches qualitatives*, 16 (hors-série), 24-39.
- Carr, W. et Kemmis, S. (1986). *Becoming Critical: Education, Knowledge and Action Research*. Londres: Falmer Press.
- Cockburn, L. et Trentham, B. (2002). Participatory action research: Integrating community occupational therapy practice and research. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 20-30. doi:10.1177/0008417406900102
- Coenen, H. (2001). Recherche-action : rapports entre chercheurs et acteurs. *Revue internationale de psychosociologie*, 7(16), 19-32. doi:10.3917/rips.016.0019
- Desroche, H. (1978). *Apprentissage II : Éducation permanente et créativité solidaires. Lettres ouvertes sur une utopie d'université hors les murs*. Paris : Éditions Ouvrières.
- Desroche, H. (1982). Les auteurs et les acteurs. La recherche coopérative comme recherche-action. Communauté. *Archives de Sciences sociales et de la Coopération et du Développement*, 59, 39-64.
- Draperi, J.-F. (2014). Henri Desroche aurait cent ans. *RECMA*, N° 334(4), 99-110.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed*. New York : Herder & Herder.
- Gannett, C. et Brereton, J. (2013). La recherche-action et les analyses de l'écrit au niveau universitaire. *Recherches en didactiques*, 15(1), 151-173. doi:10.3917/rdid.015.0151
- Godrie, B. et Heck, I. (2020). L'approche participative, la recherche-action, et leurs principales stratégies d'enquête et d'inclusion des groupes subalternisés (attribué). Dans F. Piron (dir.), *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines*. (s. l.) : Éditions science et bien commun. Repéré à : <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/methodes-de-recherche-participative-recherche-action-et-sciences-citoyennes/>
- Goyette, G., et Lessard-Hébert, M. (1987). *La recherche-action : Ses fonctions, son fondement et son instrumentation*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Grandisson, M., Hébert, M. et Thibeault, R. (2014). A systematic review on how to conduct evaluations in community-based rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 36(4), 265275. doi:10.3109/09638288.2013.785602

- Greacen T. et Jouet, E. (2019). Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Toulouse : Éditions Érès.
- Gross, O. (2017). L'engagement des patients au service du système de santé. Montrouge : Éditions Doin.
- Hébert, M., Beaudoin, J.-P., Thibaut, R. et Pitre, R. (2009) Conception, implantation et utilisation d'un portfolio professionnel étudiant dans un programme de formation en ergothérapie. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*. Récupéré de : <http://journals.openedition.org/ripes/109>
- Herr, K. et Anderson, G. (2014). *The Action Research Dissertation: A Guide for Students and Faculty* (2e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Hollingsworth, S. (1997). *International Action Research: A Casebook for Educational Reform*. Londres : Falmer Press.
- Hugon, M.A. et Seibel, C. (1988). *Recherches impliquées, Recherches action, le cas de l'éducation*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Kemmis, S., McTaggart, R. et Nixon, R. (2014). *The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research*. Singapour : Springer.
- Le Boterf, G. (1983). La recherche-action : une nouvelle relation entre les experts et les acteurs sociaux ? *Pour*, 90, 33.
- Letts, L. (2003). Occupational therapy and participatory research: A partnership worth pursuing. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 77-87. doi:10.5014/ajot.57.1.77
- Lyon, A.-C. (2006). La cohérence et la complexité. *Recherche-action/Processus d'apprentissage et d'innovation sociale*. Paris : L'Harmattan.
- Mackenzie, L., Jaramillo, L., et Ledgerd, R. (2019). Developing international research priorities for occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(3). doi:10.1177/0308022618803869
- Mauss, M. (1936). Les techniques du corps (Communication présentée à la Société de psychologie le 17 mai 1934). *Journal de psychologie*, 32(3-4), 271-293.
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : Haute école de travail social et de la santé.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (2016). *Les sciences participatives en France. État des lieux, bonnes pratiques et recommandations*. Récupéré de : www.sciences-participatives.com
- Morin, A. (1985). Critères de « scientificité » de la recherche-action. *Revue des sciences de l'éducation*, 11(1), 31-49. doi:10.7202/900478ar
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF.
- Morvan, A. (2013). Recherche-action. Dans I. Casillo (dir.), *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*. Paris : GIS Démocratie et Participation. Récupéré de : <http://www.dicopart.fr/fr/dico/recherche-action>
- Organisation mondiale de la santé (2017). *Framework on Integrated People-Centered Health Services*. Récupéré de : <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>
- Ray, R. (1993). *The Practice of Theory: Teacher Research in Composition*. Urbana, IL : National Council of Teachers of English.
- Reed, K. et Hocking, C. (2013). Re-visioning practice through action research. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(3), 181-188. doi:10.1111/1440-1630.12033
- Savin-Baden, M. et Wimpenny, K. (2007). Exploring and implementing participatory action research. *Journal of Geography in Higher Education*, 31(2), 331-343. doi:10.1080/03098260601065136
- Seibel, C. et Hugon, M.-A. (1987). Recherche-Action, Formation : quelle articulation ? *Recherche & Formation (Les professions de l'éducation : recherches et pratiques en formation)*, 2, 9-20.
- Tétréault, S. et Guillez, P. (2014). *Guide pratique de la recherche en réadaptation*. Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Vandernotte, C. (2014), Faire de la recherche-action un levier de transformation du monde. Une utopie concrète dans le sillage de Lebreton et Desroche (Communication présentée lors du colloque « Vers une économie "humaine". Pensées critiques d'hier et d'aujourd'hui », 21-22 juin 2012, Caen). Dans L. Loty, J.-L. Perrault et R. Tortajada (dir.), *Vers une économie "humaine" ? Desroche, Lebreton, Lefebvre, Mounier, Perroux, au prisme de notre temps*. Paris : Hermann.



