

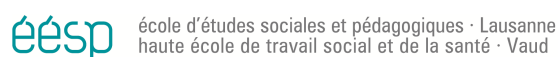
Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie



www.rfre.org

ISSN : 2297-0533

Avec le soutien de



SUPSI



SOMMAIRE

Éditorial

- S'enraciner dans ses valeurs pour donner un sens aux activités professionnelles** 3-5
 Marjorie Désormeaux-Moreau et Yannick Ung

Portraits de chercheur

- Geneviève Pépin** 7-10
 Sylvie Tétreault
- Marie-Christine Potvin** 11-14
 Sylvie Tétreault

Articles de recherche

- L'importance accordée par des ergothérapeutes canadiens à des valeurs phares de la profession** 15-46
 Marie-Josée Drolet et Marjorie Désormeaux-Moreau
- Perceptions de l'ergothérapie par les enseignants du préscolaire : étude descriptive mixte** 47-64
 Audrée Jeanne Beaudoin, Léa Héguy, Kimberly Borwick, Camille Tassé, Johanie Brunet, Éliane Giasson Leblanc, Josianne Dore et Emmanuelle Jasmin
- Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) et changements de la mobilité chez des aînés en perte d'autonomie** 65-86
 Caroline Pigeon, Rachel Boulianne et Mélanie Levasseur

Méthodologies

- Au-delà de la pyramide des preuves** 87-98
 Eve-Line Bussières, Marie Grandisson et Delphine Périard-Larivée

Lu / Vu pour vous

- What factors influence time-use of occupational therapists in the workplace ? A systematic review.*** Un article de Summers *et al.* sur les facteurs influençant l'utilisation du temps par les ergothérapeutes sur leur lieu de travail 99-105
 Pauline Hoellinger
- Compte rendu de la formation *Every Moment Counts*, Novembre 2018, Cleveland, Ohio,  tats-Unis** 107-112
 Emmanuelle Jasmin
- L'Europe en transition. Impact sur l'occupation et la santé. Compte rendu du congrès 2019 d'Occupational Science Europe (OSE), Août 2019, Amsterdam, Pays-Bas** 113-119
 Délégation de la Société Francophone de Recherche sur les Occupations
- Stars of daily living: cinquième Congrès de l'Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE), Septembre 2019, Locarno, Suisse** 121-124
 Anne Deblock-Bellamy et Angelina Campana



S'ENRACINER DANS SES VALEURS POUR DONNER UN SENS AUX ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

Après avoir endossé pendant plus d'une vingtaine d'années les rôles d'élèves, puis d'étudiants universitaires, nos parcours scolaires ont récemment abouti avec la soutenance de nos thèses respectives. La fin de nos études doctorales a amené une transition occupationnelle qui fut source de questionnements sur les activités qui caractérisent la recherche contemporaine ainsi que les défis qui y sont souvent associés (p. ex. climat compétitif ; pression ressentie pour obtenir des financements de recherche ; publication d'articles scientifiques). S'inspirant de nos expériences personnelles à la fois comme ergothérapeutes et comme apprenants, cet éditorial fait état de nos réflexions sur les questions ayant émergé de cette transition : *quel sens donner au nouveau rôle de chercheurs que nous étions nouvellement amenés à endosser ? Comment et au nom de quoi mettre à profit nos compétences en recherche ?*

L'une des valeurs associées à la profession d'ergothérapeute, à savoir la signification occupationnelle, renvoie au sens que la personne accorde à ses occupations (Désormeaux-Moreau et Drolet, 2019) et se traduit par la perception et la vision singulières qui y sont rattachées (Désormeaux-Moreau et Drolet, document inédit). Pour un jeune ergothérapeute qui vit une transition telle la nôtre, c'est donc à la fois ses valeurs personnelles et sa propre représentation de la profession ergothérapique qui donneront un sens aux divers rôles à développer en recherche universitaire ou en recherche et développement (R&D).

D'abord, il convient de rappeler que les « milléniaux », qu'on qualifie parfois de génération « Y » (c.-à.-d. les individus nés entre les années 1980 et les années 1990 [Merriam-Webster, nd]), sont nombreux à être animés par des valeurs associées à la durabilité. À ce titre, les chercheurs qui, comme nous, sont issus de cette génération sont susceptibles de valoriser la justice sociale, le respect de l'altérité, l'équité, l'unité avec la nature et la protection de l'environnement. De fait, il est probable que ces valeurs influencent, de longue date, les choix occupationnels qui jalonnent non seulement nos quotidiens, mais également nos existences respectives. Ces valeurs pourraient sembler difficiles à actualiser dans le domaine de la recherche contemporaine, ce qui fait que les « milléniaux » seraient, *a priori*, peu susceptibles de se retrouver dans le profil habituel

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.v5n2.161

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



et traditionnel de l'ergothérapeute-chercheur. Or, nous avons pu constater que nos activités professionnelles actuelles offrent un cadre privilégié pour actualiser les valeurs qui nous sont chères. En effet, nos fonctions respectives donnent la possibilité d'habiller les ergothérapeutes à exercer la profession de manière à contribuer à l'équité, la justice ainsi que l'inclusion sociale, le tout dans une perspective durable. Nous pouvons notamment jouer un rôle privilégié non seulement dans la mise en place de projets en rupture avec les approches traditionnelles (p. ex. plateforme d'économie circulaire pour l'approvisionnement en équipements adaptés ; intervention populationnelle visant à soutenir le rôle citoyen de locataires en logements sociaux et communautaires), mais aussi dans la production et le transfert de connaissances susceptibles de favoriser des démarches analogues.

Il convient également de rappeler que nous sommes avant tout ergothérapeutes et qu'à ce titre, nous souhaitons que nos occupations contribuent à ce que des individus, des communautés et des populations puissent participer aux activités de leur quotidien et donnent un sens à leur vie (*World Federation of Occupational Therapists* [WFOT], 2017). En ce qui nous concerne, l'exercice de la profession ergothérapique revêt, à ce titre, un sens particulièrement mobilisateur.

Ayant fait des études doctorales pour développer les compétences nécessaires à l'utilisation de la recherche comme modalité de pratique de la profession, nous estimons qu'il est essentiel d'asseoir nos activités professionnelles sur les fondements de la profession d'ergothérapeute, lesquels sont enracinés dans l'occupation. Nous nous intéressons aux rôles ainsi qu'aux outils cliniques inhérents à des pratiques traditionnellement peu investies par les ergothérapeutes. Notre souhait est que la pratique de l'ergothérapie dépasse le modèle biomédical, dominant dans le secteur de la santé où exerce une majorité des ergothérapeutes, à tout le moins en Occident. À cet égard, nos travaux respectifs portent notamment sur les valeurs et l'identité professionnelle des ergothérapeutes, de même que sur les interventions ergothérapiques auprès de groupes et de populations. Ils concernent aussi l'implication des ergothérapeutes dans le champ du développement durable, de même que l'exploration des concepts d'éco-occupation et de justice occupationnelle intergénérationnelle.

En somme, il est essentiel que les activités professionnelles, les actions communautaires et les engagements associatifs des ergothérapeutes chercheurs (p. ex. création du Réseau pour le développement durable en ergothérapie : R2DE) leur permettent d'actualiser leurs valeurs afin qu'ils puissent exercer, à leur échelle, un rôle d'agents de changement. Par la production, la diffusion et le transfert de connaissances, des ergothérapeutes peuvent en inspirer d'autres et ainsi promouvoir des pratiques novatrices qui permettent d'accompagner les citoyens face aux défis occupationnels contemporains et futurs, selon une approche intergénérationnelle et interpopulationnelle. Nous avons donc la conviction que c'est en s'enracinant dans des valeurs humanistes et en puisant dans notre identité professionnelle que nous donnerons un sens à nos nouvelles activités professionnelles ainsi qu'à notre rôle d'ergothérapeutes chercheurs francophones en ergothérapie !

Marjorie Désormeaux-Moreau, ergothérapeute, PhD, Professeure adjointe à l'École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Yannick Ung, ergothérapeute, PhD, Chercheur associé, Centre de Recherche Médecine, Science, Santé, Santé mentale et société (CERMES3), Université Paris Descartes – Sorbonne, Directeur R&D, Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale, Senioralis, Paris, France

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Désormeaux-Moreau, M., et Drolet, M.-J. (2019). Valeurs liées à la profession d'ergothérapeute : les répertoire pour les définir. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 0008417418822486.

Désormeaux-Moreau, M., et Drolet, M.-J. (document inédit). *Répertoire des valeurs phares des ergothérapeutes français*.

Merriam-Webster. (nd). *Millennial*. Consulté le 25 mai 2018 à : <https://www.merriam-webster.com/dictionary/millennial>

World Federation of Occupational Therapists. (2017). *Definitions of occupational therapy from member organisations*. Consulté à : <https://www.wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>



PORTAIT DE CHERCHEUR



GENEVIÈVE PÉPIN

Propos recueillis par Sylvie Tétreault

Passionnée, énergique et dynamique, voici trois mots qui caractérisent bien Geneviève Pépin. C'est une chercheuse francophone, qui est actuellement professeure associée à la Deakin University dans l'État du Victoria en Australie.

Geneviève a obtenu son baccalauréat en ergothérapie à l'Université McGill à Montréal en 1990. Par la suite, elle a réalisé une maîtrise en santé communautaire (1999), puis un doctorat en médecine expérimentale (2004) à l'Université Laval à Québec. En 2009, elle a poursuivi sa scolarité avec un certificat en éducation supérieure à la Deakin University.

Geneviève a toujours œuvré dans le domaine de la santé mentale. Elle a été ergothérapeute dans le département de psychiatrie d'un hôpital général au Québec. Puis, elle travaillé à la clinique psychiatrique externe du même hôpital, afin d'assurer un meilleur suivi thérapeutique auprès des patients qui recevaient leur congé de la psychiatrie interne. Elle a aussi agi comme ergothérapeute consultante en salle d'urgence, lorsque des individus présentaient des signes d'un trouble des conduites alimentaires (TCA). Enfin, elle a développé et animé des groupes de soutien destinés aux parents et aux proches de personnes atteintes d'un TCA.

