

Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie



www.rfre.org

ISSN : 2297-0533

Avec le soutien de



SUPSI



SOMMAIRE

Éditorial

- Le rôle de l'ergothérapeute dans la promotion et le soutien des transitions occupationnelles durables : une menace pour l'identité professionnelle collective ?** 3-8
Marjorie Désormeaux-Moreau, Marie-Kim Simard, Valéry Thibault
-

Portrait de chercheure

- Isabel Margot-Cattin** 9-12
Line Vionnet, Mathilde Berger
-

Articles de recherche

- Identification des besoins et des ressources des aînés de Fleurimont, Québec, Canada : vers des interventions ergothérapeutiques favorisant davantage leur maintien à domicile** 13-41
Fabienne Labonté, Marina Sirois, Amélie Roberge, Marie-Ève Ravenelle, Reem Hussein, Mélanie Levasseur
- Les pratiques professionnelles durables d'ergothérapeutes du Québec** 43-62
Valérie Lafond, Marie-Josée Drolet
- Portrait des pratiques évaluatives des ergothérapeutes en réadaptation post-AVC** 63-84
Déborah Apollon-Roy, Carole Miéville, Lise Poissant
-

Lu / Vu pour vous

- Les Journées Nationales d'Ergothérapie 2021 de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes : la recherche française en ergothérapie devient une réalité** 85-88
Sophie Albuquerque, Géraldine Despres, Julien Pavé
- Recension critique de l'ouvrage *Des sciences sociales à l'ergothérapie* paru en 2019 sous la direction d'Emmanuelle Jasmin** 89-98
Denis Pouliot-Morneau
-

Le coin du bureau

- Collaboration avec le *Journal of Occupational Science*** 99-101
Léa Nussbaumer
-



LE RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE DANS LA PROMOTION ET LE SOUTIEN DES TRANSITIONS OCCUPATIONNELLES DURABLES : UNE MENACE POUR L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE COLLECTIVE ?

C'est en 2008 que nous avons vu, pour la première fois, un article scientifique aborder la question du rôle de l'ergothérapeute dans le contexte de la crise écologique et climatique (Hudson et Aoyama, 2008). Au départ marginal, l'intérêt pour ce rôle a toutefois été croissant à partir de 2014, amenant une augmentation concomitante des publications sur le sujet. Parmi celles-ci, la plupart invitent à un changement d'approches et de pratiques (voir notamment Ikiugu *et al.*, 2016 ; Simó Algado et Townsend, 2015) et certaines offrent des exemples concrets d'interventions ergothérapeutiques susceptibles de promouvoir et favoriser des transitions vers des occupations (plus) durables et solidaires (voir notamment Dieterle, 2020 ; Ikiugu et McCollister, 2011). Une occupation est durable lorsqu'elle respecte les capacités de régénérescence de la Terre, contribuant donc à limiter l'épuisement de nos ressources environnementales (Christiansen et Townsend, 2010) et solidaires lorsqu'elle préserve les droits occupationnels d'autrui, et ce, dans une perspective tant interpopulationnelle qu'intergénérationnelle.

Plus de dix ans après cette première lecture, force est de constater que l'adoption de telles approches et pratiques n'est toujours pas à l'avant-plan des priorités de la profession ergothérapeutique. S'appuyant sur ce constat, cet éditorial fait état de notre réflexion relativement au défi, voire à la menace que pose le rôle de l'ergothérapeute dans la promotion et le soutien des transitions occupationnelles durables pour son identité professionnelle.

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.v7n2.213

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



L'ergothérapie pour soutenir des transitions occupationnelles durables et solidaires

Elle-même fortement influencée par les occupations humaines (Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, 2019 ; *Intergovernmental Panel on Climate Change*, 2018 ; *United Nations Environment*, 2019 ; Woodward et al., 2014 ; *World Health Organization*, 2009), la crise écologique et climatique compromet les droits occupationnels et pose obstacle à la participation occupationnelle de nombreux êtres humains (sans compter ses répercussions sur le monde végétal et animal), qu'ils appartiennent aux générations d'aujourd'hui ou de demain (Drolet, Thiébault et Ung, 2019 ; Drolet, Désormeaux-Moreau, Soubeyran et Thiébault, 2020). Conséquemment, certains auteurs, et nous partageons cet avis, avancent que l'expertise professionnelle de l'ergothérapeute lui confère non seulement la *capacité* de contribuer à l'analyse des répercussions des occupations humaines sur l'environnement naturel et le climat, mais aussi la *responsabilité* de soutenir la durabilité et de participer à la mise en place d'un monde plus juste (Dennis, Dorsey et Gitlow, 2015 ; Wagman, 2014). Enracinée dans l'occupation humaine, l'expertise de l'ergothérapeute le positionne avantageusement pour avoir une contribution notable dans la résolution des grands enjeux mondiaux qui, à l'instar de l'actuelle crise écologique et climatique, sont le résultat des choix occupationnels des humains (Ikiugu et McCollister, 2011). La Fédération mondiale des ergothérapeutes (FME) a d'ailleurs pris position quant au rôle que peuvent jouer les ergothérapeutes par rapport à la transition écologique, les positionnant comme :

[...] des experts qui peuvent faciliter un rendement occupationnel[s] susceptible[s] de contribuer à : 1) la reconstruction de l'environnement et des écosystèmes dont toute forme de vie dépend [...] ; 2) l'adaptation humaine aux changements socioécologiques induits par un rendement occupationnel[s] humain[s] destructeur[s] pour l'environnement. (*World Federation of Occupational Therapists [WFOT]*, 2018, p. 42 ; traduction libre)

Réduire l'empreinte environnementale des occupations humaines passera inévitablement par des transitions occupationnelles, c'est-à-dire par des changements majeurs dans le répertoire occupationnel d'individus, de collectivités et de populations (Christiansen et Townsend, 2010). Or, en dépit de l'urgence d'agir qu'impose l'actuelle crise écologique et climatique ainsi que du nombre croissant d'appels à la mobilisation et au changement des pratiques ergothérapeutiques, force est de constater que fort peu d'ergothérapeutes optent pour une pratique visant à soutenir une transition vers des occupations (plus) durables et solidaires.

Promouvoir et soutenir des transitions occupationnelles durables : une menace pour l'identité professionnelle collective de l'ergothérapeute ?

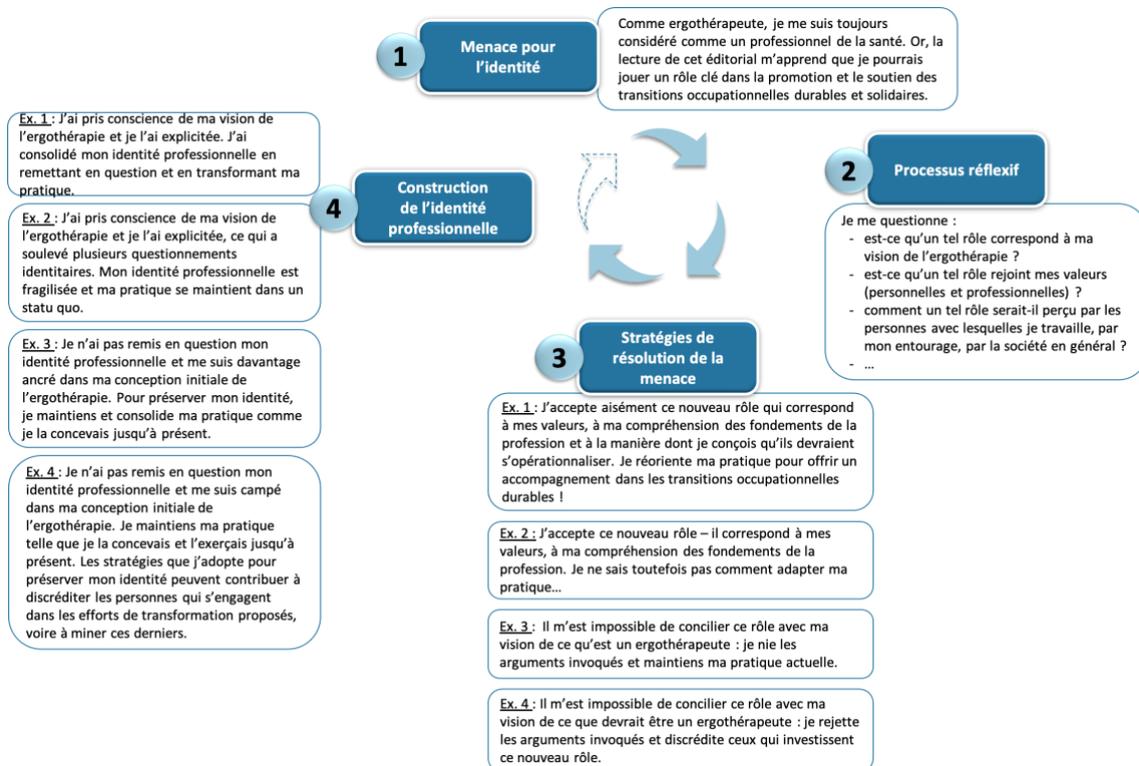
En dépit de l'ancrage de certains des principes fondateurs de la profession dans les sciences sociales (Andersen et Reed, 2017 ; Prud'homme, 2011), c'est son positionnement comme professionnel de la santé qui a permis à l'ergothérapeute de légitimer sa pratique (Charret et Thiébaut, 2017) et de gagner un certain statut et pouvoir social (Prud'homme, 2011). Dès lors, une pratique ergothérapeutique orientée vers la promotion et le soutien des transitions occupationnelles durables et solidaires

représente un décalage certain par rapport à la pratique actuelle, et ce, malgré la pertinence et la portée que ce rôle revêt pour plusieurs.

La construction identitaire est un processus de socialisation évolutif et continu (Gohier *et al.*, 2001) qui, se modulant dans le rapport à soi comme à autrui (Dubar, 2015 ; Sauvageau *et al.*, 2017), s'avère façonnée par les crises individuelles, professionnelles et sociales (Sauvageau *et al.*, 2017). Reconnaisant l'importance des représentations sociales, sans toutefois négliger la centralité et le caractère profondément idiosyncrasique de l'autodétermination dans la construction et la protection de l'identité (Breakwell, 1986 ; 1993), la théorie du processus identitaire (TPI) (Jaspal et Breakwell, 2014) offre un cadre interprétatif intéressant pour comprendre la construction identitaire sous l'angle des menaces posées à l'identité ainsi que des stratégies adoptées pour y faire face (Jaspal et Breakwell, 2014).

Utilisons la lecture de cet éditorial pour illustrer quelques-unes des hypothèses explicatives que la TPI permet de formuler à l'égard de l'inertie actuelle de l'ergothérapeute dans la promotion et le soutien des transitions vers des occupations (plus) durables et solidaires (voir figure 1). Il est probable que les idées abordées dans ce texte remettent en question la représentation que certains lecteurs se font de l'ergothérapie, posant de ce fait une menace pour leur identité professionnelle. Pour ces personnes, un processus de réflexion s'amorcera, alors qu'elles tenteront de réconcilier le propos de l'éditorial avec leurs valeurs (professionnelles et personnelles), de même qu'avec leur vision de la profession et de sa représentation sociale. S'ensuivront diverses stratégies de résolution de la menace, lesquelles moduleront ultimement la construction identitaire des lecteurs. Certains pourront aisément concilier le propos de cet éditorial avec leur vision de la profession et se mettront en action pour transformer leur pratique ; alors que pour d'autres la transformation de la pratique évoquée et leur conception personnelle de la profession s'avéreront irréconciliables, entraînant un rejet catégorique des arguments avancés. Entre ces extrêmes, de multiples réactions sont possibles. Ainsi, plusieurs sont susceptibles de se sentir interpellés, tout en se jugeant insuffisamment outillés pour réaliser un réel changement identitaire et s'engager dans un changement de pratiques.

Figure 1 : schématisation de la théorie du processus identitaire, appliquée au positionnement de l'ergothérapeute comme un acteur clé dans la promotion et le soutien des transitions occupationnelles durables et solidaires



L'ergothérapeute chercheur – un acteur clé pour contribuer à ce changement identitaire et le documenter

Il est possible que pour certains, cette réflexion ne puisse que polariser la communauté ergothérapique et fragiliser son identité professionnelle collective, au demeurant déjà ambiguë (Ikiugu et Rosso, 2003 ; Ikiugu et Schultz, 2006 ; Takashima et Saeki, 2013 ; Turner et Knight, 2015). Rejoignant la perspective de Whittaker (2012) ainsi que la prise de position de la FME (Whittaker, 2012 ; WFOT, 2018), nous sommes quant à nous d'avis que la communauté ergothérapique doit impérativement élargir le paradigme dans lequel s'inscrit la pratique, de manière à adopter une approche plus globale qui permette la prise en compte des enjeux occupationnels inhérents à la crise écologique et climatique. En ce sens, l'ergothérapeute chercheur pourrait jouer un rôle clé pour alimenter cette réflexion, en s'attachant à documenter dans quelle mesure une contribution ergothérapique est conciliable non seulement avec les caractéristiques associées et reconnues à la profession (c'est-à-dire les connaissances, compétences et valeurs professionnelles), mais également avec l'héritage que nous souhaitons léguer aux générations futures. Il sera évidemment essentiel de documenter l'implantation des initiatives croissantes visant à promouvoir et soutenir des transitions occupationnelles durables et solidaires, de manière à inspirer et outiller les ergothérapeutes désireux de transformer leur propre pratique. En parallèle, il sera tout aussi important de documenter, sous l'angle occupationnel, les retombées de telles initiatives sur les personnes et les communautés. S'enracinant pleinement dans des concepts et des phénomènes issus des sciences de l'occupation (notamment les transitions occupationnelles, les droits et les

désirs occupationnels, la justice occupationnelle), un tel rôle nous paraît d'ailleurs susceptible de permettre l'actualisation des assises axiologiques de la profession. En espérant que le fait d'avoir lu cet éditorial sera pour l'ergothérapeute, qu'il soit clinicien, gestionnaire, enseignant ou chercheur, le moteur d'une transition occupationnelle qui s'opérationnalisera par des changements dans la façon de réaliser ses activités professionnelles.

Marjorie Désormeaux-Moreau, ergothérapeute, PhD, professeure adjointe, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

Marie-Kim Simard, ergothérapeute, M. erg., Québec, Canada.

Valéry Thibault, ergothérapeute, M. erg., Centre d'hébergement Pavillon Philippe-Lapointe – Centre intégré en santé et services sociaux des Laurentides, Québec, Canada.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Andersen, L. T., et Reed, K. L. (2017). *The history of occupational therapy: The first century*. Slack Inc.
- Breakwell, G. M. (1986). *Coping with threatened identities*. Methuen.
- Breakwell, G. M. (1993). Social representations and social identity. *Papers on Social Representations*, 2(3), 1-20. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139136983.010>
- Charret, L., et Thiébaud, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>
- Christiansen, C. H., et Townsend, E. S. (2010). *Introduction to occupation: The art and science of living* (2^e éd.). Pearson Education.
- Dennis, C. W., Dorsey, J. A., et Gitlow, L. (2015). A call for sustainable practice in occupational therapy/ Un appel à la pratique durable en ergothérapie. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(3), 160-168. <http://dx.doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1177/0008417414566925>
- Dieterle, C. (2020). The case for environmentally-informed occupational therapy: Clinical and educational applications to promote personal wellness, public health and environmental sustainability. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 76(1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/14473828.2020.1717055>
- Drolet, M.-J., Thiébaud, S., et Ung, Y. (2019). Prendre au sérieux les changements climatiques pour la justice occupationnelle intergénérationnelle. *Actualités ergothérapeutiques*, 21(6), 21-22.
- Drolet, M.-J., Désormeaux-Moreau, M., Soubeyran, M., et Thiébaud, S. (2020). Intergenerational occupational justice: Ethically reflecting on climate crisis. *Journal of Occupational Science*, 27(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1776148>
- Dubar, C. (2015). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles* (5^e éd. ; 1^{re} éd. 1991). Armand Colin.
- Gohier, C., Anadón, M., Bouchard, Y., Charbonneau, B., et Chevrier, J. (2001). La construction identitaire de l'enseignant sur le plan professionnel : un processus dynamique et interactif. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(1), 3-32. <https://doi.org/10.7202/000304ar>
- Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC). (2019, 8 août). *Communiqué de presse*. https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2019/08/2019-PRESS-IPCC-50th-IPCC-Session_fr.pdf
- Hammell, K. W. (2008). Reflections on... well-being and occupational rights. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(1), 61-64. <https://doi.org/10.2182/cjot.07.007>

- Hudson, M. J., et Aoyama, M. (2008). Occupational therapy and the current ecological crisis. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(12), 545-548. <https://doi.org/10.1177/030802260807101210>
- Ikiugu, M. N., et McCollister, L. (2011). An occupation-based framework for changing human occupational behavior to address critical global issues. *International Journal of Professional Practice*, 2(4), 402-417.
- Ikiugu, M. N., et Rosso, H. M. (2003). Facilitating professional identity in occupational therapy students. *Occupational Therapy International*, 10(3), 206-225. <https://doi.org/10.1002/oti.186>
- Ikiugu, M. N., et Schultz, S. (2006). An argument for pragmatism as a foundational philosophy of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(2), 86-97. <https://doi.org/10.2182/cjot.05.0009>
- Ikiugu, M. N., Westerfield, M. A., Lien, J. M., Theisen, E. R., Cerny, S. L., et Nissen, R. M. (2015). Empowering people to change occupational behaviours to address critical global issues. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(3), 194-204. <https://doi.org/10.1177/0008417414567529>
- Ikiugu, M. N., Whittaker, B., Aoyama, M., Galvaan, R., Hudson, M., K'hlin, I., Pollard, N., Roschnik, S., & Shann, S. (2016). Sustainability matters: Exploring the WFOT guiding principles on sustainability. *British Journal of Occupational Therapy*, 79, 127-128. <https://doi.org/10.1177/0308022616629087>
- Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). (2018). *Global warming of 1.5°C*. <http://www.ipcc.ch/report/sr15/>
- Jaspal, R., et Breakwell, G. M. (dir.). (2014). *Identity process theory: Identity, social action and social change*. Cambridge University Press.
- United Nations Environment. (2019). *Global Environment Outlook – GEO-6: Healthy planet, healthy people*. Cambridge University Press. <http://doi.org/10.1017/9781108627146>
- Pruđ'homme, J. (2011). *Professions à part entière. Histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec*. Presses de l'Université de Montréal.
- Sauvageau, A., Drolet, M.-J., et Gohier, C. (2017). Le développement identitaire de l'ergothérapeute éclairé par un modèle de construction de l'identité professionnelle de l'enseignant. *ErgoThérapies*, 67, 71-80.
- Simó Algado, S., et Townsend, E. A. (2015). Eco-social occupational therapy. *The British Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 182-186. <http://doi.org/10.1177/0308022614561239>
- Takashima, R., et Saeki, K. (2013). Professional identities of occupational therapy practitioners in Japan. *Health*, 5(6), 64-71. <https://doi.org/10.4236/health.2013.56A2010>
- Turner, A., et Knight, J. (2015). A debate on the professional identity of occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(11), 664-673. <https://doi.org/10.1177/0308022615601439>
- Wagman, P. (2014). How to contribute occupationally to ecological sustainability: A literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(3), 161-165. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.877068>
- Whittaker, B. (2012). Sustainable global wellbeing: A proposed expansion of the occupational therapy paradigm. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(9), 436-439. <https://doi.org/10.4276/030802212X13470263980919>
- Woodward, A., Smith, K. R., Campbell-Lendrum, D., Chadee, D. D., Honda, Y., Liu, Q., Olwoch, J., Revich, B., Sauerborn, R., Chafe, Z., Confalonieri, U., et Haines, A. (2014). Climate change and health: On the latest IPCC report. *The Lancet*, 383(9924), 1185-1189. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60576-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60576-6)
- World Federation of Occupational Therapists (WFOT). (2018). *Sustainability matters: Guiding principles for sustainability in occupational therapy practice, education and scholarship*. <https://www.wfot.org/resources/wfot-sustainability-guiding-principles>
- World Health Organization. (2009). *Protecting health from climate change: Connecting science, policy and people*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44246/9789241598880_eng.pdf



PORTRAIT DE CHERCHEUR



ISABEL MARGOT-CATTIN

Propos recueillis par Line Vionnet¹ et Mathilde Berger²

¹ Ergothérapeute, MSc, assistante HES, Haute École de Travail Social et de la Santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Hôpital Riviera Chablais Vaud-Valais, Rennaz, Suisse

² Ergothérapeute, PhD (cand), assistante HES, Haute École de Travail Social et de la Santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Suisse

Isabel Margot-Cattin est une chercheure francophone engagée, curieuse et passionnée par les sciences de l'occupation. Elle est professeure à la Haute école de travail social et de la santé de Lausanne en Suisse (HETSL) et responsable d'une équipe d'ergothérapeutes au sein de Puzzle Ergothérapie.

Isabel a obtenu un bachelor en ergothérapie à la HETSL en 1997. Elle a effectué le master européen d'ergothérapie en 2001, puis a tout récemment terminé son doctorat en sciences médicales au Karolinska Institutet en Suède (2021). Ce travail de longue haleine porte sur la participation aux occupations et situations quotidiennes hors du domicile des personnes âgées atteintes ou non de démence.

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.v7n2.215

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



Avant de se lancer dans un parcours universitaire, Isabel a travaillé auprès de populations variées, aussi bien en établissements d'hébergement de longue durée, qu'en centre de rééducation, en psychiatrie et en psychogériatrie. En 2001, elle crée sa propre entreprise, réunissant une équipe d'ergothérapeutes régulièrement mandatée pour des missions d'aménagement urbain et des prestations d'ergothérapie dans la communauté. En 2005, elle est engagée comme enseignante à la HETSL en parallèle de sa pratique clinique.

Par sa double casquette d'ergothérapeute et d'enseignante, Isabel a toujours lié pratique clinique et théorie. Naturellement, les sciences de l'occupation sont au centre de ses intérêts. Fine connaisseuse du développement historique de cette discipline, elle a particulièrement exploré les concepts de justice occupationnelle et de participation des personnes au sein de la société. Engagée dans la défense des droits à l'occupation pour toutes et tous, elle amène les étudiant·e·s en ergothérapie à interroger leurs représentations du handicap. Les notions d'accessibilité, de design universel, de participation sociale, sont par exemple abordées et discutées dans ses cours. Elle est impliquée dans la formation des étudiant·e·s du master en Sciences de la santé de la Haute école spécialisée de Suisse Occidentale et du master Santé parcours Recherche, gestion de projets et pratiques professionnelles en ergothérapie (RG3PE) de l'Université Paris-Est Créteil.

Son engagement dans le monde de la recherche a été nourri par les nombreuses discussions qu'elle a eues avec Sylvie Meyer. Elle explique que Sylvie l'a toujours poussée à remettre en question ses idées et à mener une réflexion argumentée sur la construction de perspectives occupationnelles. Elle la considère comme un mentor et une source d'inspiration. Elle nous fait part du souvenir d'échanges animés qu'elle a eus avec Sylvie dans les années 2010, lorsque s'est posée la question de faire évoluer le programme de formation des ergothérapeutes vers une perspective occupationnelle. Dans cette même période, Isabel préparait son projet de doctorat.

Dans sa thèse de doctorat, Isabel s'est appliquée à approfondir le concept de participation communautaire des personnes âgées vivant avec une démence notamment le lien entre la personne et son environnement. Isabel a su lier une perspective occupationnelle avec une perspective transactionnelle. L'objectif principal de son travail était d'explorer et de fournir de nouvelles connaissances sur la participation des personnes âgées atteintes de démence de légère à modérée dans les lieux extérieurs à leur domicile. Après avoir créé un outil d'évaluation (ACT-OUT, le questionnaire *Participation in Activities and Places Outside Home*), Isabel a effectué une recherche sur la stabilité et les changements de participation des personnes avec ou sans démence, dans les lieux visités hors du domicile. Elle a ensuite publié une étude ethnographique avec une récolte de données originale constituée d'entretiens à domicile et d'entretiens lors des déplacements des participant·e·s. Isabel est particulièrement fière de cette dernière étude car les résultats obtenus ont permis d'apporter un nouvel éclairage sur la participation des personnes âgées à l'extérieur du domicile. Au cours de sa formation au doctorat, Isabel a ainsi développé des compétences méthodologiques lui permettant aussi bien de proposer des devis qualitatifs, ethnographiques, narratifs, de terrain que des devis quantitatifs, descriptifs et inférentiels.

En parallèle de ses études de doctorat, Isabel fait le constat que l'environnement est souvent peu soutenant pour aider les personnes à se déplacer. Lorsque la conduite automobile doit être cessée, une situation d'injustice occupationnelle, plus particulièrement de déprivation occupationnelle peut survenir. Cette situation engendre des changements identitaires importants et a un impact sur l'estime et le sentiment de contrôle des personnes concernées (Liddle *et al.*, 2016). Des symptômes dépressifs (Windsor *et al.*, 2007) peuvent alors survenir et le risque d'en développer est doublé (Chihuri *et al.*, 2016). Cette cessation de conduite provoque également une diminution importante du niveau d'activité hors du domicile (Marottoli *et al.*, 2000), une diminution du réseau social et un isolement progressif (Mezuk et Rebok, 2008).

Isabel est actuellement engagée dans de nombreux projets de coopération internationale en ergothérapie et en sciences de l'occupation. Particulièrement proactive, elle est à l'initiative de la constitution du groupe I-CHAT, regroupant un panel d'expert·e·s du monde entier au service de la coordination de la recherche sur la mobilité communautaire. Elle collabore tous les jours avec des collègues de Corée du Sud, du Canada, des États-Unis, de Grande-Bretagne, d'Irlande, de Suède, d'Afrique du Sud et d'Australie.

Pour favoriser la recherche francophone en ergothérapie, elle suggère que les chercheur·e·s francophones soient davantage formé·e·s à l'anglais de manière à pouvoir publier leurs résultats dans les deux langues. Elle souligne également l'importance de travailler en coopération avec d'autres équipes pour pouvoir partager et co-construire des projets de recherche.

Mais comment Isabel parvient-elle à mener de front toutes ses occupations ? À nouveau, elle va puiser dans ses connaissances et intérêts pour maintenir au mieux son équilibre. Elle nous rappelle l'importance de connaître ses propres limites. Bien consciente qu'elle ne peut pas gérer plus de vingt projets différents en même temps, elle crée des sous-catégories d'objets et des regroupements. Elle aime faire du jardinage, du vélo, de la marche, du tricot, nager, jouer à des jeux vidéo, jouer et écouter de la musique... Autant d'occupations qui lui permettent d'atteindre le *flow* et de varier ses rôles en participant activement à sa vie familiale, professionnelle et sociale.

Plusieurs des publications récentes d'Isabel peuvent être consultées :

Margot-Cattin, I., Ludwig, C., Kühne, N., Eriksson, G., Berchtold, A., Nygard, L., et Kottorp, A. (2021). Visiting out-of-home places when living with dementia: A cross-sectional observational study/Visiter des lieux hors du domicile lorsque l'on vit avec une démence: étude transversale observationnelle. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(2), 131-141. <https://doi.org/10.1177/00084174211000595>

Margot-Cattin, I., Kühne, N., Öhman, A., Brorsson, A., et Nygard, L. (2021). Familiarity and participation outside home for persons living with dementia. *Dementia*, 20(7), 2526-2541. <https://doi.org/10.1177/14713012211002030>

Unsworth, C., Dickerson, A., Gélinas, I., Harries, P., Margot-Cattin, I., Mazer, B., Stapleton, T., Swanepoel, L., Timmer, A., Niekerk, L. V., & Vrkljan, B. (2021). Linking

people and activities through community mobility : An international comparison of the mobility patterns of older drivers and non-drivers. *Ageing & Society*, 1-26. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20001968>

Bellagamba, D., Vionnet, L., Margot-Cattin, I., et Vaucher, P. (2020). Standardized on-road tests assessing fitness-to-drive in people with cognitive impairments: A systematic review. *PLOS ONE*, 15(5), 1-26. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233125>

Margot-Cattin, I., Kühne, N., Kottorp, A., Cutchin, M., Öhman, A., et Nygård, L. (2019). Development of a questionnaire to evaluate out-of-home participation for people with dementia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 1-10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.027144>

Margot-Cattin, I., Kühne, N., et Dumoulin, D. (dir.). (2018). Mesurer des écarts de participation dans les occupations avec l'Occupational Gap Questionnaire (OGQ-CH-Fr). *Journal de l'Association suisse des ergothérapeutes*, 26-30.

Margot-Cattin, I., Page, J., Petrig, A., Rossini, E., Agustoni, S., Galli-Hudec, C., Roos, K., et Meyer, S. (2018). Creating a continuing professional development course on setting occupation-focused goals. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 74(1), 44-51. <https://doi.org/10.1080/14473828.2018.1434469>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 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. <https://doi.org/10.1111/jgs.13931>
- Liddle, J., Tan, A., Liang, P., Bennett, S., Allen, S., Lie, D. C., et Pachana, N. A. (2016). "The biggest problem we've ever had to face": How families manage driving cessation with people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 28(1), 109-122. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001441>
- Marottoli, R. A., de Leon, C. F. M., Glass, T. A., Williams, C. S., Cooney, L. M., Jr., et Berkman, L. F. (2000). Consequences of driving cessation: Decreased out-of-home activity levels. *The Journals of Gerontology: Series B*, 55(6), S334-S340. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.6.S334>
- Mezuk, B., et Rebok, G. W. (2008). Social integration and social support among older adults following driving cessation. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(5), S298-S303. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.5.S298>
- Polgar, J. (2011). Enabling community mobility is an opportunity to practice social occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(2), 67-69. <https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.2.1>
- Windsor, T. D., Anstey, K. J., Butterworth, P., Luszcz, M. A., et Andrews, G. R. (2007). The role of perceived control in explaining depressive symptoms associated with driving cessation in a longitudinal study. *The Gerontologist*, 47(2), 215-223. <https://doi.org/10.1093/geront/47.2.215>



IDENTIFICATION DES BESOINS ET DES RESSOURCES DES AÎNÉS DE FLEURIMONT, QUÉBEC, CANADA : VERS DES INTERVENTIONS ERGOTHÉRAPIQUES FAVORISANT D'AVANTAGE LEUR MAINTIEN À DOMICILE

**Fabienne Labonté¹, Marina Sirois², Amélie Roberge³, Marie-Ève Ravenelle^{4,5},
Reem Hussein⁶, Mélanie Levasseur^{7,8}**

¹ Ergothérapeute, M. erg. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) Mauricie-Centre-du-Québec, Trois-Rivières, Canada

² Ergothérapeute, M. erg., Physio-Santé, Drummondville, Canada

³ Ergothérapeute, M. erg., Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides, St-Jérôme, Canada

⁴ Ergothérapeute, M. erg., Groupe Synergo, St-Jean-sur-Richelieu, Canada

⁵ Ergothérapeute, M. erg., Physio Passion, St-Césaire, Canada

⁶ Ergothérapeute, M. erg., Centre de services scolaires Marguerite Bourgeoys, Montréal, Canada

⁷ Ergothérapeute, PhD erg. en recherches cliniques, chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS, Sherbrooke, Canada

⁸ Ergothérapeute, PhD erg. en recherches cliniques, directrice de la recherche et professeure titulaire, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

Adresse de contact : Melanie.Levasseur@USherbrooke.ca

Reçu le 31.08.2020 – Accepté le 21.04.2021

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.v7n2.171

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



RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population engendre plusieurs défis, dont le maintien à domicile des aînés. Puisqu'une augmentation de celui-ci est anticipée, il importe de mieux connaître les besoins en matière de maintien à domicile des aînés, notamment pour les résidents de Fleurimont, arrondissement de Sherbrooke (Québec, Canada). Une meilleure connaissance des ressources est aussi requise. Cette étude visait à identifier : 1) les besoins des aînés de Fleurimont en matière de maintien à domicile et 2) l'adéquation entre ces besoins et les services offerts par les ressources, afin de pouvoir, le cas échéant, mieux y répondre. Une recherche-action a été utilisée auprès de 45 aînés et proches provenant des 9 communautés (terme désignant les différents districts) dans les publications municipales de Fleurimont. Cinq forums d'informateurs clés ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré. Une analyse de contenu thématique a été menée à l'aide d'une grille de codage mixte. Âgés de 64 à 94 ans ($76,2 \pm 7,6$), la majorité des aînés et des proches étaient des femmes, qualifiaient leur santé de bonne ou d'excellente et souhaitaient rester à domicile le plus longtemps possible. Associés à une diminution de leurs capacités physiques, les principaux besoins concernaient, entre autres, l'habitation, les déplacements, les soins personnels et les loisirs. Bien qu'elles soient nombreuses, les ressources, tant publiques que privées ou communautaires, étaient peu connues. Une liste de besoins et de ressources a été élaborée et permettra, ultimement, de mieux identifier ce dont les aînés ont besoin et, ainsi, de mettre en place davantage de solutions adaptées au maintien à domicile. Il importe de poursuivre les études sur le maintien à domicile auprès de clientèles en situation de vulnérabilité, comme celles des aînés vivant seuls ou ayant une santé précaire.