VU POUR VOUS

SUSTAINABILITY MATTERS : 25^E CONGRÈS ANNUEL DU EUROPEAN NETWORK OF OCCUPATIONAL THERAPY IN HIGHER EDUCATION (ENOTHE)

Zélie Gex¹, Elena Müller¹, Zoé Rossel¹, Marion Ryckx¹

¹ Étudiante en ergothérapie, Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Suisse

Adresse de contact : marion.ryckx@hetsl.ch

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

doi:10.13096/rfre.v6n1.165

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



Le 16 octobre 2019, sac au dos et valise à la main, nous partons pour Athènes. Le but du voyage ? Participer au 25^e congrès annuel du European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE). ENOTHE est une association qui a pour vocation de promouvoir en Europe une éducation en ergothérapie forte, unifiée à travers les pays et répondant aux défis actuels (ENOTHE, 2020b). Chaque année, ENOTHE organise un congrès afin d'aborder un thème en particulier et d'échanger sur le rôle que peut jouer l'ergothérapie en Europe et dans le monde. Tout ergothérapeute peut s'y inscrire et la participation des étudiants est encouragée. C'est dans ce contexte que nous, étudiantes de l'école d'ergothérapie de Lausanne, avons participé à ce congrès. En 2019, le thème du congrès était « Sustainability matters » et portait autant sur comment promouvoir une éducation en ergothérapie durable dans le temps, que sur la durabilité dans les matériaux éducationnels utilisés.

Bien que plusieurs présentations aient été intéressantes, deux en particulier ont retenu notre attention pour plusieurs raisons.

La première, tenue par Nadine Blankvoort, a exposé la pratique ergothérapeutique avec des personnes déplacées. Nadine Blankvoort est chercheuse en ergothérapie à l'Université des sciences appliquées d'Amsterdam et elle s'intéresse à l'analyse critique des programmes d'intégration des réfugiés mis en place par le gouvernement néerlandais (Researchgate, 2020). Elle a souligné l'importance de développer notre pratique au sein du collectif et de la communauté, en s'intéressant aux gens, en parlant avec eux, et en se détachant de l'individualisme. Elle a proposé d'utiliser comme méthodologie les histoires racontées afin de valoriser le rôle d'expert des réfugiés. Un exemple de projet mené en collaboration avec des personnes déplacées peut d'ailleurs être consulté sur le site suivant : <https://www.movingpeople.nu/>.