Comme ergothérapeute, Geneviève s'est toujours intéressée aux troubles des conduites alimentaires (TCA). Leur complexité stimule sa réflexion clinique et théorique. Elle évoque le cas d'une jeune femme de 22 ans qui vivait avec un TCA et qui était suivie par l'équipe psychiatrique dont elle faisait partie. Elle se souvient très clairement du moment où elle ne savait plus quoi faire, pour cette personne qui était encore très malade. Elle avait l'impression d'avoir atteint ses limites comme ergothérapeute, tout en étant convaincue qu'il y avait plus à faire. C'est ainsi qu'elle a décidé d'agir pour changer la situation. Au même moment, elle occupait un poste de responsable de formation pratique au programme d'ergothérapie de l'Université Laval. Elle se rappelle que comme directrice du programme, je l'avais alors encouragée à s'inscrire à la maîtrise. En somme, ces deux éléments (moment critique dans sa pratique et encouragements à poursuivre des études supérieures) l'ont amenée à entreprendre une carrière de chercheure.

Les intérêts de recherche de Geneviève Pépin concernent trois thèmes, tous interreliés : (1) l'ergothérapie, particulièrement ses modèles et fondements théoriques ; (2) la santé mentale ; (3) les troubles des conduites alimentaires. Geneviève se dit plus à l'aise avec les méthodes qualitatives. Elle aime prendre le temps d'écouter et de comprendre ce que les gens ont à dire, leur histoire et leurs expériences. Avec les années, elle a consolidé ses connaissances des méthodes quantitatives, qu'elle utilise maintenant sur une base plus régulière.

Geneviève est particulièrement fière d'avoir été la première personne à implanter, à l'extérieur du Royaume-Uni, le Collaborative Care Skills Training Workshop (CCSW). Il s'agit d'une intervention de Janet Treasure et son équipe, qui est basée sur les données probantes. Elle vise à soutenir les parents et les proches de personnes atteintes d'un TCA. Geneviève signale aussi les différents projets de recherche qu'elle a dirigés afin de mesurer l'efficacité et les retombées du CCSW. Autre exemple, elle a développé un programme de formation pour cliniciens qui travaillent dans le domaine des TCA. Un des résultats intéressants du CCSW est que celui-ci permet de diminuer trois variables (*expressed emotion*, *accommodating* et *enabling*) qui sont directement reliées au maintien des TCA. Elle indique que ces recherches ont pu améliorer l'offre de services disponibles pour les personnes aux prises avec un TCA. En effet, le programme de formation et le CCSW sont maintenant offerts en Australie (cinq des six États et deux territoires).

Geneviève a eu l'honneur de côtoyer Gary Kielhofner, qui faisait partie de son comité de thèse de doctorat. Elle est aussi très fière des différents chapitres qu'elle a écrits et coécrits avec ce chercheur. Ces textes se retrouvent dans le livre intitulé *Kielhofner Model of Human Occupation* (5^e édition). Ils expliquent le modèle de l'occupation humaine, qui est enseigné dans tous les programmes d'ergothérapie. Ces chapitres sont en quelque sorte sa contribution à la profession.

Selon Geneviève, la principale difficulté (ou le plus grand défi) que rencontre l'ergothérapeute qui désire s'impliquer en recherche est associée au fait de rester fidèle à la discipline de l'ergothérapie. Il est essentiel de se centrer sur l'aspect occupationnel. Il faut aussi être capable de « traduire » le concept d'occupation dans un langage clair afin que le rôle et la participation d'ergothérapeutes dans des équipes de recherche

interdisciplinaires soient évidents pour tous. Enfin, elle conclut que la recherche de financement représente un défi continu.

Geneviève confirme la nécessité de développer une identité professionnelle solide. Les ergothérapeutes doivent être capables de mettre l'occupation au centre de leurs travaux de recherche. Il faut documenter et démontrer que par l'occupation et la participation occupationnelle, l'état de santé (« *health outcomes* ») des clients sera amélioré. Ceci implique de consolider nos connaissances sur les méthodes de recherche, les fondements théoriques et les modèles de la profession. Elle souligne aussi l'importance d'améliorer nos compétences en communication.

Deux lectures sont recommandées par Geneviève. La première proposition concerne un livre inspirant qui a été écrit avec des étudiants en ergothérapie. Ceux-ci ont fait une lecture critique de tous les chapitres, afin de s'assurer que le contenu avait du sens pour eux. Ils devaient déterminer si le contenu était présenté de façon à stimuler la réflexion critique et l'intérêt. Ils devaient évaluer si les textes poussaient les étudiants à se questionner et à remettre en question leur apprentissage et leur pratique. Voici la référence de cet ouvrage :

Curtin, M., Adams, J. et Egan, M. (2017). *Occupational Therapy for People Experiencing Illness, Injury or Impairment*. Londres, R.-U. : Churchill Livingstone/Elsevier.

Le deuxième texte est un article sur les travaux de Samantha Ashby sur la résilience en santé mentale. Sa lecture est stimulante :

Ashby, S., Ryan, S., Gray, M. et James, C. (2013). Factors that influence the professional resilience of occupational therapists in mental health practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 110-119. doi: 10.1111/1440-1630.12012

Afin de maintenir un équilibre occupationnel satisfaisant, Geneviève danse ! Après des années d'interruption (elle a fait du ballet classique pendant douze ans), elle a repris des cours de ballet et des exercices à la barre. Elle aime aussi aller au cinéma et marcher sur la plage. Or, l'Australie comprend de jolies plages ! Des moments de plaisirs simples sont aussi appréciés par Geneviève, comme cuisiner, prendre le temps de dîner tranquillement avec son conjoint, puis parler de tout et de rien.

Ses prochains projets visent l'exploration des retombées du jeu symbolique et d'imagination (*pretend play*) dans l'identification et la prévention des TCA. Elle explique que le jeu symbolique et d'imagination améliore certains comportements observés chez les adolescents présentant des troubles autistes. Ces comportements sont identiques à ceux présentés par les personnes atteintes d'anorexie. Avec son équipe, Geneviève tente donc de comprendre comment le jeu symbolique et d'imagination peut aider à identifier et améliorer certains comportements prédictifs d'anorexie. C'est un projet très différent et très excitant !

Pour explorer les travaux de Geneviève Pépin, voici quelques références :

De las Heras de Pablo, C. G., Parkinson, S., Pépin, G. et Kielhofner, G. (2017). Intervention process: Enabling occupational changes. Dans R. Taylor (dir.), *Kielhofner Model of Human Occupation* (5^e éd., p. 195-216). Philadelphie, PA : Wolters Kluwer.

Pépin, G. (2017). Occupational engagement: How clients achieve change. Dans R. Taylor (dir.), *Kielhofner Model of Human Occupation* (5^e éd., p. 187-194). Philadelphie, PA : Wolters Kluwer.

Pépin, G. et Kielhofner, G. (2017). Therapeutic reasoning. Dans R. Taylor (dir.), *Kielhofner Model of Human Occupation* (5^e éd., p. 217-224). Philadelphie, PA : Wolters Kluwer.

Pépin, G. et King, R. (2016). Collaborative care skills training workshop: How Australian carers support a loved one with an eating disorder. *Advances in Eating Disorders*, 4(1), 47-58. doi: 10.1080/21662630.2015.1081823

Scanlan, J. N., Pépin, G., Ennals, P., Meredith, P. J., Bowman, S. et Bonassi, M. (2015). Identifying educational priorities for occupational therapy students to prepare for mental health practice in Australia and New Zealand: Opinions of practising occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, numéro spécial : *Mental Health and Occupational Therapy*, 62(5), 286-298.



PORTAIT DE CHERCHEUR



MARIE-CHRISTINE POTVIN

Propos recueillis par Sylvie Tétreault

Marie-Christine Potvin est une chercheuse francophone curieuse, passionnée et pétillante. Elle a relevé le défi de travailler en anglais ! Actuellement, elle est professeure à la Thomas Jefferson University dans la ville de Philadelphie en Pennsylvanie aux États-Unis. En regardant son parcours, on constate que Marie-Christine a énormément voyagé et fréquenté des institutions universitaires de grande qualité. En 1996, elle a eu un baccalauréat en ergothérapie de l'Université McGill. Par la suite, elle a terminé un master en sciences de la santé à la Medical University of South Carolina (2000). Elle a poursuivi avec une formation de 3^e cycle (*fellowship*) à l'Université du Vermont (2000-2003) portant sur les désordres neurodéveloppementaux. De retour à l'Université McGill, elle a obtenu un doctorat en 2011 et terminé un postdoctorat en 2015 à l'Université du Vermont.

La majorité de la carrière de Marie-Christine comme ergothérapeute fut consacrée aux enfants et à leurs familles. Elle a travaillé dans les différents environnements dans lesquels les enfants évoluent, comme les crèches (interventions précoces), l'école, le domicile ou encore en cabinet privé. Après avoir terminé son *fellowship* au Vermont en 2003, elle s'est jointe comme ergothérapeute à une équipe de soins tertiaires spécialisés rattachée à l'Université du Vermont. Sa fonction était de soutenir les équipes locales œuvrant auprès des enfants ayant des déficiences complexes ou multiples. Grâce à cet emploi, elle a pu faire de la coordination de programme et de l'enseignement. Ces expériences furent une très bonne préparation à son travail actuel. Une série d'opportunités liées à son emploi à l'université du Vermont se sont ensuite présentées et sa curiosité et son désir d'apprendre l'ont amenée à relever divers défis.

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.v5n2.154

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



Marie-Christine souligne que dès le début de ses études en ergothérapie, elle savait qu'un jour elle ferait un doctorat. Toutefois, elle avoue ne pas savoir pourquoi elle avait cette aspiration, puisqu'autour d'elle, il y avait très peu d'universitaires. En fait, elle voulait enseigner et faire de la recherche.

Marie-Christine rapporte l'influence de deux personnes, soit la D^{re} Marilyn Mit-cham qui fut sa directrice de maîtrise et la D^{re} Ruth Dennis, responsable de son « fellowship ». Ces femmes ont su l'encourager, la soutenir et l'amener à se surpasser. Ces apprentissages ont été très formatifs et elle s'en inspire encore aujourd'hui dans son rôle de professeure.