MOTS-CLÉS

Recherche-action, Soutien à domicile, Vieillesse, Personnes âgées, Sherbrooke, Facilitateurs, Obstacles, Services, Communauté, Participation sociale

IDENTIFICATION OF THE ELDERS' NEEDS AND RESOURCES IN A BOROUGH OF QUEBEC, CANADA: TOWARDS OCCUPATIONAL THERAPISTS' INTERVENTIONS SUPPORTING AGING IN PLACE

ABSTRACT

The aging of the population creates several challenges, particularly for helping older adults to age in place. Since an increase is anticipated, it is important to better understand the needs of aging in place older adults, especially for residents in Fleurimont, a borough of Sherbrooke, Quebec, Canada. A better knowledge of the resources is also required. This study aimed to identify 1) the needs of aging in place older adults in Fleurimont and 2) the adequacy between the needs and the resources available in order to better adapt the community offer. An action research was used with 45 older adults and relatives from the 9 districts of Fleurimont. Five key informant forums were realized using a semi-structured interview guide. A thematic content analysis was conducted using a mixed coding grid. Aged between 64 and 94 (76.2 ± 7.6), most older adults and relatives were women, rated their health as good or excellent, and wanted to stay at home as long as possible. Associated with a decrease in their physical abilities, the main needs concerned housing, mobility, personal care and leisure. Although they were numerous, the resources were little known. A list of various needs and resources has been developed and will, ultimately, contribute to better identify what older adults need and implement further solutions adapted to aging in place. Studies on aging in place must continue for clients in situations of vulnerability, such as older adults living alone or with precarious health.

KEYWORDS

Action Research, Age in place, Aging, Seniors, Sherbrooke, Facilitators, Barriers, Services, Community, Social participation

INTRODUCTION

Le maintien à domicile des populations vieillissantes représente un enjeu de taille, tant pour les aînés que pour leur communauté (Vasunilashorn *et al.*, 2012). En 2018, près d'un cinquième (18,5 %) de la population québécoise était âgé de 65 ans et plus (Ministère de la Famille. Gouvernement du Québec, 2018). Cette réalité démographique est présente à Sherbrooke, une ville de 169 136 habitants (Ville de Sherbrooke, s. d.) au sud-est du Québec (Canada), et dont Fleurimont est un des arrondissements. Situé en périphérie urbaine et comptant 46 553 habitants, celui-ci comprend plusieurs commerces de proximité. Desservi par le transport en commun de la Société de transport de Sherbrooke (Ville de Sherbrooke, s. d.), Fleurimont est aussi le secteur de Sherbrooke où se situent les deux sites hospitaliers, ainsi que deux sites d'enseignement postsecondaire. La proportion d'aînés vivant à Fleurimont continue d'augmenter (Observatoire estrien des communautés, 2015), et parmi ceux-ci, plus d'un sur trois vit seul, deux sur cinq ont une ou plusieurs incapacités et un sur cinq se sentirait délaissé, isolé socialement ou nécessiterait de l'aide pour réaliser ses activités (Observatoire estrien des communautés, 2015). Pour plusieurs aînés, vivre le plus longtemps possible dans leur domicile est très important (Golant, 2008), notamment en raison d'un sentiment d'attachement et de familiarité, ainsi que des rôles sociaux faisant partie de leur identité et qui sont associés à leur domicile (Stones et Gullifer, 2016). Le maintien à domicile offre aux aînés la possibilité d'être plus autonomes et d'avoir un sentiment accru de contrôle sur leur vie, ainsi que d'appartenance (Golant, 2008) et de compétence (Fielo et Warren, 2001).

Or, pour répondre à leurs besoins et pour demeurer à domicile, surtout en présence d'incapacités, plusieurs aînés requièrent des ressources publiques et privées bien coordonnées dans leur communauté (Marek et Rantz, 2000). Au total, une vingtaine de programmes et d'organismes sont disponibles pour les aînés sherbrookoïses en général ou spécifiquement pour ceux de Fleurimont (Annexe 1). Ils répondent à des besoins liés à diverses habitudes de vie, soit des « activités courantes ou encore des activités sociales valorisées par une personne ou par son contexte socioculturel » (Fougeyrollas *et al.*, 2019). La littérature scientifique permet de documenter plusieurs facilitateurs et obstacles du maintien à domicile des aînés, qui seront abordés dans les deux sections suivantes.

Facilitateurs du maintien à domicile

Plusieurs facteurs personnels et environnementaux favorisent le maintien à domicile. Du côté des facteurs personnels, les aînés doivent planifier leur maintien à domicile, connaître leur condition de santé et savoir comment pallier leurs difficultés (U.S. Department of Health & Human Services, 2017). Parmi les facteurs environnementaux, on constate que des aides techniques simples, nécessitant peu de connaissances du point de vue technologique et abordables peuvent soutenir la réalisation d'activités de la vie domestique (Kelly *et al.*, 2012). De plus, le soutien de l'entourage est bénéfique pour le maintien à domicile des aînés, notamment l'assistance lors de la recherche et de l'utilisation de ressources (Anderson, Larkins et Ray, 2018). La société a aussi un rôle à jouer dans la mise en œuvre de solutions préventives afin de prolonger le maintien à domicile, par exemple : 1) réduire les distances entre les services offerts aux aînés et leur domicile, 2)

implanter une offre de transport public adaptée aux besoins des aînés (Golant, 2019), 3) définir la présence de zones piétonnières sécuritaires et conviviales (Levasseur *et al.*, 2015b) et 4) créer des logements adaptés aux changements liés à l'âge (Granbom *et al.*, 2016).

Obstacles au maintien à domicile

Parmi les facteurs personnels qui peuvent mener à l'institutionnalisation, on trouve le besoin de compagnie, la peur d'être un fardeau ainsi que la perte du conjoint (Ewen et Chahal, 2013), tout comme une diminution de la santé et des symptômes dépressifs (Benefield et Holtzclaw, 2014). Une mobilité limitée, tant pour les déplacements intérieurs qu'extérieurs, constitue un autre obstacle au maintien à domicile (Benefield et Holtzclaw, 2014). Parmi les facteurs environnementaux, une mauvaise adaptation du domicile peut compromettre le maintien à domicile des aînés (Granbom *et al.*, 2016), ainsi que le manque de services dans la communauté (Benefield et Holtzclaw, 2014). Les situations d'isolement, un nombre limité de proches et les restrictions financières sont aussi critiques pour le maintien à domicile (Benefield et Holtzclaw, 2014). Les aînés résidant à l'extérieur des villes dépendent souvent de leur véhicule personnel pour se déplacer, du fait que les transports actifs et collectifs y sont généralement plus restreints (Golant, 2019). Lorsqu'elles sont présentes en grand nombre, ces barrières environnementales sont associées à une plus grande dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ), à un nombre supérieur de chutes, à un risque accru d'institutionnalisation ainsi qu'à une restriction de la participation sociale (Granbom *et al.*, 2016). La participation sociale « correspond à la réalisation des habitudes de vies » qui sont influencées par les facteurs personnels et environnementaux (Fougeyrollas *et al.*, 2019). Même en présence de plusieurs facilitateurs et d'un nombre limité d'obstacles, les choix liés au milieu de vie impliquent une bonne connaissance des possibilités, des défis et des ressources disponibles. Cette connaissance des ressources serait même cruciale pour éviter de devoir quitter son logement mais peut être difficile à trouver au bon moment (Grimmer *et al.*, 2015). De plus, lorsque les demandes de l'environnement excèdent les compétences individuelles, les aînés seraient moins enclins à rester à domicile (Park *et al.*, 2015), surtout lorsqu'ils n'ont pas d'enfant dans la région ou sont peu satisfaits de leur voisinage (Erickson *et al.*, 2006). Des difficultés supplémentaires ont été observées dans les villes universitaires – ce qui est le cas de Sherbrooke –, en raison de changements constants de voisinage, qui rendent les aînés plus vulnérables à la marginalisation et, de ce fait, au relogement dans une résidence pour personnes âgées (Powell, 2016). Les aînés, surtout les plus fragiles, risquent de se déconditionner lors d'un tel relogement (Marek et Rantz, 2000). Par conséquent, il serait préférable de l'éviter, d'autant plus que la vie en résidence est coûteuse et parfois insatisfaisante pour eux. Qui plus est, lors d'une diminution du sentiment de contrôle, les aînés risquent davantage de présenter des symptômes dépressifs (Stones et Gullifer, 2016).

Ainsi, si l'on souhaite favoriser le maintien à domicile des aînés, il est essentiel de mieux les soutenir pour qu'ils puissent répondre à leurs besoins seuls ou en utilisant les ressources de la communauté. L'ergothérapie, de par ses actions sur les personnes, leur environnement et leurs occupations, c'est-à-dire l'« ensemble des activités de la vie quotidienne auxquelles une personne (et sa culture) attribue une valeur et un sens »

(Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 1997), a le potentiel de favoriser le développement des connaissances sur les besoins des aînés de la communauté et la mise en place d'un plan d'action qui y est adapté. Pour mieux guider les ergothérapeutes, les aînés et leurs proches, il importe toutefois d'avoir une meilleure compréhension des besoins et des ressources spécifiques qui s'y rattachent. C'est ce que visait la présente étude concernant Fleurimont. Ainsi, il s'agissait d'identifier : 1) les besoins relatifs au maintien à domicile des aînés de Fleurimont et 2) l'adéquation entre ceux-ci et les services offerts par les ressources afin de pouvoir, le cas échéant, mieux répondre à leurs besoins.

MÉTHODES

Devis

Cette recherche part de deux aînées de l'arrondissement de Fleurimont à Sherbrooke qui, constatant que plusieurs de leurs pairs déménageaient en résidence, se sont questionnées sur ce qui pouvait être fait pour favoriser le maintien à domicile. Afin de répondre à ces objectifs, une recherche-action a été faite auprès d'aînés de l'arrondissement de Fleurimont et de leurs proches. La recherche-action comprend six étapes : la perception du problème, la collecte d'information, l'exploration des ressources, l'implantation de l'action, l'analyse des données et le partage du savoir généré (Dolbec et Prud'homme, 2009). Cette étude pilote s'inscrit dans les étapes une et deux de la recherche-action et permettra de développer un guide contenant les ressources classifiées selon les besoins spécifiques des aînés de Fleurimont. L'étude a été acceptée par le comité d'éthique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS-Estrie-CHUS ; #2019-3132).

Échantillon et recrutement

Les participants devaient être âgés de 65 ans et plus et habiter à domicile dans une des neuf communautés de Fleurimont, ou être un proche de ces résidents. Le découpage des communautés a été effectué par l'Observatoire Estrien des Communautés (OEDC) en 2007 (Des roches, 2014). Le recrutement a été majoritairement réalisé à l'aide de la banque de participants Nabû du Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS-Estrie-CHUS, regroupant environ 2500 volontaires. Les participants potentiels étaient alors sélectionnés aléatoirement dans cette banque de données selon les critères d'inclusion (avoir 65 ans ou plus, ET habiter à Fleurimont OU être un proche aidant d'un aîné de Fleurimont) et d'exclusion de l'étude (caractéristiques empêchant la pleine participation au forum ou un regard critique sur la situation p. ex. : trouble cognitif ou du langage de modéré à grave ou incapacité à communiquer en français). En plus de Nabû, des affiches dans des lieux publics et des annonces sur les réseaux sociaux ont également été utilisées. Enfin, les contacts des aînées instigatrices de l'étude, ceux de l'organisatrice communautaire ainsi que ceux d'organismes communautaires de Fleurimont ont aussi été sollicités. Au total, de 45 à 60 participants, soit 8 à 12 par forum, étaient visés pour permettre d'atteindre une saturation théorique des données.

Collecte de données

Les participants ont été répartis dans cinq forums de discussion d'environ 120 minutes animés par des étudiantes à la maîtrise en ergothérapie, qui ont été enregistrés sur des bandes audionumériques et retranscrits mot à mot (verbatim). Cette répartition a été réalisée en fonction de la communauté des participants, mais également selon leurs disponibilités. Au début des forums, les participants ont rempli un questionnaire sociodémographique (Annexe 2, Tableau 1) et le formulaire de consentement. Puis, durant la pause, ils ont répondu au questionnaire sur les ressources connues, une grille rassemblant les divers organismes de Fleurimont et de Sherbrooke favorisant le maintien à domicile (Annexe 3). Un guide d'entretien semi-structuré, inspiré du Modèle du développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH) (Fougeyrollas *et al.*, 2019) et couvrant l'ensemble des habitudes de vie a été développé (Annexe 4). Ce guide portait sur les besoins relatifs au maintien à domicile des aînés ainsi que sur les facilitateurs, les obstacles et les ressources. L'exploration de ces éléments permet d'identifier les besoins des aînés, mais également les raisons derrière ces besoins et les ressources potentielles à considérer spécifiquement pour les aînés de Fleurimont. Le guide a été validé par deux experts en recherche qualitative et prétesté auprès de cinq aînés et d'un proche. Puisque la collecte de données s'est effectuée au mois de mai 2019, la pandémie (COVID-19), le confinement et leurs conséquences n'ont pas été abordés avec les participants.

Analyse des résultats

Les participants et leur contexte de vie ont été décrits à l'aide de fréquences, de pourcentages, de moyennes, d'écart-types, de médianes et d'intervalles semi-interquartiles (Tableau 1). Des analyses qualitatives du contenu thématique (Miles, Huberman et Saldaña, 2014) ont été réalisées à l'aide d'une grille de codage mixte inspirée du MDH-PPH (Fougeyrollas *et al.*, 2019) qui a permis de dégager et de synthétiser, selon un procédé de repérage systématique (Paillé et Mucchielli, 2003), les particularités des besoins relatifs au maintien à domicile des aînés de Fleurimont et les ressources disponibles selon leur contexte. En effet, les différents propos des participants (p. ex. : ne plus avoir de permis de conduire) étaient d'abord classés par habitudes de vie (p. ex. : déplacements), puis reliés à l'aide du jugement clinique des chercheurs avec des facilitateurs et des obstacles tant personnels (p. ex. : diminution de leur endurance à la marche) qu'environnementaux (p. ex. : proximité des transports en commun).

RÉSULTATS

Âgés de 64 à 94 ans, les 45 participants étaient majoritairement des femmes (Tableau 1). La moitié des participants avaient un conjoint et vivaient dans une habitation de type unifamiliale. La majorité d'entre eux étaient retraités et rapportaient avoir au moins un proche aidant (Tableau 1). Les participants avaient un niveau de participation sociale et des revenus variés.

Tableau 1 : description des participants (n = 45)

	Aînés (n = 42)		Proches aidants ¹ (n = 3)	
	Moy. (ÉT)	Méd. (ISI)	Moy. (ÉT)	Méd. (ISI)
Âge (ans)	76,4 (7,7)	74,5 (6,3)	72,7 (6,0)	72,0 (3,0)
	Fréquence (%)		Fréquence (%)	
Genre (féminin)	24 (57,1)		2	
Type d'habitation de l'aîné				
Unifamilial	22 (52,4)		0	
Duplex/ Triplex, Bloc d'habitation, Condo	19 (45,2)		2 ²	
Résidence pour personne âgée	1 (2,4)		0	
S.O.	0 (0)		1	
Situation matrimoniale de l'aîné				
Marié/union libre	23 (54,8)		0	
Célibataire, veuf, divorcé/séparé	19 (45,2)		2 ²	
S.O.	0 (0)		1	
Situation de vie de l'aîné				
Seul	17 (40,5)		2 ²	
En couple, avec une autre personne (famille, pensionnaire)	25 (59,5)		0	
S.O.	0 (0)		1	
Enfants (nombre)				
Aucun	4 (9,5)		1 ²	
Entre 1 et 3 enfants	32 (76,2)		0	
Entre 4 et plus	6 (14,3)		1 ²	
S.O.	0 (0)		1	
Présence d'un proche aidant	23 (56,1)		S.O.	
<i>Données manquantes</i>	1 (2,4)			
Scolarité				
Primaire : 1-6 ans	1 (2,4)		0	
Secondaire : 7-11 ans	14 (34,1)		2 ²	
Collégial/Professionnel : 12-14 ans	13 (31,7)		0	
Universitaire : ≥ 15 ans	13 (31,7)		0	
S.O.	0 (0)		1	
<i>Données manquantes</i>	1 (2,4)			

Abréviations : n= nombre ; Moy. = moyenne ; Méd. = médiane ; ÉT = écart-type ; ISI = intervalle semi-interquartile ; S.O. = Sans objet

¹ Puisqu'il soutenait plusieurs aînés, un des proches n'a pas répondu aux questions spécifiques à l'aîné

² Information sur l'aîné soutenu par les proches

Tableau 1 (suite) : description des participants (n = 45)

	Aînés (n = 42)	Proches aidants ¹ (n = 3)
Occupation		
Retraite, sans emploi	42 (100,0)	2 ²
Travail à temps partiel	4 (9,5)	0
S.O.	0 (0)	1
Revenu (\$)		
Moins 20 000 \$	5 (12,2)	S.O.
Entre 20 000 et 40 000 \$	24 (58,5)	
Plus de 40 000 \$	12 (29,3)	
<i>Données manquantes</i>	1 (2,4)	
Satisfait de ses revenus	37 (90,2)	S.O.
<i>Données manquantes</i>	1 (2,4)	
Santé perçue comme excellente ou bonne³	32 (76,2)	S.O.
Maladies (nombre)		
0	11 (36,7)	0
1	13 (43,3)	0
2 et +	6 (20,0)	1 ²
S.O.	0 (0)	1
<i>Données manquantes</i>	12 (28,6)	1
Problème de santé^{4,5}		
Tumeurs	1 (2,0)	0
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3 (6,0)	0
Maladies de l'appareil circulatoire	6 (12,0)	0
Maladies de l'appareil respiratoire	2 (4,0)	1 ²
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	6 (12,0)	0
Maladies de l'appareil génito-urinaire	3 (6,0)	0
Autre	6 (12,0)	1 ²
S.O.	23 (46,0)	2
Satisfait à très satisfait de ses activités sociales⁶	36 (85,7)	S.O.
Satisfait de ses loisirs	33 (78,6)	S.O.

Abréviations : n = nombre ; S.O. = sans objet ; \$ = dollars canadiens

¹ Puisqu'il soutenait plusieurs aînés, un des proches n'a pas répondu aux questions spécifiques à l'aîné

² Information sur l'aîné soutenu par les proches

³ Données collectées grâce à une échelle ordinale à 4 points (excellente, bonne, passable, mauvaise)

⁴ Puisque plus d'une réponse par personne était possible, le pourcentage de ces variables a été calculé sur le nombre total de réponses plutôt que sur le nombre de participants

⁵ Problèmes de santé classifiés selon la CIM-10 (2008)

⁶ Données collectées grâce à une échelle ordinale à 4 points (très satisfait, satisfait, insatisfait, très insatisfait)

Tableau 1 (suite) : description des participants (n = 45)

	Aînés (n = 42)	Proches aidants ¹ (n = 3)
Services reçus⁴		
Publics	2 (4,7)	2 ²
Privés	9 (20,9)	1 ²
Aide des proches	3 (7,0)	1 ²
Aucun	29 (67,4)	0
S.O.	0 (0)	1 ²
<i>Données manquantes</i>	1 (2,4)	
Types de services reçus⁴		
Aucun	28 (62,2)	0
Soins de santé et psychologiques	3 (6,7)	0
Tâches ménagères et soins de base quotidiens	5 (11,1)	2 ²
Sécurité	1 (2,2)	1 ²
Transport et mobilité	2 (4,4)	1 ²
Autre	5 (11,1)	1 ²
Non spécifié	1 (4,4)	0
S.O.	0 (0)	1
<i>Données manquantes</i>	2 (4,8)	

Abréviations : n = nombre ; S.O. = sans objet

¹ Puisqu'il soutenait plusieurs aînés, un des proches n'a pas répondu aux questions spécifiques à l'aîné

² Information sur l'aîné soutenu par les proches

⁴ Puisque plus d'une réponse par personne était possible, le pourcentage de ces variables a été calculé sur le nombre total de réponses plutôt que sur le nombre de participants

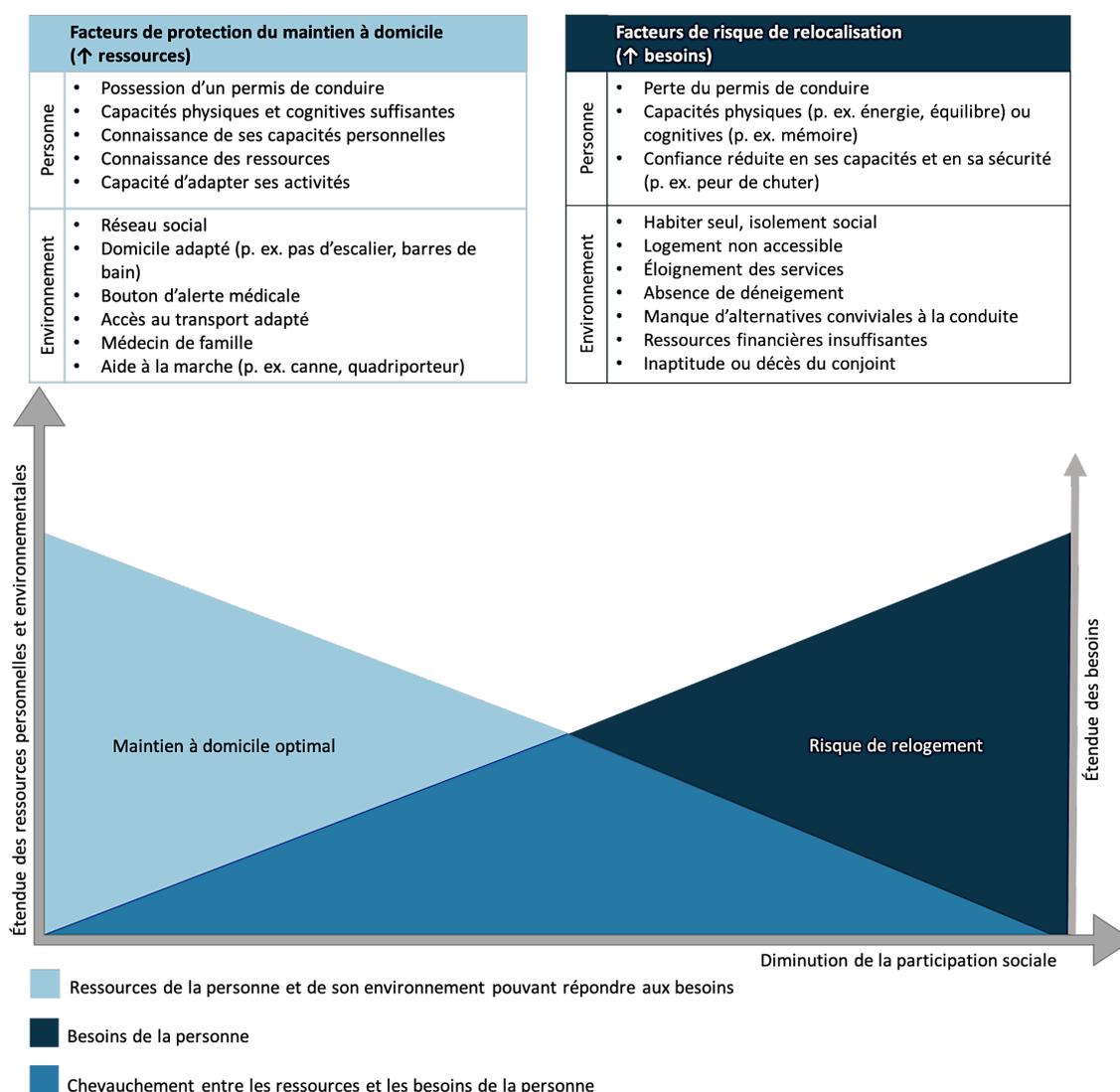
Comptant entre 6 et 12 participants, les cinq forums (F) comprenaient un nombre supérieur d'aînés comparativement aux proches. La plupart des participants des F1 et F5 ont rapporté avoir un ou plusieurs proches contrairement à ceux du F2. Pour le F3, les participants ont déclaré peu ou pas de maladie, alors que plusieurs participants du F4 se sont dits insatisfaits de leur santé et ont rapporté recevoir peu de services. Le F3 comprenait les deux aînées instigatrices de l'étude et les personnes qu'elles avaient recrutées, ce qui a encouragé la participation et l'ouverture d'esprit des participants.

Lors des forums, la majorité des aînés ont rapporté qu'ils désiraient rester à domicile le plus longtemps possible : « *Pourquoi je voudrais déménager ? J'aime mon environnement, c'est sacré* » (F2). Ce souhait était expliqué par l'attachement émotionnel, le désir d'indépendance et d'intimité, le coût de la vie et la crainte d'une piètre qualité de services en résidence – entre autres dans les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ainsi qu'une participante le rapportait : « *On voit des choses à la télé qui font peur. N'y allez pas* » (F4). Or, un relogement serait toutefois envisagé par les aînés advenant une importante diminution de la participation sociale, une situation d'isolement, des revenus limités, la perte du permis de conduire ou un sentiment d'insécurité. Une participante mentionnait aussi l'importance de son conjoint : « *S'il meurt,*

qu'est-ce que je fais ? Je suis vraiment insécure, je n'ai aucun enfant [dans la région], je ne connais personne. [J'irais] en résidence » (F1). Un relogement précoce pourrait être prévenu par une connaissance adéquate des ressources et des organismes locaux.

Sur les 17 ressources disponibles à Fleurimont, les participants en connaissaient moins de la moitié (moyenne : $7,5 \pm 4,3$) et en utilisaient moins de deux (moyenne : $1,6 \pm 1,5$). Les ressources associées aux activités quotidiennes telles que les soins personnels et la préparation de repas étaient les plus connues des participants, tandis que celles en lien avec les déplacements et l'habitation l'étaient moins. Le maintien à domicile dépendait de l'adéquation entre les ressources et les besoins, tant pour la personne que pour son environnement (Figure 1).

Figure 1 : évolution des besoins et des ressources de la personne en fonction de la diminution de la participation sociale



Une évolution de la participation sociale était ainsi rapportée en fonction des besoins et des ressources de la personne. Lorsque les besoins de la personne augmentaient, les ressources, tant personnelles (capacités physiques et cognitives, connaissance et utilisation des ressources) qu'environnementales (disponibilité et accessibilité des ressources), étaient hautement sollicitées et pouvaient alors ne plus répondre aux besoins des aînés. Ceci avait pour effet de diminuer leur participation sociale. Une fois que les ressources étaient insuffisantes pour répondre aux besoins croissants (Figure 1), le maintien à domicile devenait précaire et les risques de relogement augmentaient.

Plusieurs besoins étaient rapportés par les participants, et ce, selon leur niveau de capacités (Tableau 2). En général, les aînés ayant une participation sociale supérieure notaient des difficultés pour les déplacements et l'habitation, alors que des difficultés pour les soins personnels et les responsabilités étaient relevées par ceux ayant une participation sociale inférieure (Tableau 2). De plus, en présence d'une diminution de leurs capacités, plusieurs aînés trouvaient leurs activités difficiles ou les modifiaient (Tableau 2). Peu d'aînés abandonnaient cependant ces activités.

Tableau 2 : exemples d'activités difficiles, modifiées ou abandonnées selon le niveau de participation sociale des aînés

Activités	Participation sociale supérieure (perte de capacités légère)	Participation sociale inférieure (perte de capacités accrue)
Difficiles	Faire ses comptes sur Internet Prendre l'autobus Se déplacer dans les escaliers Transporter des sacs d'épicerie Être proche aidant Prendre sa médication	Changer son lit Se relever du fond du bain
Modifiées	Entretien extérieur nécessaire (p. ex. contrat pour déneigement, tonte pelouse) Entretien intérieur complexe (p. ex. embauche pour grand ménage, laver les fenêtres) Prendre des objets en hauteur (p. ex. réorganisation des objets dans les armoires)	Déplacements extérieurs (p. ex. réduire ses sorties à pied l'hiver) Gestion financière (p. ex. se faire accompagner au guichet) Cuisiner (p. ex. s'asseoir) Faire l'épicerie (p. ex. faire livrer) Prendre sa médication (p. ex. pilulier) Hygiène personnelle (p. ex. prendre une douche au lieu d'un bain)
Abandonnées	Entretien extérieur facultatif (p. ex. taille d'arbres) Travaux d'entretien mineurs (p. ex. réparations, peinture)	Mêmes que celles abandonnées par ceux avec une participation sociale supérieure Loisirs sportifs Magasiner

Peu de ressources et de besoins ont été identifiés concernant la communication, les relations interpersonnelles, les responsabilités et le travail. Cependant, les participants rapportaient des besoins dans divers domaines de l'occupation ainsi qu'en lien avec les facteurs personnels et environnementaux, l'atteinte des uns pouvant avoir une répercussion négative sur les autres. Par exemple, les difficultés cognitives (facteur personnel) pouvaient entraîner la perte du permis de conduire (déplacement) qui influençait également la capacité de se rendre à l'épicerie (nutrition). Voici les principaux besoins de même que les ressources associées qui ont été répertoriés par les participants.

Déplacements. La perte du permis de conduire était rapportée par les participants comme un obstacle majeur au maintien à domicile des aînés, Fleurimont possédant peu d'alternatives de transport répondant adéquatement à leurs besoins : « C'est une ville de banlieue, ça prend un moyen de transport [personnel] » (F4). À la suite d'une diminution de leurs capacités physiques, les transports en commun étaient plus difficiles à utiliser pour les aînés, notamment en raison d'aspects liés à l'aménagement urbain (secteurs non desservis, dispersion des services, arrêts éloignés du domicile) et temporels (trajets, transferts, planification). Parmi les alternatives, plusieurs participants connaissaient le transport adapté et le covoiturage du Réseau d'amis.

Habitation. Les participants rapportaient que le déneigement domiciliaire et municipal ainsi que l'entretien extérieur influençaient négativement le maintien à domicile des aînés. Ces tâches étaient fréquemment abandonnées ou déléguées. L'entretien ménager était une activité jugée difficile ou qui devait être modifiée. Les tâches ménagères pouvaient ainsi être morcelées pour être menées à bien : « *Je vais prendre la journée pour laver un plancher de cuisine, parce que j'en fais un petit bout et je suis obligée d'aller m'asseoir* » (F1). Tant pour l'intérieur que pour l'extérieur, les tâches étaient généralement déléguées à des personnes du secteur privé ou à des membres de la famille.

Soins personnels. Les participants rapportaient que l'accessibilité aux médecins était difficile en raison de longues listes d'attente. Une dame mentionnait d'ailleurs compenser cette situation en questionnant sa fille, infirmière, au sujet de sa médication : « *On ne peut plus téléphoner au médecin tout le temps. Je vais appeler ma fille, puis elle va vérifier* » (F3). Des appels de la pharmacie ou des rappels en utilisant des alarmes pouvaient faciliter la gestion de la médication.

Loisirs. Plusieurs participants cherchaient, par leurs loisirs, à contrer l'isolement. S'il était trop important, cet isolement pouvait cependant freiner leurs activités sociales, la majorité des aînés préférant se rendre à des activités accompagnés. Un des premiers changements visibles lors d'une diminution de la participation sociale était le remplacement des loisirs sportifs par d'autres à caractère social. Des ressources étaient connues des participants, tant pour aider à trouver des partenaires que pour découvrir des activités adaptées à leurs besoins : « *J'ai ma carte de [nom d'un organisme communautaire]. Ils m'écrivent constamment, ils ont toutes sortes d'[activités]* » (F2).

Nutrition. La nutrition, par la vaste gamme de tâches qui s'y rattachent (allant de faire les courses à consommer un repas), était un domaine d'activité considéré

comme difficile par la plupart des participants. Les plus indépendants rapportaient que le transport de sacs était difficile : « [Je suis encore capable] d'aller faire l'épicerie, mais je ne suis plus capable de monter [les marches] avec mes sacs » (F5). Ceux ayant de plus importantes pertes de capacités ajoutaient la préparation des repas aux difficultés ressenties. Les participants étaient en mesure d'identifier plusieurs ressources comme la popote roulante et les services de livraison d'épicerie.

Facteurs personnels. Une diminution des capacités physiques influençait la réalisation d'activités dans plusieurs domaines des habitudes de vie, comme le mentionnait un participant : « *Ce qui me frustre le plus, c'est de ne plus avoir d'activité physique et de loisirs à cause de mon dos* » (F1). Une diminution des capacités cognitives affectait aussi les soins personnels (p. ex. : gestion de la médication), les déplacements (p. ex. : conduite automobile) et les responsabilités (p. ex. : transactions financières). L'apprentissage de nouvelles tâches, comme payer ses comptes sur Internet, surtout lorsque les plateformes sont continuellement modifiées, représentait d'ailleurs un défi : « *Il faudrait que les personnes âgées continuent à payer leurs factures par la poste, parce que par Internet ça change trop [vite]* » (F5).

Facteurs environnementaux. Sur le plan de l'environnement physique, un domicile inadapté aux capacités de l'aîné nuisait à sa participation sociale et à sa sécurité lors de ses déplacements intérieurs (p. ex. : escaliers), de ses soins personnels (p. ex. : absence de barre de bain) et de sa nutrition (p. ex. : atteindre les armoires en hauteur). Certains facteurs naturels, les conditions hivernales en tête de liste, engendraient plusieurs défis : une réduction des déplacements, une augmentation de la peur de chuter et des exigences liées à l'entretien extérieur.

Sur le plan de l'environnement social, plusieurs ont indiqué que la perte du conjoint ou un nouveau rôle de proche aidant pouvait augmenter les tâches de l'aîné et, par conséquent, représenter une surcharge. De plus, ces changements dans les rôles sociaux pouvaient accentuer l'isolement social et nuire au sentiment de sécurité. L'assistance de proches permettait toutefois de diminuer le stress et la charge de travail vécus par l'aîné. Il a été mentionné qu'Internet, par son absence ou par la complexité de son utilisation, pouvait nuire à la capacité des aînés de recevoir l'information pertinente et ainsi de participer à certaines activités significatives, entraînant alors un sentiment d'isolement. De plus, des ressources humaines et financières limitées ainsi que de longues listes d'attente dans le réseau de la santé ou dans les organismes locaux pouvaient réduire l'utilisation de ressources ou les activités (p. ex. : entretien ménager, loisirs, rendez-vous médicaux) des aînés. Néanmoins, le crédit d'impôt offert aux personnes âgées de 70 ans et plus utilisant des services favorisant leur maintien à domicile, tels que l'entretien ménager, était perçu comme un facilitateur. Les participants mentionnaient aussi l'impact des frais de transport ou de stationnement sur leur participation aux différentes activités.