Un autre message percutant nous a été transmis par Hans Jonsson. Cet ergothérapeute renommé est actuellement professeur à l'Université du Danemark du Sud et maître de conférences au Karolinska Institutet de Stockholm. Son programme de recherche porte sur les fondamentaux dans la conception de l'occupation en ergothérapie et sur le rôle de l'ergothérapie au confluent des domaines médical et social (ENOTHE, 2020a). Ce qui nous a le plus attirées dans sa présentation est la façon dont il assemble la vision médicale et la vision sociale de la personne. En tant qu'étudiant, il est parfois complexe de saisir la place de l'ergothérapie : sommes-nous une science sociale ? Sommes-nous une science médicale ? Jonsson place l'ergothérapie au centre, utilisant les sciences de l'occupation comme un pont permettant le passage entre les deux domaines. Cette conférence nous a ainsi permis de mieux comprendre les particularités de l'ergothérapie. En combinant sa connaissance de l'occupation, du faire (*doing*) et de l'anatomie, l'ergothérapeute apporte son aide d'une façon unique auprès des clients.

De nombreux ateliers intéressants ont également été présentés, par exemple sur les imprimantes 3D, ou encore sur la stigmatisation au sein des études en ergothérapie. Ces ateliers ont permis de favoriser les échanges entre les participants, chaque personne enrichissant la discussion en fonction de ses expériences, de son lieu d'études ou de pratique, de sa formation, etc. Participer à des ateliers nous a permis de réfléchir sur des thématiques qui nous concernent et nous intéressent.

Participer à ce congrès a été pour nous quatre notre première expérience à l'international. Cela a été l'occasion d'apprendre beaucoup non seulement sur l'ergothérapie, mais également sur nous-mêmes. Le congrès nous a permis de faire de nouvelles rencontres et de lier des liens avec des étudiants et professeurs de toute l'Europe. Échanger et confronter ses idées avec des professionnels d'autres cultures que la nôtre nous a donné plusieurs briques pour construire notre identité professionnelle. De plus, discuter de différentes thématiques sociétales actuelles telles que l'immigration nous a ouvert les yeux sur les différents rôles que peuvent être amenés à jouer les ergothérapeutes. Cela a également mis en avant l'importance de renforcer la visibilité et l'unité de la profession au niveau international afin de pouvoir toucher plus de gens et de consolider notre position au sein du système de santé.

Enfin, nous désirons relever un des points forts du congrès ENOTHE : la valorisation des étudiants. Durant ce dernier, les étudiants étaient pleinement intégrés et ce que nous avons à partager était tout aussi important que ce que les autres participants apportaient. Ce congrès nous a certes demandé de sortir de notre zone de confort, mais ce que nous en avons retiré en valait bien l'effort. Nous sommes reparties de ce congrès avec des idées plein la tête, quelques outils en main et une grande motivation pour contribuer au développement de notre future profession.

Le prochain congrès aura lieu l'année prochaine à Prague en République tchèque du 15 au 18 septembre 2021. Le congrès portera sur « *Building resilience in individuals, communities and countries in the context of the Occupational Therapy in Europe* » (Renforcer la résilience des individus, des communautés et des pays dans le cadre de l'ergothérapie en Europe). Comme nous, sortez de votre zone de confort et faites vos valises !

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE). (2020a). *Hanneke van Bruggen Lecture*. Récupéré de : <https://enothe.eu/wp-content/uploads/2019/05/Hans-Bio-English-web.pdf>
- European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE). (2020b). *History*. Récupéré de : <https://enothe.eu/home/what-is-enothe/>
- Researchgate. (2020). *Nadine Blankvoort*. Récupéré de : https://www.researchgate.net/profile/Nadine_Blankvoort



LE CÔTÉ SOMBRE DES OCCUPATIONS : CONFÉRENCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ AMÉRICAINE POUR L'ÉTUDE DE L'OCCUPATION, LES 4 ET 5 OCTOBRE 2019, SCOTTSDALE, ARIZONA, ÉTATS-UNIS

Laure Décastel¹

¹ *Ergothérapeute, MSc, Assistante HES, Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Suisse*

Adresse de contact : laure.decastel@gmail.com

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.v6n1.167

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



Les 4 et 5 octobre 2019 a eu lieu la 18^e Conférence annuelle de la Société américaine pour l'étude de l'occupation, à Scottsdale en Arizona aux États-Unis. Cette société a pour objectif de développer et construire un corpus de connaissances en sciences de l'occupation au profit de l'être humain. Cette 18^e édition avait pour thème « Le côté obscur des occupations : illégales, taboues, risquées ».