Ses intérêts en recherche portent sur la participation sociale des personnes présentant un trouble du spectre autistique et sur l'accès à l'éducation supérieure pour celles qui vivent une situation de handicap. Les interventions basées sur le coaching destinées aux enfants ainsi qu'à leur famille et qui visent la performance occupationnelle sont une expertise qu'elle a développée. En ce qui a trait aux approches méthodologiques qu'elle maîtrise, elle évoque pour le volet qualitatif les entretiens et les groupes de discussion (*group focus*). Pour les approches quantitatives, elle nomme les sondages, les études de cas et les devis quasi expérimentaux.

Lorsqu'elle est questionnée sur la réalisation scientifique dont elle est la plus fière, elle nomme son rôle de mentor auprès des étudiants et des ergothérapeutes. Elle estime que le fait d'amener une personne à développer ses habiletés scientifiques et à apprécier la recherche est une expérience très stimulante. Elle a également beaucoup de plaisir à accompagner quelqu'un dans la rédaction d'un article scientifique. Elle croit que ces activités favorisent le développement de la profession et encouragent les ergothérapeutes à devenir de futurs chercheurs.

Analysant la situation actuelle de la recherche en ergothérapie, Marie-Christine relève plusieurs entraves. D'abord, elle mentionne la nécessité d'avoir accès à des connaissances sur les recherches récentes en ergothérapie. L'assimilation de ces informations et leur intégration dans la pratique restent un défi quotidien pour les ergothérapeutes. Selon Marie-Christine, ils ont rarement suffisamment maîtrisé les habiletés fondamentales pour bien comprendre certains types d'articles de recherche. Comme professeure, elle aborde une autre difficulté qui réside dans la capacité à enseigner ce savoir-faire et à amener la personne à comprendre les résultats d'études. Depuis quelques années, elle tente de remédier à ce problème en aidant les étudiants à acquérir les connaissances dont ils auront besoin pour comprendre les études quantitatives lorsqu'ils seront ergothérapeutes. Pour les cliniciens qui souhaitent faire de la recherche, elle recommande de trouver une formation en recherche de qualité. Elle souligne aussi l'importance d'avoir des mentors eux-mêmes bien formés. Ils doivent avoir le temps et la passion pour former la prochaine génération.

Une autre suggestion pour favoriser la recherche francophone en ergothérapie est l'octroi de subventions pour aider à former les chercheurs débutants. Elle soutient que peu importe la langue de travail, il importe de promouvoir la participation des

étudiants en ergothérapie dans des projets de recherche. Selon elle, c'est une bonne façon de les aider à développer un intérêt pour la recherche.

En pensant aux livres qui l'ont inspirée, Marie-Christine suggère deux titres de Malcolm Gladwell, *Blink* et *The Tipping Point*. Comme ergothérapeute et chercheure, elle estime que ces ouvrages l'ont aidée à mieux comprendre comment les individus prennent leurs décisions ou encore ce qui les amène à agir. Comme elle le dit : *What makes them tick?* Marie-Christine nomme deux autres livres qu'elle considère comme ses bibles pour la recherche, l'un de Portney et Watkins, *Foundations of Clinical Research: Applications to practice* (3^e éd.), et l'autre de Streiner et Norman, *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. Ces deux livres sont essentiels pour les ergothérapeutes qui désirent faire de la recherche.

Que fait Marie-Christine pour maintenir un équilibre occupationnel ? Elle confie qu'elle se déconnecte de ses courriels lorsqu'elle est en congé. Elle estime avoir besoin de donner un répit à son cerveau. Elle prend aussi le temps de faire de l'activité physique tous les jours et au moins une activité de loisirs une fois par semaine. Sinon, le travail prend le dessus sur tout !

Plusieurs publications de Marie-Christine Potvin peuvent être consultées pour connaître ses projets de recherche :

Coviello, J., Potvin, M.-C., et Lockhart-Keene, L. (2019). Occupational therapy assistant students' perspectives about the development of clinical reasoning. *Open Journal of Occupational Therapy*, 7(2). doi: 10.15453/2168-6408.1533

Lockhart-Keene, L., et Potvin, M.-C. (2018). Occupational therapy adjunct faculty self-perceptions of their readiness to teach. *Open Journal of Occupational Therapy*, 6(2). doi: 10.15453/2168-6408.1415

Potvin, M.-C., Prelock, P. A., et Savard, L. (2018). Supporting children with autism and their families: A culturally-responsive family driven interprofessional process. *The Pediatric Clinics of North America*, 65(1), 47-57. doi: 10.1016/j.pcl.2017.08.020

Prelock, P. A., Potvin, M.-C., et Savard, L. (2017). Interprofessional education and practice: A family-centered approach to autism. *Seminars in Speech and Language*, 38(5), 360-367.

Potvin, M.-C., Snider, L., Prelock, P. A., Wood-Dauphinee, S. et Kehayia, E. (2015). Health-related quality of life in children with high functioning autism. *Autism*, 19(1), 14-19.

Potvin, M.-C., Snider, L., Prelock, P. A., Kehayia, E. et Wood-Dauphinee, S. (2013). Psychometrics of the children's assessment of participation and enjoyment for those with high functioning autism. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(2), 209-217.

Potvin, M.-C., Snider, L., Prelock, P. A., Kehayia, E. et Wood-Dauphinee, S. (2013). Recreational participation of children with high functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 43(2), 445-457.

Marie-Christine a plusieurs projets en cours. Par exemple, elle s'implique dans des services en ergothérapie destinés aux étudiants universitaires qui vivent des situations de handicap (p. ex., autisme, TDAH, trouble d'apprentissage). Pour cela, elle utilise une approche de « coaching ». Cette approche sera aussi expérimentée auprès des familles qui ont un enfant autistique afin de les aider à atteindre leurs propres buts. Des publications à venir vous permettront de prendre connaissance des travaux récents de Marie-Christine :

Hunter, E., et Potvin, M.-C. (sous presse). Effectiveness of a handwriting curriculum in kindergarten classrooms. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*.

Walsh, L., et Potvin, M.-C. (sous presse). Effect of verbal directions on grip strength evaluated using a handheld dynamometer. *Open Journal of Occupational Therapy*.

Boney, J., Potvin, M.-C., et Chabot, M. (sous presse). The GOALS2 Program: Expanded supports for students with disabilities in postsecondary education. *Journal of Postsecondary Education and Disability*.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Gladwell, M. (2002). *The Tipping Point: How little things can make great difference*. New York, NY : Little, Brown and company.
- Gladwell, M. (2005). *Blink: The power of thinking without thinking*. New York, NY : Little, Brown and company.
- Portney, L. G., et Watkins, M. P. (2015). *Foundations of Clinical Research : Applications to practice* (3^e éd.). Philadelphie, PA : F. A. Davis.
- Streiner, D. L., et Norman, G. R. (2015). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use* (5^e éd.). New York, NY : Oxford University Press.



L'IMPORTANCE ACCORDÉE PAR DES ERGOTHÉRAPEUTES CANADIENS À DES VALEURS PHARES DE LA PROFESSION

Marie-Josée Drolet¹, Marjorie Désormeaux-Moreau²

¹ Ergothérapeute, PhD, Professeure agrégée au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada

² Ergothérapeute, PhD, Professeure adjointe à l'École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Adresse de contact : marie-josée.drolet@uqtr.ca

Reçu le 27.04.2018 – Accepté le 10.06.2019

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

doi:10.13096/rfre.v5n2.108

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



RÉSUMÉ

Introduction. Bien que plusieurs raisons justifient d'étudier les valeurs professionnelles des ergothérapeutes, peu d'études empiriques les ont documentées.

Objectif. Les objectifs de l'étude étaient de : 1) quantifier l'importance qu'accordent des ergothérapeutes canadiens à des valeurs phares de la profession ; 2) explorer l'influence de caractéristiques des participants ou de la clientèle sur l'importance accordée à ces valeurs ; 3) documenter la nature des barrières et facilitateurs au respect de ces valeurs ; et 4) repérer les valeurs les plus faciles et les plus difficiles à actualiser en pratique.

Méthodes. L'étude rapportée dans cet article représente la 4^e phase d'une recherche ayant adopté un devis séquentiel exploratoire mixte pour documenter les valeurs de l'ergothérapie et celles d'ergothérapeutes. Elle a consisté en une étude descriptive quantitative à laquelle 327 ergothérapeutes canadiens, plus spécifiquement québécois, ont participé.

Résultats. Concernant le premier objectif, on constate que les trois valeurs les plus valorisées par le plus grand nombre de participants sont la dignité, l'intégrité et le respect. Les trois valeurs les moins valorisées par le plus grand nombre de participants sont quant à elles la spiritualité, l'efficacité et l'innovation. Concernant le second objectif, il semble que la formation à l'éthique des participants influence l'importance accordée aux valeurs, tout comme l'âge et la problématique de la clientèle ainsi que l'âge et l'expérience de l'ergothérapeute. Concernant le troisième objectif, les barrières à l'actualisation des valeurs que les ergothérapeutes estiment rencontrer le plus fréquemment relèvent de leur milieu (méso-environnement) ou de la société (macro-environnement), tandis que leurs facilitateurs relèvent essentiellement des personnes et de leurs interactions (micro-environnement). Enfin, relativement au quatrième objectif, il semble que la facilité à actualiser une valeur au quotidien influence l'importance que l'ergothérapeute y accorde.

Conclusion. Les résultats de la présente étude rejoignent en général ceux des autres études, quoique plusieurs résultats soient inédits. Des études similaires devraient être menées dans d'autres pays pour poursuivre l'exploration des assises axiologiques de l'ergothérapie, lesquelles influencent la pratique et le développement de la profession.

MOTS-CLÉS

Valeur professionnelle, Ergothérapie, Axiologie, Étude quantitative, Étude descriptive

THE IMPORTANCE PLACED BY CANADIAN OCCUPATIONAL THERAPISTS ON KEY VALUES FOR THE PROFESSION

ABSTRACT

Introduction. Although there are many reasons for studying occupational therapists' professional values, few empirical studies have documented them.