DISCUSSION

Cette recherche-action a permis d'identifier les besoins d'aînés de Fleurimont en matière de maintien à domicile ainsi que les ressources disponibles. Les besoins non comblés identifiés par les participants surviennent principalement au début des pertes de capacités. Ces besoins non comblés impliquent souvent une diminution de la participation sociale des aînés. Les ressources pour maintenir la participation sociale sont peu connues et la majorité de celles utilisées provient du privé ou des proches aidants. Bien qu'à Fleurimont des ressources existent pour chaque domaine des habitudes de vie, celles-ci ne répondent pas, ou seulement partiellement, à certains besoins spécifiques (p. ex. : monter les sacs d'épicerie en haut des marches). Selon les résultats de la présente étude, le maintien à domicile est désiré parce qu'il est synonyme d'un sentiment de liberté. Cela est en accord avec les études de Grimmer et collègues (2015) qui l'associent à la flexibilité et aux choix de vie (terme référent aux différentes décisions de la vie personnelle dans le texte de référence), ainsi que celle de Golant (2008), qui la relie à l'indépendance. Puisque leur domicile serait perçu par les aînés comme étant l'endroit le plus propice pour s'adapter à leurs problèmes de santé (Golant, 2008), les ergothérapeutes devraient considérer les facteurs facilitant le maintien à domicile de leurs clients ou faisant obstacle à celui-ci.

Premièrement, cette étude met en lumière qu'un des obstacles majeurs au maintien à domicile est lié aux facteurs personnels, notamment aux capacités et à la santé des aînés. Puisqu'un déclin de leur santé peut les inciter à déménager (Ewen et Chahal, 2013), il est important d'agir en amont pour favoriser le maintien des capacités physiques et cognitives des aînés. Cette stratégie est d'ailleurs au cœur de l'approche de l'autonomisation, axée sur le développement des capacités d'une personne à vivre de façon aussi autonome que possible et sur la participation active de l'aîné et de ses proches dans les décisions qui concernent leurs services de maintien à domicile (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2015). Il s'agit de promouvoir la participation sociale, en ayant recours entre autres à l'utilisation de ressources. Lorsque leurs capacités diminuent, les tâches domestiques (p. ex. gestion financière) des aînés sont les premières restreintes, suivies des activités de la vie courante (Arcand et Hébert, 2007). Les besoins identifiés par la présente étude sont principalement liés aux activités instrumentales (p. ex. : faire ses courses) et non aux activités courantes (p. ex. : se laver). Les aînés sondés seraient probablement au début de leurs pertes et l'abandon d'activités pourrait être néfaste au maintien de leurs capacités physiques et cognitives.

Deuxièmement, toujours selon la présente étude, une baisse du sentiment de sécurité et les risques associés au maintien à domicile peuvent mener à une modification ou à l'abandon d'habitudes de vie. Selon une étude similaire réalisée en Australie (Grimmer *et al.*, 2015), la sécurité est un des éléments clés du maintien à domicile. Elle comprend deux aspects, soit le sentiment de sécurité de la personne (p. ex. : réseau social sécurisant) et sa sécurité physique (p. ex. : maison adaptée à ses capacités). En leur absence, on constate que les aînés envisagent alors davantage de déménager en résidence. L'insécurité serait accentuée lorsque les capacités ou la situation de vie (p. ex. : perte du conjoint) des aînés changent. Elle le serait également en l'absence de connaissances quant aux ressources, à la fois

pour maintenir leurs capacités ou pour pallier une diminution de celles-ci. Lors de changements, une meilleure connaissance et utilisation des ressources est primordiale. D'autre part, même s'ils se résignaient à abandonner ou modifier certaines activités (p. ex. demander de l'aide) ou leur environnement (p. ex. installation d'une barre d'appui), plusieurs aînés nous ont confié qu'ils se trouvaient trop jeunes pour cela, ou étaient gênés de devoir le faire. Selon Fielo et Warren (2001), le maintien à domicile implique de maintenir des apparences de compétence et de santé. L'ergothérapeute aurait donc un rôle à jouer dans l'acceptation de ces changements tant au niveau de la personne, de son environnement que de ses occupations.

Troisièmement, il est ressorti de l'étude que la perte du permis de conduire pousserait les aînés à quitter leur domicile, puisque celle-ci engendrerait subitement de nouveaux besoins. L'utilisation de transports alternatifs à l'automobile est difficile, notamment en raison du temps requis, de leur fréquence de passage et de la dispersion des endroits fréquentés par les aînés (p. ex. hôpital, loisirs, commerces, etc.). De plus, l'apprentissage de ces transports peut être difficile en raison des fonctions cognitives requises, comme la mémoire, la planification et l'attention (Pellichero *et al.*, 2021). Ces fonctions sont par ailleurs souvent la cause de la cessation de conduite initiale. La perte du permis est un obstacle documenté par plusieurs études, notamment en ce qui concerne le maintien de la participation sociale dans les milieux ruraux (Levasseur *et al.*, 2015a). Les professionnels de la santé et les ergothérapeutes peuvent intervenir (Pellichero *et al.*, 2020) pour faciliter les changements que vivent les aînés en lien avec la perte du permis de conduire et optimiser leur indépendance.

Implications pour les aînés

Afin de favoriser leur maintien à domicile, les aînés doivent être en mesure de bien le planifier, une tâche nécessitant de connaître l'évolution de leur condition de santé et de prévoir son impact sur leur participation sociale (U.S. Department of Health & Human Services, 2017). Pour ce faire, il importe de consulter des professionnels de la santé et des services sociaux, incluant des ergothérapeutes. D'autre part, pour favoriser leur maintien à domicile, les aînés doivent connaître les ressources disponibles, et ce, au moment opportun (Grimmer *et al.*, 2015). Le manque de connaissance de ces ressources et de l'évolution et des impacts de leur condition de santé influence ainsi leur maintien à domicile. En effet, ce manque de connaissance précipite trop souvent l'institutionnalisation, qui est perçue comme la seule solution à la diminution de leur participation sociale (Grando, 2002). La présente étude a permis aux participants de mieux connaître les besoins des aînés et les ressources disponibles. Par la diffusion d'un guide répertoriant les organismes pouvant leur offrir ces ressources, l'étude permet également d'augmenter les connaissances des autres aînés de la communauté et, ultimement, de prolonger leur maintien à domicile de façon satisfaisante.

Implications pour la pratique

Afin de favoriser le maintien à domicile des aînés, une part du travail des ergothérapeutes devrait être consacrée à la prévention. Cette prévention peut impliquer de

renforcer les capacités des aînés (p. ex. : Programme intégré d'équilibre dynamique, Santé Montérégie, s. d), d'optimiser leurs occupations (p. ex. : Remodeler sa vie, Lévesque *et al.*, 2020; Levasseur *et al.*, 2019) ou de les préparer à d'éventuelles pertes de capacités en intégrant peu à peu des services. Par ses multiples rôles, l'ergothérapeute peut participer à faire connaître différentes ressources, à les normaliser et à entraîner à leur utilisation, et ce, de façon précoce afin de favoriser les apprentissages (De Coninck *et al.*, 2017) et, ainsi, le maintien à domicile. Les méthodes utilisées pour cette éducation, cette normalisation et cet entraînement doivent être personnalisées, c'est-à-dire adaptées en fonction de la personne et de ses besoins.

Lors d'une évaluation à domicile, les ergothérapeutes doivent prendre en compte les besoins des aînés de façon holistique et recommander non seulement les ressources publiques ou communautaires de la région, mais aussi celles du privé. La présente étude montre que les besoins des aînés sont diversifiés et que certains, comme ceux liés aux déplacements ou à l'entretien extérieur, dépendent majoritairement de ressources privées (p. ex. : déneigement). Ces évaluations globales et la transmission de renseignements quant aux ressources seraient encore plus importantes chez les aînés ayant un faible revenu qui, selon Golant (2008), seraient plus à risque d'être mal conseillés quant à leurs possibilités de maintien à domicile. Enfin, il importe de réaliser des évaluations et des interventions régulières liées au maintien à domicile avant et dès l'apparition de restrictions dans les activités instrumentales, ce qui pourrait prévenir un relogement précoce des aînés.

FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Réalisée rigoureusement, cette étude a permis d'explorer en profondeur les besoins des aînés de Fleurimont en matière de maintien à domicile et les ressources le favorisant. La conformité de l'étude est par ailleurs assurée par l'implication des six membres de l'équipe qui ont réalisé des analyses indépendantes et obtenu des interprétations similaires. Malgré ses forces, l'étude comprend aussi des limites, notamment une transférabilité réduite des résultats à des aînés d'autres régions. La désirabilité sociale pourrait aussi avoir influencé les résultats, et ce, malgré les stratégies utilisées pour la réduire (p. ex. : information quant à l'absence de bonnes ou de mauvaises réponses ainsi que sur l'importance de répondre le plus près possible de la réalité). De plus, la collecte de données ayant été réalisée avant la pandémie de COVID-19, les besoins et les ressources peuvent avoir changé depuis.

CONCLUSION

La présente étude visait à identifier les besoins des aînés de Fleurimont en matière de maintien à domicile et les ressources disponibles dans la communauté pour y répondre. Ainsi, nous avons identifié et hiérarchisé différents facilitateurs et obstacles relatifs du maintien à domicile des aînés de la région de Fleurimont. Nous avons dressé

une liste exhaustive des ressources, qui sera disponible afin de favoriser la connaissance et l'utilisation de celles-ci par les habitants de l'arrondissement de Fleurimont. Le rôle de l'ergothérapeute a également été précisé, notamment par rapport à la prévention du relogement précoce des aînés. Les étapes une et deux de la recherche-action ayant été réalisées dans cette présente étude, l'exploration des ressources et l'implantation des changements dans la communauté (p. ex. rendre les informations concernant les ressources plus accessibles) seront prises en charge prochainement. Des études futures devraient également être réalisées auprès des aînés ayant d'importantes limitations physiques, cognitives ou sociales afin de connaître leur perspective sur leurs besoins et sur l'adéquation entre ceux-ci et l'offre actuelle de services à Fleurimont.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les organismes qui ont prêté leurs locaux pour la collecte de données et ceux qui ont aidé au recrutement des participants à l'étude. Merci aux deux aînées cochercheuses, instigatrices du projet. Enfin, nos remerciements vont aussi aux aînés et aux proches qui ont accepté de participer à l'étude.

FINANCEMENT

Les auteurs ont reçu un soutien financier de la part de la Fondation Vitae du CIUSSS-Estrie-CHUS et de l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke pour la recherche, la rédaction et la publication de cet article. Mélanie Levasseur est nouvelle chercheure des IRSC (2017-2022 ; #360880) et chercheuse sénior des Fonds de la recherche en santé du Québec (2021-2025 ; #298996).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anderson, E. M., Larkins, S. B. et Ray, R. A. (2018). Should I stay or go: Rural ageing, a time for reflection. *Geriatrics*, 3(3), 49. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3030049>
- AQDR Sherbrooke. (2020). *Ami des aînés Sherbrooke*. <http://aqdrsherbrooke.org/fr/dossiers/ami-des-aines.php>
- AQDR Sherbrooke. (2020). *À propos*. <https://www.aqdr.org/aqdr/mission/>
- Arcand, M. et Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie* (3^e éd.). EDISEM.
- Association canadienne des ergothérapeutes [ACE]. (1997). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. CAOT Publications ACE.
- Benefield, L. E. et Holtzclaw, B. J. (2014). Aging in place: Merging desire with reality. *Nursing Clinics of North America*, 49(2), 123-131. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.02.001>
- Centre d'action bénévole de Sherbrooke [CABS]. (2018). *À propos*. <http://www.cabsherbrooke.org/a-propos/>
- CIM-10. (2008). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/>
- CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2020). *Services offerts*. <https://www.santeestrie.qc.ca/soins-services/pour-tous/services-communautaires-clsc/>

- Coopestrie. (s. d.). *Nos services*. <http://www.coopestrie.com/fr/services/index.php>
- CSSS-IUGS. (2020). *Intervention de quartier*. <http://www.csss-iugs.ca/iupl-intervention-de-quartiers>
- De Coninck, L., Bekkering, G. E., Bouckaert, L., Declercq, A., Graff, M. J. et Aertgeerts, B. (2017). Home- and community-based occupational therapy improves functioning in frail older people: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(8), 1863-1869. <https://doi.org/10.1111/jgs.14889>
- Des Roches, M. (2014). *Le tableau de bord des communautés de l'Estrie : un outil hors pair pour favoriser le développement des communautés*. Bulletin Vision Santé Publique. https://www.santeestrie.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/medias-publications/publication/bulletin/vision-sante-publique/2014/12_vision_sante_publique_tableau_de_bord_communautes.pdf
- Dolbec, A. et Prud'homme, L. (2009). La recherche-action. Dans I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (p. 505-540). Presses de l'Université du Québec.
- Erickson, M. A., Krout, J., Ewen, H. et Robison, J. (2006). Should I stay or should I go? Moving plans of older adults. *Journal of Housing for the Elderly*, 20(3), 5-22. https://doi.org/10.1300/J081v20n03_02
- Ewen, H. H. et Chahal, J. (2013). Influence of late life stressors on the decisions of older women to relocate into congregate senior housing. *Journal of Housing for the Elderly*, 27(4), 392-408. <https://doi.org/10.1080/02763893.2013.813428>
- FADOQ. (s. d.). *À propos*. <https://www.fadoq.ca/estrie/a-propos/qui-sommes-nous>
- Fielo, S. B. et Warren, S. A. (2001). Home adaptation: Helping older people age in place. *Geriatric Nursing*, 22(5), 239-246. <https://doi.org/10.1067/mgn.2001.119473>
- Fougeyrollas, P., Boucher, N., Edwards, G., Grenier, Y. et Noreau, L. (2019). The Disability Creation Process model: A comprehensive explanation of disabling situations as a guide to developing policy and service programs. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 21(1), 25-37. <https://doi.org/10.16993/sjdr.62>
- Golant, S. M. (2008). Commentary: Irrational exuberance for the aging in place of vulnerable low-income older homeowners. *Journal of Aging and Social Policy*, 20(4), 379-397. <https://doi.org/10.1080/08959420802131437>
- Golant, S. M. (2019). Stop bashing the suburbs: Mobility limitations of older residents are less relevant as connectivity options expand. *Journal of Aging Studies*, 50(100793). <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.100793>
- Granbom, M., Iwarsson, S., Kylberg, M., Pettersson, C. et Slaug, B. (2016). A public health perspective to environmental barriers and accessibility problems for senior citizens living in ordinary housing. *BMC Public Health*, 16(1), 772. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3369-2>
- Grando, V., Mehr, D., Popejoy, L., Maas, M., Rantz, M., Wipkern, D. and Westhoff, R. (2002). Why older adults with light care needs enter and remain in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(7), 47-53. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20020701-09>
- Grimmer, K., Kay, D., Foot, J., Pastakia, K. et Kennedy, K. (2015). Consumer views about aging-in-place. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1803-1811. <https://doi.org/10.2147/CIA.S90672>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS] (2015). *L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*. Avis rédigé par A. Tessier, M.-D. Beaulieu, R. Latulippe et C. A. McGinn. ETMIS, 11(01), 1-57. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_Avis_Autonomisation.pdf
- Kelly, A. J., Fausset, C. B., Rogers, W. et Fisk, A. D. (2012). Responding to home maintenance challenge scenarios: The role of selection, optimization, and compensation in aging-in-place. *Journal of Applied Gerontology*, 33(8), 1018-1042. <https://doi.org/10.1177/0733464812456631>
- L'Accorderie. (2020). *L'Accorderie : un système d'échange unique*. <https://www.accorderie.ca/sherbrooke-a-propos/>
- Les Petits Frères. (2019). *À propos*. <https://www.petitsfreres.ca/a-propos/>
- Levasseur, M., Cohen, A. A., Dubois, M.-F., Généreux, M., Richard, L., Therrien, F.-H. et Payette, H. (2015a). Environmental factors associated with social participation of older adults living in metropolitan, urban, and rural areas: The NuAge Study. *American Journal of Public Health*, 105(8), 1718-1725. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302415>

- Levasseur, M., Généreux, M., Bruneau, J.-F., Vanasse, A., Chabot, É., Beaulac, C. et Bédard, M.-M. (2015b). Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: Results from a scoping study. *BMC Public Health*, 15, 503-503. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1824-0>
- Levasseur, M., Filiatrault, J., Larivière, N., Trépanier, J., Lévesque, M.-H., Beaudry, M., Parisien, M., Provencher, V., Couturier, Y., Champoux, N., Corriveau, H., Carbonneau, H. et Sirois, F. (2019). Influence of Lifestyle Redesign® on health, social participation, leisure and mobility of older French-Canadians. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(5), 1-18. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.031732>
- Lévesque, M.-H., Trépanier, J., Tardif, M.-È., Lalanne, K., Boudriau, M., Ainsley, S., Boislard, C. et Levasseur, M. (2020). Lifestyle Redesign® (Remodeler sa vie): First pilot study among older French-Canadians. *Revue canadienne d'ergothérapie*. 87(4), 241-252 <https://doi.org/10.1177%2F0008417420929508>
- Maison des grands-parents de Sherbrooke. (2020). *Notre mission*. <https://mgpsherbrooke.org/notre-mission>
- Marek, K. D. et Rantz, M. J. (2000). Aging in place: A new model for long-term care. *Nursing Administration Quarterly*, 24(3), 1-11. <https://doi.org/10.1097/00006216-200004000-00003>
- Miles, L., Huberman, M. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3e éd.). Sage Publications.
- Ministère de la Famille – Gouvernement du Québec. (2018). *Les aînés du Québec. Quelques données récentes*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/aines-quebec-chiffres.pdf>
- Municipalités (& Villes) amies des aînés au Québec. (2021). *Le projet*. <https://madaquebec.com/le-projet/>
- Observatoire estrien des communautés. (2015). *Portait des besoins des aînés de la ville de Sherbrooke* (60 p.). https://accordsanteestrieqva.weebly.com/uploads/2/5/9/4/25947027/1-portrait_besoins_a%C3%AEn%C3%A9s_sherbrooke_final.pdf
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Park, S., Han, Y., Kim, B. et Dunkle, R. E. (2015). Aging in place of vulnerable older adults: Person–environment fit perspective. *Journal of Applied Gerontology*, 36(11), 1327-1350. <https://doi.org/10.1177/0733464815617286>
- Pellichero, A., Lafont, S., Paire-Ficout, L., Fabrigoule, C. et Chavoix, C. (2021). Barriers and facilitators to social participation after driving cessation among older adults: A cohort study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 64(2). <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.03.003>
- Powell, K. H. (2016). A new neighborhood every fall: Aging in place in a college town. *Journal of Gerontological Social Work*, 59(7-8), 537-553. <https://doi.org/10.1080/01634372.2016.1256363>
- Programme PAIR. (2020). *Pair. Une présence rassurante*. <https://www.sherbrooke.ca/fr/services-aux-citoyens/securite-publique-et-situations-d-urgence/police/services-offerts/programme-pair>
- Rayon de soleil de l'Estrie. (2015). *Notre mission*. <http://www.rayonsoleilestrie.com/>
- Réseau d'amis de Sherbrooke. (2017). *À propos*. <https://www.reseaudamis.ca/a-propos/>
- Rose des vents. (2020). *Notre mission*. <https://www.rosedesvents.com/mission-et-philosophie-d-intervention/>
- Sercovie. (2020). *À propos*. <https://sercovie.org/a-propos/>
- Stones, D. et Gullifer, J. (2016). “At home it’s just so much easier to be yourself”: Older adults’ perceptions of ageing in place. *Ageing & Society*, 36(3), 449-481. <https://doi.org/10.1017/S0144686X14001214>
- STS. (s. d.). *Transport adapté – Informations pratiques*. <https://www.sts.qc.ca/15-Information-pratiques.html>
- U.S. Department of Health & Human Services. (2017). *Aging in place: Growing older at home*. <https://www.nia.nih.gov/health/aging-place-growing-older-home>
- Vasunilashorn, S., Steinman, B. A., Liebig, P. S. et Pynoos, J. (2012). Aging in place: Evolution of a research topic whose time has come. *Journal of Aging Research*. <https://doi.org/10.1155/2012/120952>
- Ville de Sherbrooke. (s. d.). *Statistiques. Renseignements généraux*. <https://www.sherbrooke.ca/fr/vie-municipale/portrait/statistiques>

ANNEXE 1 : ORGANISMES PRÉSENTS À FLEURIMONT / SHERBROOKE FAVORISANT LE MAINTIEN À DOMICILE

Organismes/Programmes	Mission de l'organisme/du programme	Domaine d'intervention ¹
Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ) (FADOQ, s.d.)	Rassembler et représenter les aînés de 50 ans et plus	P-Cognitif
	Promouvoir les droits collectifs des aînés	P-Physique
	Soutenir leurs implications en loisirs, culture et sport	P-Affectif
Sercovie (Sercovie, 2020)	Améliorer et conserver la qualité de vie	E-Institutionnel E-Social O-Communication et relations interpersonnelles O-Responsabilités O-Loisirs
	Favoriser « un mode de vie sain, actif et enrichissant » en offrant du bénévolat et des loisirs	P-Physique
	Offrir un service de popote roulante et de repas cuisinés	P-Affectif E-Social O-Loisirs O-Alimentation O-Travail O-Communication et relations interpersonnelles
Rayon de soleil de l'Estrie (Rayon de soleil de l'Estrie, 2015)	Favoriser les relations sociales pour diminuer le poids de la solitude des aînés.	P-Affectif (solitude)
	Améliorer la qualité de vie des aînés	E-Social O-Communication et relations interpersonnelles O-Responsabilité O-Loisirs
Réseau d'amis de Sherbrooke (Réseau d'amis de Sherbrooke, 2017)	Favoriser le maintien à domicile en brisant l'isolement des aînés par des jumelages ou des activités de groupe ainsi que des services de transport	P-Affectif
	Offrir de la formation et du soutien à leurs proches aidants	E-Social O-Communication et relations interpersonnelles O-Loisirs O-Déplacements O-Responsabilités

Abréviations : s.d. = sans date

¹ Élément du PEO sur lequel agit l'organisme ; P = personne ; E = environnement ; O = occupation

Organismes/Programmes	Mission de l'organisme/du programme	Domaine d'intervention ¹
Centre d'activités récréatives des aînés et autres générations de Sherbrooke (CARAGS) (CABS, 2018)	Briser l'isolement des aînés par la mise en place d'activités dans des organismes ou des résidences pour personnes autonomes	P-Affectif E-Social O-Loisirs O-Communication et relations interpersonnelles
Petits Frères (Les Petits Frères, 2019)	Briser l'isolement des aînés par des jumelages avec une personne bénévole	P-Affectif E-Social O-Loisirs O-Communication et relations interpersonnelles
Coopérative des services à domicile de l'Estrie (Coopestrrie, s.d.)	Offrir des services à domicile pour les activités de la vie courante et les activités instrumentales	P-Physique E-Physique O-Soins personnels O-Habitation O-Responsabilités O-Alimentation
Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR) (AQDR, 2020)	Défendre les droits des aînés et faire des revendications collectives à ce sujet	E-Institutionnel
Villes amies des aînés² Municipalités (& Villes) amies des aînés au Québec (2021).	Guider les villes dans l'adaptation de leurs structures et de leurs services aux besoins et capacités des aînés	E-Physique O-Déplacements
Commerces amis des aînés (AQDR Sherbrooke, 2020)	Sensibiliser les commerces aux attitudes à adopter face aux aînés les fréquentant	E-Social O-Déplacements O-Responsabilités O-Alimentation
Programme d'intervention de quartier (Communauté Jardins-Fleuris) (CSSS-IUGS, 2020)	Favoriser l'accessibilité des services de santé et des services sociaux en s'implantant dans la communauté Créer des liens entre les citoyens, les praticiens et les chercheurs	P-Physique E-Social O-Soins personnels O-Communication et relations interpersonnelles O-Responsabilités

Abréviations : s.d. = sans date

¹ Élément du PEO sur lequel agit l'organisme ; P = personne ; E = environnement ; O = occupation

Organismes/Programmes	Mission de l'organisme/du programme	Domaine d'intervention¹
Services du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux-Estrie-CHUS (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2020)	Offrir des services de santé, psychosociaux, de réadaptation et de réinsertion	P-Physique P-Cognitif P-Affectif O-Soins personnels O-Habitation O-Responsabilités
Divers clubs d'âge d'or ou d'aînés	Offrir des loisirs	P-Physique P-Affectif E-Social O-Loisirs O-Communication et relations interpersonnelles
Programme d'assistance individuelle aux personnes retraitées (PAIR) (Programme PAIR, 2020)	Offrir un service d'appels automatisés quotidiens chez des aînés et dépêcher une patrouille policière si l'appel ne reçoit pas de réponse	P-Affectif (sécurité) E-Social O-Communication et relations interpersonnelles
Rose des vents (Rose des vents, 2020)	Fournir de l'aide aux personnes atteintes d'un cancer et à leurs proches tout au long de la maladie	E-Social O-Communication et relations interpersonnelles O-Loisirs O-Responsabilités
Transport adapté (STS, s.d.)	Favoriser les déplacements en transport en commun des personnes en situation de handicap	E-Physique O-Déplacements

Abréviations : s.d. = sans date

¹ Élément du PEO sur lequel agit l'organisme ; P = personne ; E = environnement ; O = occupation

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES

Numéro du participant : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____
(Jour) (Mois). (Année)

Genre :

- Féminin
- Masculin
- Autre : _____

Langue parlée :

- Français
- Anglais
- Autre (préciser) : _____

Type d'habitation :

- Unifamiliale
- Duplex ou triplex
- Bloc d'habitation (immeuble résidentiel)
- Condo
- Résidence d'accueil pour personnes âgées autonomes ou semi-autonomes
- Autre (précisez) : _____

Communauté habitée :

- Saint-Jean-Baptiste
- Desranleau
- Pin-Solitaire
- Lavigerie
- Jardins-Fleuris
- Julien-Ducharme
- Des Châteaux
- Saint-Michel
- De l'Aéroport

Situation matrimoniale :

- Marié(e)/en union libre
- Veuf (ve)
- Célibataire
- Divorcé(e)/séparé(e)

Situation de vie :

- Seul
- En couple
- Avec membre de la famille
- Autre (précisez) : _____

Combien d'enfants avez-vous ?

- Aucun
- Entre 1 et 3 enfants
- Entre 4 et 6 enfants
- Entre 7 et 9 enfants
- 10 enfants et plus

Avez-vous des proches aidants ? : Oui Non

Qui sont vos proches aidants ? :

- Conjoint
- Enfants
- Amis/voisins
- Autres : _____

À quelle fréquence et durée vous visitent-ils ? _____

Scolarité :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Collégial/professionnel : 12-14 ans |
| <input type="checkbox"/> Primaire : 1-6 ans | <input type="checkbox"/> Baccalauréat : 15-16 ans |
| <input type="checkbox"/> Secondaire : 7-11 ans | <input type="checkbox"/> Maîtrise/doctorat : > 17 ans |

Occupation :

- À la retraite Depuis quelle année ? _____
- Sans emploi
- Travail à temps plein (précisez) _____
- Travail à temps partiel (précisez) _____
- Autre (précisez) _____

Revenus (ménage) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0-10 000 \$ | <input type="checkbox"/> 20 001-25 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> 10 001-15 000 \$ | <input type="checkbox"/> 25 001-40 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> 15 001-20 000 \$ | <input type="checkbox"/> > 40 001 \$ |

Quel est votre degré de satisfaction en lien avec vos revenus ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait |
| <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> Très insatisfait |

Quels sont vos diagnostics médicaux (s'il y a lieu) :

Actuellement, comparativement aux autres personnes du même âge que vous, estimez-vous que votre santé globale est...

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excellente | <input type="checkbox"/> Passable |
| <input type="checkbox"/> Bonne | <input type="checkbox"/> Mauvaise |

Actuellement, quel est votre degré de satisfaction face à vos activités sociales ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait |
| <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Très insatisfait |

Actuellement, quel est votre degré de satisfaction face à vos activités de loisirs ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait |
| <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Très insatisfait |

Actuellement, quels types de services recevez-vous ?

- Je reçois des services publics (p. ex. : services du gouvernement, services du CLSC...)
- Je reçois des services privés (p. ex. : déneigement, aide ménagère, accompagnement...)
- Je reçois de l'aide de proches aidants
- Je ne reçois aucun service

Actuellement, dans quels domaines recevez-vous des services ?

- Aucun
- Soins de santé (p. ex. : visite d'une infirmière à domicile, traitement de plaie)
- Contacts et participation sociale (p. ex. : jumelage à un autre citoyen, visites d'amitié)
- Tâches ménagères (p. ex. : aide pour faire les courses, aide pour faire le ménage, repas préparés)
- Soins de base quotidiens (p. ex. : aide pour les soins d'hygiène, aide pour se faire nourrir, aide à l'habillage)
- Sécurité (p. ex. : bracelet d'urgence, appels quotidiens)
- Transport et mobilité (p. ex. : transport adapté, accompagnement pour faire les courses)
- Psychologique (p. ex. : groupes de soutien aux proches aidants)
- Autre : _____

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE SUR LA CONNAISSANCE DES RESSOURCES DE SHERBROOKE

de participant : _____

Cocher si l'encadré ci-dessous s'applique.

Organismes	Je connais cet organisme	J'utilise ou j'ai déjà utilisé leurs services	Je ne connais pas cet organisme
FADOQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sercovie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accorderie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centre d'action bénévole de Sherbrooke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maison des grands-parents de Sherbrooke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rayon de soleil de l'Estrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réseau d'amis de Sherbrooke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centre d'activités récréatives des aînés et autres générations de Sherbrooke (CARAGS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petits Frères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coopérative des services d'aide à domicile de l'Estrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Villes amies des aînés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commerces amis des aînés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programme d'intervention de quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services du CLSC du CIUSSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coopérative de services de l'Estrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Club d'âge d'or des Sages de Marie-Reine-du-Monde ; Club d'âge d'or de La détente du Cœur-Immaculé-de-Marie ; Club d'âge d'or La Gaieté de Sainte-Famille ; Club d'âge d'or Amitié Saint-Sacrement ; Club d'âge d'or Les braves amis de l'Assomption ; Club d'âge d'or Quatre-Saisons ; Club des aînés Fleuri-Est	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervention de quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 4 : EXTRAIT DU GUIDE D'ENTRETIEN DES FORUMS DE DISCUSSION

1.0 Parmi les activités que vous ou votre proche réalisez présentement à domicile, quelles sont celles qui sont plus DIFFICILES ?

Au besoin, les exemples suivants pourront être nommés si les participants ne les abordent pas spontanément : s'asseoir au fond du bain, pelleter votre entrée, tondre votre pelouse, faire les réparations de votre maison, faire des loisirs, tricoter, faire des casse-têtes, menuiserie, faire la vaisselle, recevoir votre famille à souper, etc.

1.1 Quelles sont les activités que vous ou votre proche avez CESSÉ de faire, en incluant celles DÉLÉGUÉES à quelqu'un d'autre ?

Quelles sont celles que vous ou votre proche avez ARRÊTÉ de faire à votre domicile ?

2.0 En lien avec la NUTRITION et l'ALIMENTATION, quelles sont les activités qui sont plus DIFFICILES ?

Au besoin, les exemples suivants pourront être nommés si les participants ne les abordent pas spontanément : faire les courses, faire les repas, choisir le menu, etc.

2.1 Quelles ressources connaissez-vous à Fleurimont qui peuvent aider avec ces activités ?

3.0 En lien avec les SOINS PERSONNELS, quelles sont les activités qui sont plus DIFFICILES ?

Au besoin, les exemples suivants pourront être nommés si les participants ne les abordent pas spontanément : se laver, aller chez le coiffeur, prendre sa médication, aller chez le médecin ou le dentiste, etc.

3.1 Quelles ressources connaissez-vous à Fleurimont qui peuvent aider avec ces activités ?

4.0 Comment est-ce que l'HABITATION (p. ex. : organiser son domicile, faire le ménage, faire l'entretien extérieur, utiliser les meubles et l'équipement de la maison) est un défi pour quelqu'un qui veut rester le plus longtemps possible à son domicile ?

4.1 Quelles ressources connaissez-vous à Fleurimont qui peuvent aider avec ces activités ?

5.0 Comment est-ce que les DÉPLACEMENTS (p. ex. : entrer et sortir de votre domicile, marcher dans la maison ou dans le quartier, se déplacer en auto/autobus/taxi, avec des amis) représentent un défi pour quelqu'un qui veut rester le plus longtemps possible à son domicile ?

5.1 Quelles ressources connaissez-vous à Fleurimont qui peuvent aider avec ces activités ?

6.0 En quoi est-ce que les RESPONSABILITÉS financières, civiles ou familiales (p. ex. : faire un budget, payer les comptes, aider un enfant ou un autre membre de la famille, prendre soin des animaux de compagnie) sont un défi pour quelqu'un qui veut rester le plus longtemps possible à son domicile ?

6.1 Quelles ressources connaissez-vous à Fleurimont qui peuvent aider avec ces activités ?

7. En lien avec l'ENVIRONNEMENT de votre domicile, quelles adaptations sont requises pour faciliter vos activités ou celles de votre proche ?