Une centaine d'ergothérapeutes ont participé aux deux journées de conférences. Bien que cette société soit américaine, plusieurs ergothérapeutes majoritairement issu·e·s du milieu académique ont fait le déplacement depuis l'Europe pour participer à cette conférence.

Durant ces deux journées, les échanges et le réseautage ont été mis au premier plan, que ce soit lors des repas, des activités proposées durant les pauses, des périodes de discussion après chaque présentation, des *workshops* ou de la session de présentation par affiches.

Pour faire honneur à la P^{re} Ruth Zemke, la société a donné son nom à la conférence d'ouverture en reconnaissance de son mentorat et de son implication dans la création d'une communauté de chercheur·e·s en Science de l'occupation aux États-Unis. Cette année, la P^{re} Charlotte Royeen, doyenne du Collège des sciences de la santé du Rush University Medical Center à Chicago, a eu l'honneur d'ouvrir la conférence sur le thème de « la méta-émotion de l'occupation : l'émotion à propos de l'émotion de faire quelque chose ». La P^{re} Royeen a mis en avant que la méta-émotion des occupations est un processus réflexif dans l'action et sur l'action, qui permet de réfléchir aux émotions à propos des émotions générées lorsqu'on fait quelque chose qui a du sens (« *Feeling about feeling while doing with meaning* »). Elle a relevé le changement de paradigme dans la conceptualisation des émotions, considérées d'abord comme universelles puis aujourd'hui perçues comme socialement construites et influencées par la manière dont le cerveau traite le monde environnant. Elle s'est référée notamment à Burkitt (2019), qui s'est intéressé à la création historique et socioculturelle des émotions. Elle a ajouté qu'il existerait des liens entre la méta-émotion et l'engagement dans une activité signifiante à explorer sous l'angle des sciences de l'occupation.

La première journée s'est articulée autour de diverses conférences et *workshops* structurés en quatre sessions en parallèle. À travers ces conférences, j'ai eu l'occasion de découvrir les occupations illégales, taboues ou risquées sous différents angles. Ainsi, les occupations de survie après une agression sexuelle évoquaient un lien entre l'autodestruction et le rétablissement au travers de stratégies d'adaptation inadaptées (Twinley, 2012) ; une réflexion ontologique et épistémologique était menée au travers de l'illustration d'actes de résistance non-violents en Palestine. Il a aussi été question de l'intérêt et du besoin de développer la recherche sur les occupations illégales, taboues ou risquées.

J'ai également eu l'immense opportunité de participer activement au congrès en y présentant mon travail de Master intitulé : « Expériences de mères toxicodépendantes en Suisse romande : une perspective occupationnelle ».

Pour faire honneur au thème de cette conférence, la société a invité comme conférencière thématique la P^{re} Niki Kiepek, professeure adjointe à l'Université de Dalhousie au Canada. La P^{re} Kiepek a orienté ses projets de recherche actuels sur la consommation de substances licites et illicites dans différents contextes et par différentes populations. Elle explore l'occupation en tant que construction sociale et étudie la construction de manières d'agir et d'être acceptables et inacceptables (Kiepek, 2016 ; Kiepek, Beagan et Harris, 2018 ; Kiepek, Beagan, Laliberte Rudman et Phelan, 2018 ; Kiepek, Beagan et Phelan, 2019).

À travers sa conférence intitulée « Nuances de gris : sanction sociale de l'occupation et des sphères de transformation sociale », la P^{re} Kiepek a rappelé que la catégorisation des occupations est grandement influencée par les normes sociales véhiculées, et que la santé n'est peut-être pas la priorité la plus importante pour le client. Elle donnait l'exemple du fait d'avoir de multiples partenaires sexuel·le·s, ce qui est généralement perçu comme une pratique négative dans la société occidentale, alors que certaines personnes peuvent en retirer des effets positifs. Elle soulignait ainsi l'importance, en tant qu'ergothérapeute, de se poser les questions suivantes : à quel niveau et quand intervenir ? L'intervention en ergothérapie est-elle propre à la personne ou normative ?