Objectives. The objectives of this study were to: 1) quantify the value placed by Canadian occupational therapists on key professional values; 2) explore the influence of participants or clients' characteristics on the importance placed on these values; 3) document the nature of the barriers and facilitators to these values; and 4) identify values perceived to be the easiest and most difficult to translate into daily practice.

Methods. The study reported in this article consists in the 4th phase of an exploratory sequential mixed research design. Its purpose was to document the values of occupational therapy and those of occupational therapists. It consisted in a quantitative descriptive survey to which 327 occupational therapists from Canada, more specifically Quebec, participated.

Results. In relation to Objective 1, the three values the largest number of participants most valued are dignity, integrity and respect. The three values that are least valued by the greatest number of participants are spirituality, efficiency and innovation. In relation to Objective 2, the findings also revealed that the participants' ethics training impact on the importance given to professional values. It is also the case for the age and problem of the clientele, as well as occupational therapists' age and years of experience. In relation to Objective 3, the barriers to actualizing the values most frequently encountered by occupational therapists are related to their milieu (meso-environment) or to society (macro-environment), while the facilitators of an actualization are essentially people and their interactions (micro-environment). Finally, in relation to Objective 4, the findings suggest that occupational therapists tend to cherish professional values they manage to mobilize in real practice.

Conclusion. The study's findings are globally congruent with previous studies, although several results are unprecedented. Similar studies should be conducted in other countries to further explore the axiological foundations of occupational therapy, which influence the practice and development of the profession.

KEYWORDS

Professional value, Occupational therapy, Axiology, Quantitative study, Descriptive research

INTRODUCTION

L'étude des valeurs – ces concepts abstraits de nature évaluative qui agissent comme des idéaux (Drolet, 2014a ; 2014b) – est pertinente tant pour des raisons éthiques que pour des raisons relatives à l'identité professionnelle de l'ergothérapeute et à l'épistémologie au fondement de la profession. Du point de vue de l'éthique, l'étude des valeurs offre une perspective inédite sur ce qu'est le professionnalisme (Aguilar *et al.*, 2012). En favorisant une pratique basée sur des valeurs (*Value Based Practice [VBP]*), laquelle est considérée comme un complément nécessaire à la pratique probante (*Evidence Based Practice [EBP]*), l'étude des valeurs soutient d'une part la pratique éthique de la profession (Fulford, 2004). D'autre part, en rendant plus saillantes les valeurs en présence, dont celles de l'ergothérapeute (Aguilar *et al.*, 2013), cette étude permet de mesurer l'écart qui se présente parfois entre les valeurs idéales et celles qui sont agissantes au quotidien (Goulet et Drolet, 2017 ; Finlay, 2001 ; Kirsh, 2015). Elle habilite ce faisant l'ergothérapeute à repérer les conflits de valeurs vécus en pratique et facilite la rencontre interculturelle, en dévoilant les biais axiologiques de l'ergothérapeute, étape essentielle à la gestion de tels biais (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2019). Plus encore, elle soutient la réflexion éthique, en mobilisant les valeurs lors des délibérations visant la résolution des enjeux éthiques vécus en pratique (Aguilar *et al.*, 2012 ; Drolet, 2014a).

L'étude des valeurs contribue également à renforcer l'identité professionnelle des ergothérapeutes, en clarifiant ses fondements philosophiques, voire axiologiques (Drolet et Sauvageau, 2016 ; Watson, 2006). Étant donné que l'identité professionnelle de l'ergothérapeute est parfois faible ou ambiguë (Ikiugu et Schultz, 2006 ; Richard, Colvez et Blanchard, 2011), cet aspect ne saurait être négligé. Elle clarifie aussi l'identité éthique des ergothérapeutes et nourrit les idéaux devant orienter la pratique (Drolet, 2014a ; Polatajko, 1992). Ce faisant, elle soutient les activités d'*advocacy* de l'ergothérapeute qui sont parfois nécessaires à l'amélioration des pratiques, des institutions sociales, voire de la société (Kirsh, 2015), ce qui rejoint les justifications éthiques d'un tel champ d'études. Or, pour parvenir à s'engager dans de telles activités, encore faut-il que l'identité professionnelle de l'ergothérapeute soit forte et claire.

D'un point de vue épistémologique, l'étude des valeurs permet d'explicitier les valeurs au fondement des théories et des modèles conceptuels utilisés en ergothérapie, lesquelles demeurent peu visibles et peu explicitées (Hammell, 2009 ; Morel-Bracq, 2009). Or, une telle démarche est essentielle au développement de la profession, car elle permet de porter un regard critique sur les théories, les modèles et les pratiques ergothérapiques (Dige, 2009 ; Drolet, 2014b).

En somme, plusieurs raisons justifient la pertinence d'étudier les valeurs de la profession, voire celles des ergothérapeutes. D'ailleurs, un nombre croissant d'écrits y sont consacrés. La majorité de ceux-ci consistent en des travaux théoriques et plusieurs de ces écrits appartiennent à la littérature grise. De fait, peu d'études empiriques ont documenté les valeurs professionnelles des ergothérapeutes (Drolet, 2014b). À notre connaissance, et comme l'indique le tableau 1, seuls sept articles rapportent des résultats de recherches ayant documenté empiriquement les valeurs d'ergothérapeutes, et

ce, dans quatre pays différents. Les nomenclatures utilisées par les auteurs pour décrire les valeurs professionnelles des ergothérapeutes étant très différentes, leur comparaison s'en trouve ardue. Il s'en dégage néanmoins que les valeurs au fondement de la profession, voire celles prisées par les ergothérapeutes, sont essentiellement altruistes, humanistes et sociales (Drolet, 2014b ; 2017) et généralement liées à la personne, à l'occupation et à l'environnement (Meyer, 2010 ; Townsend et Polatajko, 2013), à tout le moins au sein dudit monde occidental (Iwama, 2006). Enfin, il convient de préciser que la plupart de ces études relevaient d'un paradigme constructiviste et reposaient sur des collectes et des analyses de données qualitatives, un choix cohérent avec le fait que peu de connaissances étaient alors disponibles sur le sujet. Une seule étude exploratoire s'est attachée à quantifier l'importance que des ergothérapeutes accordent à différentes valeurs (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014).

Tableau 1 : synthèse des études empiriques sur les valeurs d'ergothérapeutes

Références	Pays	Participants (n)	Paradigmes de recherche
Aguilar <i>et al.</i> (2012)	Australie	15	Constructiviste
Aguilar <i>et al.</i> (2013)	Australie	68	Constructiviste
Drolet et Désormeaux-Moreau (2014)	Canada	26	Post-positiviste
Drolet et Désormeaux-Moreau (2016)	Canada	26	Constructiviste
Drolet et Désormeaux-Moreau (2019)	Canada	11	Constructiviste
Fondiller <i>et al.</i> (1990)	États-Unis	9	Constructiviste
Richard <i>et al.</i> (2011)	France	27	Constructiviste