Au besoin, les exemples suivants pourront être nommés si les participants ne les abordent pas spontanément : poser des mains courantes (« rampes ») dans vos escaliers, mettre des barres d'appui dans la salle de bain, installer une salle de bain et une chambre au rez-de-chaussée, etc.

8.0 Qu'est-ce qui vous motive, ou qui motive votre proche, à RESTER à domicile?

Pour quelles raisons voulez-vous rester chez vous ? Qu'est-ce qui vous pousse à demeurer chez vous et à vouloir vieillir dans votre maison actuelle ?

8.1 Qu'est-ce qui ferait en sorte que vous souhaiteriez, ou que votre proche souhaiterait, PARTIR du domicile?

« Je vais maintenant vous remettre un document sur les ressources de Sherbrooke qui aident les personnes aînées à demeurer à domicile. Je vous demande de cocher toutes les ressources que vous connaissez ou que vous utilisez. Nous en discuterons au retour de la pause. »

Pause

La deuxième et dernière partie de notre rencontre portera sur les ressources qui aident à demeurer à domicile. Ces ressources peuvent être un service public, communautaire ou privé.

9.0 Quelle(s) ressource(s) connaissez-vous ou utilisez-vous ?

Au besoin, les exemples suivants pourront être nommés si les participants ne les abordent pas spontanément : un service public, communautaire ou privé peut-être pour votre santé, votre socialisation ou votre entretien ménager.

9.1 Si vous ou votre proche les utilisez, comment avez-vous accès à ces ressources ?

9.2 Qu'est-ce qui fait en sorte que vous UTILISEZ ces ressources ?

9.3 Qu'est-ce qui fait en sorte que vous N'UTILISEZ PAS ces ressources ?

9.4 Décrivez-moi votre niveau de satisfaction ou d'insatisfaction par rapport à cette ou à ces ressources.

9.5 Quelles sont les AUTRES RESSOURCES qui ne sont pas sur ce document ?

10. Quelles ressources sont manquantes pour demeurer à domicile le plus longtemps possible ?

11. Imaginez qu'on vous remette une baguette magique qui comble tous vos souhaits pour votre maintien à domicile. Vous auriez accès à n'importe quelle aide, ressource matérielle ou service. À quoi cette baguette vous donnerait-elle accès ?

Imaginez que vous ayez les pouvoirs d'un super-héros qui peut changer quelque chose dans son domicile ou dans son quartier, que feriez-vous ?

12. Avez-vous d'autres commentaires que vous souhaiteriez partager ?

« Ceci complète notre rencontre. Je tiens à vous remercier pour votre participation. Notre coanimatrice va maintenant vous résumer ce qui a été dit pour le valider auprès de vous. »

Résumé de la coanimatrice.

13.0 Avez-vous d'autres commentaires ou des questions ?

« Ceci termine notre rencontre. Encore merci pour votre participation. Acceptez-vous que nous vous recontactons au besoin si nous avons d'autres questions lors des analyses ? »



LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DURABLES D'ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

Valérie Lafond¹, Marie-Josée Drolet²

¹ Ergothérapeute, PhD (cand), philo., Université du Québec à Trois-Rivières, Département d'ergothérapie, Trois-Rivières, Québec, Canada

² Professeure titulaire et éthicienne, PhD, erg., Université du Québec à Trois-Rivières, Département d'ergothérapie, Trois-Rivières, Québec, Canada

Adresse de contact : valerie.lafond2@uqtr.ca

Reçu le 25.02.2021 – Accepté le 09.09.2021

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.v7n2.198

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



RÉSUMÉ

Les changements climatiques constituent la plus grande menace à la santé du 21^e siècle (Organisation mondiale de la santé, 2015). Il est dorénavant plus facile d'en identifier la cause exacte grâce aux recherches de plus en plus nombreuses sur le sujet. Dans son cinquième rapport, le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC) (2014) affirme que les changements climatiques sont principalement dus aux occupations humaines. Considérant que les ergothérapeutes sont des experts en habilitation aux occupations, il s'ensuit qu'ils sont concernés par ces changements et qu'ils ont possiblement un rôle à jouer dans la lutte contre ceux-ci. L'objectif de la recherche était de décrire les pratiques (micro, méso et macro) adoptées ou envisagées par des ergothérapeutes francophones du Québec pour favoriser le développement durable au sein de la profession. Pour atteindre cet objectif, une enquête Web a été réalisée à laquelle 29 ergothérapeutes du Québec ont participé. L'étude a permis d'identifier de nombreuses pratiques durables adoptées par ces ergothérapeutes, lesquelles se déclinent en 12 catégories distinctes appartenant aux différents domaines du cadre théorique éthique de Glaser (1994), ainsi que des pratiques durables envisagées. Cette étude novatrice rend compte du fait que plusieurs ergothérapeutes québécois sont des agents de changement dans leur milieu de pratique. Considérant que les droits occupationnels des clients de demain risquent d'être compromis si le climat continue de se dérégler, les résultats de cette recherche ont le potentiel d'outiller les ergothérapeutes désireux d'écoresponsabilité pour mettre en place des pratiques durables dans leur pratique professionnelle.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie, Crise climatique, Changements climatiques, Durabilité, Écoresponsabilité

SUSTAINABLE PROFESSIONAL PRACTICES OF OCCUPATIONAL THERAPISTS IN QUÉBEC

ABSTRACT

Climate change is the greatest threat to health in the 21st century (World Health Organization, 2015). It is now easier to identify the exact cause thanks to the increasing research on the subject. In its fifth report, the Intergovernmental Panel on Climate Change (2014) argues that climate change is mainly due to human occupations. Considering that occupational therapists are specialists of human occupations, it follows that they are concerned by these changes and that they possibly have a role to play in fighting against them. The objective of the research was to describe the practices (micro, meso and macro) implemented or considered by French-speaking occupational therapists from Québec to promote sustainable development within the profession. To achieve this objective, a Web survey was realized in which 29 occupational therapists from Québec participated. The study identified many implemented sustainable practices by these occupational therapists, which can be divided in twelve distinct categories belonging to different areas of Glaser's ethical theoretical framework (1994), as well as other considered sustainable practices. This innovative study reveals the fact that many occupational therapists from Québec are change agents in their practice. Considering that the occupational rights of tomorrow's clients are at risk of being compromised if the climate continues to disrupt, the results of this research have the potential to help occupational therapists desiring eco-responsibility to implement sustainable practices in their professional practice.

KEYWORDS

Occupational therapy, Climate crisis, Climatic changes, Sustainability, Eco-responsibility

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les changements climatiques constituent la plus grande menace à la santé du 21^e siècle (2015). Ce phénomène est préoccupant parce qu'il touche et touchera tout le monde, partout sur la planète, sans exception (OMS, 2016). Selon cette organisation (2012), les risques pour la santé sont notamment dus au réchauffement de la planète qui engendre des « phénomènes météorologiques extrêmes, [des] variations du climat qui perturbent l'approvisionnement en nourriture et en eau, [...] et [des] maladies émergentes liées à la modification des écosystèmes ». La Commission du *Lancet* sur la santé et les changements climatiques indique que les effets directs des changements climatiques à l'échelle mondiale comprennent notamment « le stress thermique accru, les inondations, les sécheresses et une hausse de la fréquence des tempêtes intenses » (2015, p. 1861 [traduction libre]). Pour les effets indirects, elle mentionne « la menace pour la santé de la population constituée par des changements défavorables dans la pollution atmosphérique, la propagation des vecteurs de maladies, l'insécurité alimentaire et la sous-nutrition, les déplacements de populations et des problématiques de santé mentale » (p. 1861 [traduction libre]).

Bien que ces changements soient observables à l'échelle mondiale, les effets négatifs des changements climatiques commencent à se faire ressentir à l'échelle locale, en Europe comme en Amérique. En ce qui concerne l'Europe, l'augmentation des températures modifie les régimes de précipitations et rend les régions humides d'Europe encore plus humides et les régions sèches encore plus sèches (Agence européenne pour l'environnement [AEE], 2016). Dans le même sens, « les extrêmes liés au climat comme les vagues de chaleur, les fortes précipitations et les sécheresses augmentent en fréquence et en intensité dans de nombreuses régions » (AEE, 2016). Par ailleurs, 80 % des Européens vivent en zones urbaines (Commission européenne, s.d.), lesquelles sont « généralement peu préparées pour s'adapter aux changements climatiques » (Commission européenne, s.d.), augmentant ainsi les risques pour les populations humaines.

En ce qui concerne l'Amérique du Nord, notamment le Québec, l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) relève que les changements climatiques se manifestent par des hivers plus doux et des étés plus chauds qu'auparavant (s.d.). Cette augmentation de la température moyenne engendrera une hausse des précipitations, autant sous forme de pluie que de neige (INSPQ, s.d.). Ici aussi, des événements météorologiques plus violents sont à prévoir, lesquels pourront se traduire par l'augmentation des « grands vents, des orages et des pluies [...] torrentielles » (INSPQ, s.d.).

Grâce aux recherches qui s'accumulent au sujet des changements climatiques, il est maintenant facile d'en identifier la cause principale. Dans son cinquième rapport d'évaluation, le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC) a « clarifié le rôle des activités humaines dans [les] changement[s] climatique[s] [...]. Sa conclusion est catégorique : le[s] changement[s] climatique[s] [sont] réel[s] et les activités humaines en sont la cause principale » (Organisation des Nations unies [ONU],

s.d.). Puisque les occupations constituent la cause principale de ces changements et que ceux-ci affectent et affecteront les possibilités offertes aux personnes de s'engager dans des occupations, il est évident que les ergothérapeutes, en tant qu'experts en habilitation aux occupations (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012), sont concernés par ces changements. D'ailleurs, un nombre croissant d'auteurs (p. ex. : Algado et Townsend, 2015 ; Aoyama, 2014 ; Dorsey et Miller, 2013 ; Drolet, Thiébaud et Ung, 2019 et Wagman, 2014) et d'organisations professionnelles (Association suédoise des ergothérapeutes [ASE], 2018 ; Fédération mondiale des ergothérapeutes [FME], 2012, 2018) considèrent que les ergothérapeutes devraient s'impliquer dans la lutte contre les changements climatiques. Ainsi, la FME (2012) estime qu'il est « essentiel que les ergothérapeutes, dans leurs rôles centrés sur l'occupation et la performance occupationnelle, travaillent en tenant compte du développement durable tant dans la profession qu'avec les clients et les communautés » (p. 1) et elle les invite à adopter des pratiques durables dans le cadre de leur pratique. À ce sujet, mentionnons que l'expression « pratiques durables » découle du concept de développement durable, lequel correspond à « un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs » (ONU, 1987, p. 41). Ainsi, les pratiques durables visent « la protection et le renouvellement des ressources naturelles, la qualité des relations et la solidarité entre les personnes, la répartition équitable des richesses produites et l'utilisation des ressources locales » (Réseau pour le développement durable en ergothérapie [R2DE], 2018, p. 2).

RECENSION DES ÉCRITS

Bien que la nature occupationnelle des changements climatiques soit maintenant évidente, il reste que peu d'études empiriques traitent de la durabilité ou de l'écoresponsabilité en ergothérapie. À notre connaissance, à ce jour, trois études empiriques ont été réalisées sur le sujet (Charpentier, 2020 ; Hocking et Kroksmark, 2013 ; Ikiugu *et al.*, 2015). La vaste majorité des écrits sur ce thème est constituée de textes d'opinion, de prises de position ou de réflexions théoriques (Lieb, 2020). Bien que cette littérature novatrice s'appuie peu sur des études empiriques, elle discute tout de même de pratiques durables pouvant être mises en œuvre par les ergothérapeutes. Les paragraphes suivants résument celles-ci suivant trois catégories : 1) les pratiques cliniques individuelles, 2) les pratiques collectives et 3) les rôles des ergothérapeutes.

Dans leurs pratiques cliniques individuelles, les ergothérapeutes ont la possibilité d'encourager leurs clients à adopter des occupations durables (Aoyama, 2014) et de faciliter la réflexion des clients préoccupés par la crise climatique sur l'influence de leurs occupations sur l'environnement, leur santé et leur bien-être (Aoyama, 2014 ; Persson et Erlandsson, 2014). Selon l'intérêt des clients, ils ont aussi la capacité de les connecter à certains projets durables communautaires (Hocking et Kroksmark, 2013). Ainsi, ils peuvent collaborer avec différents partenaires du milieu de l'enseignement et de la recherche dans le but de développer un « enseignement en ergothérapie sur la durabilité écologique et l'ergothérapie éco-sociale » (Drolet et Turcotte, 2021). Aussi, ils

peuvent participer à un projet de création et d'entretien d'un jardin pour et avec les personnes vivant dans la pauvreté (Algado et Townsend, 2015). D'autre part, lors de la recommandation d'aides techniques, ils peuvent en choisir qui s'adaptent à l'évolution de la condition des clients, éviter de recommander des aides techniques nouvellement conçues lorsque celles-ci ne seront pas utilisées par les clients ou leur proposer d'opter pour l'achat de seconde main (Drolet, Thiébaud et Ung, 2019).

Quant aux pratiques collectives, les ergothérapeutes peuvent aussi avoir un objectif de durabilité dans leurs interventions. Par exemple, Dorsey et Miller (2013) suggèrent d'impliquer les ergothérapeutes au sein de projets permettant l'intégration sociale d'enfants (Dorsey et Miller, 2013), tout en les éduquant au sujet de l'impact des occupations sur l'environnement (Aoyama, 2014). Les enseignants en ergothérapie peuvent pour leur part collaborer à l'écriture d'une histoire illustrée pour les enfants qui traite de l'impact des occupations sur l'environnement et d'injustices qui en découlent (Aoyama, 2014). Il est également possible pour les ergothérapeutes d'intervenir dans des entreprises pour favoriser l'ergonomie dans un souci de durabilité, en prenant part à l'aménagement universel et durable des bâtiments (Dorsey et Miller, 2013). Enfin, une autre idée de contribution possible des ergothérapeutes est que ceux-ci peuvent aider à adapter les transports collectifs pour en favoriser l'utilisation (Dennis, Dorsey et Gitlow, 2015 ; Persson et Erlandsson, 2014).

Dans leur mise en œuvre de pratiques durables, les ergothérapeutes adoptent divers rôles professionnels. Wagman (2014) en identifie quatre, soit 1) adapter les occupations pour qu'elles soient plus durables, 2) coopérer avec divers organismes pour trouver des solutions favorisant la durabilité, 3) explorer les raisons pour lesquelles les personnes s'engagent dans des occupations et ainsi leur proposer des options durables et 4) prévenir les conséquences négatives des changements climatiques en éduquant les clients. Pour sa part, la FME (2018) invite les ergothérapeutes à s'éduquer sur le sujet pour qu'ils puissent transmettre ces connaissances dans le cadre de leurs activités professionnelles. Dans ce sens, elle invite les enseignants en ergothérapie à inclure des cours sur la durabilité pour sensibiliser les futurs ergothérapeutes sur le sujet. Finalement, Turcotte et Drolet (2020) invitent les ergothérapeutes à exercer leur rôle d'agent de changement et à « repenser les interactions entre les personnes, leurs occupations et les environnements » (p.169). Enfin, la FME (2018) invite les ergothérapeutes à faire davantage de recherches sur la durabilité, de façon à ce que la perspective occupationnelle puisse contribuer à la lutte contre les changements climatiques.

Tenant compte de cette recommandation et du nombre restreint d'études empiriques menées sur la durabilité en ergothérapie, la question à l'origine de ce projet de recherche était la suivante : quelles sont les pratiques professionnelles durables (micro, méso et macro) adoptées ou envisagées par des ergothérapeutes francophones du Québec ? Cet article présente une partie des résultats de l'étude menée par Valérie Lafond, sous la direction de Marie-Josée Drolet, dans le cadre de sa maîtrise en ergothérapie (Lafond, 2020).

MÉTHODES

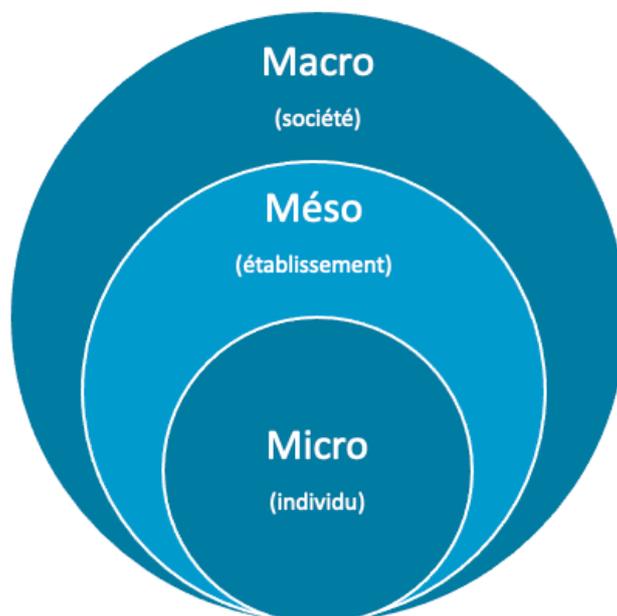
Pour effectuer l'étude, un devis de recherche inductif de nature descriptive a été utilisé et des données mixtes (quantitatives et qualitatives) ont été recueillies (DePoy et Gitlin, 2020). Tandis que les données quantitatives ont permis de déterminer l'occurrence de certaines pratiques durables, les données qualitatives ont permis de recueillir des témoignages relatifs à la signification de situations vécues en lien avec la durabilité par différents participants (Fortin et Gagnon, 2016).

La population cible correspondait aux ergothérapeutes francophones du Québec qui adoptaient ou envisageaient des pratiques durables dans le cadre de leur pratique professionnelle au moment de l'étude. Pour recruter les participants, deux méthodes d'échantillonnage de type non probabiliste ont été utilisées. D'abord, un échantillonnage accidentel a été effectué par l'entremise d'une annonce publiée dans le groupe Facebook « Ergothérapie Québec ». Puis, un échantillonnage par réseaux a été réalisé auprès des membres fondateurs de la Communauté ergothérapique engagée pour l'équité et l'environnement (C4E) et des professeurs et chargés de cours du Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Un nombre maximal de participants était souhaité.

Pour la collecte des données, les participants devaient répondre à un questionnaire en ligne qui prenait entre 30 et 90 minutes à remplir et qui avait été créé à l'aide de la Banque interactive des questions (BIQ) de l'UQTR. Le questionnaire comprenait trois parties distinctes : 1) des questions permettant aux participants potentiels de s'assurer qu'ils répondaient aux critères d'inclusion de l'étude, 2) des questions sociodémographiques et 3) des questions visant à documenter les pratiques durables adoptées ou envisagées par les participants-ergothérapeutes, lesquelles étaient présentées sous la forme de choix de réponses (données quantitatives) découlant d'une recension des écrits préalablement effectuée et de courts développements (données qualitatives).

Quant à l'analyse des données, les données quantitatives ont été analysées suivant des statistiques descriptives simples (p. ex. moyennes et pourcentages). Pour les données qualitatives, une analyse de contenu a été effectuée par deux coanalystes, soit les auteurs de l'article, en utilisant le cadre théorique minimaliste, soit le cadre éthique de Glaser (1994). Comme l'illustre la figure 1, ce cadre a été utilisé pour organiser les pratiques durables en fonction des domaines micro (relatif à l'individu), méso (relatif à l'établissement) et macro (relatif à la société). Ainsi, dans le cadre de cette étude, le domaine micro est relatif aux pratiques durables que les ergothérapeutes adoptent ou envisagent en intervention auprès des clients, le domaine méso correspond aux pratiques actuelles ou envisagées au sein de l'établissement et le domaine macro se rapporte aux pratiques durables actuelles ou envisagées qui ont une portée sociétale.

Figure 1 : les trois domaines de l'éthique selon Glaser (1994)



Finalement, un souci de l'éthique a guidé toutes les étapes de cette recherche, de sa conception à la diffusion des résultats, en passant par sa réalisation. Notamment, le consentement libre, éclairé et continu des participants a été obtenu et la confidentialité des participants a été assurée. Une certification éthique (CER-20-265-07.22) a ainsi été délivrée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR.

RÉSULTATS

Dans cette section, l'échantillon est d'abord décrit, suivi des pratiques durables (micro, méso et macro) actuelles et, pour terminer, des pratiques durables (micro, méso et macro) envisagées. Compte tenu de l'espace alloué, un nombre restreint de tableaux présentent les résultats.

Vingt-neuf ergothérapeutes ($n = 29$) de différentes régions du Québec ont pris part à l'étude (voir le tableau 1). La majorité ($n = 25$) des participants étaient des femmes, deux des hommes et deux participants n'ont pas précisé leur genre. Au moment de la collecte des données, l'âge moyen des participants se situait dans la catégorie 31-35 ans. Les participants avaient obtenu le diplôme menant à l'exercice de la profession de l'une des cinq universités québécoises offrant le programme d'ergothérapie. Ils avaient en moyenne 10 années d'expérience professionnelle et œuvraient en tant que cliniciens, enseignants ou chercheurs. Tandis que 51 % d'entre eux travaillaient dans une organisation publique, 31 % évoluaient dans une organisation privée. Tous travaillaient en zone urbaine, dans les 7 régions administratives les plus peuplées (sur 17).

Tableau 1 : caractéristiques des participants à l'étude

N°	Genre	Catégorie d'âge	Université d'obtention du diplôme	Années de pratique	Milieu de pratique	Zone de pratique	Région administrative
1	F	26-30	Montréal	5	Public et privé	Urbaine	Estrie
2	F	21-25	Québec à Trois-Rivières	0,5	Public	Urbaine	Mauricie
3	F	26-30	McGill	4	Public et communautaire	Urbaine	Montréal
4	H	41 et +	Montréal	23	Enseignement/recherche	Urbaine	Mauricie
5	F	41 et +	Laval	25	Public et enseignement/recherche	Urbaine	Mauricie
6	F	26-30	Laval	5	Public	Urbaine	Montréal
7	F	26-30	Montréal	3	Public	Urbaine	Montréal
8	F	26-30	Sherbrooke	6	Enseignement/recherche	N.D.	Mauricie
9	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	Enseignement/recherche	N.D.	N.D.
10	F	41 et +	Laval	30	Enseignement/recherche	Urbaine	Mauricie
11	F	36-40	Montréal	17	Privé et scolaire	Urbaine	Laval
12	F	21-25	Laval	0,5	Privé	Urbaine	Capitale-Nationale
13	F	26-30	Laval	1	Privé	Urbaine	Centre-du-Québec
14	F	36-40	Laval	20	Privé	Urbaine	Montréal
15	F	26-30	Sherbrooke	4	Privé	Rurale	Mauricie
16	F	21-25	Québec à Trois-Rivières	N.D.	Privé	Urbaine	Laurentides
17	F	26-30	Québec à Trois-Rivières	3	Public et scolaire	Urbaine	Montréal
18	F	31-35	Montréal	8	Scolaire et enseignement/recherche	Urbaine	Montréal
19	F	31-35	Laval	7	Public	Urbaine	Capitale-Nationale
20	F	21-25	Québec à Trois-Rivières	0,2	Public	Urbaine	Mauricie
21	H	31-35	Sherbrooke	8	Public	Urbaine	Montréal
22	F	31-35	Sherbrooke	7	Privé	Urbaine	Montérégie
23	F	26-30	Sherbrooke	6	Public	Urbaine	Montréal
24	F	26-30	Montréal	3	Public	Urbaine	Montréal
25	F	21-25	Québec à Trois-Rivières	1	Public	Urbaine	Mauricie
26	F	41 et +	Montréal	22	Public	Urbaine	Laurentides
27	F	41 et +	Montréal	38	Privé	Urbaine	Mauricie
28	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
29	F	41 et +	McGill	19	Public	Urbaine	Mauricie

En ce qui a trait aux résultats quantitatifs, 27 ergothérapeutes sur 29 sont en faveur de la mise en place de pratiques durables au sein de la profession, tandis que deux ergothérapeutes émettent des réserves sur ce sujet. Ces derniers estiment qu'il importe que les ergothérapeutes soient centrés sur les clients et qu'ils évitent d'imposer leurs valeurs personnelles à ceux-ci, par exemple en encourageant la clientèle à s'engager dans des occupations durables.

Quant à l'importance que les ergothérapeutes accordent au développement durable, 28 % des participants (n = 8) estiment que celui-ci est très important dans leur vie personnelle, comparativement à 7 % d'entre eux (n = 2) qui considèrent que celui-ci est très important dans leur vie professionnelle. D'autre part, 7 % des participants (n = 2) considèrent contribuer énormément au développement durable dans leur vie personnelle, tandis qu'aucun d'entre eux n'affirme y contribuer énormément dans sa vie professionnelle.

Les trois tableaux suivants présentent une synthèse des pratiques durables adoptées par les participants dans le cadre de leur pratique professionnelle, sur les plans micro (tableau 2), méso (tableau 3) et macro (tableau 4). Pour chacune d'elles, le nombre de participants (n) et la proportion d'entre eux en pourcentage (%) sont spécifiés.

Tableau 2 : nombre (n) et pourcentage (%) de participants réalisant des pratiques durables micro-environnementales

Pratiques durables adoptées	n (%)
Sensibiliser les clients ou les collègues à la pertinence de réduire sa consommation de viande pour sa santé et l'environnement	20 (69)
Favoriser les activités qui mettent en contact les clients avec l'environnement naturel comme le jardinage, les sports ou les jeux extérieurs, les promenades en nature, etc.	16 (55)
Éviter de fournir des aides techniques qui ne seront pas utilisées par les clients malgré les recommandations professionnelles	13 (45)
Utiliser les transports collectifs ou actifs pour se rendre au travail et retourner à son domicile	13 (45)
Rechercher avec les clients les moyens d'acquérir des aides techniques reconditionnées ou de seconde main	12 (41)
Réduire l'utilisation de l'eau dans le cadre de son travail	11 (38)
Recourir aux transports collectifs ou actifs lors des interventions en dehors du lieu de travail habituel (ex. : domicile d'un client)	9 (31)
Explorer avec les clients des manières de se déplacer en utilisant des transports collectifs ou actifs	7 (24)
Développer des moyens pour que les clients s'engagent dans des activités plus durables	6 (21)
Faire du covoiturage pour se rendre au travail et retourner à son domicile	5 (17)
Réfléchir avec les clients à la façon de réduire la consommation d'énergie de leur habitat, en même temps qu'en optimiser l'accessibilité	1 (3)

Tableau 3 : nombre (n) et pourcentage (%) de participants réalisant des pratiques durables méso-environnementales

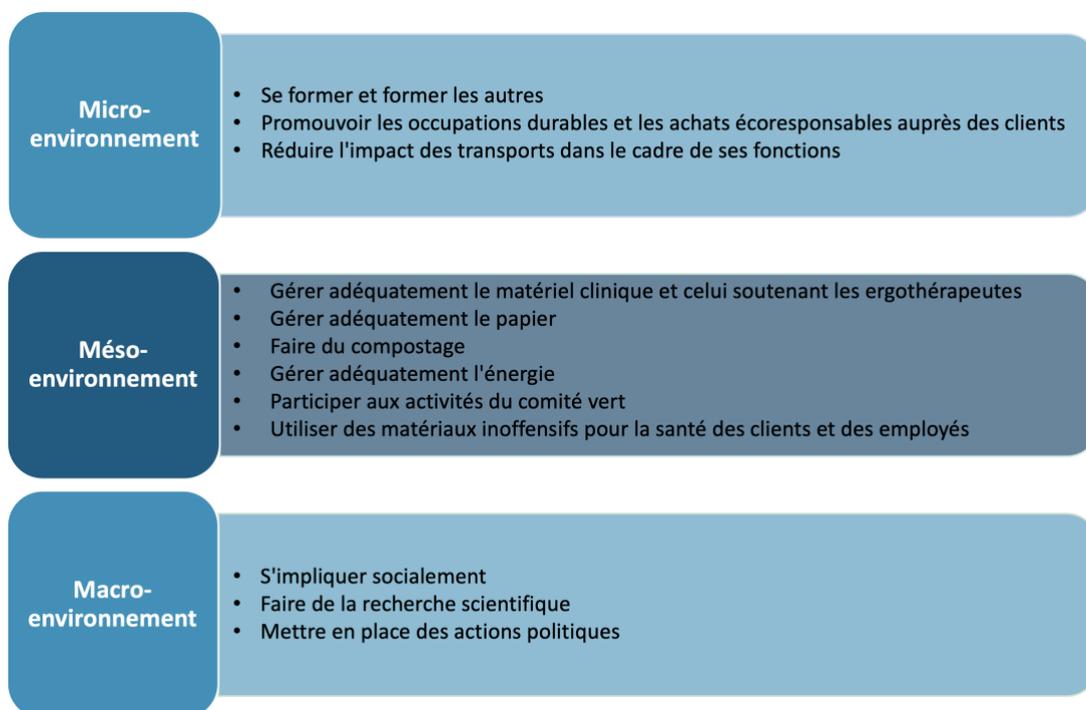
Pratiques durables adoptées	n (%)
Faire du recyclage dans son milieu de travail	27 (93)
Réduire la production de déchets dans son milieu de travail	23 (79)
Ne pas utiliser de fournitures à usage unique	17 (59)
Prolonger la durée de vie du matériel utilisé en ergothérapie	16 (55)
Explorer l'utilisation de la télé-ergothérapie en complément des interventions en présentiel	14 (48)
Favoriser l'utilisation de ressources locales	14 (48)
Prolonger la durée des ameublements de travail	13 (45)
Réduire la consommation d'énergie au sein de l'établissement	10 (34)
Trier les déchets dans le service d'ergothérapie et dans tout autre lieu professionnel	8 (28)
Faire du compostage dans son milieu de travail	7 (24)
Préférer des aides techniques et des outils adaptables et évolutifs en fonction des usages et des personnes	6 (21)
Faire de l' <i>advocacy</i> pour que les établissements adhèrent à une politique de développement durable et fassent des actions concrètes en ce sens	5 (17)
Récupérer des matériaux issus de la consommation interne de son milieu de travail	5 (17)
S'impliquer dans le comité vert de son milieu de travail	3 (10)
Utiliser des produits de nettoyage biodégradables pour nettoyer le matériel utilisé en ergothérapie	3 (10)
Soutenir une politique de développement durable dans l'établissement	3 (10)
Favoriser la collaboration avec des partenaires carboneutres	1 (3)
Contribuer à l'entretien d'un jardin communautaire dans son milieu	1 (3)
Éviter de fabriquer des aides techniques avec des colles toxiques pour la santé et l'environnement	1 (3)
Utiliser des ingrédients locaux, issus d'une agriculture respectueuse de l'environnement, lors des ateliers de cuisine	0 (0)
Fabriquer des orthèses dans des matériaux biodégradables	0 (0)

Tableau 4 : nombre (n) et pourcentage (%) de participants réalisant des pratiques durables macro-environnementales

Pratiques durables adoptées	n (%)
Soutenir les activités d'un organisme écologiste	7 (24)
Suivre des formations sur la durabilité en santé, voire en ergothérapie	7 (24)
S'impliquer dans un regroupement professionnel qui travaille à la durabilité en santé	6 (21)
Mettre en commun des ressources entre ergothérapeutes d'établissements différents	5 (17)
Faire de la recherche sur la durabilité en santé, voire en ergothérapie	3 (10)
S'impliquer dans le développement d'entreprises solidaires visant le réemploi, la réparation ou le recyclage des produits	3 (10)
Prendre position publiquement pour la durabilité en ergothérapie	2 (7)
Faire de l'activisme politique, voire de la désobéissance civile en lien avec la durabilité	1 (3)
Donner des formations sur la durabilité en santé, voire en ergothérapie	1 (3)

En plus d'avoir demandé aux participants d'indiquer s'ils adoptent ou non les pratiques durables listées dans les tableaux précédents, des questions qualitatives ont également permis de donner la parole aux ergothérapeutes ayant pris part à l'étude. La figure 2 présente une synthèse des pratiques professionnelles durables rapportées par les ergothérapeutes par l'entremise de ces questions.

Figure 2 : pratiques professionnelles durables (micro, méso et macro) selon les ergothérapeutes du Québec



Relativement au domaine micro-environnemental, trois catégories ont émergé de l'analyse des données qualitatives. Une première est « se former et former les autres ». Ainsi, la participante 23 indique avoir suivi la « *formation du MOOC sur le développement durable de l'université de Laval* ». Par ailleurs, la participante 14 rapporte que le mentorat est une pratique qu'elle met en œuvre, tandis que dans le même sens la participante 18 mentionne : « *En tant que tutrice d'APP [(apprentissages par problèmes)] à l'[université], lors de la généralisation, [j'aborde] les questions de développement durable avec les étudiants et l'apport de l'ergothérapie dans cette question.* » Ensuite, une deuxième catégorie est « promouvoir les occupations durables et les achats écoresponsables auprès des clients ». À ce chapitre, la participante 3 indique faire la promotion de l'achat de seconde main : « *[J'oriente] les clients dans leurs recherches sur [des sites Internet d'achat de seconde main] pour obtenir des items [...] qui conviennent à leurs besoins.* » Dans le même sens, la participante 22 met ses clients en contact avec la joujouthèque (ludothèque) de son quartier. Enfin, une troisième catégorie est de « réduire l'impact des transports dans le cadre de ses fonctions ». Sur ce sujet, la participante 7 indique qu'elle se déplace en vélo pour effectuer ses visites à domicile et pour se rendre au travail au cours des quatre saisons. D'autres stratégies sont relevées concernant les visites à domicile, soit de rencontrer les clients qui demeurent dans un même secteur durant la même journée (participante 12) et de favoriser les évaluations conjointes avec d'autres professionnels en utilisant un seul véhicule, réduisant ainsi les déplacements (participante 2). Finalement, la participante 10 rapporte avoir diminué sa participation à des congrès internationaux pour des raisons écologiques.