Par ailleurs, la P^{re} Kiepek a apporté un regard critique sur le concept de *dark side of occupations*, le côté sombre des occupations, développé par Rebecca Twinley (2013), en regard du concept qu'elle a développé elle-même, celui de *non-sanctioned occupations*, soit les occupations non approuvées ou non autorisées (Kiepek et al., 2018). Le concept, tel qu'elle l'a construit, remet en question le dualisme entre ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas. Il offre, selon elle, une perspective plus nuancée que le concept de R. Twinley. Cette dernière défend néanmoins un concept plus subtil que ne le laissent penser les termes utilisés : le côté sombre renvoie aussi bien à une occupation « étiquetée » d'un jugement social négatif qu'à l'idée de laisser dans l'ombre une occupation, qu'elle soit « étiquetée » comme positive ou négative. Mais le concept de *dark side of occupations* évoque néanmoins indirectement le jugement social porté sur ce qui est accepté ou acceptable versus ce qu'il ne l'est pas.

La deuxième journée de la conférence a débuté dès le petit déjeuner par une assemblée publique sur la mission et la vision de la Société américaine pour l'étude de l'occupation, aussi ouverte aux non-membres. Cette rencontre a permis de prendre connaissance des enjeux rencontrés dans le fonctionnement de la société et du plan prévu pour l'organisation des futures conférences.

De plus, au-delà de mon intérêt pour la thématique de cette conférence, j'ai eu l'opportunité de rencontrer des ergothérapeutes-chercheur·e·s impliqué·e·s dans des projets de recherche très divers, ayant publié de nombreux articles et ouvrages dans le domaine de l'ergothérapie et des sciences de l'occupation et souhaitant développer les relations internationales. Tout cela complété avec des possibilités d'échanges entre étudiant·e·s.

En guise de conclusion, je tiens à souligner la richesse des rencontres et des échanges de ces deux jours de conférence qui m'ont ouverte à la recherche et au développement de la profession d'ergothérapeute.

Tous les résumés des conférences sont disponibles à l'adresse suivante : <https://ssou.memberclicks.net/prior-conferences>.

Et la 19^e Conférence annuelle de la Société américaine de l'étude de l'occupation, reportée en 2021, portera sur le thème : occupation et genre (<https://ssou.memberclicks.net/2020-conference>).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Burkitt, I. (2019). Emotions, social activity and neuroscience: The cultural-historical formation of emotion. *New Ideas in Psychology, 54*, 1-7. doi:10.1016/j.newideapsych.2018.11.001
- Kiepek, N. (2016). Exploring legitimacy and authority in the construction of truth regarding personal experiences of drug use. *Journal of Addiction Research & Therapy, 07*(02). doi:10.4172/2155-6105.1000273
- Kiepek, N., Beagan, B. et Harris, J. (2018). A pilot study to explore the effects of substances on cognition, mood, performance, and experience of daily activities. *Performance Enhancement & Health, 6*(1), 3-11. doi:10.1016/j.peh.2018.02.003
- Kiepek, N., Beagan, B. et Phelan, S. (2019). Substance use to enhance occupational performance and experience: A critical interpretive synthesis. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 27*(4), 843-857. doi:10.4322/2526-8910.ctoAR1926
- Kiepek, N., Beagan, B., Laliberte Rudman, D. et Phelan, S. (2018). Silences around occupations framed as unhealthy, illegal, and deviant. *Journal of Occupational Science, 0*(0), 1-13. doi:10.1080/14427591.2018.1499123
- Twinley, R. (2012). An interview with "Lucy": A survivor of woman-to-woman rape. *Journal of Occupational Science, 19*(2), 191-195. doi:10.1080/14427591.2011.607793
- Twinley, R. (2013). The dark side of occupation: A concept for consideration. *Australian Occupational Therapy Journal, 60*(4), 301-303. doi:10.1111/1440-1630.12026