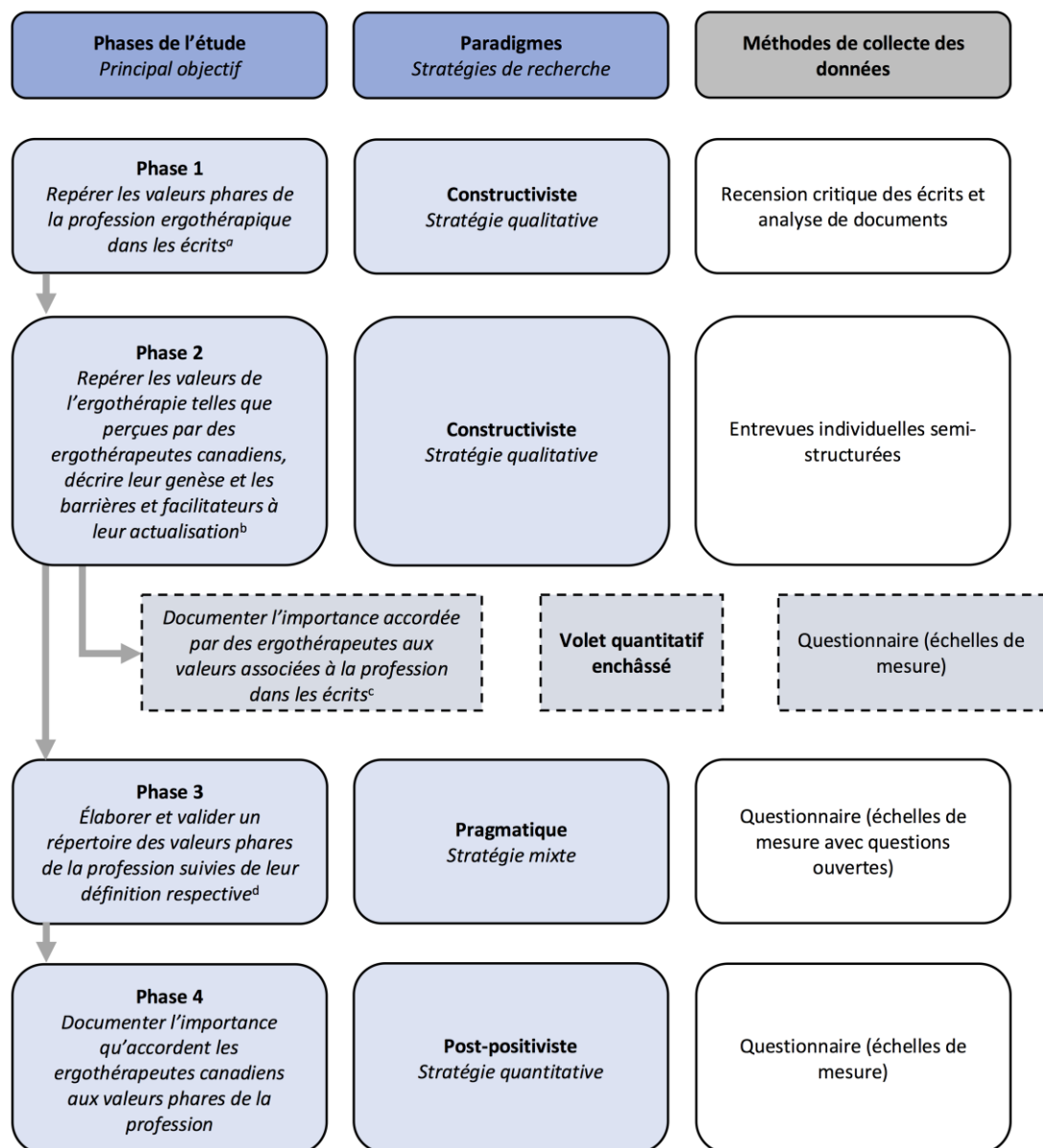
MÉTHODES

La présente étude relève d'une stratégie mixte et s'inscrit dans un devis de recherche séquentiel exploratoire (Hesse-Biber, 2010) qui visait à documenter les valeurs de l'ergothérapie et celles d'ergothérapeutes. Une telle approche s'avérait pertinente pour établir d'abord une base de connaissances sur une thématique jusqu'alors peu explorée (DePoy et Gitlin, 2011). Au moyen de méthodes de collecte et d'analyse de données qualitatives, les deux premières phases de la recherche ont permis de dégager un vocabulaire conceptuellement valide et pertinent (voir la figure 1). Les résultats qualitatifs ainsi obtenus ont alimenté les deux phases subséquentes de l'étude, en soutenant l'élaboration d'un répertoire de valeurs phares de la profession suivies de leur définition respective (phase 3). Ce répertoire a servi d'outil de collecte de données pour quantifier l'importance qu'accordent des ergothérapeutes à ces valeurs (phase 4).

Ayant une visée descriptive (DePoy et Gitlin, 2011), la quatrième phase de la recherche, qui fait l'objet du présent article, avait pour but principal de documenter l'importance qu'accordent les ergothérapeutes canadiens de langue française qui exercent la profession au Québec aux valeurs du répertoire. Il s'agissait également d'explorer l'influence de certaines caractéristiques des participants ou de la clientèle sur l'importance

accordée à ces valeurs. Enfin, un autre objectif consistait à documenter la nature (micro, méso et macro) des barrières et facilitateurs au respect de ces valeurs en pratique ainsi qu'à repérer les cinq valeurs les plus faciles ou les plus difficiles à actualiser au quotidien.

Figure 1 : schématisation des phases de la recherche au sein desquelles s'inscrit l'étude ici rapportée (phase 4)



^a Cette recension a fait l'objet d'une publication (Drolet, 2014b).

^{b,c} Les méthodes et résultats issus de cette phase ont été décrits dans d'autres articles (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014 ; 2016 ; Drolet et Goulet, 2017 ; Drolet et Sauvageau, 2016).

^d La démarche d'élaboration et de validation de contenu du répertoire des valeurs suivies de leur définition a aussi été publiée (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2019).

Participants

Les participants recherchés devaient d'abord être ergothérapeutes. Puisque l'outil de collecte des données avait été validé en français auprès d'ergothérapeutes québécois¹, ils devaient également exercer la profession au Québec² et maîtriser le français. Aucun critère d'exclusion n'a été appliqué. Les participants ont été recrutés suivant un échantillonnage par choix raisonné et par réseau. Le 8 juin 2016, une invitation a été transmise par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) à ses membres (n = 4332) acceptant d'être contactés pour des fins de recherche. Une relance a été effectuée le 22 juin 2016. De plus, les répondants étaient encouragés à transmettre l'invitation aux ergothérapeutes qu'ils estimaient susceptibles de s'intéresser à l'étude. Le questionnaire a été fermé en août 2016.

Considérations éthiques

Une certification éthique a été accordée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières, en date du 10 septembre 2013, soit avant d'amorcer la deuxième phase de la recherche. Cette certification a ensuite été renouvelée annuellement, en tenant compte des ajouts.

Collecte des données

Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire électronique comprenant trois sections. Dans la première section du questionnaire, les participants devaient quantifier l'importance qu'ils accordent aux 33 valeurs du répertoire élaboré dans le cadre de la troisième phase de la recherche (voir la figure 1). Ce répertoire se présentait concrètement sous la forme d'une série de valeurs, accompagnées de leur définition respective (pour les définitions de ces valeurs et la façon dont les définitions ont été validées, consulter Drolet et Désormeaux-Moreau, 2019). Une échelle de Likert à sept niveaux a été utilisée pour documenter l'importance accordée à chacune des valeurs par les participants : 1- très peu importante ; 2- peu importante ; 3- plus ou moins importante ; 4- plutôt importante ; 5- importante ; 6- très importante ; 7- extrêmement importante. Dans la seconde section du questionnaire, les participants devaient d'abord identifier les cinq valeurs du répertoire qu'ils estiment les plus faciles à actualiser dans leur pratique et les cinq qu'ils considèrent comme les plus difficiles à respecter. Ils devaient ensuite statuer sur la nature (micro, méso ou macro) des principaux facilitateurs et des principales barrières à l'actualisation de ces valeurs en pratique au moyen d'une échelle nominale (voir le tableau 2, qui présente une synthèse des barrières et facilitateurs documentés dans le cadre de la deuxième phase de la recherche [Drolet et Goulet, 2017]).

¹ Le Québec est l'une des 10 provinces canadiennes.

² Au Québec, l'inscription à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec est obligatoire pour porter le titre d'ergothérapeute et exercer les activités professionnelles réservées. Cette inscription doit être renouvelée annuellement.

Enfin, dans la troisième section du questionnaire, les participants devaient répondre à des questions sociodémographiques.

Tableau 2 : facilitateurs et barrières à l'actualisation des valeurs selon leur nature environnementale

Environnement	Facilitateurs	Barrières
Micro	• Bonne collaboration interdisciplinaire • Réflexion personnelle sur ses valeurs • Professionnalisme et humanisme de l'ergothérapeute • Forces des clients • Bon lien thérapeutique	• Attitudes, croyances ou valeurs de certains collègues ou clients • Identité professionnelle faible ou ambiguë de l'ergothérapeute
Méso	• Ressources humaines et matérielles en quantité suffisante • Soutien institutionnel	• Manque de temps ou de ressources • Visions des supérieurs • Valeurs ou politiques institutionnelles
Macro	• Politiques publiques justes et inclusives • Reconnaissance de la profession • Développement scientifique de la profession	• Organisation du système de santé • Valeurs sociales • Méconnaissance de la profession

Analyse des données

Les données portant sur l'importance accordée à chacune des valeurs du répertoire ont été soumises à des statistiques descriptives (effectif, pourcentage, score médian et étendue) et des tests non paramétriques. Ces derniers ont été privilégiés compte tenu de la nature des données recueillies (catégorielles pour la plupart) et des distributions fortement asymétriques pouvant s'expliquer par le partage de valeurs communes aux participants. Des corrélations de Spearman ont ainsi été calculées pour vérifier l'association entre l'importance accordée par les participants à chacune des valeurs et leur âge, d'une part, et leur nombre d'années d'expérience professionnelle, d'autre part. Un test de Kruskal-Wallis (Kruskal et Wallis, 1952) a quant à lui été effectué pour comparer l'importance accordée aux valeurs selon : 1) la formation en éthique des participants, 2) le groupe d'âge de la clientèle avec laquelle ces derniers travaillent et 3) la problématique prédominante de cette clientèle. Lorsque le test s'est révélé statistiquement significatif, des comparaisons *post hoc* ont été réalisées (avec correction de Bonferroni pour contrôler l'erreur de type 1) et des tailles d'effet ont été calculées³. En outre, le test de Jonckheere-Terpstra (Jonckheere, 1954) a été réalisé pour tester la présence d'une tendance entre la formation en éthique des participants et l'importance accordée aux valeurs. Enfin, il convient de préciser que le seuil alpha (erreur de type 1) a été fixé à 5 % et

³ Les tailles d'effet pour les comparaisons par paires (*post hoc*) ont été obtenues en calculant $r = z / \sqrt{N}$, où N représente la somme du nombre de participants dans chacun des groupes concernés par ladite comparaison (Field, 2013).

que l'ensemble des analyses a été effectué au moyen du logiciel d'analyses statistiques Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

RÉSULTATS

Description des participants

Au total, 327 ergothérapeutes, principalement des femmes, ont pris part à l'étude. Ils exerçaient la profession dans l'une des 17 régions administratives du Québec (à l'exception du Nord-du-Québec), avec un peu plus du tiers d'entre eux travaillant dans la grande région métropolitaine (Montréal). Au moment de leur participation, ils avaient entre quelques mois et 40 années d'expérience professionnelle. La plupart des participants détenaient un diplôme universitaire en ergothérapie acquis dans l'une ou l'autre des cinq universités québécoises offrant la formation menant à l'exercice de la profession. Dix participants détenaient un diplôme en ergothérapie acquis dans une université canadienne située à l'extérieur du Québec (3,06 %) ⁴ et deux participants dans une université étrangère (0,61 %) ⁵. Il convient de préciser que les données concernant le milieu de formation en ergothérapie de 11 participants (3,36 %) se sont avérées erronées ou manquantes. Enfin, que ce soit dans le cadre de leur formation en ergothérapie ou d'un perfectionnement professionnel, la plupart n'avaient aucune formation en éthique ou avaient reçu une formation brève (entre quelques heures et quelques jours) (n = 113 ; 34,56 %). Certains avaient suivi un (n = 88 ; 26,91 %) ou plusieurs (n = 8 ; 2,45 %) cours universitaires consacrés à l'éthique dans le cadre de leur formation d'ergothérapeute, tandis que quelques-uns détenaient un diplôme universitaire en cette discipline (n = 6 ; 1,83 %), obtenu en plus de leurs études en ergothérapie. Le tableau 3 présente les caractéristiques sociodémographiques et le profil universitaire des ergothérapeutes.