Quant aux pratiques durables méso-environnementales adoptées, six catégories ont émergé de l'analyse des données. Premièrement, en ce qui concerne la gestion du matériel clinique, le participant 21 indique qu'il fait des recommandations qui permettent d'utiliser du matériel déjà disponible dans son milieu de travail, évitant ainsi des achats. La participante 14 mentionne dans le même sens : « *Je [formule des] recommandations [permettant d'utiliser du] matériel et [des] objets que la famille possède déjà.* » Pour gérer le matériel qui soutient le travail des ergothérapeutes, le participant 21 relève qu'une pratique durable est : « *L'utilisation de modèles standards de chaises ergonomiques pan-CIUSSS [Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux] avec code de couleur selon [la] taille pour favoriser leur utilisation optimale et la réutilisation lorsque possible.* » Deuxièmement, pour gérer adéquatement le papier, la participante 6 rapporte qu'elle « *n'imprime aucun dossier personnel* » et qu'elle réfère les autres professionnels aux dossiers informatiques. Sur ce sujet, la participante 11 mentionne que sa « *papeterie [est constituée] de papier recyclé et [liée à une] gestion responsable des forêts* ». Troisièmement, au sujet du compostage, la participante 24 rapporte réutiliser les marcs de café dans le cadre d'un projet de jardin avec les clients. Quatrièmement, concernant la gestion adéquate de l'énergie, la participante 6, mentionne ceci : « *j'éteins constamment les lumières des autres dans les salles inutilisées* ». Cinquièmement, au sujet du comité vert de son milieu de travail, la participante 16 mentionne qu'elle prend part aux activités du « *comité vert [en contribuant], par exemple, [au] concours entre cliniques [visant à identifier] la clinique qui produit le moins de déchets* ». Finalement, abordant le sujet des matériaux inoffensifs pour la santé des clients et celle des employés, la

participante 11, qui est travailleuse autonome, mentionne qu'elle utilise des produits nettoyeurs non toxiques et qu'elle utilise de la peinture sans composés organiques volatils.

Relativement aux pratiques durables macro-environnementales auxquelles participent les ergothérapeutes interrogés, trois catégories ont émergé de l'analyse des données. D'abord, une catégorie de l'implication sociale : quelques participants ont mentionné faire partie de regroupements professionnels sur la durabilité, tels que le Réseau pour le développement durable en ergothérapie (R2DE) et la Communauté ergothérapeutique engagée pour l'équité et l'environnement (C4E). Dans un autre ordre d'idées, la participante 24 collabore avec « *un organisme de [développement] durable, [soit l'organisme Y'a quelqu'un l'aut' bord du mur], pour la coanimation du groupe jardin* ». Ensuite, abordant le sujet de la recherche scientifique, la participante 10 croit que « *la recherche peut être une solution dans cette lutte* ». Elle ajoute : « *Nous [chercheurs de la C4E] avons pris des positions publiques via nos écrits [tels que] articles scientifiques, de vulgarisation, éditoriaux, etc.* ». Enfin, touchant à la catégorie de l'action politique, la participante 22 estime que de travailler dans « *une entreprise d'économie sociale* » ayant pour but de favoriser l'engagement dans des loisirs respectueux de l'environnement et de soutenir le développement sain des enfants, est une pratique durable.

Par ailleurs, les ergothérapeutes ont cité des pratiques qu'ils ne mettaient pas en œuvre à l'heure actuelle, mais qu'ils aimeraient mettre en place éventuellement. Dans le domaine micro-environnemental, la participante 23 mentionne qu'il serait pertinent de « *créer un document [à remettre] aux familles [sur la] réutilisation de matériel pour concevoir des jeux à faire avec leurs enfants* ». Sur un plan méso-environnemental, la participante 11 considère qu'il serait intéressant de créer un système de prêts pour les batteries d'évaluation entre les divers milieux de pratique en pédiatrie. D'ailleurs, dans le même sens, faire de « *l'advocacy, lors de la révision de politiques [...] sur le prêt d'équipements* » est une pratique durable suggérée par la participante 2. Dans un autre ordre d'idées, plusieurs solutions simples mais efficaces ont été proposées telles que : a) privilégier l'utilisation de désinfectants biodégradables (participante 1), b) éteindre les éclairages lorsque non requis, c) réduire le chauffage lorsque les pièces ne sont pas utilisées (participante 24) et d) coller des affiches de rappel près des imprimantes pour encourager ses collègues à réduire leur utilisation du papier (participante 20). Pour sa part, la participante 2 estime qu'avoir accès à une voiture électrique fournie par l'établissement, pour l'équipe du soutien à domicile, irait dans le sens du développement durable. Et trois autres participantes (10, 16 et 25) ont affirmé qu'il serait pertinent d'inclure un cours sur les pratiques durables en ergothérapie dans le cursus universitaire. Concernant le domaine macro-environnemental, une des pratiques durables envisagées est de collaborer avec des chercheurs d'autres disciplines pour pouvoir prendre en compte les différents aspects d'une transition écologique juste. Ainsi, selon la participante 10, « *des réflexions sociales seraient nécessaires pour penser la décroissance, en outre par la réduction des heures de travail et donc de la consommation* ». De son côté, la participante 2 avance qu'il serait intéressant de réfléchir de manière critique sur les pratiques ergothérapeutiques non durables, ce qui permettrait de créer un guide de pratiques durables en ergothérapie.

Ainsi, il serait possible d'offrir des formations gratuites sur la durabilité à la communauté ergothérapique (participante 16). Finalement, la participante 14 propose de faire de l'activisme politique dans le but de faire avancer la durabilité au sein de la profession, voire de la société.

DISCUSSION

La question à l'origine de cette étude était la suivante : quelles sont les pratiques professionnelles durables adoptées ou envisagées par des ergothérapeutes francophones du Québec ? L'objectif principal était de décrire ces pratiques. Cet objectif a été atteint, en ceci que plusieurs pratiques professionnelles durables (micro, méso et macro) adoptées ou envisagées par 29 ergothérapeutes francophones du Québec ont été recensées et décrites.

Globalement, les résultats de la présente étude rejoignent ceux documentés dans les écrits recensés sur le sujet, tout en apportant cependant des données empiriques qui attestent du fait que plusieurs pratiques professionnelles durables sont de nos jours adoptées en ergothérapie au Québec. De plus, plusieurs pratiques adoptées et envisagées par les ergothérapeutes ayant pris part à cette étude s'ajoutent aux nombreuses proposées dans les écrits. Cela dit, examinons les similitudes et les différences qui se présentent entre les pratiques professionnelles durables identifiées dans cette étude et celles documentées dans les écrits.

Pour ce qui est des similitudes, relativement au domaine micro-environnemental, les ergothérapeutes qui ont participé à l'étude jugent qu'il est important de promouvoir les pratiques durables auprès des clients par l'enseignement sur les occupations durables et les impacts des occupations sur les changements climatiques, et ce, en accord avec ce que proposent Aoyama (2014), Bressler (2012), Drolet, Thiébaud et Ung (2019), la FME (2018), Wagman (2014) et Whittaker (2012). Concernant le domaine méso-environnemental, les participants suggèrent de privilégier l'utilisation de stratégies électroniques pour l'organisation de leur travail et des périodes de télétravail afin de permettre une gestion adéquate du papier, stratégies également évoquées par Dennis et ses collaborateurs (2015), qui proposent par exemple d'utiliser un agenda électronique. Quant au domaine macro-environnemental, les participants considèrent que davantage de recherches scientifiques devraient s'intéresser à la durabilité en ergothérapie, comme l'estiment aussi Algado (2012), Do Rozario (1997), Drolet *et al.* (2020), FME (2018), Frank (2014), Guajardo, Kronenberg et Ramugondo (2015), Hudson et Aoyama (2008), Ikiugu *et al.* (2015), Pereira (2009), Precin *et al.* (2018), Taff, Bakhshi et Babulal (2014), Thiébaud *et al.* (2020) et Whittaker (2012).

Quant aux différences que présentent les résultats de la présente étude et ceux des écrits recensés, l'une concerne le fait que les écrits rapportent davantage de pratiques professionnelles durables des domaines micro et macro-environnementaux,

alors que notre étude relève davantage de pratiques professionnelles méso-environnementales. Cela peut s'expliquer par le fait que les pratiques rapportées dans les textes d'opinion, les prises de position et les réflexions concernent davantage des pratiques professionnelles durables envisagées qu'adoptées. Ainsi, il se peut que, dans les faits, davantage de pratiques professionnelles durables concernent le domaine méso-environnemental. Cette différence peut aussi être expliquée par le fait qu'un plus grand nombre de pratiques durables du domaine méso étaient suggérées dans la section des questions à choix de réponses (voir les tableaux 2, 3 et 4). Bien que le compostage ne soit pas une pratique courante dans les établissements de santé du Québec, plusieurs participants ont indiqué faire du compostage dans leur milieu de pratique, alors que cette pratique professionnelle durable n'était rapportée dans aucun écrit. Cette différence tient peut-être à ce que les écrits sur la durabilité seraient le fait d'auteurs vivant dans des régions du monde où le compostage n'est pas une pratique courante. Finalement, une autre différence constatée concerne le fait que les participants à l'étude n'ont pas rapporté avoir participé à des manifestations pacifiques afin de prendre position socialement sur les enjeux écologiques, alors que c'est une piste d'action possible évoquée dans certains écrits. Il est possible d'expliquer cette différence par la mise en place, dans le cadre de la pandémie de COVID-19, de mesures sanitaires telles que le confinement, rendant ainsi impossibles de telles manifestations pacifiques.

Bien que les auteurs qui écrivent sur le sujet mentionnent l'importance pour l'ergothérapeute de prendre part à la lutte contre les changements climatiques, peu d'entre eux abordent les questions éthiques soulevées par cet engagement occupationnel au sein de la profession (Drolet *et al.*, 2020). Or des participants à la présente étude émettent des réserves importantes concernant le fait d'imposer la durabilité dans le cadre de la relation thérapeutique. En effet, doit-on opter pour l'approche centrée sur le client et, ce faisant, soutenir la participation à toute occupation, que celle-ci soit durable ou non, ou au contraire, doit-on plutôt soutenir seulement la participation aux occupations durables ? Peut-on et doit-on imposer nos valeurs écologiques aux clients dans le cadre de la relation thérapeutique ? Dans le contexte où tous les êtres humains ont des droits occupationnels, ceux d'aujourd'hui comme ceux de demain, comment l'ergothérapeute peut-il favoriser le respect des droits occupationnels des générations futures d'êtres humains et en même temps prôner et appliquer une approche centrée sur le client ? Ce dilemme éthique est inhérent à la réflexion sur la durabilité en ergothérapie.

Enfin, cette recherche comporte des forces et des limites. D'abord, la plus grande force de cette étude est le fait qu'elle soit, à notre connaissance, la seule étude québécoise, voire canadienne qui décrit des pratiques professionnelles durables adoptées ou envisagées par des ergothérapeutes, s'ajoutant du même coup au petit nombre d'études empiriques menées à ce jour sur ce sujet. Ensuite, cette étude est pertinente vu le contexte d'urgence climatique (Ripple *et al.*, 2020), en ceci qu'elle propose des pistes de solution pour plus de durabilité en ergothérapie. Toutefois, une limite consiste dans le nombre peu élevé de participants pour ce qui est des données quantitatives. Par contre, ce nombre est plutôt élevé en ce qui a trait aux données qualitatives. Le contexte de la pandémie explique possiblement cette limite. De plus, un

biais de sélection est possible dans cette étude en raison du fait que les ergothérapeutes qui y ont pris part présentaient, pour plusieurs d'entre eux, un intérêt pour la durabilité en ergothérapie. Finalement, bien que l'analyse des résultats ait été contre-validée par un participant à l'étude, il aurait été intéressant de solliciter d'autres participants pour assurer la crédibilité des résultats.

CONCLUSION

Cette étude a permis de décrire les pratiques professionnelles (micro, méso et macro) durables adoptées ou envisagées par des ergothérapeutes francophones du Québec. Elle fait partie des rares études empiriques sur la durabilité en ergothérapie. D'autres recherches seraient pertinentes afin de faire avancer la réflexion des ergothérapeutes sur le sujet de la lutte contre les changements climatiques. Notamment, comme il en a été question plus tôt, des enjeux éthiques émergent lorsque l'on tente d'adopter des pratiques durables au sein de la profession, lesquels auraient avantage à être documentés. De plus, des recherches permettant de questionner les gestionnaires de certains milieux de pratique, voire même le ministère de la Santé, sur les raisons pour lesquelles la durabilité n'est pas davantage mise en avant dans le système de santé québécois seraient intéressantes. Par ailleurs, des recherches auprès d'autres professionnels de la santé pourraient être pertinentes afin de documenter leurs pratiques professionnelles durables et, par le fait même, de pouvoir éventuellement transférer certaines d'entre elles à l'ergothérapie. En contribuant à l'édification des connaissances sur le sujet de la durabilité en ergothérapie et en appliquant les pratiques professionnelles durables, les ergothérapeutes prennent part à la lutte contre les changements climatiques. D'ailleurs, selon les travaux d'Erica Chenoweth (2013), il faut seulement 3,5 % de la population qui participent activement et de manière soutenue à des campagnes non violentes pour provoquer des changements sociaux de nature systémique. Cette donnée témoigne de l'importance de chacun dans la lutte contre les changements climatiques.

REMERCIEMENTS

Les auteures du présent article remercient chaleureusement les participants qui ont pris part à l'étude, sans lesquels l'identification de pratiques professionnelles durables nombreuses et variées n'aurait pas été possible. Les auteures remercient également les réviseurs et éditeurs qui ont permis de bonifier l'article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence européenne pour l'environnement. (2016). *Key findings – Climate change, impacts and vulnerability in Europe 2016*. <https://www.eea.europa.eu/publications/climate-change-impacts-and-vulnerability-2016/key-findings>
- Algado, S. S. (2012). Terapia ocupacional eco-social: hacia una ecología ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 20(1), 7-16. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.001>
- Algado, S. S., et Townsend, E. A. (2015). Eco-social occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 182-186. <https://doi.org/10.1177/0308022614561239>
- Aoyama, M. (2014). Occupational therapy and environmental sustainability. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(6), 458-461. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12136>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. CAOT Publications ACE.
- Association suédoise des ergothérapeutes. (2018). *Développement durable : l'ergothérapie peut contribuer au changement [Sustainable development: Occupational therapy can contribute and make a difference]*. <https://networks.sustainablehealthcare.org.uk/sites/default/files/media/Sustainable%20development-webb.pdf>
- Lafond, V. (2020). *Les pratiques durables d'ergothérapeutes du Québec* [essai de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognito. <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9469/1/eprint9469.pdf>
- Bressler, S. (2012). L'ergothérapie et le développement durable – une perspective suédoise. *Actualités ergothérapeutiques*, 15(2), 1-30.
- Charpentier, J. (2020). *Les rôles des ergothérapeutes dans la lutte contre les changements climatiques : évaluation des retombées d'une formation* [essai de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognito. <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9444/1/eprint9444.pdf>
- Chenoweth, E. (2013, 21 septembre). *The success of nonviolent civil resistance: Erica Chenoweth at TEDxBoulder* [Vidéo en ligne]. https://www.youtube.com/watch?time_continue=289&v=YJSehRIU34w&feature=emb_title
- Commission du *Lancet* sur la santé et les changements climatiques. (2015). Santé et changements climatiques : réponses politiques pour protéger la santé publique [Health and climate change: Policy responses to protect public health]. *The Lancet*, 386(10006), 1861-1914.
- Commission européenne. (s.d). *Les effets du changement climatique*. https://ec.europa.eu/clima/change/consequences_fr
- Dennis, W. C., Dorsey, J., et Gitlow, L. (2015). A call for sustainable practice in occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(3), 160-168. <https://doi.org/10.1177/0008417414566925>
- DePoy, E., et Gitlin, L. N. (2020). *Introduction to research: Understanding and applying multiple strategies* [6^e éd.]. Elsevier.
- Do Rozario, L. (1997) Shifting paradigms: The transpersonal dimensions of ecology and occupation. *Journal of Occupational Science*, 4(3), 112-118. <https://doi.org/10.1080/14427591.1997.9686427>
- Dorsey, J., et Miller, L. (2013). Occupational therapy's role in the sustainability movement. *OT Practice*, 18(15), 9-14.
- Drolet, M.-J., Thiébaud, S., et Ung, Y. (2019, novembre). Prendre au sérieux les changements climatiques pour la justice occupationnelle intergénérationnelle. *Actualités ergothérapeutiques*, 21(6), 21-22.
- Drolet, M.-J., Désormeaux-Moreau, M., Soubeyran, M., et Thiébaud, S. (2020). Intergenerational occupational justice: Ethically reflecting on climate crisis. *Journal of Occupational Science*, 27(3), 1-12. <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1776148>
- Drolet, M.-J., et Turcotte, P.-L. (2021). Crise climatique et ergothérapie : pourquoi être écoresponsable et comment y parvenir ? *Recueil annuel belge francophone d'ergothérapie*, 13, 3-12.
- Fédération mondiale des ergothérapeutes. (2012). *Déclaration de position. Développement durable – Pratique visant la durabilité en ergothérapie*. <https://www.wfot.org/resources/environmental-sustainability-sustainable-practice-within-occupational-therapy>

- Fédération mondiale des ergothérapeutes. (2018). *La durabilité compte : Principes directeurs pour la durabilité dans la pratique, l'éducation et la recherche en ergothérapie* [Sustainability matters: guiding principles for sustainability in occupational therapy practice, education and scholarship]. <https://www.wfot.org/resources/wfot-sustainability-guiding-principles>
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière Éducation.
- Frank, G. (2014). Occupation for population health: An appreciation. *Journal of Occupational Science*, 21(1), 77-80. <https://doi.org/10.1080/14427591.2014.891432>
- Glaser, W. J. (1994). *Three realms of ethics*. Sheed & Ward.
- Groupe intergouvernemental d'experts sur l'évolution du climat. (2014). *Climate Change 2014 : Synthesis Report*. https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/02/SYR_AR5_FINAL_full.pdf
- Guajardo, A., Kronenberg, F., et Ramugondo, L. E. (2015). Southern occupational therapies: Emerging identities, epistemologies and practices. *South African Journal of Occupational Therapy*, 45(1), 3-10. <http://dx.doi.org/10.17159/2310-3833/2015/v45no1a2>
- Hocking, C., et Kroksmark, U. (2013). Sustainable occupational responses to climate change through lifestyle choices. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(2), 111-117. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.725183>
- Hudson, M. J., et Aoyama, M. (2008). Occupational therapy and the current ecological crisis. *The British Journal of Occupational Therapy*, 71(12), 545-548. <https://doi.org/10.1177/030802260807101210>
- Ikiugu, N. M., Westerfield, A. M., Lien, M. J., Theisen, R. E., Cerny, L. S. et Nissen, M. R. (2015). Empowering people to change occupational behaviours to address critical global issues. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(3), 194-204. <https://doi.org/10.1177/0008417414567529>
- Institut national de santé publique du Québec. (s.d.). *La situation au Québec. Le climat du Québec a changé au cours du XX^e siècle*. <http://www.monclimatmasante.qc.ca/public/situation-au-quebec.aspx>
- Lieb, L. C. (2020). Occupation and environmental sustainability: A scoping review. *Journal of Occupational Science*, 1-24. <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1830840>
- Organisation mondiale de la santé. (2012, octobre). *10 faits sur la santé et le changement climatique*. https://www.who.int/features/factfiles/climate_change/fr/
- Organisation mondiale de la santé. (2015). *Appel de l'OMS en faveur d'une intervention d'urgence pour protéger la santé face au changement climatique*. <https://www.who.int/globalchange/global-campaign/cop21/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2016). *Qui est menacé par les changements climatiques ?* https://www.who.int/globalchange/climate/changements-climatiques-infographie2_2016.pdf?ua=1
- Organisation des Nations unies. (s.d.). *Les changements climatiques*. <https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/climate-change/index.html>
- Organisation des Nations unies. (1987). *Report of the World Commission on Environment and Development: Our common future*. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/5987our-common-future.pdf>
- Pereira, B. R. (2009). The climate change debate: Ageing and the impacts on participating in meaningful occupations. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(5), 365-366. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2009.00792.x>
- Persson, D., et Erlandsson, L.-K. (2014). Ecopation: Connecting sustainability, glocalisation and well-being. *Journal of Occupational Science*, 21(1), 12-24. <https://doi.org/10.1080/14427591.2013.867561>
- Precin, P., Koenig, E. V., Chiariello, E., Masotti, K. G., Diamond, N. B., Lashinsky, B. D., et Tierno, O. (2018). SPOTS: A model for the creation of sustainable, population-based, occupational therapy fieldwork sites. *Occupational Therapy in Health Care*, 32(1), 44-58. <https://doi.org/10.1080/07380577.2017.1402228>
- Réseau pour le développement durable en ergothérapie. (2018). *Le développement durable en ergothérapie*. https://7ae1e2a1-4fac-4415-b643ada6fdd55d02.filesusr.com/ugd/b0c9db_296376dd679d44109f295763d96194e6.pdf

- Ripple, W. J., Wolf, C., Newsome, T. M., Barnard, P., et Moomaw, W. R. (2020). World scientists' warning of a climate emergency. *BioScience*, 70(1), 8-12. <https://doi.org/10.1093/biosci/biz088>
- Taff, D. S., Bakhshi, P., et Babulal, M. G. (2014). The Accountability-Well-Being-Ethics framework: A new philosophical foundation for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(5), 320-329. <https://doi.org/10.1177/0008417414546742>
- Thiébaud Samson, S., Drolet, M.-J., Tremblay, L., et Ung, Y. (2020). Proposition d'un paradigme occupationnel écosystémique pour une pratique durable de la profession. *Recueil annuel belge francophone d'ergothérapie*, 12, 3-9.
- Turcotte, P.-L., et Drolet, M.-J. (2020). Les ergothérapeutes doivent déclarer l'urgence climatique. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 2(4), 169-172. <https://doi.org/10.1177/0008417420919557>
- Wagman, P. (2014). How to contribute occupationally to ecological sustainability: A literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(3), 161-165. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.877068>
- Whittaker, B. (2012). Sustainable global wellbeing: A proposed expansion of the occupational therapy paradigm. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(9), 436-439. <https://doi.org/10.4276/030802212X13470263980919>



PORTRAIT DES PRATIQUES ÉVALUATIVES DES ERGOTHÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION POST-AVC

Déborah Apollon-Roy¹, Carole Miéville², Lise Poissant³

¹ Ergothérapeute, MSc, Centre d'hébergement Armand-Lavergne, programmes de réadaptation fonctionnelle intensive et de soins post-aigus, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Canada

² Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR), CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Canada

³ Ergothérapeute, PhD, chercheuse, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Canada

Adresse de contact : lise.poissant@umontreal.ca

Reçu le 15.12.2020 – Accepté le 01.11.2021

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.v7n2.194

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



RÉSUMÉ

Introduction. L'AVC affecte les activités, la participation sociale et le bien-être des personnes touchées. Malgré les bienfaits connus de la réadaptation et la documentation de meilleures pratiques, aucune application systématique de celles-ci n'est observée au Canada. De plus, aucune étude ne fait état des services de réadaptation offerts au Québec. Ainsi, cette étude visait à décrire l'utilisation d'outils d'évaluation par les ergothérapeutes en réadaptation post-AVC au Québec et à caractériser l'écart entre cette utilisation et les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*.

Méthodologie. Les données étaient issues de l'audit de 735 dossiers de patients ayant subi un AVC et recevant des services d'établissements de réadaptation interne (RI) et externe (RE) au Québec. La fréquence des problèmes cliniques définis selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) ainsi que celle des processus et des outils d'évaluation utilisés par les ergothérapeutes ont été calculées. Des tests du khi-carré ont été effectués pour comparer les résultats de la RI à ceux de la RE.

Résultats. Parmi 46 outils utilisés par les ergothérapeutes, 22 correspondaient aux meilleures pratiques. Les ergothérapeutes évaluent les fonctions motrices, cognitives, perceptuelles et visuelles, la conduite automobile, les activités quotidiennes et domestiques. Les ergothérapeutes travaillant en RI utilisent plus d'outils que les ergothérapeutes en RE.

Conclusion. Bien que des écarts existent entre la pratique en réadaptation et les pratiques recommandées, les problèmes des patients sont bien évalués. D'autres études sont nécessaires pour documenter les facteurs justifiant ces écarts.

MOTS-CLÉS

Outils d'évaluation, AVC, Réadaptation, Meilleures pratiques

EVALUATIVE PROCESSES OF OCCUPATIONAL THERAPISTS IN STROKE REHABILITATION FACILITIES

ABSTRACT

Introduction. Stroke impacts the well-being, the activities and the social participation of stroke survivors. Despite the known benefits of rehabilitation and well documented stroke best practices, systematic application of these remains low. In fact, little is known on the type of rehabilitation services that are offered in Quebec. Thereby, the objective of this study was to describe the utilization of evaluation tools by occupational therapists (OTs) working in a rehabilitation facility in Quebec and to characterize the gaps between the utilization of tools and the *Canadian Stroke Best Practices*.

Methods. This is a secondary analysis of the data obtained from a provincial audit of 735 charts of stroke patients who received rehabilitation services on a in- or out-patient facility. The frequency of clinical problems as defined by the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), evaluation processes and evaluation tools used by OTs were estimated. Chi-square tests were calculated to compare inpatient and out-patient results.

Results. A total of 46 tools were used by OTs while only 22 of those met the best practices. The most frequently ICF domains evaluated by OTs were associated to the motor, cognitive, and visuo-perceptual functions as well as driving, daily and instrumental activities. Overall, OTs working in inpatient facilities used more tools than those working in outpatient facilities.

Conclusion. Despite gaps between OTs practice and best practices, clinical problems of patients are evaluated. Future studies are necessary to understand the factors justifying those gaps.

KEYWORDS

Evaluation tools, Stroke, Rehabilitation, Best practices

INTRODUCTION

L'accident vasculaire cérébral (AVC) représente la principale cause d'incapacités chez les adultes et la troisième cause de décès au Canada, et on estime qu'environ 62 000 personnes sont touchées annuellement par un AVC au Canada, dont environ 20 000 personnes au Québec (Hebert *et al.*, 2016). Les conséquences de l'AVC sont nombreuses, affectant la participation, les activités quotidiennes, le bien-être physique et psychologique ainsi que la qualité de vie des personnes et celle de leurs proches (Dawson *et al.*, 2013 ; Teasell et Hussein, 2016a). La réadaptation joue un rôle clé dans la récupération neurologique et fonctionnelle des personnes touchées en les exposant à un environnement stimulant et complexe, à des tâches et à des activités significatives, et ce, dans un contexte d'interdisciplinarité (Murphy et Corbett, 2009 ; Teasell *et al.*, 2006 ; Teasell et Hussein, 2016b). L'ergothérapeute tient une place importante dans le processus de réadaptation, notamment au niveau de la performance dans les activités quotidiennes et de la participation à celles-ci, ainsi qu'aux rôles sociaux, et pour optimiser les capacités résiduelles (Legg *et al.*, 2007 ; Legg *et al.*, 2017 ; Steultjens *et al.*, 2003).

La grande diversité de conséquences suivant un AVC impose une démarche d'évaluation exhaustive qui permettra d'identifier, avec le client, ses besoins et ses objectifs et qui guidera l'élaboration d'un plan de traitement personnalisé visant à optimiser le fonctionnement physique, cognitif, communicatif, émotionnel ou social (Association canadienne des ergothérapeutes, s. d. ; Dawson *et al.*, 2013). L'évaluation est donc une étape cruciale de la prise en charge ergothérapeutique (Tessier, 2012). Par conséquent, l'Institut national de santé et de services sociaux (INESSS) et les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC ont mis en avant la pertinence de définir et d'utiliser un ensemble d'outils d'évaluation commun afin d'uniformiser les pratiques entre les différents établissements (Tessier, 2012). Ces deux instances recommandent que les cliniciens utilisent des outils standardisés et valides pour évaluer les conséquences associées à l'AVC (Hebert *et al.*, 2016). De tels outils permettent d'obtenir des données objectives, d'identifier et de quantifier les déficits, la sévérité de l'AVC, le niveau d'activité et de fonctionnement des clients tout au long de la prise en charge (Anemaet, 2002). Leur sélection doit tenir compte de leurs qualités psychométriques et de considérations pratiques telles que la validité et la fidélité (Tessier, 2012).

Malgré la diffusion de ces guides et de leurs recommandations, une variabilité persiste dans la prestation des services de santé au Canada et il n'existe aucune application systématique des meilleures pratiques, ce qui pourrait compromettre la qualité des services (Côté et Tessier, 2011 ; Lindsay *et al.*, 2008). À notre connaissance, aucune étude au Québec ne s'est penchée sur les pratiques évaluatives réalisées par les ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle AVC pour les comparer avec les pratiques recommandées par les *Recommandations canadiennes* et par l'INESSS. Ainsi, l'objectif principal de cette étude est de décrire les outils d'évaluation utilisés en réadaptation auprès des clients ayant subi un AVC et de caractériser l'écart entre cette utilisation et les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2012). Un premier objectif secondaire est de com-

parer les pratiques évaluatives en réadaptation interne avec celles en réadaptation externe. Un second objectif secondaire est de décrire les outils d'évaluation spécifiquement utilisés par les ergothérapeutes.

MÉTHODES

Type d'étude et contexte

La présente étude quantitative est une analyse secondaire de dossiers médicaux de clients ayant eu un AVC, audités dans le cadre du projet « Vers un continuum de services pour l'AVC : évaluation des structures, processus et indicateurs de rendement des services de réadaptation » (Poissant *et al.*, 2011). Au total, un échantillon provincial aléatoire de 1862 dossiers médicaux a été audité entre 2014 et 2017. Pour ce faire, ce projet ciblait les établissements de soins de courte durée et les centres de réadaptation de la province de Québec qui avaient reçu des clients ayant comme diagnostic principal un AVC survenu entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mars 2013. Les informations recueillies concernaient le profil sociodémographique et clinique des clients, leur histoire médicale, ainsi que les évaluations et les interventions réalisées par les professionnels. Les données recueillies dans cette étude ont été saisies électroniquement dans la base de données RedCap par des auditeurs formés et les variables étaient organisées selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

La nomenclature de la CIF a été employée dans la présente étude, afin d'assurer la cohérence avec la terminologie utilisée dans la base de données de l'étude de Poissant et collègues et celle des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*. Cette nomenclature a été employée pour classer les outils d'évaluation de la base de données et ceux des recommandations selon ce qu'ils évaluent, c'est-à-dire en termes de fonctions organiques, d'activités et de participation ou de facteurs environnementaux. Le projet primaire avait été soumis au comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain et avait été considéré comme une évaluation de programme (services de réadaptation). Les autorisations d'accès aux dossiers (p. ex. : professionnels impliqués, interventions effectuées, méthodes utilisées) ont toutes été obtenues par les personnes légitimées par la réglementation en vigueur au Québec.

Population et critères d'inclusion et d'exclusion

Parmi l'ensemble des dossiers médicaux audités et disponibles dans la base de données, tous les dossiers de clients adultes ayant subi un AVC et ayant eu un suivi en réadaptation interne (RI) ou en réadaptation externe (RE) au Québec ont été inclus et tous les dossiers de clients pris en charge en soins aigus ont été exclus. Au total, les dossiers médicaux de 735 clients uniques ont été étudiés.

Collecte des données

Les données concernant les facteurs personnels des clients (les caractéristiques sociodémographiques, telles que le sexe, l'âge, le lieu de résidence avant l'AVC, l'organisation du ménage) et l'histoire médicale (type d'AVC, hémisphère lésé, antécédent(s) d'AVC ou d'accident ischémique transitoire [AIT]) ont été colligées. Les données sur les problématiques relatives aux fonctions, à l'activité, à la participation et aux facteurs environnementaux, sur leur évaluation, sur les outils utilisés pour évaluer ces différentes composantes ainsi que sur la nature de la prise en charge (RI ou RE) ont également été colligées. À noter que le terme « évaluation » a été utilisé pour simplifier la collecte de données, mais que ce terme inclut l'appréciation, le dépistage et l'évaluation.

Analyses des données

Les données ont été exportées du logiciel de saisie de données RedCap vers le logiciel IBM SPSS Statistics 24©. Une analyse de fréquence a été effectuée auprès de l'ensemble des clients en réadaptation pour en dresser un portrait général des problèmes et des évaluations. La fréquence des clients, en pourcentage (%), ayant un problème concernant une fonction, une activité/participation et un facteur environnemental a été calculée en RI et en RE pour déterminer leur prévalence. Ensuite, la fréquence (%) des clients ayant été évalués pour chaque fonction, activité/participation et facteur environnemental et la fréquence de ceux l'ayant été par des outils d'évaluation ont été calculées en RI et en RE pour déterminer la fréquence d'évaluation et d'utilisation de ces outils. Un seuil d'utilisation minimal de 5 % a été déterminé pour écarter les outils très peu utilisés en réadaptation. Des tests du khi-carré ont été effectués pour comparer les fréquences obtenues en RI et en RE pour l'évaluation des fonctions, des activités/de la participation et des facteurs environnementaux ainsi que de l'utilisation des outils d'évaluation. La fréquence (%) de l'utilisation des différents outils par des ergothérapeutes a été calculée en RI et en RE.