MIEUX VIVRE AVEC LA PERSONNALITÉ LIMITE. UN LIVRE PARU EN 2019 DE J. DESROSIERS, C. BRIAND, M.-K. DUBÉ, R. MALTEZ ET J. GROULX

Aline Doussin¹

¹ *Ergothérapeute, M.erg, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches, site Hôtel-Dieu de Lévis, Professeure de clinique, Université Laval, Québec, Canada*

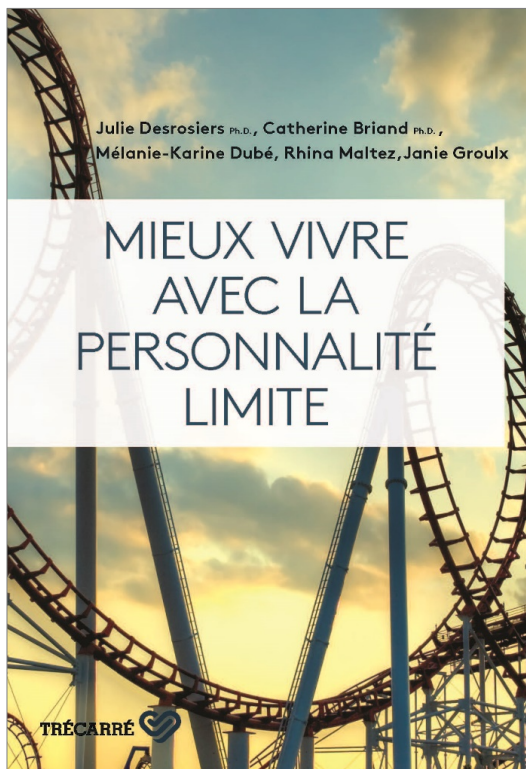
Adresse de contact : aline.doussin@fmed.ulaval.ca

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.v6n1.175

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





J'ai lu, et utilisé pour vous dans un cadre thérapeutique, le livre *Mieux vivre avec la personnalité limite* écrit par Julie Desrosiers, Catherine Briand, Mélanie Karine Dubé, Rhina Maltez et Janie Groulx. Cet ouvrage, avant tout destiné aux personnes vivant avec un trouble de personnalité limite (TPL), n'en demeure pas moins aussi extrêmement pertinent pour ceux qui côtoient fréquemment ces personnes, que ce soit des amis, des parents ou des professionnels de la santé. Le livre est divisé en trois sections qui interpellent directement la personne présentant un TPL et qui la rendent actrice de son cheminement au travers de l'ouvrage. Successivement nommées « Se reconnaître », « Trouver l'espoir » et « Se rétablir », ces sections sont rédigées dans un langage précis mais accessible.

Regroupant à la fois des éléments théoriques et des éléments propres à la visée occupationnelle de l'ergothérapie, il est, à mon avis, le recueil contemporain en langue française le plus adapté à une utilisation en ergothérapie en contexte clinique. À la différence d'autres ouvrages sur le sujet destinés au personnel soignant, il ne présente aucune intervention ou thérapie spécifique. Il met plutôt l'accent sur le dysfonctionnement occupationnel et sur des pistes d'amélioration qui pourront d'ailleurs soutenir les interventions concertées entre l'ergothérapeute et son client.

Mieux vivre avec la personnalité limite présente le TPL avec ses étiologies et offre différents témoignages illustrant concrètement le quotidien de personnes vivant avec un TPL. Il en décrit les impacts sur leur fonctionnement, mais offre aussi une vision optimiste et concrète du rétablissement. Ainsi, l'ouvrage expose une compréhension contemporaine détaillée du TPL appuyée sur les données probantes issues des théories psychodynamiques, cognitives et neurobiologiques.