⁴ Université d'Ottawa (n = 6 ; 1,86 %), Western University (n = 1 ; 0,31 %), University of Toronto (n = 1 ; 0,31 %), McMaster University (n = 1 ; 0,31 %) et Queen's University (n = 1 ; 0,31 %).

⁵ Université hébraïque de Jérusalem (n = 1 ; 0,31 %) et Washington University in St. Louis (n = 1 ; 0,31 %).

Tableau 3 : caractéristiques sociodémographiques et profil universitaire des participants

Caractéristiques	Participants (n = 327) (%)
Âge	
Moyenne (écart-type)	38,56 (10,17)
Étendue	[23-66]
Année(s) d'expérience	
Moyenne (écart-type)	14,56 (9,76)
Étendue	[1-40]
Genre – Nombre de participants (%)	
Femme	309 (94,50)
Pays d'origine – Nombre de participants (%)	
Canada *	320 (97,86)
France	4 (1,22)
États-Unis	2 (0,61)
Espagne	1 (0,31)
Plus haut niveau de scolarité atteint – Nombre de participants (%)	
Baccalauréat (avant 2008, le baccalauréat donnait accès à la formation)	172 (52,60)
Maîtrise (depuis 2008, la maîtrise est requise pour exercer la profession)	128 (39,14)
Diplôme d'études supérieures spécialisées	19 (5,81)
Doctorat	5 (1,53)
Postdoctorat	3 (0,92)

* La plupart étaient natifs du Canada (n = 320 ; 97,9 %), soit du Québec (n = 310 ; 94,8 %), de l'Ontario (n = 7 ; 2,14 %) ou du Nouveau-Brunswick (n = 3 ; 0,9 %).

Les participants avaient une expérience professionnelle variée en termes de rôles et de milieux de pratique. Une majorité exerçaient la profession dans un établissement public de santé (n = 254 ; 77,68 %). Les autres travaillaient soit en pratique libérale (n = 46 ; 14,07 %), pour une institution d'enseignement (n = 20 ; 6,12 %) ou une instance gouvernementale (n = 7 ; 2,14 %). Enfin, 211 participants travaillaient avec une clientèle caucasienne (64,53 %) et 113 avec une clientèle multiculturelle (34,56 %). Le tableau 4 dresse le portrait de la principale clientèle des participants.

Tableau 4 : portrait de la clientèle des participants

Clientèle	Nombre de participants (%)
Groupe d'âge	
Adultes (18-64 ans)	130 (39,76)
Personnes âgées (65 ans et plus)	90 (27,52)
Multiclientèle en proportions égales (p. ex. 50 % d'adultes et 50 % de personnes âgées ou 33 % d'enfants, 33 % d'adolescents et 33 % d'adultes)	57 (17,43)
Enfants et adolescents (0-17 ans)	50 (15,29)
Problématique prédominante	
Santé physique	197 (60,24)
Santé cognitive et neurodiversité (p. ex. démence, déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme)	66 (20,18)
Santé mentale ou problème de dépendance	55 (16,82)
Santé publique (p. ex. promotion de la santé/sécurité, prévention des accidents/incidents)	9 (2,75)

Importance accordée par les ergothérapeutes aux valeurs phares de la profession

Importance accordée aux valeurs

L'analyse des données recueillies met en évidence qu'une certaine importance (soit les cotes « extrêmement importante », « très importante », « importante » ou « plutôt importante ») est accordée pour l'ensemble des valeurs du répertoire, et ce, par une majorité d'ergothérapeutes. La dignité humaine est la valeur ayant été cotée « extrêmement importante » par le plus grand nombre d'ergothérapeutes et l'innovation, celle l'ayant été par le plus petit nombre. Parmi les valeurs considérées comme « très peu importantes », 3 comptent parmi les 10 valeurs ayant été jugées « extrêmement importantes » par un plus petit nombre d'ergothérapeutes, soit l'efficacité, la spiritualité et la liberté. Le tableau 5 présente l'importance accordée par les ergothérapeutes à chacune des 33 valeurs du répertoire.

Tableau 5 : importance accordée par les ergothérapeutes aux 33 valeurs du répertoire

Valeurs	Nombre d'ergothérapeutes selon l'importance accordée à chacune des valeurs (%)							
	Importance accordée (médiane)	Extrêmement importante	Très importante	Importante	Plutôt importante	Plus ou moins importante	Peu importante	Très peu importante
Dignité humaine	7	183 (55,96)	100 (30,58)	40 (12,23)	4 (1,22)	—	—	—
Intégrité	7	174 (53,21)	118 (36,09)	32 (9,79)	3 (0,92)	—	—	—
Respect	7	168 (51,38)	131 (40,06)	26 (7,95)	2 (0,61)	—	—	—
Approche centrée sur le client	6	162 (49,54)	126 (38,53)	33 (10,09)	6 (1,83)	—	—	—
Autonomie décisionnelle	6	146 (44,65)	143 (43,73)	35 (10,70)	3 (0,92)	—	—	—
Autonomie fonctionnelle	6	145 (44,34)	138 (42,20)	39 (11,93)	5 (1,53)	—	—	—
Professionnalisme	6	133 (40,67)	139 (42,51)	48 (14,68)	5 (1,53)	—	—	—
Qualité de vie	6	128 (39,14)	138 (42,20)	53 (16,21)	7 (2,14)	1 (0,31)	—	—
Sécurité	6	123 (37,61)	132 (40,37)	54 (16,51)	16 (4,89)	1 (0,31)	1 (0,31)	—
Autonomie professionnelle	6	120 (36,70)	143 (43,73)	57 (17,43)	7 (2,14)	—	—	—
Engagement occupationnel	6	120 (36,70)	141 (43,12)	59 (18,04)	6 (1,83)	1 (0,31)	—	—
Honnêteté	6	118 (36,09)	134 (40,98)	63 (19,27)	11 (3,36)	1 (0,31)	—	—
Confidentialité	6	117 (35,78)	145 (44,34)	53 (16,21)	11 (3,36)	1 (0,31)	—	—
Collaboration	6	112 (34,25)	145 (44,34)	57 (17,43)	10 (3,06)	2 (0,61)	—	1 (0,31)
Empathie	6	112 (34,25)	147 (44,95)	62 (18,96)	6 (1,83)	—	—	—

Tableau 6 : importance accordée par les ergothérapeutes aux 33 valeurs du répertoire (suite)

Valeurs	Nombre d'ergothérapeutes selon l'importance accordée à chacune des valeurs (%)							
	Importance accordée (médiane)	Extrêmement importante	Très importante	Importante	Plutôt importante	Plus ou moins importante	Peu importante	Très peu importante
Approche écologique	6	101 (30,89)	124 (37,92)	80 (24,46)	14 (4,28)	7 (2,14)	1 (0,31)	—
Égalité	6	100 (30,58)	136 (41,59)	72 (22,02)	13 (3,98)	5 (1,53)	—	1 (0,31)
Holisme	6	97 (29,66)	136 (41,59)	79 (24,16)	14 (4,28)	1 (0,31)	—	—
Confiance	6	92 (28,13)	145 (44,34)	77 (23,55)	13 (3,98)	—	—	—
<i>Empowerment</i>	6	91 (27,83)	131 (40,06)	90 (27,52)	13 (3,98)	2 (0,61)	—	—
Pensée critique	6	89 (27,22)	146 (44,65)	79 (24,16)	12 (3,67)	1 (0,31)	—	—
Sollicitude	6	84 (25,69)	114 (34,86)	93 (28,44)	26 (7,95)	7 (2,14)	2 (0,61)	1 (0,31)
Justice occupationnelle	6	73 (22,32)	112 (34,25)	95 (29,05)	40 (12,23)	7 (2,14)	—	—
Liberté	6	62 (18,96)	115 (35,17)	108 (33,03)	36 (11,01)	5 (1,53)	—	1 (0,31)
Justice sociale	6	69 (21,10)	105 (32,11)	117 (35,78)	29 (8,87)	7 (2,14)	—	—
Santé	6	59 (18,04)	133 (40,67)	113 (34,56)	20 (6,12)	2 (0,61)	—	—
Signifiante occupationnelle	6	50 (15,29)	121 (37)	110 (33,64)	37 (11,31)	8 (2,45)	—	—
Pratique réflexive	5	39 (11,93)	109 (33,33)	115 (35,17)	51 (15,60)	11 (3,26)	2 (0,61)	—
Pratique probante	5	36 (11,01)	121 (37)	112 (34,25)	49 (14,98)	7 (2,14)	1 (0,31)	—
Créativité	5	32 (9,79)	112 (34,25)	121 (37)	47 (14,37)	15 (4,59)	—	—
Spiritualité	5	29 (8,87)	98 (29,97)	124 (37,92)	53 (16,21)	18 (5,50)	4 (1,22)	1 (0,31)
Efficiencia	5	27 (8,26)	74 (22,63)	114 (34,86)	75 (22,94)	29 (8,87)	5 (1,53)	3 (0,92)
Innovation	5	22 (6,73)	82 (25,08)	134 (40,98)	71 (21,71)	17 (5,20)	1 (0,31)	—

Enfin, les valeurs se sont vu attribuer la cote « extrêmement importante » par au moins 22 des 327 participants, tandis que six d'entre elles ont été cotées « très peu importantes » par au plus 3 participants (voir le tableau 6).

Tableau 7 : répartition de l'importance accordée par les ergothérapeutes à chacune des 33 valeurs du répertoire

Importance accordée	Nombre de valeurs pour lesquelles cette cote a été accordée par au moins un participant (%) (n = 33)	Nombre de participants ayant accordé cette cote à l'une ou l'autre des valeurs (étendue) (n = 327)
Extrêmement importante	33	[22-183]
Très importante	33	[74-147]
Importante	33	[26-134]
Plutôt importante	33	[2-75]
Plus ou moins importante	23 (69,70)	[0-29]
Peu importante	8 (22,00)	[0-5]
Très peu importante	6 (18, 18)	[0-3]

Importance accordée aux valeurs : associations

Une faible⁶ corrélation positive s'est révélée statistiquement significative entre l'âge des ergothérapeutes et l'importance accordée à une seule des 33 valeurs, soit la spiritualité ($r_s = 0,23$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,001$). De très faibles corrélations positives se sont avérées statistiquement significatives entre l'âge des ergothérapeutes et l'importance accordée aux valeurs suivantes : l'autonomie fonctionnelle ($r_s = 0,17$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,002$), la créativité ($r_s = 0,12$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,027$), la dignité humaine ($r_s = 0,15$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,005$), l'honnêteté ($r_s = 0,11$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,043$) et l'innovation ($r_s = 0,15$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,005$). Aucune corrélation négative n'a été observée entre l'importance accordée aux valeurs par les ergothérapeutes et l'âge de ces derniers.