RÉSULTATS

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques et l'histoire médicale de l'échantillon de la présente étude. Celui-ci est majoritairement composé d'hommes (RI : 51 %, RE : 59 %), l'âge moyen y est de 67 ans et les deux tiers des personnes qui le composent vivent dans un appartement ou une maison avec une ou plusieurs autres personnes. Sur le plan médical, la plupart avait subi un AVC ischémique (RI : 66 %, RE : 49,4 %), du côté gauche (46,7 %), et peu (< 20 %) avaient des antécédents d'AVC ou d'AIT.

Parmi les 22 composantes de la CIF relevées dans la base de données, seules les fonctions cognitives et motrices ainsi que les activités de mobilité et de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD) ont été évaluées chez plus de 50 % de l'ensemble des clients. Plusieurs composantes, telles que les grands domaines de la vie, les relations

et interactions avec autrui, les activités récréatives et les loisirs, les facteurs environnementaux physiques et sociaux, ainsi que les fonctions sensorielles, vestibulaires, reproductives, urinaires, de défécation et de l'ingestion, ont été évaluées chez moins de 50 % des clients et aucun outil d'évaluation de ces composantes n'a été identifié dans les dossiers. Les composantes de la communication et des fonctions de la voix et de la parole ont été évaluées chez plus de 18 % des clients, mais ne l'ont pas été par les ergothérapeutes. Au total, 46 outils d'évaluation ont été répertoriés dans les dossiers, ils ont été utilisés à plus de 5 % et 22 d'entre eux (48 %) correspondent aux recommandations canadiennes. Parmi ces 46 outils, 12 étaient significativement plus utilisés en RI ($p < 0,05$) alors que 7 outils, évaluant majoritairement des activités, étaient significativement plus utilisés en RE ($p < 0,05$).

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population

Caractéristiques sociodémographiques	RI (n total = 494)	RE (n total = 241)
Sexe (%)	<i>n</i> = 488	<i>n</i> = 241
Homme	51,0	59,3
Femme	49,0	40,7
Âge	<i>n</i> = 483	<i>n</i> = 236
Moyenne (écart-type)	69,6 (14,0)	62,0 (15,2)
Lieu de résidence (%)	<i>n</i> = 487	<i>n</i> = 240
Maison unifamiliale, semi-détachée, maison de ville, appartement/condominium	82,7	74,6
Ressource intermédiaire, centre d'hébergement et de soins de longue durée, résidence privée pour personnes âgées	10,9	4,2
Autre	6,4	21,2
Organisation du ménage (%)	<i>n</i> = 461	<i>n</i> = 188
Vit seul	34	29,8
Vit avec une/plusieurs personnes	63	72,2
Non mentionné	3	0,5
Histoire médicale		
Type d'AVC (%)	<i>n</i> = 486	<i>n</i> = 239
Hémorragique	17,5	21,7
Ischémique	66	49,4
Non mentionné	16,3	28,9
Côté de l'AVC (%)	<i>n</i> = 494	<i>n</i> = 241
Gauche	46,8	46,5
Droit	39,9	36,1
Bilatéral	2	2,9
Non précisé	11,3	14,5
Antécédents (%)	<i>n</i> = 494	<i>n</i> = 241
AVC ou AIT	19,6	12,9

**Tableau 2 : outils d'évaluation mentionnés dans la base de données et outils d'évaluation suggérés en réadaptation selon les
Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC**

Composantes de la CIF et outils d'évaluation associés					
FONCTIONS ORGANIQUES			ACTIVITÉ ET PARTICIPATION		
Motrices			Mobilité		
Action Research Arm Test (ARAT)**	Assessment Battery (COTNAB) [†] Disabilities of Arm, Shoulder and Hand (DASH)	Rivermead Motor Assessment (RMA) **	Balance Master	Predict-FIRST**	Timed Up and Go (TUG) [†] (50,5 %)**
Bilan musculaire [†]	Dynamomètre Jamar [†] (62,1 %)	Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) **	Berg Balance Scale (BBS) [†] (85,9 %)**	Rivermead Mobility Index (RMI) **	Vitesse de marche naturelle/confortable sur 10 mètres [†] (50,9 %)
Box and blocks (BBT) ^{†**}	Fugl-Meyer Assessment of Sensory-Motor Recovery after Stroke (FMA) **	Test doigt-nez [†] (58 %)	Clinical Outcome Variables (COVS) **	Stroke Assessment of Fall Risk (SAFR) **	Vitesse de marche rapide sur 10 mètres [†]
Chedoke Arm and Hand Activity Inventory (CAHAI) ^{†**}	Modified Ashworth Scale (MAS) ^{†**}	Test talon-genou [†]	Functional Ambulation Categories (FAC) **	Step Test [†]	Function in Sitting Test (FIST) **
Chedoke-McMaster Stroke Assessment Scale (CMSA) [†] (64 %)**	Nine Hole Peg Test (9HPT) ^{†**}	Wilson Assessment of Hemiparetic Upper Extremity**	Modified Motor Assessment Scale (M-MAS) **	STRATIFY**	
Chessington Occupational Therapy Neurological		Wolf Motor Function Test (WMFT) **		2 Minute Walk Test (2MWT) [†]	
				6 Minute Walk Test (6MWT) ^{†**}	
Cognitives			Conduite automobile		
Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) [†]	Protocole d'examen cognitif de la personne âgée (PECPA-2r) [†]	Test de l'horloge ^{†**}	Color Trails Test**	Elemental Driving Simulator (EDS)	Useful Field of View Test (UFOV) [†] (32,2 %)**
MMSE [†] (27,6 %)**	Rivermead Behavioral Memory Test (RBMT) [†]	Trail Making Test (TMT) [†] (19,5 %)**	DriveABLE**	Fitness-to-Drive Screening Measure**	
MoCA [†] (53 %)**		Wisconsin Card Sorting Test (WCST)	Dynavision [†] (9,4 %)**		

Abréviations :

* Recommandations selon les mises à jour de 2012

** : outils recommandés

[†] : outils utilisés à 5 % et plus

NB : Dans le cas où un outil serait recommandé pour l'évaluation de plusieurs composantes, celui-ci a été classé dans la composante pour laquelle il a été utilisé dans la base de données. Le pourcentage correspond à l'utilisation de l'outil en réadaptation, et il est donné pour les trois outils les plus utilisés relativement aux composantes présentées

Tableau 2 (suite) : outils d'évaluation mentionnés dans la base de données et outils d'évaluation suggérés en réadaptation selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*

Composantes de la CIF et outils d'évaluation associés					
FONCTIONS ORGANIQUES			ACTIVITÉ ET PARTICIPATION		
Perceptuelles			Activités de la vie quotidienne et de la vie domestique		
Alberts Test**	Florida Apraxia Screening Tool (FAST-R) **	Ontario Society of Occupational Therapy (OSOT) Perceptual Evaluation Rivermead Perceptual Assessment Battery (RPAB) **	Alpha-MIF**	Mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) [†] (35,9 %)**	EuroQuol-5D (EQ-5D)
Apraxia Screen of TULIA (AST) **	Line Bisection Test**	Single Letter Cancellation Test (SLCT) [†]	Assessment of Life Habits Scale (LIFE-H) **	Modifies Rankin Scale (MRS) **	Mesure des habitudes de vie (MHAVIE)
Behavioral Inattention Test (BIT) **	Motor-Free Visual Perception Test (MVPT) [†] (51 %)**	Test des cloches [†] (68,1 %)	Frenchay Activities Index (FAI) **	Orpington Pronostic Scale**	Profil des AVQ [†] (21,2 %)
Comb and Razor Test**			Indice de Barthel**	Reintegration to Normal Living Index (RNLI) **	The Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) **
Florida Apraxia Battery—Extended and Revised Sydney (FABERS) **			Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) **	Stroke Impact Scale**	Système de mesure d'autonomie fonctionnelle (SMAF) [†] (12,9 %)
				Échelle de Rankin	
Visuelles			Relations et interactions avec autrui		
Échelle de Snellen [†] (34,6 %)	Snellen eye chart BIVABA (Brain injury visual assessment battery for adults) **				
Émotionnelles			Grands domaines de la vie		
Aphasia Depression Scale (ADRS) **	Échelle de dépression d'Hamilton**	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) **			
Beck Depression Inventory (BDI) **	General Health Questionnaire (GHQ) **	Patient Health Questionnaire (PHQ-9) [†] (19,9 %)**			
Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) **	Geriatric Depression Scale (GDS) [†] (5,4 %)**	Stroke Aphasic Depression Scale (SADQ)**			

Abréviations :

* Recommandations selon les mises à jour de 2012

** : outils recommandés

† : outils utilisés à 5 % et plus

NB : Dans le cas où un outil serait recommandé pour l'évaluation de plusieurs composantes, celui-ci a été classé dans la composante pour laquelle il a été utilisé dans la base de données. Le pourcentage correspond à l'utilisation de l'outil en réadaptation, et il est donné pour les trois outils les plus utilisés relativement aux composantes présentées

**Tableau 2 (suite) : outils d'évaluation mentionnés dans la base de données et outils d'évaluation suggérés en réadaptation selon les
Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC**

Composantes de la CIF et outils d'évaluation associés					
FONCTIONS ORGANIQUES			ACTIVITÉ ET PARTICIPATION		
Ingestion			Communication		
« Any Two »**	Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) **	Outil canadien de dépistage nutritionnel (OCDN) **	Acute Aphasia Screening Protocol (AASP) **	Frenchay Aphasia Screening Test (FAST) **	Test of Adolescent/Adult Word Finding (TAWF)
Acute Stroke Dysphagia Screen**	MetroHealth Dysphagia Screen	Standardized Swallowing Assessment	American Speech-Language-Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-FACS) **	Mississippi Aphasia Screening Test (MAST) **	Token Test†
Emergency Physician Dysphagia Screen**	Mini Nutritional Assessment**	Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) **	Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)† (41,9 %)	Porch Index of Communicative Abilities (PICA) **	Ullevall Aphasia Screening Test (UAS) **
Gugging Swallowing Screen (GUSS) **	Modified Mann Assessment of Swallowing Ability (MMASA) **		Boston Naming Test†	Protocole Montréal d'évaluation de la communication (MEC)† (33,2 %)	Western Aphasia Battery (WAB)†**
Logemann et al., 1999			Communication Effectiveness Index (CETI) **	Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT-86)† (47,8 %)	Reitan-Indiana Aphasia ** Screening Examination (ASE) Screeling**
			DO-80†		
Voix et parole			FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX		
Frenchay Dysarthria Assessment (FDA-2) **	Robertson Dysarthria Profile† (32,8 %)		Physiques -----		Sociaux -----
Douleur					
Échelle visuelle analogue (EVA)† (11,9 %) **	Pain Quality Assessment Scale (PQAS)	Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) **			
McGill Pain Questionnaire**	**	Wong-Baker FACES Pain Rating Scale			

Abréviations :

* Recommandations selon les mises à jour de 2012

** : outils recommandés

† : outils utilisés à 5 % et plus

NB : Dans le cas où un outil serait recommandé pour l'évaluation de plusieurs composantes, celui-ci a été classé dans la composante pour laquelle il a été utilisé dans la base de données. Le pourcentage correspond à l'utilisation de l'outil en réadaptation, et il est donné pour les trois outils les plus utilisés relativement aux composantes présentées

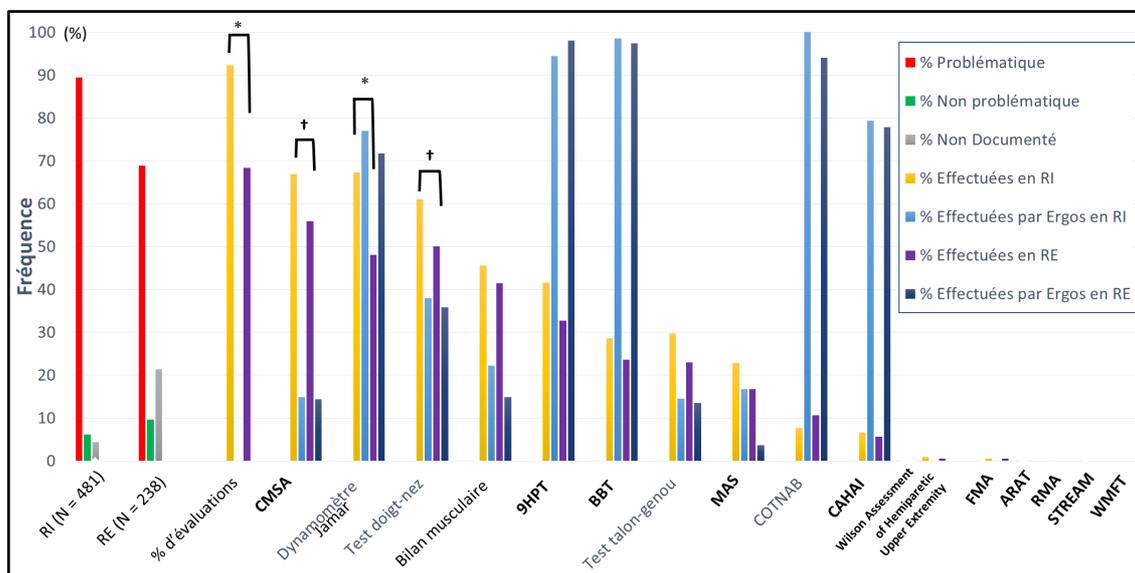
Le tableau 2 répertorie les outils d'évaluation présents dans la base de données et les outils d'évaluation suggérés en réadaptation selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (2012).

Les résultats qui suivent présentent les pratiques évaluatives en RI et en RE pour différentes composantes de la CIF évaluées à plus de 50 %, les outils d'évaluation utilisés et leur mise en comparaison avec les recommandations canadiennes, ainsi que l'utilisation de ces outils par les ergothérapeutes.

Fonctions motrices

La figure 1 illustre qu'une évaluation des fonctions motrices (p. ex. : hémiparésie, spasticité) a été faite chez 84,4 % des clients (RI : 92,3 % ; RE : 68,4 % ; $p < 0,0001$) ; des problèmes dans les fonctions motrices ont été trouvés chez 82,6 %, et 7,4 % des cas ont été identifiés comme non problématiques (NP). Le CMSA, le 9HPT, le BBT, le MAS et le CAHAI ont été les outils les plus utilisés, parmi les 11 outils recommandés (Fig. 1). Le CMSA, le test doigt-nez et le dynamomètre Jamar étaient significativement plus utilisés en RI qu'en RE ($p < 0,05$). Le CMSA était utilisé par seulement 15 % des ergothérapeutes, tandis que le 9HPT, le BBT et le CAHAI étaient majoritairement utilisés par eux ($> 80 %$). Le dynamomètre Jamar (RI : 67,3 % ; RE : 48,1 %) et le COTNAB, deux outils ne faisant pas partie des recommandations, demeurent fortement utilisés par les ergothérapeutes ($> 75 %$).

Figure 1 : évaluation des fonctions motrices en RI et en RE

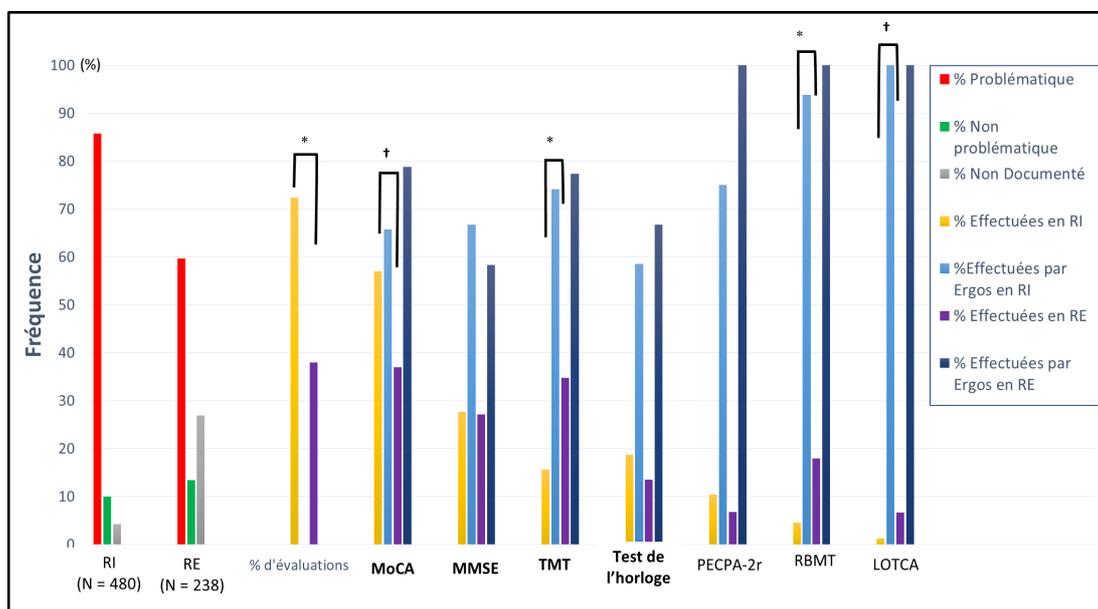


Abréviations : RI : Réadaptation interne ; RE : Réadaptation externe ; * : $p < 0,0001$; † : $p < 0,05$; Gras : outils recommandés ; CMSA : Chedoke McMaster Stroke Assessment Scale ; 9HPT : Nine Hole Peg Test ; BBT : Box and Blocks Test ; MAS : Modified Ashworth Scale ; COTNAD : Chessington Occupational Therapy Neurological Assessment Battery ; CAHAI : Chedoke Arm and Hand Activity Inventory ; FMA : Fugl-Meyer Assessment of Motor Recovery after Stroke ; ARAT : Action Research Arm Test ; RMA : Rivermead Motor Assessment ; STREAM : Stroker Rehabilitation Assessment of Movement ; WMFT : Wolf Motor Function Test

Fonctions cognitives

Les fonctions cognitives (Fig. 2), comme la mémoire et l'attention, étaient problématiques chez 77,2 % de l'ensemble des clients (NP : 11,1 %), évaluées chez 61 % d'entre eux et significativement plus en RI (RI : 72,4 % ; RE : 38 % ; $p < 0,0001$). Les outils, les plus souvent répertoriés aux dossiers et recommandés, étaient le MoCA, le MMSE, le TMT et le test de l'horloge (Fig. 2). Le MoCA était significativement plus utilisé en RI (RI : 57 % ; RE : 37 % ; $p = 0,003$) et le TMT, en RE (RI : 15,6 % ; RE : 34,8 % ; $p < 0,0001$). Le RBMT et le LOTCA, deux outils ne faisant pas partie des recommandations, étaient significativement plus utilisés en RE qu'en RI (Fig. 2). Tous ces outils étaient utilisés par des ergothérapeutes dans plus de 60 % des cas.

Figure 2 : évaluation des fonctions cognitives en RI et en RE



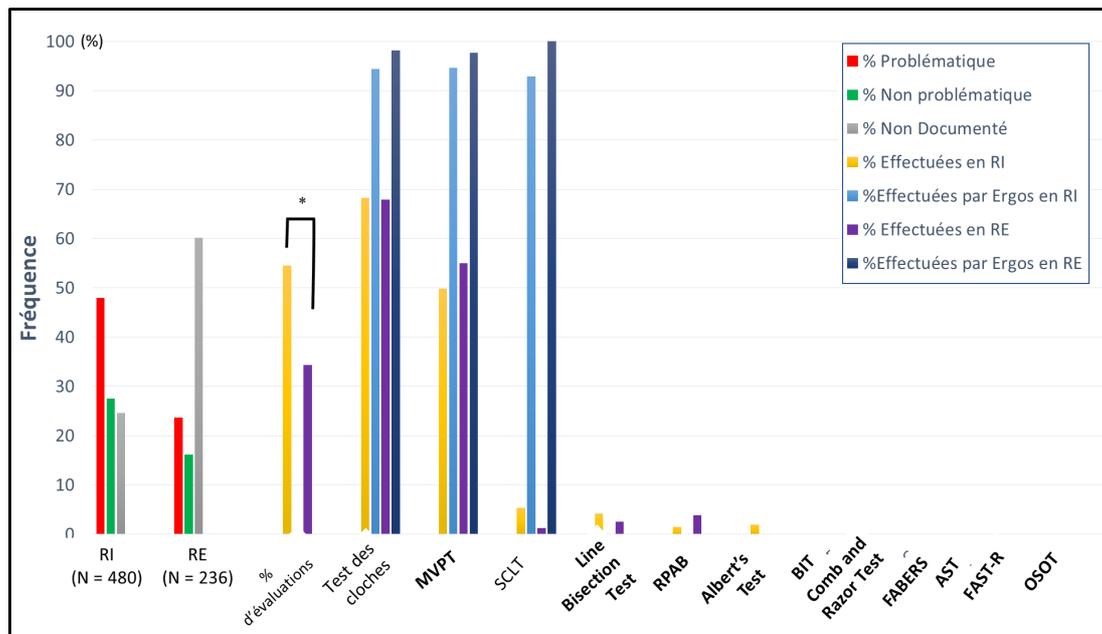
Abréviations : RI : Réadaptation interne ; RE : Réadaptation externe ; * : $p < 0,0001$; † : $p < 0,05$; Gras : outils recommandés ; MoCA : Montreal Cognitive Assessment ; MMSE : Mini-Mental State Examination ; TMT : Trail Making Test ; PECPA-2r : Protocole d'examen cognitif de la personne âgée ; RBMT : Rivermead Behavioural Memory Test ; LOTCA : Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment

Fonctions perceptuelles et visuelles

L'héminégligence, l'agnosie visuelle ou l'anosognosie étaient présentes chez 39,9 % de tous les clients (NP : 23,7 %) (Fig. 3). Légèrement moins de la moitié des clients ont été évalués, mais ils l'ont été significativement plus en RI (RI : 54,5 % ; RE : 34,5 % ; $p < 0,0001$). Aucune différence significative entre la RI et la RE n'a été observée concernant l'utilisation des outils d'évaluation. Le test des cloches et le MVPT, qui est un des outils recommandés, étaient les deux tests les plus fréquemment utilisés, et ce, presque exclusivement par des ergothérapeutes, qui les utilisaient dans plus de 95 % des cas (Fig. 3). De nombreux tests recommandés n'étaient pas utilisés en réadaptation ou leur utilisation était marginale (Fig. 3).

Parmi tous les clients, 26,3 % présentait des problèmes visuels (p. ex. : hémianopsie, diplopie, nystagmus) (NP : 32,4 %). Les fonctions visuelles étaient évaluées chez 19 % des clients, l'étaient significativement plus en RI (RI : 21,1 % ; RE : 14,7 % ; $p = 0,04$), avec l'échelle de Snellen, un outil recommandé (RI : 42,6 % ; RE : 11,4 % ; $p = 0,001$), et fréquemment par des ergothérapeutes (91,5 % des cas).

Figure 3 : évaluation des fonctions perceptuelles en RI et en RE

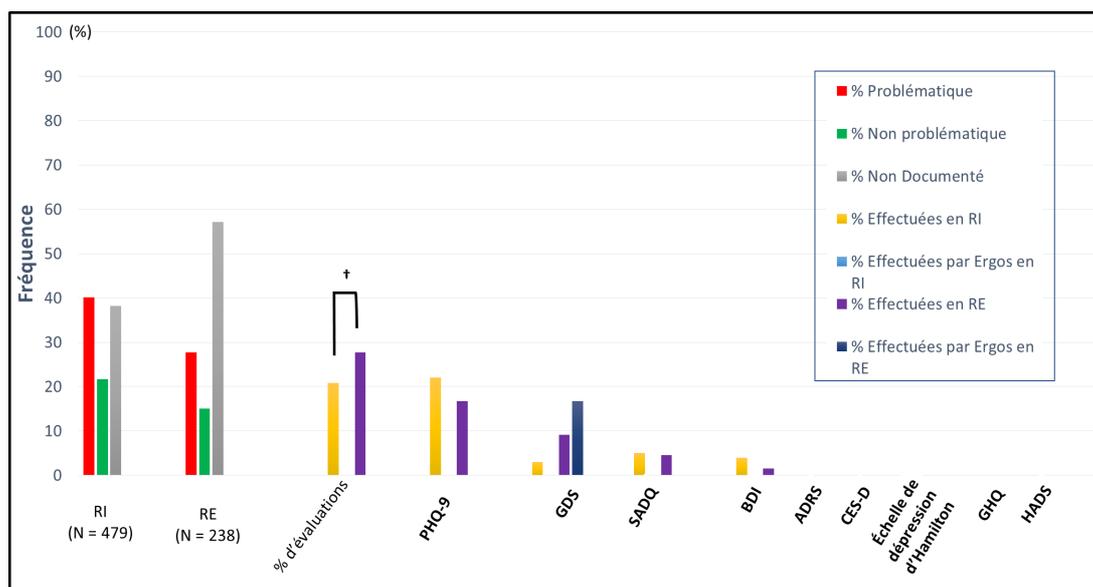


Abréviations : RI : Réadaptation interne ; RE : Réadaptation externe ; * : $p < 0,0001$; Gras : outils recommandés ; MVPT : Motor-Free Visual Perception Test ; SCLT : Single Letter Cancellation Test ; RPAB : Rivermead Perceptual Assessment Battery ; BIT : Behavioral Inattention Test ; FABERS: Florida Apraxia Battery– Extended and Revised Sydney ; AST: Apraxia Screen of TULIA ; FAST-R: Florida Apraxia Screening ; OSOT: Ontario Society of Occupational Therapy

Fonctions émotionnelles

Des problèmes de dépression, d'anxiété ou d'apathie étaient présents dans 36 % (NP : 19,5 %) de tous les dossiers et évalués dans 23,2 % des cas (Fig. 4). Ces fonctions émotionnelles étaient significativement plus évaluées en RE (RI : 20,9 % ; RE : 27,7 % ; $p = 0,04$) (Fig. 4). Les outils recommandés et les plus souvent utilisés étaient le PHQ-9 et le GDS (Fig. 4). Seul le GDS était utilisé par des ergothérapeutes, dans 11,1 % des cas (Fig. 4).

Figure 4 : évaluation des fonctions émotionnelles en RI et en RE



Abréviations : RI : Réadaptation interne ; RE : Réadaptation externe ; [†] : $p < 0,05$; Gras : outils recommandés ; PHQ-9 : Patient Health Questionnaire ; GDS : Geriatric Depression Scale ; SADQ : Stroke Aphasic Depression Questionnaire ; BDI : Beck Depression Inventory ; ADRS : Aphasia Depression Rating Scale ; CES-D : Center for Epidemiological Studies Depression Scale ; GHQ : General Health Questionnaire ; HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

Douleur

Parmi tous les clients, la présence de douleur, par exemple à l'épaule, était fréquente chez 42,7 % (NP : 31,6 %) et évaluée chez 23,3 % d'entre eux. Aucune différence n'a été observée entre les évaluations en RI et celles en RE. Parmi les quatre outils recommandés, seule l'échelle visuelle analogue (RI : 15,9 % ; RE : 4,8 %) était utilisée par des ergothérapeutes (16,7 %) ; le Pain Quality Assessment Scale, le McGill Pain Questionnaire et le Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), trois outils recommandés, n'ont été relevés dans aucun dossier médical.

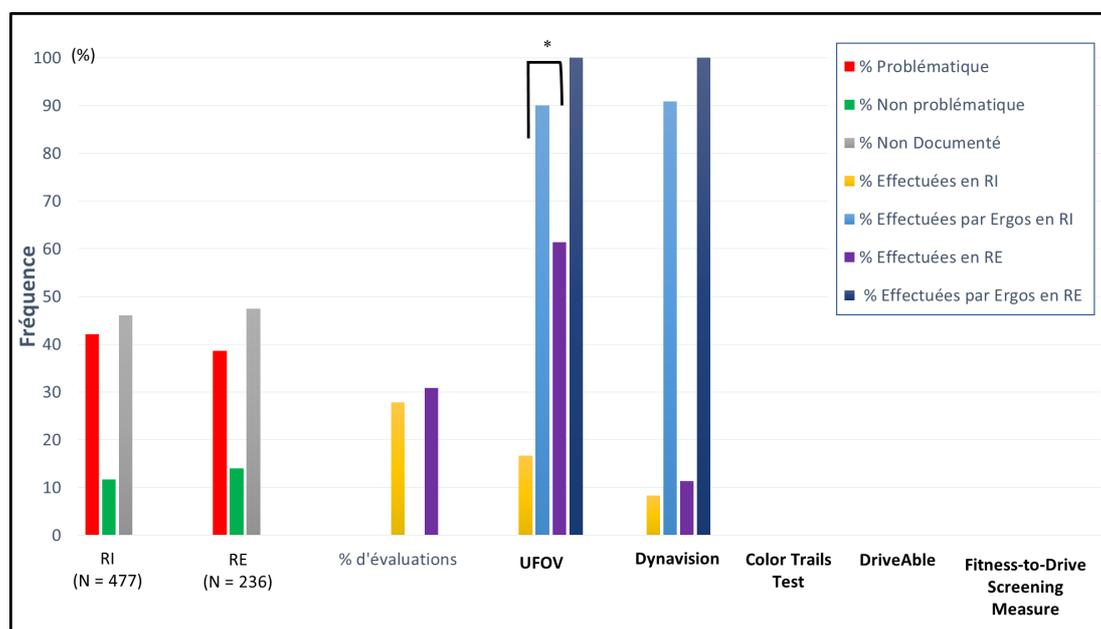
Mobilité

Les problématiques de mobilité, telles que l'équilibre ou les transferts, étaient présentes chez 81 % de l'ensemble des clients (NP : 11,9 %) et évaluées chez 87 % d'entre eux, significativement plus en RI (RI : 95,8 % ; RE : 69,1 % ; $p < 0,0001$). Les trois outils les plus utilisés étaient le Berg Balance Scale (BBS), la vitesse de marche naturelle/confortable sur 10 mètres et le Timed Up and Go (TUG). Seuls le BBS et le TUG font l'objet de recommandations. Le BBS était significativement plus utilisé en RI (RI : 89,5 % ; RE : 75,9 % ; $p < 0,0001$), tandis que la vitesse de marche naturelle/confortable sur 10 mètres l'était plus en RE (RI : 48,4 % ; RE : 58 % ; $p < 0,0001$). Ces outils étaient très peu utilisés par les ergothérapeutes (moins de 3 % des cas), mais plutôt par les physiothérapeutes.

Conduite automobile

Les aptitudes à conduire étaient problématiques dans 41 % de tous les dossiers (NP : 12,5 %) et évaluées dans 28,9 % des cas (Fig. 5). Parmi les cinq outils recommandés, seulement deux d'entre eux ont été utilisés par les ergothérapeutes (Fig. 5). L'UFOV et le Dynavision étaient les plus utilisés et l'UFOV l'était significativement plus en RE (RI : 16,7 % ; RE : 61,4 % ; $p < 0,0001$) (Fig. 5). Dans plus de 95 % des cas, ils étaient utilisés par des ergothérapeutes. Un dépistage avait été effectué chez 24,8 % des clients et, pour 77,6 % d'entre eux, un avis (M-28 ou déclaration d'inaptitude) avait été envoyé à la Société de l'assurance automobile du Québec.

Figure 5 : évaluation de l'activité de conduite automobile en RI et en RE.

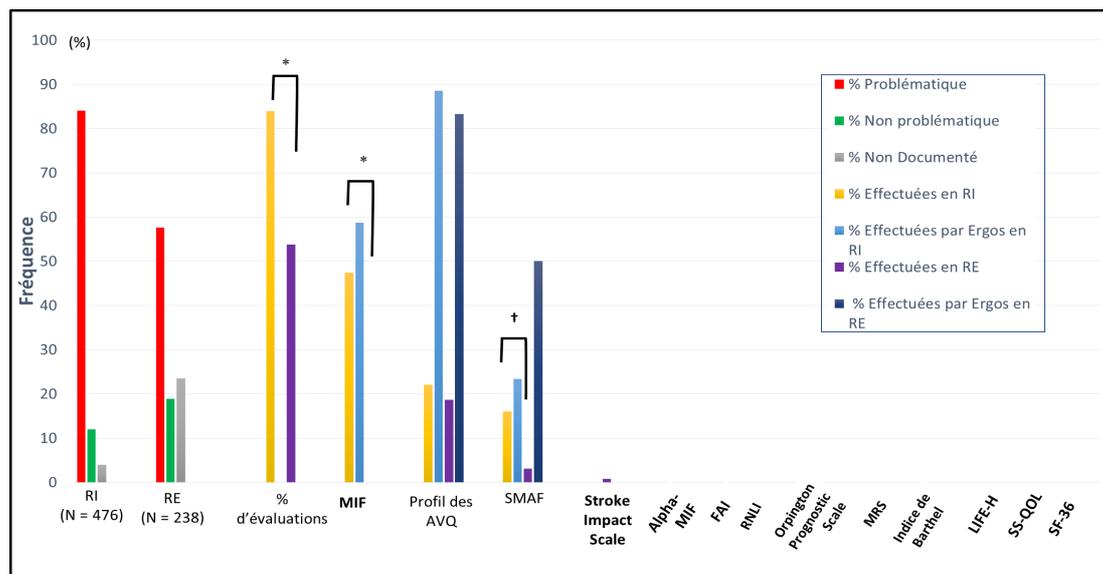


Abréviations : RI : Réadaptation interne ; RE : Réadaptation externe ; * : $p < 0,0001$; Gras : Outils recommandés ; UFOV : Useful Field of View Test

Activités de la vie quotidienne et de la vie domestique

Les activités comme l'habillage, l'hygiène, la préparation de repas, etc., étaient problématiques chez 75,2 % de tous les clients (NP : 14,3 %) et étaient évaluées chez 73,8 % d'entre eux, significativement plus en RI (RI : 83,9 % ; RE : 53,8 % ; $p < 0,0001$) (Fig. 6). La MIF (RI : 47,4 % ; RE : 0 %) et le SMAF (RI : 16 % ; RE : 3,1 %) étaient significativement plus utilisés en RI ($p < 0,05$) (Fig. 6). La MIF fait partie des *Recommandations canadiennes*, alors que le SMAF est recommandé au Québec. Au total, 10 outils recommandés ne sont pas utilisés (Fig. 6). Les ergothérapeutes ont utilisé principalement la MIF (58,7 % des cas), le profil des AVQ (75,9 %) et le SMAF (25 %). Des observations et des mises en situation de plusieurs AVQ/AVD (p. ex. : l'hygiène [45,5 %], l'habillage [44,9 %], la préparation de repas [38,4 %]) étaient également effectuées par des ergothérapeutes, dans au moins 95 % des cas.