Parmi les notions présentées, le livre expose les quatre *points d'achoppement* qui contribuent au développement du TPL et à son maintien dans le temps. Ces quatre points d'achoppement, soit *l'attachement et le regard posé sur l'enfant, la validation et le concept de soi, la sécurité et les limites*, sont décrits et permettent d'expliquer certains comportements couramment retrouvés chez les personnes présentant un TPL. Par exemple, le fait de s'engager dans une relation toxique vient temporairement combler le besoin d'attachement, mais, à contrario, ne permet pas la validation de ses propres ressentis, nuit au concept de soi (fragilité identitaire) et à la sécurité (affective entre autres) et enfin, favorise la transgression des limites (abus sexuels et psychologiques). De plus, pour chaque point d'achoppement, le livre aborde les actions concrètes que la personne atteinte d'un TPL peut poser pour favoriser son rétablissement.

De mon point de vue de clinicienne, l'aspect le plus novateur de ce recueil se situe dans la présentation des quatre modes de fonctionnement des personnes vivant avec un TPL, soit *autodestructeur*, *léthargique*, *potentiel ou ambivalent* et *cohérent*. Pour chaque mode, les auteures explorent les éléments propres à la personne, à ses occupations et à son environnement social, ce qui apporte une vision résolument ergothérapique. L'accent est mis sur les éléments de l'identité, de la connaissance de soi et des valeurs, sur les comportements influençant l'engagement dans certaines occupations (bien souvent néfastes) et sur l'environnement relationnel propres à chaque mode. De plus, les modes sont illustrés par des témoignages qui permettent aux lecteurs qui ne souffrent pas de TPL de mieux saisir les comportements dont ils sont témoins. Pour les lecteurs présentant un TPL, ces témoignages viennent bien souvent faire écho à leur réalité et leur permettent d'apporter un éclairage nouveau sur leurs comportements. Par exemple, dans le mode autodestructeur, mode considéré comme le moins fonctionnel, la personne présentant un TPL s'engage dans des occupations néfastes à sa santé (relations sexuelles non consenties, abus de substances, automutilations, gestes suicidaires) dans le but, généralement, de plaire à autrui sans égard à ses propres besoins. Dans ce mode de fonctionnement autodestructeur, la personne ne peut définir ses valeurs ou ses centres d'intérêt. L'estime de soi est au plus bas et s'accompagne d'un sentiment de vide intérieur intense et d'un contrôle émotionnel difficile, ce qui contribue aussi à l'engagement dans des occupations néfastes. Sur le plan de l'environnement social, la personne s'engage dans diverses relations qui lui permettent de combler son sentiment de vide intérieur et d'éviter le rejet, mais bien souvent au détriment de sa propre sécurité (par ex. : abus sexuels ou psychologiques).

Pour appuyer l'identification du mode de fonctionnement dans lequel se situe la personne, il est suggéré de procéder à la passation du FAB - Functional Assessment for Borderline Personality, dont la version originale est en français (Desrosiers *et al.*, 2017). La personne qui le remplit est invitée à coter 38 items, répartis au sein de quatre domaines de fonctionnement (*activités de base au quotidien*, *activités dans la communauté*, *dimensions des relations*, *dimensions internes de la personne*), selon une échelle à quatre choix décrivant sa manière de fonctionner au cours du dernier mois. Les items sont illustrés par des exemples afin que la personne puisse choisir la situation qui correspond le mieux à la sienne. Pour ces mêmes items, la personne est également invitée à coter, selon une échelle à quatre niveaux (allant de *très difficile* à *facile*), la difficulté perçue pour les réaliser. À l'issue de la cotation, deux échelles (mode de fonctionnement et degré de difficulté) permettent d'obtenir un résultat chiffré favorisant les comparaisons lors des réévaluations. Également, une addition du nombre de réponses correspondant à chaque profil permet de déterminer le mode de fonctionnement privilégié de la personne. Ce mode de fonctionnement permet ensuite d'identifier les chapitres les plus susceptibles d'être significatifs pour la personne.