De façon similaire, une faible corrélation positive statistiquement significative a été relevée entre le nombre d'années d'expérience professionnelle et l'importance accordée à la spiritualité ($r_s = 0,23$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,001$). De très faibles corrélations positives se sont avérées statistiquement significatives entre le nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes et l'importance accordée aux valeurs suivantes : l'autonomie décisionnelle ($r_s = 0,13$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,020$), la créativité ($r_s = 0,12$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,031$), la dignité humaine ($r_s = 0,15$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,008$) et l'innovation ($r_s = 0,16$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,004$). Enfin, une très faible corrélation négative statistiquement significative est ressortie entre le nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes et l'importance accordée à la qualité de vie ($r_s = 0,12$, $p_{\text{bilatéral}} = 0,037$).

⁶ L'interprétation des corrélations s'appuie sur les tailles d'effet conventionnelles de Cohen, soit faible (0,2), modérée (0,5) et forte (0,8) (Cohen, 1988).

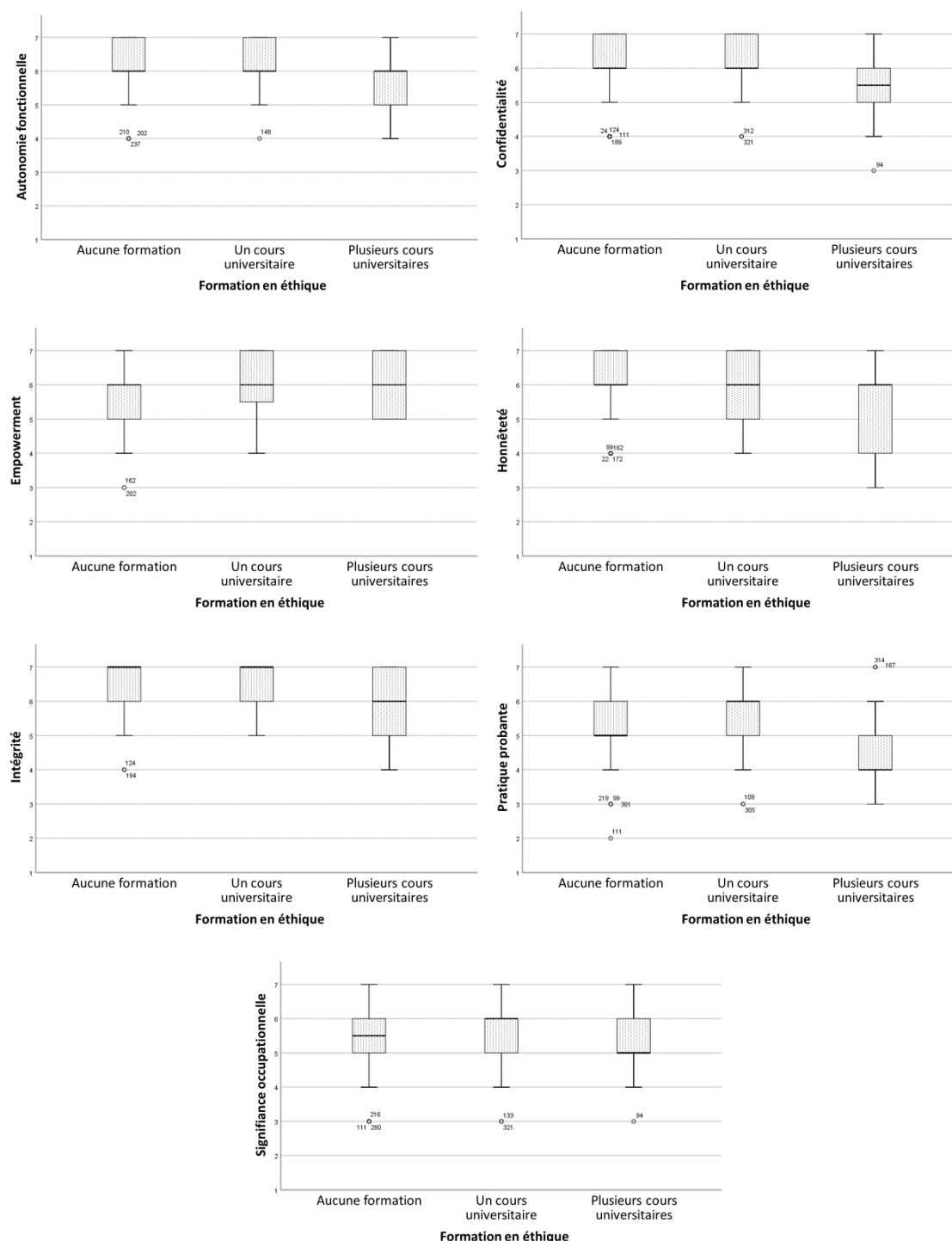
Importance accordée aux valeurs : comparaisons de groupes

Les comparaisons de groupes ont permis de dégager des différences statistiquement significatives entre l'importance accordée par les ergothérapeutes à certaines des valeurs du répertoire et trois des variables testées (formation en éthique ainsi que groupe d'âge et principale problématique de la clientèle). L'importance accordée à sept valeurs s'est avérée influencée de façon statistiquement significative par la formation en éthique des ergothérapeutes (voir le tableau 7). La figure 2 permet de visualiser la médiane, l'intervalle interquartile ainsi que les valeurs maximales et minimales associées à ces résultats (voir le tableau 8 pour la signification statistique et les tailles d'effet).

Tableau 8 : importance accordée selon la formation en éthique des participants

Variables	Formation en éthique de participants (n = 327)			Statistiques
	Aucune (n = 225 ; 68,81 %)	Un cours universitaire (n = 88 ; 26,91 %)	Plusieurs cours universitaires, voire un diplôme (n = 14 ; 4,28 %)	
Autonomie fonctionnelle	6 (165,55)	6 (169,12)	6 (106,86)	H(2) = 6,500 $p_{\text{bilatéral}} = 0,039$
Confidentialité	6 (166,71)	6 (167,27)	5,5 (99,93)	H(2) = 7,789 $p_{\text{bilatéral}} = 0,020$
Empowerment	6 (154,81)	6 (186,35)	6 (171,14)	H(2) = 7,975 $p_{\text{bilatéral}} = 0,019$
Honnêteté	6 (172,69)	6 (149,36)	6 (116,29)	H(2) = 8,640 $p_{\text{bilatéral}} = 0,013$
Intégrité	7 (161,95)	7 (176,47)	6 (118,61)	H(2) = 6,068 $p_{\text{bilatéral}} = 0,048$
Pratique probante	5 (162,17)	6 (177,05)	4 (99,68)	H(2) = 9,167 $p_{\text{bilatéral}} = 0,010$
Signifiante occupationnelle	5,5 (157,71)	6 (182,64)	5 (135,75)	H(2) = 6,282 $p_{\text{bilatéral}} = 0,043$

Figure 2 : comparaisons de groupes pour les valeurs où le fait de détenir une formation en éthique influence de façon statistiquement significative l'importance accordée ⁷



⁷ La longueur verticale de la boîte à moustache représente l'intervalle interquartile ; la ligne centrale représente les valeurs médianes ; les extrémités des moustaches représentent les valeurs qui, à l'intérieur de 1,5 boîte, sont les plus éloignées de la distribution, tandis que les points extérieurs à la boîte représentent des valeurs éloignées. Voir les tableaux 7 et 8 pour les inférences statistiques.

Tableau 9 : signification statistique et tailles d'effet associées aux comparaisons par paires réalisées pour les valeurs où une différence statistiquement significative de l'importance accordée a été observée selon la formation en éthique

Variables	Aucune formation en éthique vs un cours universitaire	Aucune formation en éthique vs plusieurs cours universitaires, voire un diplôme	Un cours universitaire vs plusieurs cours universitaires, voire un diplôme
Autonomie fonctionnelle	$p = 1,00$ $r = -0,019$	$p = 0,041^+$ $r = -0,146$	$p = 0,037^+$ $r = -0,25^*$
Confidentialité	$p = 1,00$ $r = -0,003$	$p = 0,017^+$ $r = -0,18$	$p = 0,023^+$ $r = -0,26^*$
Empowerment	$p = 0,015^+$ $r = -0,16$	$p = 1,00$ $r = -0,043$	$p = 1,00$ $r = -0,059$
Honnêteté	$p = 0,11$ $r = -0,12$	$p = 0,062$ $r = -0,15$	$p = 0,58$ $r = -0,13$
Intégrité	$p = 0,52$ $r = -0,077$	$p = 0,19$ $r = -0,12$	$p = 0,053$ $r = -0,24^*$
Pratique probante	$p = 0,56$ $r = -0,075$	$p = 0,034^+$ $r = -0,16$	$p = 0,008^+$ $r = -0,30^*$
Signifiante occupationnelle	$p = 0,081$ $r = -0,12$	$p = 1,00$ $r = -0,058$	$p = 0,21$ $r = -0,18$

^a Les comparaisons de groupes statistiquement significatives sont identifiées au moyen d'un $^+$.

^b Les tailles d'effet positives indiquent que la première valeur médiane est plus grande que la seconde ; les tailles d'effet négatives indiquent le contraire. Par exemple, dans le cadre des comparaisons menées à partir de l'importance accordée à l'autonomie fonctionnelle, une taille d'effet négative montre que la médiane du groupe composé des ergothérapeutes ne détenant aucune formation en éthique < que la médiane du groupe composé des ergothérapeutes ayant suivi un cours universitaire sur le sujet.