Figure 6 : évaluation des activités de la vie quotidienne et de la vie domestique



Abréviations : RI : Réadaptation interne ; RE : Réadaptation externe ; * : $p < 0,0001$; † : $p < 0,05$; Gras : Outils recommandés ; MIF : Mesure d'indépendance fonctionnelle ; SMAF : Système de mesure d'autonomie fonctionnelle ; FAI : Frenchay Activities Index ; RNLI : Reintegration to Normal Living Index ; MRS : Modified Rankin Scale ; LIFE-H : Assessment of Life Habits Scale ; SS-QOL : The Stroke Specific Quality of Life Scale ; SF-36 : Medical Outcomes Study Short Form

DISCUSSION

Les objectifs de cette étude étaient de dresser un portrait des outils utilisés auprès d'une clientèle AVC en réadaptation et de caractériser l'écart entre ces pratiques évaluatives et les recommandations canadiennes. Par la suite, il s'agissait de décrire l'utilisation en fonction du stade de réadaptation (interne et externe) et d'autre part, l'utilisation par les ergothérapeutes.

Notre étude révèle que les clients admis en RI ou en RE sont en général bien évalués par les ergothérapeutes, et ce, par une large gamme d'outils ($n = 46$). Toutefois, plus de la moitié de ces outils (52 %) ne sont pas proposés dans les *Recommandations canadiennes* et certaines composantes sont moins bien évaluées. Ainsi, la conduite automobile, les fonctions cognitives et les fonctions émotionnelles, telles que la dépression, ne semblent pas être évaluées de façon systématique ou avec des outils spécifiques, malgré l'identification d'un problème et son inscription au dossier. Ces écarts avec les recommandations sont préoccupants, sachant que les deux tiers des clients reprennent la conduite automobile (Finestone *et al.*, 2009 ; Gauthier, 2008 ; Hebert *et al.*, 2016 ; Korner-Bitensky *et al.*, 2006) et que la présence de dépression affecte l'efficacité de la réadaptation (Eskes *et al.*, 2015 ; Herrmann *et al.*, 2011). Les fonctions cognitives, bien que souvent affectées à la suite d'un AVC, étaient moins évaluées en RE, un résultat comparable à celui obtenu par Korner-Bitensky *et al.* (2011) dans une étude pancanadienne. Le dépistage systématique des fonctions cognitives, perceptuelles ou émotionnelles, telles que l'héminégligence ou la dépression, qui sont des problèmes fortement prévalents, fait l'objet de recommandations claires et possède divers outils d'évaluation

(Herrmann *et al.*, 2011). En 2007, une étude menée par Menon-Nair et collègues démontre que l'héminégligence était peu évaluée avec des outils d'évaluation standardisés, recommandés et spécifiques (Menon-Nair, Korner-Bitensky et Ogourtsova, 2007).

Par contre, les milieux de réadaptation sur lesquels portait l'audit provincial avaient tous des équipes interdisciplinaires. Il est donc possible que les fonctions émotionnelles et cognitives aient été évaluées par des professionnels de la santé autres que les ergothérapeutes (Swartz *et al.*, 2016). De plus, selon le contexte, l'ergothérapeute pourrait privilégier l'usage de mises en situation ou d'outils concernant les habiletés fonctionnelles selon son jugement professionnel et son champ d'expertise plutôt qu'un test portant, par exemple, sur les fonctions cognitives (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2013).

Notre étude révèle que les ergothérapeutes évaluent davantage les composantes physiques, comme les fonctions motrices et les AVQ/AVD. Cela s'explique en partie par la prévalence de ces problématiques et leurs manifestations. Sur le plan moteur, la nature des outils utilisés par les ergothérapeutes indique un accent mis sur la motricité des membres supérieurs. Il est possible que la plupart des milieux maintiennent un partage des responsabilités entre les physiothérapeutes et les ergothérapeutes pour limiter le risque de chevauchements retrouvé entre ces deux professions et optimiser la mise en place de processus efficaces dans les équipes interdisciplinaires. L'accent mis sur le membre supérieur s'explique aussi par son importance particulière dans les AVQ/AVD et conséquemment, dans les incapacités associées post-AVC ; par exemple, la diminution de force, de dextérité et de coordination peut compromettre la participation des clients (Canning *et al.*, 2004 ; Harris et Eng, 2007 ; Lang *et al.*, 2013). Il est aussi possible que le client, reconnaissant plus facilement ses problèmes physiques que ses problèmes affectifs (Swartz *et al.*, 2016), demande de donner la priorité à la récupération de ses fonctions motrices, influençant ainsi la démarche évaluative de l'ergothérapeute.

La perspective occupationnelle des ergothérapeutes expliquerait la forte fréquence d'évaluation des AVQ/AVD (en RE et en RI) et l'approche « *top-down* » qui permet de détecter des problèmes sous-jacents, par exemple au niveau des fonctions cognitives (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2013). L'audit a aussi permis de constater que les ergothérapeutes utilisent d'autres modalités d'évaluation, telles que l'entrevue, l'observation et les mises en situation. L'entrevue avec le client ou son entourage demeure le moyen privilégié par les ergothérapeutes, en RI et en RE. L'entrevue fait partie du processus d'évaluation des ergothérapeutes pour obtenir de l'information sur le profil occupationnel du client, guider la suite de l'évaluation, ainsi qu'établir la relation thérapeutique (American Occupational Therapy Association, 2008). Toutefois, pour l'évaluation de certaines activités, l'entrevue s'avère souvent insuffisante, puisque le client pourrait ne pas avoir une représentation exacte de sa performance (Bottari, Swaine et Dutil, 2007 ; Villaumé, 2019). Les observations et les mises en situation ont été fréquemment utilisées par les ergothérapeutes afin de compléter l'évaluation en prenant en considération l'influence de l'environnement sur la performance (Villaumé, 2019). Même si les observations ou les mises en situation ont leurs limites puisqu'elles reposent sur le jugement du thérapeute, il est dommage de constater que les outils

d'évaluation intégrant les mises en situation comme le Profil des AVQ (Dutil *et al.*, 1990), le Assessment of Motor and Procedural Skills (AMPS) (Fisher, 1991) ou encore le Kitchen Task Assessment (KTA) (Baum et Edwards, 1993), bien que non recommandés, semblent peu intégrés dans la pratique des ergothérapeutes. Ces outils demandent parfois un temps de passation important pour effectuer l'ensemble des tâches ou nécessitent l'accès au milieu de vie du client, ce qui constitue des limites pour les ergothérapeutes travaillant en RI (Poncet *et al.*, 2009).

Plusieurs des outils utilisés par les ergothérapeutes étaient standardisés, avaient de bonnes qualités métrologiques et s'inscrivaient dans la trousse d'outils promue par le ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). Par exemple, le test des cloches et le dynamomètre Jamar, qui sont des outils simples, rapides et parmi les plus utilisés, ne figurent pas dans les recommandations canadiennes, mais sont proposés par la trousse ministérielle, ce qui suggère qu'il s'agit d'outils appropriés à la pratique québécoise. L'utilisation d'outils d'évaluation standardisés demeure une force, puisqu'elle permet d'obtenir des données objectives au moyen desquelles on peut documenter la progression du client sur les paramètres mesurés et identifier les facteurs influençant la performance et l'engagement dans les occupations, et même démontrer le besoin d'ergothérapie (American Occupational Therapy Association, 2008).

Notre étude visait aussi à caractériser les écarts dans les pratiques évaluatives entre la réadaptation à l'interne et celle à l'externe. Les écarts de pratique entre la RI et la RE s'expliquent en partie par leur mission respective et par un profil clinique et des besoins différents. La RI offre des services médicaux, sociaux, éducationnels et optimise la récupération neurologique, le développement d'aptitudes pour réaliser les AVD/AVQ, compenser les incapacités et réduire les obstacles à la réalisation des activités (Tessier, 2012). La RE est axée sur l'intégration sociale et l'autonomie physique, psychosociale, sociorésidentielle, professionnelle et communautaire (Tessier, 2012). Ainsi, en RI, l'évaluation pourrait être plus axée sur les fonctions et en RE, sur l'activité et la participation. Toutefois, toutes les fonctions et les activités, excepté les fonctions émotionnelles, la douleur et la conduite automobile, étaient plus évaluées en RI qu'en RE. Cela pourrait s'expliquer par l'objectif en RI d'un retour à domicile rapide et sécuritaire, imposant de s'occuper des fonctions (p. ex. : motrices) et des activités (p. ex. : l'hygiène) nécessaires pour vivre à domicile (Levack *et al.*, 2011). De plus, de par la nature de sa pratique professionnelle, l'ergothérapeute est légitimé à utiliser l'activité comme modalité d'évaluation et d'intervention selon le contexte (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2013).

Les écarts entre les pratiques et les recommandations peuvent aussi s'expliquer par les nombreuses barrières à l'implantation des recommandations en réadaptation post-AVC. Les ergothérapeutes ne font pas exception et peuvent avoir fait face à un manque de temps pour prendre connaissance des recommandations, un manque de ressources humaines, un besoin de formation, des difficultés de sélection/priorisation des preuves scientifiques, un environnement non adapté et une collaboration interdisciplinaire insuffisante (Bayley *et al.*, 2012 ; Upton *et al.*, 2014). Ainsi, le transfert des connaissances dans la pratique n'appartient pas uniquement aux professionnels, mais interpelle

différentes parties prenantes, notamment les clients, les chercheurs, les gestionnaires et décideurs, les organisations, etc. (Grol et Grimshaw, 2003 ; Walker *et al.*, 2013).

Forces et limites de l'étude

La présente étude était la première à dresser un portrait des pratiques d'évaluation au Québec en réadaptation post-AVC. Elle présente différentes forces, dont son grand échantillon et sa représentativité géographique, organisationnelle et clinique des personnes admises en réadaptation au Québec. Par contre, la méthodologie de l'audit de dossiers entraîne inévitablement certaines limites. Ainsi, malgré une formation rigoureuse des auditeurs, l'utilisation de la CIF pour offrir un vocabulaire unique et standardisé, ainsi que la saisie directe de données dans la plateforme RedCap, des erreurs d'extraction de données ne peuvent être exclues. Il faut aussi noter que seuls les dossiers médicaux ont été audités et non les dossiers de travail des professionnels. Il est possible que certaines informations plus spécifiques sur la nature des évaluations aient été notées au dossier de travail, mais non consignées au dossier médical central. Certaines fonctions ou activités ont pu être identifiées comme n'ayant pas été évaluées par l'ergothérapeute alors qu'en fait, le jugement de l'ergothérapeute sur ces composantes s'appuyait sur une autre évaluation. La douleur illustre bien cet enjeu. Alors que peu d'outils spécifiques à la douleur ont été utilisés, cette fonction a fort probablement été évaluée avec l'échelle de douleur à l'épaule du Chedoke McMaster Stroke Assessment (CMSA), un outil recommandé et utilisé pour les fonctions motrices, expliquant ainsi cette sous-évaluation.

Enfin, les recommandations utilisées correspondent à celles mises à jour en 2012 ; il faut toutefois considérer que les recommandations canadiennes évoluent, mais ne changent pas de façon drastique, et que plusieurs années sont nécessaires à l'implantation d'un changement dans la pratique professionnelle. Ainsi, la pratique peut avoir changé depuis.

CONCLUSION

La présente étude a permis de dresser un portrait des outils d'évaluation utilisés en réadaptation par les ergothérapeutes auprès d'une clientèle AVC et de comparer cette utilisation avec les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*. L'étude démontre qu'il y a un écart entre la pratique réelle et celle recommandée. Néanmoins, les problèmes des clients sont bien évalués, et ce, par différents moyens d'évaluation permettant à l'ergothérapeute de trianguler les résultats de son processus d'évaluation ainsi qu'une panoplie d'outils, dans un souci d'avoir une pratique standardisée et un portrait objectif du client. Il ne faut toutefois pas minimiser l'importance d'une pratique basée sur les données probantes, elles sont identifiées pour assurer la qualité des services.

Des études futures sont nécessaires pour documenter les raisons du choix des outils utilisés au Québec, les écarts avec les recommandations canadiennes, et pour dé-

terminer quelles sont les barrières à l'implantation des recommandations. Les prochaines étapes seraient de définir et mettre en œuvre des actions d'amélioration et par la suite d'évaluer leur efficacité.

FINANCEMENT

Ce projet a été réalisé dans le cadre d'une maîtrise professionnelle et n'a pas été financé. Les données utilisées par ce projet ont été réalisées dans le cadre d'une étude financée par les Instituts de recherche en santé au Canada (IRSC-267475).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain & Process (2^e éd.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.
- Anemaet, W. K. (2002). Using standardized measures to meet the challenge of stroke assessment. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 18(2), 47-62.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (s. d.). *L'ergothérapie et les accidents vasculaires cérébraux*. <https://www.caot.ca/document/4119/Stroke%20-%20-%20FS.pdf>
- Baum, C., et Edwards, D. F. (1993). Cognitive performance in senile dementia of the Alzheimer's type: The Kitchen Task Assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(5), 431-436.
- Bayley, M. T., Hurdowar, A., Richards, C. L., Korner-Bitensky, N., Wood-Dauphinee, S., Eng, J. J., . . . Harrison, M. (2012). Barriers to implementation of stroke rehabilitation evidence: Findings from a multi-site pilot project. *Disability and Rehabilitation*, 34(19), 1633-1638.
- Bottari, C., Swaine, B., et Dutil, É. (2007). Interpreting activity of daily living errors for treatment and discharge planning: The perception of occupational therapists. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22(1), 26-30.
- Canning, C. G., Ada, L., Adams, R., et O'Dwyer, N. J. (2004). Loss of strength contributes more to physical disability after stroke than loss of dexterity. *Clinical Rehabilitation*, 18(3), 300-308. <https://doi.org/10.1191/0269215504cr715oa>
- Côté, B., et Tessier, A. (2011). Organisation des services en matière d'accident vasculaire cérébral. *ETMIS*, 7(4), 1-141.
- Dawson, A., Knox, J., McClure, A., Foley, N., et Teasell, R. (2013). Chapitre 5 Réadaptation post-AVC. Dans M. P. Lindsay, G. Gubitz, M. Bayley et S. Phillips (dir.), *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*. Fondation des maladies du coeur et de l'AVC. https://www.sfphysio.fr/global/gene/link.php?doc_id=39&fg=1
- Dutil, É., Forget, A., Vanier, M., et Gaudreault, C. (1990). Development of the ADL Profile: An evaluation for adults with severe head injury. *Occupational Therapy in Health Care*, 7(1), 7-22.
- Eskes, G. A., Lanctôt, K. L., Herrmann, N., Lindsay, P., Bayley, M., Bouvier, L., . . . Green, T. (2015). Canadian stroke best practice recommendations: Mood, cognition and fatigue following stroke practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 10(7), 1130-1140.
- Finestone, H. M., Marshall, S. C., Rozenberg, D., Moussa, R. C., Hunt, L., et Greene-Finestone, L. S. (2009). Differences between poststroke drivers and nondrivers: Demographic characteristics, medical status, and transportation use. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 88(11), 904-923.

- Fisher, A. (1991). *The Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) in assessing adults: Functional measures and successful outcome. Section II*. American Occupational Therapy Foundation.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2012). Pratiques optimales de l'AVC au Canada. <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/>
- Gauthier, J. (2008). *Interventions relatives à l'utilisation d'un véhicule routier : guide de l'ergothérapeute*. Ordre des Ergothérapeutes du Québec.
- Grol, R., et Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225-1230.
- Harris, J. E., et Eng, J. J. (2007). Paretic upper-limb strength best explains arm activity in people with stroke. *Physical Therapy*, 87(1), 88-97.
- Hebert, D., Lindsay, M. P., McIntyre, A., Kirton, A., Rumney, P. G., Bagg, S., . . . Garnhum, M. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 11(4), 459-484.
- Herrmann, N., Seitz, D., Fischer, H., Saposnik, G., Calzavara, A., Anderson, G., et Rochon, P. (2011). Detection and treatment of post stroke depression: Results from the registry of the Canadian stroke network. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(11), 1195-1200.
- Korner-Bitensky, N., Barrett-Bernstein, S., Bibas, G., et Poulin, V. (2011). National survey of Canadian occupational therapists' assessment and treatment of cognitive impairment post-stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(4), 241-250.
- Korner-Bitensky, N., Bitensky, J., Sofer, S., Man-Son-Hing, M., et Gélinas, I. (2006). Driving evaluation practices of clinicians working in the United States and Canada. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(4), 428-434.
- Lang, C. E., Bland, M. D., Bailey, R. R., Schaefer, S. Y., et Birkenmeier, R. L. (2013). Assessment of upper extremity impairment, function, and activity after stroke: Foundations for clinical decision making. *Journal of Hand Therapy*, 26(2), 104-115.
- Legg, L. A., Lewis, S. R., Schofield-Robinson, O. J., Drummond, A., et Langhorne, P. (2017). Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Stroke*, 48(11), e321-e322.
- Legg, L., Drummond, A., Leonardi-Bee, J., Gladman, J., Corr, S., Donkervoort, M., . . . Logan, P. (2007). Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: Systematic review of randomised trials. *British Medical Journal*, 335(7626), 922.
- Levack, W. M., Dean, S. G., Siegert, R. J., et McPherson, K. M. (2011). Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: How clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities. *Patient Education and Counseling*, 85(2), 206-213.
- Lindsay, P., Bayley, M., Hellings, C., Hill, M., Woodbury, E., et Phillips, S. (2008). Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2008). *Canadian Medical Association Journal*, 179(12), SF1-SF29.
- Menon-Nair, A., Korner-Bitensky, N., et Ogourtsova, T. (2007). Occupational therapists' identification, assessment, and treatment of unilateral spatial neglect during stroke rehabilitation in Canada. *Stroke*, 38(9), 2556-2562.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral. Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) – Phase de réadaptation post-AVC et relance*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002022/>
- Murphy, T. H., et Corbett, D. (2009). Plasticity during stroke recovery: From synapse to behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(12), 861.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2013, septembre). Dépistage des troubles cognitifs et utilisation optimale des compétences de l'ergothérapeute. *Occupation : ergothérapeute*. OEQ. <https://www.oeq.org/publications/occupation-ergotherapeute/articles-sur-la-pratique-professionnelle/11-depistage-des-troubles-cognitifs-et-utilisation-optimale-des-competences-de-lergotheapeute.html>

- Poissant L., Ahmed S., Lebrun LH., Lindsay P., Rochette A., Swaine B (2011). *Vers un continuum de services pour l'AVC, Évaluation des structures, processus et indicateurs de rendement des services de réadaptation*. Protocole de recherche, IRSC #267475.
- Poncet, F., Taillefer, C., Chevignard, M., Picq, C., et Pradat-Diehl, P. (2009). Évaluations écologiques du syndrome dysexécutif : un défi de taille pour l'ergothérapie / Ecological assessment and rehabilitation of dysexecutive syndrome in occupational therapy. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, 25(2), 88-98.
- Steultjens, E., Dekker, J., Bouter, L., Van de Nes, J., Cup, E., et Van den Ende, C. (2003). Occupational therapy for stroke patients: A systematic review. *Stroke*, 34(3), 676-686.
- Swartz, R. H., Bayley, M., Lanctôt, K. L., Murray, B. J., Cayley, M. L., Lien, K., . . . Mandzia, J. L. (2016). Post-stroke depression, obstructive sleep apnea, and cognitive impairment: Rationale for, and barriers to, routine screening. *International Journal of Stroke*, 11(5), 509-518.
- Teasell, R., et Hussein, N. (2016a). *Chapter 2 Clinical consequences of stroke*. Evidence-based review of stroke rehabilitation. <http://www.ebrsr.com/evidence-review/2-clinical-consequences-stroke>
- Teasell, R., et Hussein, N. (2016b). *Chapter 3 Background concepts in stroke rehabilitation*. Evidence-based review of stroke rehabilitation. <http://www.ebrsr.com/evidence-review/3-background-concepts-stroke-rehabilitation>
- Teasell, R., Bayona, N., Salter, K., Hellings, C., et Bitensky, J. (2006). Progress in clinical neurosciences: Stroke recovery and rehabilitation. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 33(4), 357-364.
- Tessier, A. (2012). *L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches. Recension des données probantes*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Upton, D., Stephens, D., Williams, B., et Scurlock-Evans, L. (2014). Occupational therapists' attitudes, knowledge, and implementation of evidence-based practice: A systematic review of published research. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 24-38.
- Villaumé, A. (2019, février). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 19(109), 30-38.
- Walker, M. F., Fisher, R. J., Korner-Bitensky, N., McCluskey, A., et Carey, L. M. (2013). From what we know to what we do: Translating stroke rehabilitation research into practice. *International Journal of Stroke*, 8(1), 11-17.



VU POUR VOUS

**LES JOURNÉES NATIONALES D'ERGOTHÉRAPIE 2021 DE L'ASSOCIATION
NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHÉRAPEUTES : LA RECHERCHE FRANÇAISE
EN ERGOTHÉRAPIE DEVIENT UNE RÉALITÉ**

Sophie Albuquerque¹, Géraldine Despres², Julien Pavé³

¹ *Ergothérapeute, MSc, Enseignante à l'École des Sciences de la Réadaptation à la Faculté des sciences médicales et paramédicales d'Aix Marseille Université, France*

² *Ergothérapeute, MSc, Directrice pédagogique à l'École des Sciences de la Réadaptation à la Faculté des sciences médicales et paramédicales d'Aix Marseille Université, France*

³ *Ergothérapeute, MSc, Enseignant à l'École des Sciences de la Réadaptation à la Faculté des sciences médicales et paramédicales d'Aix Marseille Université, France*

Adresse de contact : sophie.albuquerque@univ-amu.fr

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

doi:10.13096/rfre.v7n2.208

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



Chaque biennale, l'Association française des ergothérapeutes (ANFE) organise les Journées nationales d'ergothérapie (JNE). Les 13^e JNE se seront déroulées en distanciel, les 3 et 4 juin 2021, après quelques reports dus à la situation sanitaire. L'accueil et l'organisation de ces JNE consacrées à la recherche ont été assurés par le collège Recherche du comité scientifique de l'ANFE, en collaboration avec l'Unité de formation et de recherche du Pôle des formations et de recherche de l'Université de Caen, en Normandie.

L'objectif central était d'inaugurer la recherche française en ergothérapie, de communiquer sur l'apport de la science de l'occupation pour la profession et les usager·ère·s, mais aussi de rendre visibles les différents outils et méthodes de recherche actuels.

L'événement a accueilli plus de 130 personnes, principalement françaises mais également canadiennes et suisses. Parmi elles, étaient présent·e·s des clinicien·ne·s, des chercheur·euse·s, des étudiant·e·s, des formateur·trice·s et directeur·trice·s d'instituts de formation en ergothérapie, des doctorant·e·s et maîtres de conférences, curieux·ses ou déjà impliqué·e·s dans la recherche en ergothérapie.

Ces deux journées ont été rythmées par la présentation de travaux de recherche en plénière, des posters et des tables rondes, ainsi que des ateliers thématiques en petits groupes. En plénière, les recherches présentées ont été regroupées sous différents thèmes :

Le premier thème, sur l'identité professionnelle, rassemblait des sujets tels que la perception de l'injustice occupationnelle chez les ergothérapeutes, une présentation de Romain Bertrand, la résilience des ergothérapeutes en France, de Marielle André, et les valeurs de la profession, de Sarah Thiebaut. Cette dernière a discuté de l'influence de l'affirmation de l'identité professionnelle des ergothérapeutes sur la pratique française.

Une deuxième thématique portait sur les méthodes de recherche appliquée en ergothérapie, avec des sujets tels que l'amélioration du processus d'évaluation et d'entraînement d'une aide à la mobilité motorisée pour des personnes avec troubles cognitifs, par Alice Pellichero, ou la perspective participative critique du développement de la promotion de la santé en ergothérapie, par Sophie Albuquerque.

Une troisième thématique se centrait sur l'ergothérapie et les activités de la vie quotidienne. On y a pris connaissance d'une étude exploratoire sur l'utilisation d'un accéléromètre pendant la réalisation d'activités quotidiennes, par Éric Sorita. Une investigation de la fiabilité inter-examineur·trice·s de questionnaires sur la vie quotidienne après une intervention intensive, ciblant l'apprentissage moteur pour les enfants atteints de paralysie cérébrale, a ensuite été présentée par Julie Paradis. Pour sa part, Frédérique Poncet a valorisé l'approche communautaire dans une intervention culinaire pour améliorer la capacité à cuisiner des aîné·e·s, appelée GUSTO. Enfin, une étude expérimentale de l'utilisation de CO-OP auprès d'enfants cérébrolésés a été présentée par Hélène Lebrault.

La quatrième thématique abordait le champ de la prévention en ergothérapie ; notamment par l'expérimentation du Lifestyle Redesign® à Bordeaux auprès de personnes vieillissantes, présentée par Fanny Soum Poulayet ; un programme de prévention des chutes par le vélo en réalité virtuelle, par Sophie Philibert, et l'exploration du concept d'équilibre occupationnel et des préoccupations de femmes combinant carrière de médecin et vie de famille, par Noémie Luthringer.

Une dernière thématique a permis d'explorer la recherche en ergothérapie et les nouvelles technologies. L'effet de la segmentation et du contrôle du rythme chez les étudiant·e·s par contrôle vidéo a été présenté par Nicolas Biard. Estelle Ceze a exposé une étude pilote et prospective de l'intérêt d'un module robotique d'assistance à la conduite de fauteuil roulant électrique SWADAPT 1.

En complément des plénières, des tables rondes ont offert l'occasion d'échanger sur les aspects éthiques de la recherche, ainsi que sur ses contraintes réglementaires, ses financements et les stratégies pour son développement. Ainsi, depuis octobre 2019, la création de la section 91 « sciences de la rééducation et de la réadaptation » au Conseil national des universités marque un tournant dans l'habilitation des professionnel·le·s et des enseignant·e·s français·e·s en ergothérapie à mener des recherches en interdisciplinarité. Il reste maintenant aux ergothérapeutes à s'engager dans des projets de recherche nationaux et internationaux, mais également à accéder à des postes d'enseignant·e·s-chercheur·e·s.

Les ateliers participatifs ont mis en avant des méthodologies pour implanter la recherche dans la pratique en ergothérapie, en se basant sur les *evidence-based practices* (pratique fondée sur les données probante) ou les méthodes collaboratives avec les usager·ère·s comme partenaires. D'autres sujets ont été décortiqués, tels que l'accompagnement aux mémoires d'initiation à la recherche, la rédaction d'un projet de recherche de l'idée à sa soumission, ou les cursus possibles pour mener de la recherche en ergothérapie, de la formation initiale à l'enseignant·e-chercheur·euse.

Les modalités en distanciel de ces JNE n'ont pas empêché les participant·e·s, lors des pauses, de découvrir des posters sur des projets de recherche variés (projet DOME6 ; étalonnage du MANOS, application smartphone occupation centrée pour l'autorééducation des personnes atteintes de sclérose en plaques ; ergothérapie et chiens d'assistance ; transférabilité du Lifestyle Redesign® en France, redéfini par l'acronyme *TaPAS* : Temps d'accompagnement pour la prévention et l'action en santé ; résilience professionnelle des ergothérapeutes) et d'appréhender les possibilités offertes par les Programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale.

Le public, par ses questions et sa participation, semble avoir démontré une grande appétence pour la recherche. Ces journées ont favorisé les échanges entre ergothérapeutes et ont ainsi permis de mettre en lumière l'actualité des travaux de recherche en ergothérapie. Les ateliers à participation volontaire ont démystifié l'accès à la recherche en ergothérapie en France en répondant aux questions pratiques des participant·e·s.

Ces journées ont permis de donner un état des lieux concret de la recherche à laquelle les ergothérapeutes peuvent participer. La diversité des thématiques témoigne, tout en lui offrant une visibilité, de la vivacité de la recherche en France.

Ces 13^e JNE ont permis de rendre la recherche accessible aux ergothérapeutes, d'éclairer les possibilités et les ressources offertes, de susciter des vocations dans la recherche en ergothérapie mais aussi d'amorcer la création d'un réseau de chercheur·euse·s en ergothérapie.

Pour aller plus loin, le livre qui retranscrit les différentes interventions, *La recherche en ergothérapie : comprendre et améliorer les pratiques*, est disponible sur le site de l'ANFE.

Nous remercions les organisateur·ice·s Marielle André, Chantal Chavoix, Lucas Rouault, Margot Salomon, membres du collège Recherche et du comité scientifique ainsi que Nicolas Biard, directeur technique de l'ANFE.

À la suite de cette première collaboration entre l'ANFE et un pôle universitaire de formation et de recherche en santé, nous ne pouvons qu'espérer que d'autres collaborations auront lieu afin de poursuivre encore plus largement le développement et la visibilité de la recherche en ergothérapie dans le paysage hospitalo-universitaire français.



RECENSION CRITIQUE DE L'OUVRAGE *DES SCIENCES SOCIALES À L'ERGOTHÉRAPIE* PARU EN 2019 SOUS LA DIRECTION D'EMMANUELLE JASMIN

Denis Pouliot-Morneau¹

¹ *Ergothérapeute, MA socio., Maître d'enseignement, Haute École de Travail Social et de la Santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Suisse*

Adresse de contact : denis.pouliot@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.v7n2.210

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



L'ouvrage présenté ici répond à un besoin clair dans le domaine de l'ergothérapie. Il vise en effet à combler un manque d'introduction sur le sujet des apports des sciences sociales à cette profession de la santé, en particulier à l'adresse d'étudiant-e-s en formation initiale. Les deux seuls ouvrages recensés sur le sujet en ergothérapie (Jasmin, 2019, p. xi) sont deux livres anglophones, qui de surcroît sont plus spécifiques : le premier, *Sociology & occupational therapy: An integrated approach* (Jones *et al.*, 1998), couvre les liens avec la sociologie et le second, *Culture and occupation: Effectiveness for occupational therapy practice, education, and research* (Wells, Black et Gupta, 2016), avec la culture (le concept de culture est controversé, notamment en anthropologie, voir p. ex. Abu-Lughod, 2008). L'intention de l'ouvrage, ainsi que le choix du format « manuel pédagogique d'introduction », qui réalise un tour d'horizon, sont donc amplement justifiés.

Un cours introductif aux sciences sociales – comme celui qui a amené la P^{re} Jasmin à concevoir, écrire et diriger le présent ouvrage – est aujourd'hui offert dans nombre de formations initiales en ergothérapie de par le monde (voir par exemple Irvine-Brown *et al.*, 2020). La promotion d'une approche non biomédicale de la santé (Burley *et al.*, 2018 ; Meyer, 2010) mène en effet toujours davantage les ergothérapeutes à s'intéresser au « contexte » et aux « éléments sociaux », « culturels » (Carrier, 2019, p. vii ; Jasmin, 2019, p. xi) et politiques de la pratique et des occupations humaines (Laliberte Rudman, 2020, 2014 ; Kronenberg et Pollard, 2006).

« Facteurs sociaux », « éléments sociaux » : voilà une terminologie large et floue, que l'ouvrage permet justement de préciser. La table des matières et le glossaire donnent à saisir d'un coup d'œil l'ampleur des champs à couvrir : de la société à la culture, en passant par le genre, les processus de racialisation (abordés dans le livre sous l'angle de la *diversité culturelle*), les inégalités ou encore la diversité sexuelle. Les divers chapitres permettent de saisir la thématique traitée à partir du *but* et des *objectifs d'apprentissage*, puis d'une *mise en situation* (exemple type concret). Ils se terminent avec des *messages clés* et des *questions intégratives et réflexives*.

La première partie pose les bases du manuel, en présentant les *objets d'études des sciences sociales* et en définissant un ensemble de concepts généraux des disciplines, à partir de deux grands ensembles, soit la *société* (chapitre 1), objet traditionnel d'étude de la sociologie, et la *culture* (chapitre 2), sur laquelle s'est longtemps concentrée l'anthropologie. Les conceptions sont présentées en référence aux divers courants structurant ces deux disciplines, considérées comme les principaux champs disciplinaires des sciences sociales (Jasmin, 2019). Les risques de réification des concepts de *société* et de *culture* ne sont pas complètement évités dans l'ouvrage, ceux-ci étant présentés comme des objets aux définitions ostensives¹, dénotatives, plutôt que

¹ Définition consistant à montrer l'objet que dénote un mot. (Linguistique)
<https://www.cnrtl.fr/definition/ostensive>

comme une lunette de lecture ou un problème à élucider ; nous reviendrons sur ces points plus bas.

La deuxième partie lie ces concepts à certains fondements de l'ergothérapie, ses *valeurs* ou *finalités* : santé (chapitre 3), insertion sociale (chapitre 4) et justice sociale et occupationnelle (chapitre 5). On explore ici les sens variés d'un phénomène qui peut paraître à première vue simple et direct, la santé, ainsi que certaines limites et apories de la *participation sociale* et des modalités devant la favoriser. Les liens avec les justices sociale et occupationnelle permettent d'aborder des préoccupations longtemps occultées dans notre domaine, mais qui sont aujourd'hui bien représentées dans la recherche en ergothérapie et en sciences de l'occupation (voir p. ex. Gerlach *et al.*, 2018 ; Hocking et Townsend, 2015 ; Townsend et Wilcock, 2004 ; Whiteford *et al.*, 2018).