Dans ma pratique clinique, dans une unité de soins aigus psychiatriques d'un hôpital régional au Québec, j'utilise ce livre dans mes interventions. Les personnes que j'accompagne ont souvent été hospitalisées à plusieurs reprises dans des contextes de souffrance extrême ayant conduit à un geste suicidaire (mode autodestructeur). Au fur et à mesure des hospitalisations, le lien de confiance avec l'équipe multidisciplinaire

s'établit et me permet d'amorcer, au moment opportun, un travail d'accompagnement thérapeutique via une lecture dirigée du livre. Ce moment opportun peut se manifester soit lorsque le diagnostic est posé, l'accompagnement permettant alors de favoriser la prise de conscience chez une personne qui peine à se reconnaître dans ce diagnostic, ou lorsque la personne se sent prête à amorcer un processus de rétablissement, souvent après de multiples hospitalisations entraînant des pertes importantes sur le plan de la participation occupationnelle et de la qualité de vie. La lecture dirigée peut donc prendre plusieurs formes selon où se situe la personne dans son cheminement et selon la sévérité de son trouble de personnalité limite. Il peut s'agir de faire lire seulement quelques témoignages extraits du livre, afin de favoriser la prise de conscience, ou bien de faire un travail plus approfondi sur un chapitre (par exemple celui décrivant spécifiquement le mode de fonctionnement privilégié selon la cotation du FAB) ou sur l'intégralité du livre. J'invite alors la personne à souligner ou à annoter les passages qui l'interpellent puis, dans une séance individuelle, je valide sa compréhension des différents concepts présentés et l'amène à faire des liens avec son propre fonctionnement. Cet accompagnement progressif dans la lecture se fait en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire afin que le cheminement de la personne soit appuyé par tous. Ce soutien est d'autant plus important que ce travail de lecture peut s'avérer difficile pour les personnes souffrant de TPL et entraîner la recrudescence des comportements dommageables sur les unités de soins (automutilation, refus alimentaire, anxiété). Le chapitre sur les quatre modes de fonctionnement est bien souvent celui qui fait le plus écho auprès des personnes que je suis en ergothérapie et conduit à une prise de conscience du sens de ce qu'elles vivent. Cette prise de conscience est bien souvent le début du travail thérapeutique pour lequel l'ergothérapeute pourra être un guide accompagnant la personne vers un mode de vie plus sain dans ses occupations et ses relations.

Enfin, pour conclure et faire écho au livre *Mieux vivre avec la personnalité limite*, une personne, qui a pu bénéficier d'un accompagnement en ergothérapie à l'aide de cet ouvrage, a accepté de livrer le témoignage suivant :

« Depuis mon enfance, je vis avec un sentiment de vide intérieur que j'ai beaucoup de difficulté à combler. Les épreuves de la vie ont fait que j'ai fait deux tentatives de suicide au cours de la dernière année, je ne voyais plus comment je pouvais m'en sortir et voir la lumière au bout du tunnel. Au cours de mon hospitalisation, l'ergothérapeute m'a proposé de travailler avec une approche différente à l'aide d'un livre soit Mieux vivre avec la personnalité limite. J'ai accepté en me disant que je n'avais rien à perdre. Dès le début, j'ai reconnu les symptômes et les critères diagnostiques avec lesquels je vis depuis des années, voire même depuis l'enfance. Ce mal d'être et ce sentiment de vide que je ne peux expliquer. Enfin, quelqu'un a la même maladie que moi. Ce qui m'a frappée le plus, c'est de voir que l'on peut vivre avec cette dernière, en gérant positivement mes comportements afin d'être heureuse. De plus, j'ai décidé de faire lire certains passages du livre à ma famille, ce qui leur a permis de mieux comprendre la maladie et d'échanger sur certains comportements. Ce que je retiens de ce livre c'est l'espoir par rapport à cette maladie en modifiant mes pensées tout en gérant mieux mes émotions. Moi seule est responsable de mon propre bonheur tout en vivant en société. »

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Desrosiers, J., Briand, C., Dubé, M.-K., Maltez, R. et Groulx, J. (2019). *Mieux vivre avec la personnalité limite*. Montréal : Trécarré.
- Desrosiers, J. J., Larivière, N., Desrosiers, J., Boyer, R., David, P., Bérubé, F.-A. et Pérusse, F. (2017). Conception d'un outil d'évaluation du fonctionnement quotidien pour les personnes présentant un trouble de la personnalité limite, le *Fonctionnement au quotidien avec un trouble de la personnalité borderline (FAB)*. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 3(2), 17-38. doi:10.13096/rfre.v3n2.77