Les chapitres 6 à 9, regroupés dans la troisième et dernière partie, traitent de thèmes plus spécifiques, pouvant devenir des *enjeux sociaux et culturels à considérer* pour la pratique, comme le souligne son titre. Il s'agit ici en quelque sorte de thématiques importantes pour la mise en pratique concrète des valeurs présentées dans la partie précédente : *contrôle social* (chapitre 5), *inégalités* (chapitre 6), *diversité culturelle* (chapitre 8) et *diversité de genre et sexuelle* (chapitre 9). Sans contredit, ces aspects colorent la pratique quotidienne de l'ergothérapeute et leur exploration conceptuelle permet de remettre en question les aprioris et les conceptions naturalisées des différences (culturelles, sexuelles et de genre, notamment). Cela permet aussi de rendre visible leur utilisation pour justifier les systèmes d'oppression, enracinés dans une production sociale d'idées et de pratiques à visée cohésive. La variété des thématiques traitées et leur ancrage dans la pratique de l'ergothérapie donnent au lectorat la possibilité de faire des liens directs entre les concepts et leur potentielle utilité pour une pratique réflexive.

Dès le début de l'ouvrage, sa directrice et principale autrice souligne son statut de non-spécialiste des disciplines des sciences sociales, elles-mêmes fort variées : de la sociologie et de l'anthropologie à la science politique, de la démographie à l'histoire (Berthelot, 2018), en passant par le droit, l'éducation et la psychologie sociale (Jasmin, 2019), les études féministes et de genre, ainsi que les approches post- et dé-coloniales (Essyad, 2018). Cette précision sur la situation de la directrice de l'ouvrage est non seulement scientifiquement essentielle, mais fort à propos dans ce domaine, en ce que la prise en compte du point de vue d'où parle une chercheuse, un chercheur, est un acquis épistémologique de ces disciplines (Berthelot, 2000 ; Poupart *et al.*, 1997), à partir notamment des apports des pensées féministes, de la race² et de la colonialité, entre autres manières de prendre en compte la position de l'énonciation et la relation minoritaire/majoritaire qui la structure.

Les sujets abordés sont traités de manière générale et survolée, ce qui est un effet du choix du format de manuel pédagogique, mais aussi d'un certain rapport à la

² Utilisée comme catégorie sociologique ayant des effets concrets, au sein d'un processus de racialisation (Kergoat, 2011).

connaissance et à la didactique. En effet, les diverses notions et approches sont résumées en donnant des définitions présentées comme plutôt consensuelles ou liées à des approches bien cloisonnées. Pour ce qui est de l'apparence de consensus, voir à titre d'exemple : « Une construction sociale désigne un phénomène social créé, objectivé ou institutionnalisé par des êtres humains. Un phénomène social peut représenter à la fois une réalité objective et subjective » (p. 29). À comparer avec ce que dit notamment dans un entretien Ian Hacking, philosophe, à la suite de la publication de son livre *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?* : « Je crois que le terme de construction sociale est une couverture pratique, derrière laquelle on peut se retrancher, mais qui n'explique rien. [...] Qu'est-ce que ça signifie, être construit ? [...] Il est important de faire la distinction entre la construction des idées et la représentation qu'en ont les gens » (Hacking, 2003).

En ce qui concerne le cloisonnement des approches, Jasmin présente par exemple les féminismes comme « libéral, marxiste, radical, théorie *queer* ou intersectionnalité » (tableau 9.3, p. 267), ce qui est moins faux que peu nuancé. L'absence dans ce domaine du thème du *care*, dans un ouvrage s'adressant à une profession de la santé, interroge particulièrement (voir pour divers éclairages sur ce sujet, Molinier, Laugier et Paperman, 2009). Les approches sociologiques sont elles aussi présentées de manière cloisonnée, associées au déterminisme (fonctionnalisme, marxisme et féminisme) ou à l'individualisme méthodologique (interactionnisme symbolique) (p. 43). C'est aussi le cas de la santé (« mondiale, internationale, publique et communautaire », p. 5). Ces classifications portent un certain sens, mais entrent en décalage avec d'autres ouvrages célèbres : par exemple, avec la remise en question de la traditionnelle opposition holisme/individualisme méthodologique dans *l'Introduction à la sociologie* de Ferréol et Noreck (2015, 8^e éd.) ou avec la définition de pôles *structurels* et *situationnels* de Berthelot (*Sociologie. Épistémologie d'une discipline. Textes fondamentaux*, 2000). Cela ne serait pas un problème en soi, notamment puisqu'il n'y a pas ni consensus ni modèle unificateur, si ce choix était présenté comme tel et situé pour le lectorat. Il s'agit là d'un choix didactique qui imprime la vision de l'autrice sur son objet – plutôt, par exemple, que de laisser parler les auteurs originaux, comme le choix est parfois fait dans des ouvrages du genre (p. ex. Berthelot, 2000). Il s'agit certainement là d'une volonté de rendre la thématique plus accessible à des profanes. Elle ancre toutefois ce manuel dans une perspective de l'apprentissage centrée sur l'ingestion de connaissances plutôt que sur la construction d'une posture critique. Ainsi, différentes simplifications apparaissent dans les présentations thématiques. En effet, les classifications adoptées ou les définitions présentées sont clairement des choix – ce que le propos ne laisse pas entendre explicitement. L'angle de vulgarisation utilisé prend une posture déclarative et de définition ostensive des phénomènes et concepts abordés. Il s'agit là d'un rapport au savoir qui peut et doit être rendu visible et interrogé, pour des raisons qui seront élaborées plus bas.

La P^{re} Jasmin s'est entourée d'un panel d'expert·e·s aux pedigrees impressionnants, réuni·e·s au sein d'un comité scientifique, dont certain·e·s ont collaboré à la rédaction de quelques chapitres (chapitre 1, avec le D^r K. Hébert ; chapitre 5, avec la P^{re} N. Larivière et la P^{re} M.-J. Drolet ; chapitre 8, avec J. Masse et la

Pr^e V. Stucki), les autres chapitres étant de la plume de Jasmin. Il est au premier abord étonnant de constater la faible présence d'expert-e-s en sciences sociales dans les différentes contributions directes à la rédaction de chapitres – exception faite de Kavin Hébert (docteur en sociologie) et de Virginie Stucki (docteure en sciences sociales, ergothérapeute) – ou encore de personnes concernées par les thématiques abordées (en particulier de personnes racisées ou issues de la diversité sexuelle et de genre), dont plusieurs figures sont pourtant présentes dans l'espace de la recherche, notamment au Québec. Leur contribution aux discours sur ce qui les concerne est une revendication de longue date – *Rien sur nous sans nous !* –, en plus d'entrer en cohérence avec les acquis de l'épistémologie située ou du point de vue (*standpoint* ; Harding, 2009), rappelée plus haut.

Les sources employées sont nombreuses et variées, mais certaines utilisations – tout comme certaines absences – sont pour le moins surprenantes. Par exemple, l'usage fréquent comme sources de manuels à visée didactique, destinés à des étudiant-e-s de niveau collégial et universitaire, donc eux-mêmes des résumés des théories sociologiques, apparaît questionnable. Il s'agit en particulier des ouvrages *La sociologie de A à Z* (Fortier et Pizarro-Noël, 1^{re} éd. 2013 ; 2^e éd. 2018), avec 86 occurrences, présent dans tous les chapitres, et *Individu et société* (Denis *et al.*, 2013, 5^e éd.), avec 128 occurrences. Ce type de rapport indirect aux sources, compréhensible devant l'ampleur des nombreux champs couverts, péjore néanmoins la rigueur de l'ouvrage. Bien qu'il demeure en phase avec l'orientation didactique du volume, il contribue sans aucun doute à la simplification relevée ci-dessus, ainsi qu'à une forme de naturalisation non explicitée de la conception du monde social portée par les auteurs et autrices qui présentent leur propre restitution à visée pédagogique des concepts de leur champ disciplinaire. Cela pose question parce que l'ouvrage s'adresse à des non-spécialistes, dont ce sera peut-être le seul contact formel avec les sciences sociales. Rappelons à cet égard que l'ouvrage ne conviendra toutefois pas aux spécialistes qui voudraient élargir leurs connaissances des nombreuses thématiques traitées. Ce point n'est aucunement une lacune de l'ouvrage, puisqu'il s'agit là d'une orientation nommée et assumée : le lectorat visé est non spécialiste du domaine (« tout ergothérapeute, en devenir ou en exercice, considéré comme novice dans le domaine des sciences sociales » ; Jasmin, 2019, p. xii).

Surprenante est aussi l'absence de certaines sources tirées des sciences de l'occupation, dont un des objectifs est de « soutenir la pratique des ergothérapeutes » (Meyer, 2018, p. 20, à propos de Yerxa, 1993 et Molineux et Whiteford, 2011). Ces auteurs et autrices (Farias, Laliberte Rudman, Magalhães, Aldrich, pour ne nommer que celles-ci) se donnent pour mission explicite de travailler à la justice sociale dans le cadre de recherches qualitatives critiques (Farias *et al.*, 2017) et d'ajouter une dimension politique aux recherches (Laliberte Rudman, 2013). Les absent-e-s nommé-e-s ici se réclament de près ou de loin des théories sociales critiques (Laliberte Rudman et Aldrich, 2017), un ensemble de théorisations dans les domaines sociohistoriques, à visée transformatrice – et particulièrement liées aux deux volets problématiques de l'ouvrage recensé qui doivent être soulignés, soit les orientations d'approche critique et de justice sociale, comme nous le verrons à présent.

Il y a en effet deux critiques principales à apporter à ce manuel. La première porte sur la non-mobilisation des outils des sciences sociales dans une perspective critique, c'est-à-dire « qui remet en question les idéologies et pratiques considérées comme oppressives et encourage les réponses émancipatrices aux conditions de leur propre vie » (Freire, dans Grenier, Zafran et Roy, 2020, p. 7 ; ma traduction). Cette position critique implique la prise de conscience réflexive de ses propres positions sociales (*Positionality*; Grenier *et al.*, 2020). Il s'agit là d'un élément lié à l'épistémologie : quels savoirs sont mobilisés, à partir de quelles positions et à quelles fins ? Dans l'ouvrage, cet aspect critique est peu développé : il est présenté comme un adjectif (*analyse critique, regard critique, évaluation critique...*) ou comme une forme de réflexivité (*s'autocritiquer*), mais sans définition ni rapport aux approches ou théories critiques. La position sociale des autrices et auteurs n'est pas non plus explicitée par rapport au propos tenu. Un tel exercice de dévoilement de « qui parle, à partir d'où » peut permettre de reconnaître la perspective portée et les connaissances construites, toujours partielles et partiales ; comparer à cet égard, en ergothérapie, la pratique de Hammell (2020) et celle de Grenier (2020) dans l'énonciation la chercheuse de sa propre situation sociale, affectant l'angle (inévitabile et intrinsèque) porté par son appréhension et vécu du monde³.

La réflexion épistémologique apparaît à l'auteur de cette recension comme un des plus grands apports des sciences sociales, avec les tentatives de compréhension et de modification des phénomènes de domination, d'exploitation et d'oppression, en lien avec la seconde critique traitée plus bas. La pluralité des programmes de recherche en sciences sociales, donc des visées et des outils, ainsi que la construction concomitante des objets (Berthelot, 2000), sont déjà en soi un élément constitutif de ces sciences qu'il semble important de souligner et de minimalement traiter – ce qui n'est pas le cas dans l'ouvrage. Cela permet de surcroît une réflexion essentielle sur ce qu'est la science, réflexion d'importance particulière pour des étudiant·e·s dans le domaine des soins de santé, où se retrouve une hégémonie des recherches et des pratiques (post)positivistes (Farias *et al.*, 2017), dont la domination du modèle biomédical n'est pas le moindre exemple. L'ergothérapie prétendant se poser en marge de ce modèle (Burley *et al.*, 2018), il importe de donner aux futur·e·s professionnel·le·s des outils cognitifs et critiques pouvant permettre un tel positionnement – et non uniquement une identité professionnelle allant dans ce sens. Accorder une plus grande place à la construction des savoirs scientifiques, notamment ceux liés aux sciences biomédicales, particulièrement manipulés par les ergothérapeutes, aurait été bienvenu à cette fin. L'application des outils épistémologiques critiques issus des sciences sociales au propos de l'ouvrage aurait ainsi pu servir cette finalité essentielle. Des textes comme ceux de Grenier (2020), Grenier et collègues (2020), Eisenberg (2012, en physiothérapie) ou Holmes (Holmes *et al.*, 2006 ; Holmes et Gagnon, 2018, en soins infirmiers ; Turcotte et Holmes, 2021, en ergothérapie) permettront aux ergothérapeutes de se familiariser davantage avec ces éléments.

³ Il est en ce sens bon que l'auteur des présentes lignes décline son propre positionnement, afin d'ajouter aux éléments pouvant servir au lectorat pour en évaluer le propos : homme non-cis, d'éducation de niveau supérieur (master en sociologie), ergothérapeute depuis quinze ans, Blanc, Québécois résidant en Suisse, aux penchants politiques orientés vers la justice sociale.

La seconde critique porte sur l'absence, dans l'ouvrage, de liens faits entre les sciences sociales et la justice sociale visée par divers mouvements sociaux. Une affirmation cristallise la posture retenue : « On n'a qu'à se souvenir des mouvements sociaux durant les XIX^e et XX^e siècles qui ont fait avancer, *dans une certaine mesure, certaines causes sociales*, comme celles des femmes et des personnes dites handicapées ou ayant un trouble de santé mentale » (Jasmin et Hébert, 2019, p. 50 ; je souligne). Cette affirmation est hautement discutable. Comme le mentionne par exemple Chomsky, les « choses changent parce que des hommes et des femmes s'y emploient sans relâche [...]. Presque tout ce qui est advenu au cours de l'histoire, que ce soit la fin de l'esclavage ou les révoltes démocratiques, a commencé de cette façon » (Chomsky, 2020, p. 119-120). Ainsi, bien que les sciences sociales ne soient pas des entreprises militantes, il importe néanmoins de reconnaître tout ce qu'elles doivent « au travail de dé-naturalisation généré par des mouvements sociaux émancipateurs (anticolonial et antiraciste, féministe, LGBT, etc.) quant à l'essentialisation des "races", des "cultures", de "la nature féminine" ou de "l'homosexualité" » (Corcuff, 2019, par. 38). Minimiser l'impact des mouvements sociaux, et leur lien avec une partie de la théorie en sciences sociales, est une position ayant des implications politiques, qui contribue à une invisibilisation d'une partie de l'histoire et à la naturalisation⁴ de la position soutenue par l'ouvrage. Dans le contexte de l'ergothérapie, cela s'inscrit de surcroît en porte à faux avec les appels à des transformations sociales (Farias *et al.*, 2017 ; Laliberte Rudman, 2014), en raison du caractère intrinsèquement social et politique des occupations (Carrier *et al.*, 2021 ; Laliberte Rudman, 2020). Ce paradigme de la « justice sociale » (Grenier *et al.*, 2020) n'est à l'évidence pas celui qui a été retenu comme orientation de l'ouvrage (peut-être par crainte d'une « vulgate militante » [Hébert, 2021] ?). La définition de la justice sociale retenue dans l'ouvrage repose de plus sur Rawls, un philosophe politique certes reconnu, mais dont la théorie de la justice (distributive) est à forte teneur libérale (Fabre et Miller, 2003) et dont les actrices et acteurs luttant pour plus de justice sociale se réclament peu. Ici encore, une présentation explicite des choix faits, de l'horizon proposé au lectorat, aurait été bienvenue – pour ne pas laisser croire que Rawls est *le* théoricien de la justice sociale, mais *une* des sources possibles, reconnues et d'autorité, mais avec certaines limites que, précisément, les outils critiques des sciences sociales peuvent aider à mettre en perspective.

Malgré ces deux lacunes, il importe de relever l'utilité et la singularité de l'ouvrage. En effet, il est plus que bienvenu d'avoir une référence unique qui puisse servir de porte d'entrée pour définir des notions fréquemment employées dans le champ de l'ergothérapie (pensons ici notamment à celles de *santé* [chapitre 3] ou d'*inclusion, insertion et intégration sociales* [chapitre 4]), mais qui font trop rarement l'objet de définitions claires et problématisées – ce que permet l'ouvrage dirigé par Jasmin. De plus, les liens directs faits avec la pratique de l'ergothérapie permettent d'éviter de présenter le champ social comme un « additif optionnel », à utiliser si nos valeurs personnelles le demandent, en montrant plutôt que la saisie des occupations et de la santé ne peut se faire sans ces éléments. La pertinence des sciences sociales pour

⁴ Au sens de traiter comme un fait avéré, donné – et non pas construit ; donc, qui ne peut être discuté.

la pratique de l'ergothérapie (et, j'ajouterais, pour toutes les professions de la santé et de la relation d'aide) est bien posée et rappelée par la P^{re} Jasmin : « Acquérir et intégrer des connaissances en sciences sociales [...] est aussi pertinent pour mieux appréhender certains enjeux sociaux ou culturels, voire éthiques, pouvant être rencontrés dans le contexte de la pratique en ergothérapie, comme la déviance ou l'inadaptation sociale, les inégalités socioéconomiques et la pauvreté, la diversité culturelle, la diversité sexuelle et les relations de genre » (p. 5). En ce sens particulièrement, l'ouvrage *Des sciences sociales à l'ergothérapie* est un apport bienvenu pour l'enseignement des notions nécessaires à la pratique d'une ergothérapie en phase avec la société contemporaine et les dernières recherches – de surcroît en français.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abu-Lughod, L. (2008). Writing against culture. Dans O. Timothy et P. L. Price (dir.), *The cultural geography reader* (p. 466-479). Routledge.
- Berthelot, J.-M. (2000). *Sociologie. Épistémologie d'une discipline. Textes fondamentaux*. De Boeck.
- Berthelot, J.-M. (dir.) (2018). *Épistémologie des sciences sociales* (2^e éd.). Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.berth.2012.01>
- Bourdieu, P. (2001). *Science de la science et réflexivité. Cours du Collège de France 2000-2001*. Éditions Raisons d'agir.
- Burley, S., Cox, R., Di Tommaso, A. et Molineux, M. (2018). Primary contact occupational therapy hand clinics: The pull of an occupational perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(6), 533-543. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12507>
- Carrier, A. (2019). Préface. Dans E. Jasmin (dir.), *Des sciences sociales à l'ergothérapie* (p. vii). Presses de l'Université du Québec.
- Carrier, A., Éthier, A., Beaudoin, M., Hudon, A., Bédard, D., Jasmin, E. et Verville, F. (2021). Acting as change agents: Insight into Québec occupational therapists' current practice. Actions menées à titre d'agents de changement : aperçu des pratiques actuelles parmi les ergothérapeutes du Québec. *Canadian Journal of Occupational Therapy/Revue canadienne d'ergothérapie*, 88(2), 173-181. <https://doi.org/10.1177/0008417421994367>
- Chomsky, N. (2020). *La lutte ou la chute ! Entretiens avec Emran Feroz*. Lux Éditeur.
- Corcuff, P. (2019). De la rebellitude ultra-conservatrice et ce qu'elle fait aux sciences sociales critiques. Esquisse de clarification épistémologique et théorique. *SociologieS*. <http://journals.openedition.org/sociologies/10462>
- Denis, C., Millette, G., Quérin, J. et Vekeman-Julien, I. (2013). *Individu et société* (5^e éd.). Chenelière Éducation.
- Eisenberg, N. R. (2012). Post-structural conceptualizations of power relationships in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28(6), 439-446. <https://doi.org/10.3109/09593985.2012.692585>
- Essyad, A. (2018). Feminist studies. Decolonial and postcolonial approaches: A dialogue. *Nouvelles Questions Féministes*, 37(1), 170-175.
- Fabre, C. et Miller, D. (2003). Justice and culture: Rawls, Sen, Nussbaum and O'Neill. *Political Studies Review*, 1(1), 4-17. <https://doi.org/10.1111/1478-9299.00002>
- Farias, L., Rudman, D. L., Magalhães, L. et Gastaldo, D. (2017). Reclaiming the potential of transformative scholarship to enable social justice. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917714161>
- Ferréol, G. et Noreck, J.-P. (2015). *Introduction à la sociologie* (8^e éd.). Armand Colin.

- Fortier, J.-F. et Pizarro-Noël, F. (2013). *La sociologie de A à Z*. Éditions du Renouveau pédagogique.
- Fortier, J.-F. et Pizarro-Noël, F. (2018). *La sociologie de A à Z* (2^e éd.). Éditions du Renouveau pédagogique.
- Gerlach, A. J., Teachman, G., Laliberte-Rudman, D., Aldrich, R. M. et Huot, S. (2018). Expanding beyond individualism: Engaging critical perspectives on occupation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(1), 35-43. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1327616>
- Grenier, M.-L. (2020). Cultural competency and the reproduction of White supremacy in occupational therapy education. *Health Education Journal*, 79(6), 633-644. <https://doi.org/10.1177/0017896920902515>
- Grenier, M.-L., Zafran, H. et Roy, L. (2020). Current landscape of teaching diversity in occupational therapy education: A scoping review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(6). <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.044214>
- Hacking, I. (2003). La construction de la maladie mentale. Entretien. *Sciences Humaines*, 136, 29. <https://doi.org/10.3917/sh.136.0029>
- Hammell, K. W. (2017). Opportunities for well-being: The right to occupational engagement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(4-5), 209-222. <https://doi.org/10.1177/0008417417734831>
- Hammell, K. W. (2020). Making choices from the choices we have: The contextual-embeddedness of occupational choice. *Canadian Journal of Occupational Therapy/Revue canadienne d'ergothérapie*, 87(5), 400-411. <https://doi.org/10.1177/0008417420965741>
- Harding, S. (2009). Standpoint theories: Productively controversial. *Hypatia*, 24(4), 192-200. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2009.01067.x>
- Hébert, K. (2021, 15 mars). Culture du bannissement et universités. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/596906/culture-du-bannissement-et-universites>
- Hocking, C. et Townsend, E. (2015). Driving social change: Occupational therapists' contributions to occupational justice. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 71(2), 68-71. <https://doi.org/10.1179/2056607715Y.0000000002>
- Holmes, D. et Gagnon, M. (2018). Power, discourse, and resistance: Poststructuralist influences in nursing. *Nursing Philosophy*, 19(1), e12200. <https://doi.org/10.1111/nup.12200>
- Holmes, D., Murray, S. J., Perron, A. et Rail, G. (2006). Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: Truth, power and fascism. *JBI Evidence Implementation*, 4(3), 180-186. <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2006.00041.x>
- Irvine-Brown, L., Di Tommaso, A., Malfitano, A. P. S. et Molineux, M. (2020). Experiences of occupational therapy education: Contexts, communities and social occupational therapy. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28, 330-342. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1931>
- Jasmin, E. (2019). Avant-propos. Dans E. Jasmin (dir.), *Des sciences sociales à l'ergothérapie* (p. xi-xii). Presses de l'Université du Québec.
- Jasmin, E. (2019). Introduction. Dans E. Jasmin (dir.), *Des sciences sociales à l'ergothérapie* (p. 1-11). Presses de l'Université du Québec.
- Jasmin, E. et Hébert, K. (2019). Chapitre 1. La société. Dans E. Jasmin (dir.), *Des sciences sociales à l'ergothérapie* (p. 15-51). Presses de l'Université du Québec.
- Jones, D., Blair, S. E. E., Hartery, T. et Jones, R. K. (1998). *Sociology & occupational therapy: An integrated approach*. Churchill Livingstone.
- Kergoat, D. (2011). Comprendre les rapports sociaux. *Raison présente*, 178(1), 11-21. <https://doi.org/10.3406/raipr.2011.4300>
- Kielhofner, G. (2004). *Conceptual foundations of occupational therapy* (3^e éd.). F. A. Davis Company.
- Kronenberg, F. et Pollard, N. (2006). Political dimensions of occupation and the roles of occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(6), 617-626. <https://doi.org/10.5014/ajot.60.6.617>
- Lacourse, M.-T. (2018). *Sociologie de la santé* (4^e éd.). Chenelière Éducation.

- Laliberte Rudman, D. (2013). Enacting the critical potential of occupational science: Problematizing the 'individualizing of occupation'. *Journal of Occupational Science*, 20(4), 298-313. <https://doi.org/10.1080/14427591.2013.803434>
- Laliberte Rudman, D. (2014). Embracing and enacting an 'Occupational Imagination': Occupational Science as Transformative. *Journal of Occupational Science*, 21(4), 373-388. <https://doi.org/10.1080/14427591.2014.888970>
- Laliberte Rudman, D. (2020). *Muriel Driver memorial lecture 2020* [vidéo]. Canadian Association of Occupational Therapy 2020 Virtual Conference, May 7–9, 2020, Saskatoon, SK. <https://vimeo.com/473562356/89c0373b93>
- Laliberte Rudman, D. et Aldrich, R. M. (2017). Discerning the social in individual stories of occupation through critical narrative inquiry. *Journal of Occupational Science*, 24(4), 470-481. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1369144>
- Meyer, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie* (2^e éd.). Les Cahiers de l'EESP.
- Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 13-28. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>
- Molineux, M. et Whiteford, G. (2011). Occupational science: Genesis, evolution and future contribution. Dans E. Duncan (dir.), *Foundations for practice in occupational therapy* (5^e éd., p. 243-253). Churchill Livingstone.
- Molinier, P., Laugier, S. et Paperman, P. (dir.) (2009). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Petite Bibliothèque Payot.
- Nussbaum, M. C. (2000). *Women and human development: The capabilities approach*. Cambridge University Press.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, J., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A. [Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives]. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin Éditeur.
- Sen, A. (1993). Capability and well-being. Dans M. Nussbaum et A. Sen (dir.), *The quality of life*. Clarendon Press.
- Townsend, E. A. (2012). Boundaries and bridges to adult mental health: Critical occupational and capabilities perspectives of justice. *Journal of Occupational Science*, 19(1), 8-24. <https://doi.org/10.1080/14427591.2011.639723>
- Townsend, E. et Wilcock, A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy/Revue canadienne d'ergothérapie*, 71(2), 75-87. <https://doi.org/10.1177/000841740407100203>
- Turcotte, P.-L., et Holmes, D. (2021). The (dis)obedient occupational therapist: A reflection on dissent against disciplinary propaganda. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoARF2211>
- Wells, S. A., Black, R. M. et Gupta, J. (2016). *Culture and occupation: Effectiveness of occupational therapy practice, education, and research*. American Occupational Therapy Association.
- Whiteford, G., Jones, K., Rahal, C. et Suleman, A. (2018). The Participatory Occupational Justice Framework as a tool for change: Three contrasting case narratives. *Journal of Occupational Science*, 25(4), 497-508. <https://doi.org/10.1080/14427591.2018.1504607>
- Yerxa, E. J. (1993). Occupational science: A new source of power for participants in occupational therapy. *Journal of Occupational Science*, 1(1), 3-9. <https://doi.org/10.1080/14427591.1993.9686373>



COLLABORATION AVEC LE JOURNAL OF OCCUPATIONAL SCIENCE

Voilà plusieurs mois que le *Journal of Occupational Science* (JOS), la Société francophone de recherche sur les occupations (SFRO) et la Revue francophone de recherche en ergothérapie (RFRE) collaborent étroitement. Un des objectifs de cette collaboration est de proposer les traductions françaises des résumés des articles publiés par le JOS, de façon à augmenter leur accessibilité.

Cette collaboration s'étend à des projets tels qu'une contribution à la traduction de la récente déclaration antiraciste publiée par le JOS. En effet, en 2020, le JOS a mis en place un numéro spécial virtuel sur l'antiracisme, numéro qui rassemblait les articles précédents relatifs à ce sujet, commentés. Ce numéro est accessible par ce lien : <https://www.tandfonline.com/toc/rocc20/27/s1?nav=toclist>.

Ce numéro contenait également une déclaration antiraciste rédigée par le comité éditorial du JOS et traduite en plusieurs langues. La déclaration est disponible par ce lien : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14427591.2021.1921562>.

En tant que bureau éditorial de la RFRE, nous avons le plaisir aujourd'hui de partager avec notre lectorat cette déclaration antiraciste traduite en français !

Léa Nussbaumer, ergothérapeute, BSc, assistante HES, Haute École de Travail Social et de la Santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Suisse.

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

doi:10.13096/rfre.v7n2.216

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



UN ENGAGEMENT À SE MOBILISER CONTRE LE RACISME

Cher·e·s collègues,

Le meurtre de George Floyd à Minneapolis, aux États-Unis, est un signal de plus du racisme persistant et systémique qui est omniprésent dans les communautés de manière internationale. Sa mort aux mains de la police est un électrochoc qui incite l'ensemble des citoyen·ne·s à se lever et à agir pour mettre fin au racisme, à l'endroit et au moment où il se manifeste.

Le Comité de rédaction du *Journal of Occupational Science* (JOS) se joint à d'autres autour du monde, en cœur, en esprit et au travers de nos occupations, pour approfondir sa propre compréhension et son engagement envers une prise de position antiraciste. En tant que Comité de rédaction, nous nous engageons à combattre le racisme mondial au moyen de l'étude de l'occupation :

- **Publication d'un numéro virtuel consacré au racisme**

Le JOS a publié de nombreux articles qui expriment une position antiraciste. Ce numéro spécial réunit les meilleurs d'entre eux dans un recueil à télécharger gratuitement. Les articles publiés dans ce numéro seront accompagnés de commentaires actualisés des auteurs. Ce numéro est mis à disposition gratuitement pour en garantir l'accès à toutes les personnes qui souhaitent s'informer sur le racisme dans une perspective occupationnelle.

- **Provoquer des dialogues mondiaux sur le racisme systémique**

Le JOS est à la recherche de soumissions provenant de tous pays, mettant en lumière le racisme, la discrimination et les inégalités dans une perspective occupationnelle. Traduire cet engagement dans les faits est un projet qui s'inscrit dans la durée et qui sera alimenté par des réunions — virtuelles ou présentes — pour susciter le dialogue, la réflexion critique et de nouvelles idées sur la manière de transformer des systèmes sociaux, politiques et épistémologiques racistes, et en faire des systèmes qui encouragent la justice occupationnelle pour tout le monde. En tant que propriétaires d'une revue professionnelle, notre domaine d'activité est de faciliter le dialogue, de sensibiliser et d'éveiller l'intérêt des apprenant·e·s par la publication de travaux scientifiques et d'études sur le racisme venant du monde entier. Le Comité de rédaction du JOS s'engage à soutenir les auteur·e·s afin de visibiliser et de faire connaître les actes racistes et leurs impacts, de sorte que le racisme violent et quotidien des personnes au pouvoir et des citoyen·ne·s ordinaires puisse être compris comme relevant de choix occupationnels, inscrits dans des contextes spécifiques. Ces choix sont parfois jugés avec indulgence en raison de croyances et d'attitudes discriminatoires enracinées, de la persistance de

l'altérisation, et de politiques, de procédures et de processus qui ne sont pas remis en question, dans tous les domaines, de la vie scolaire au monde du travail, aux services de santé, au maintien de l'ordre, aux services pénitentiaires, et plus encore.

- **Formation professionnelle continue**

En notre qualité de membres du Comité de rédaction du JOS, nous nous engageons, individuellement et collectivement, à suivre des formations et des ateliers pour accroître notre sensibilité et notre compréhension de la manière dont le langage, les politiques et les modes de connaissance peuvent perpétuer le racisme et les discriminations, dans tous les contextes. Nous utiliserons ces connaissances pour aider et encourager les auteur-e-s et les évaluateur-trice-s à promouvoir des pratiques antiracistes dans leur collaboration avec le Journal et dans leurs propres contextes de travail.

Plus largement, nous encourageons vivement l'ensemble des chercheur-e-s en science de l'occupation, et toutes les personnes qui croient au pouvoir de l'occupation pour le bien individuel et social, à utiliser ces connaissances pour faire prendre conscience de la privation occupationnelle, de la marginalisation occupationnelle et de l'apartheid occupationnel qui résultent du racisme historique ou actuel. En tant que membres d'une communauté internationale de scientifiques de l'occupation, nous connaissons l'impact de l'occupation dans la formation d'attitudes et de comportements sociétaux. Nous savons à quel point il est important, pour les individus et les communautés, d'avoir un juste accès aux occupations. Nous nous trouvons donc dans une position privilégiée pour mettre au jour le racisme qui défavorise, régulièrement et systématiquement, individus et communautés, et pour mobiliser ces connaissances afin de démanteler le racisme, tel qu'il s'exprime dans les occupations.

Si vous avez des réflexions ou des recommandations sur la manière dont le JOS peut être un instrument contribuant à l'éradication du racisme, merci de contacter Clare Hocking, rédactrice en chef, à executiveeditor@joccupationalscience.org.

Mandy Stanley, professeure agrégée, Australie
Sandra Rogers, professeure agrégée, États-Unis
Sue Forwell, professeure titulaire, Canada
Clare Hocking, professeure titulaire, Aotearoa, Nouvelle-Zélande
Dre Shoba Nayar, Inde
Debbie Laliberte Rudman, professeure titulaire, Canada
Birgit Prodingler, professeure titulaire, Allemagne
Dre Lisette Farias Vera, Chili / Suède
Elizabeth Townsend, professeure émérite, Canada
Lilian Magalhaes, professeure associée, Brésil
Dr Juman Simaan, Palestine / Grande-Bretagne
Dre Heleen Reid, Aotearoa, Nouvelle-Zélande
Dre Vee Pols, Australie