^c Quatre tailles d'effet faibles ont été obtenues et sont désignées au moyen d'un * . Les autres sont très faibles (c'est-à-dire < 2).

Les résultats font par ailleurs ressortir que l'importance accordée à six valeurs s'est avérée influencée de façon statistiquement significative par le groupe d'âge de la clientèle (voir le tableau 9). La figure 3 situe visuellement les différences observées selon les groupes d'âge qui caractérisent les clientèles avec lesquelles travaillent les ergothérapeutes, tandis que le tableau 10 présente la signification statistique et les tailles d'effet des comparaisons par paires.

Enfin, il se dégage des résultats que la nature de la problématique prédominante de la clientèle avec laquelle travaillent les ergothérapeutes influence de façon statistiquement significative l'importance accordée à sept valeurs (voir le tableau 11). La figure 4 illustre les différences observées selon les groupes, tandis que le tableau 12 présente la signification statistique et les tailles d'effet des comparaisons par paires.

Tableau 10 : valeurs où une différence statistiquement significative de l'importance accordée par les ergothérapeutes a été observée selon le groupe d'âge de la clientèle

Variables	Groupe d'âge de la clientèle avec laquelle travaillent les participants (n = 270)			Statistiques
	Enfants / Adolescents (n = 50 ; 18,52 %)	Adultes (n = 130 ; 48,15 %)	Aînés (n = 90 ; 33,33 %)	
Approche écologique	6 (151,59)	6 (140,15)	6 (119,85)	$H(2) = 6,85$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,033$
Autonomie fonctionnelle	7 (151,93)	6 (140,92)	6 (118,54)	$H(2) = 8,43$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,015$
Confiance	6 (118,63)	6 (149,40)	6 (124,79)	$H(2) = 9,32$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,009$
Empowerment	6 (139,56)	6 (150,38)	6 (111,74)	$H(2) = 14,77$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,001$
Santé	6 (147,68)	6 (141,85)	6 (119,56)	$H(2) = 6,61$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,037$
Sécurité	6 (149,40)	6 (141,43)	6 (119,22)	$H(2) = 7,19$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,027$

Les données sont exprimées en médiane (rang médian).

Tableau 11 : signification statistique et tailles d'effet associées aux comparaisons par paires réalisées pour les valeurs où une différence statistiquement significative a été observée selon le groupe d'âge de la clientèle

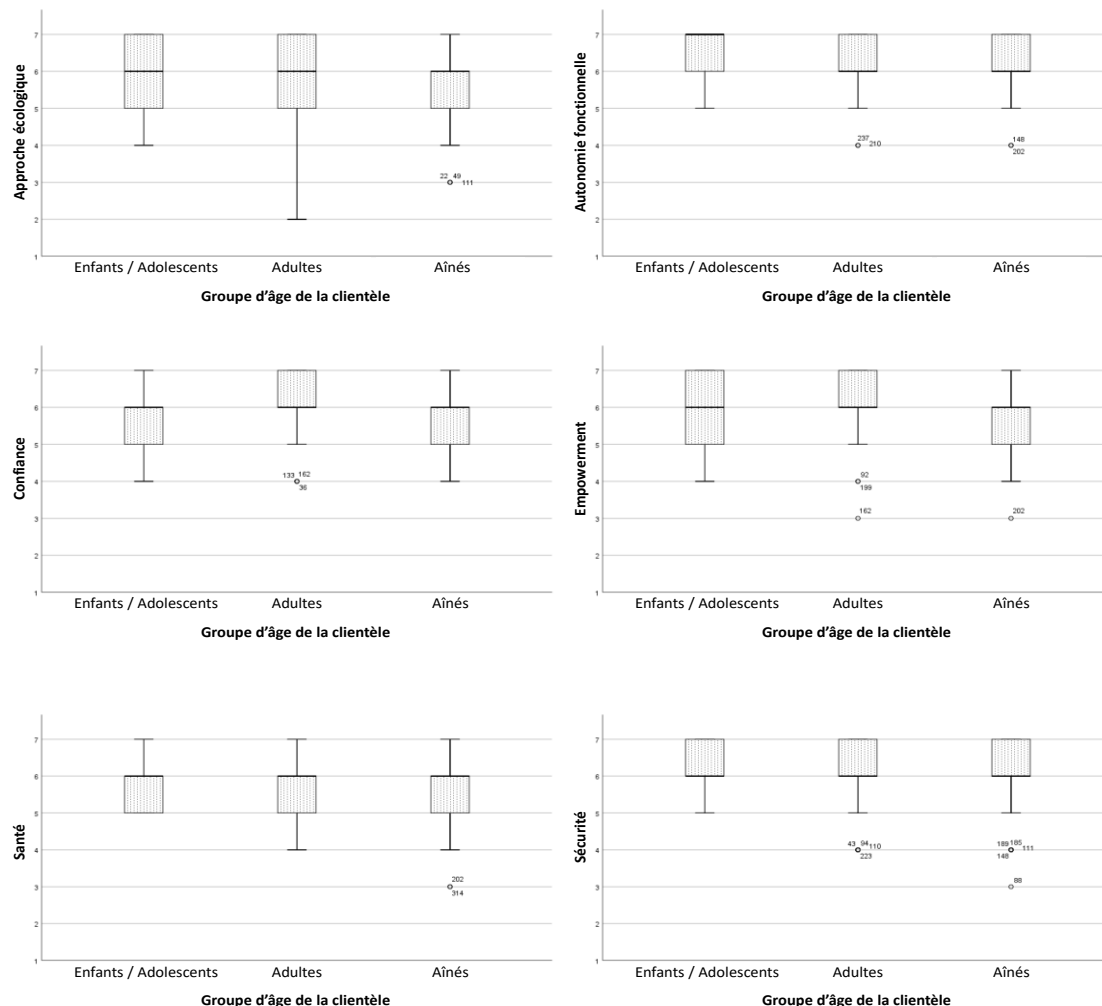
Variables	Enfants / Adolescents vs Adultes	Enfants / Adolescents vs Aînés	Adultes vs Aînés
Approche écologique	$p = 1,000$ $r = -0,069$	$p = 0,046^{\dagger}$ $r = -0,20^*$	$p = 0,140$ $r = -0,13$
Autonomie fonctionnelle	$p = 1,000$ $r = -0,069$	$p = 0,025^{\dagger}$ $r = -0,22^*$	$p = 0,680$ $r = -0,150$
Confiance	$p = 0,034^{\dagger}$ $r = -0,19$	$p = 1,000$ $r = -0,041$	$p = 0,042^{\dagger}$ $r = -0,17$
Empowerment	$p = 1,000$ $r = -0,066$	$p = 0,098$ $r = -0,180$	$p < 0,001^{\dagger}$ $r = -0,26^*$
Santé	$p = 1,000$ $r = 0,036$	$p = 0,089$ $r = -0,18$	$p = 0,080$ $r = -0,150$
Sécurité	$p = 1,000$ $r = -0,049$	$p = 0,056$ $r = -0,20^*$	$p = 0,078$ $r = -0,150$

^a Les comparaisons de groupes qui se sont avérées statistiquement significatives sont identifiées au moyen d'un[†].

^b Les tailles d'effet positives indiquent que la première valeur médiane est plus grande que la seconde ; les tailles d'effet négatives indiquent le contraire.

^c Quatre tailles d'effet faibles ont été obtenues et sont désignées au moyen d'un *. Les autres sont toutes très faibles (c'est à dire < 2).

Figure 3 : comparaisons de groupes pour les valeurs où le groupe d'âge de la clientèle avec laquelle travaillent les ergothérapeutes influence de façon statistiquement significative l'importance accordée



Barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs

Questionnés sur l'actualisation des valeurs phares de la profession dans leur pratique, une grande proportion des ergothérapeutes ont identifié la pratique probante comme la plus difficile à actualiser, suivie de l'innovation, de l'efficacité, de la justice sociale et de la justice occupationnelle. Les barrières les plus fréquemment rencontrées par les ergothérapeutes relèvent de leur milieu (méso-environnement) ($n = 212$; 64,83 %) ou de la société (macro-environnement) ($n = 81$; 24,77 %). À l'inverse, une large proportion des ergothérapeutes a indiqué que l'empathie est la valeur la plus facile à actualiser, suivie de l'approche centrée sur le client, du respect, de la collaboration et de l'honnêteté. Les facilitateurs à l'actualisation de ces valeurs relèvent essentiellement des personnes et de leurs interactions, donc du micro-environnement ($n = 289$; 88,38 %). La figure 5 présente le nombre de participants ayant jugé chacune des 33 valeurs du répertoire comme facile ou difficile à actualiser au quotidien.

Tableau 12 : valeurs pour lesquelles une différence statistiquement significative de l'importance accordée par les ergothérapeutes a été observée selon la nature de la problématique prédominante de la clientèle

Variables	Nature de la problématique prédominante de la clientèle (n = 318)			Statistiques
	Santé cognitive et neurodiversité (n = 66 ; 20,75 %)	Santé mentale (n = 55 ; 17,30 %)	Santé physique (n = 197 ; 61,95 %)	
Confiance	6 (145,27)	6 (193,80)	6 (154,69)	$H(2) = 11,13$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,004$
Empathie	6 (147,39)	7 (200,25)	6 (152,18)	$H(2) = 15,279$ $p_{\text{bilatéral}} < 0,001$
Empowerment	6 (149,17)	6 (197,22)	6 (152,43)	$H(2) = 12,590$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,002$
Innovation	5 (161,69)	5 (184,79)	5 (151,71)	$H(2) = 6,195$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,045$
Qualité de vie	6 (172,68)	7 (182,71)	6 (148,60)	$H(2) = 8,85$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,012$
Spiritualité	5 (150,69)	6 (188,24)	5 (154,43)	$H(2) = 7,208$ $p_{\text{bilatéral}} = 0,027$
Signifiante occupationnelle	6 (166,63)	6 (198,62)	5 (145,31)	$H(2) = 16,668$ $p_{\text{bilatéral}} < 0,001$

Les données sont exprimées en médiane (rang médian).

Tableau 13 : signification statistique et tailles d'effet associées aux comparaisons par paires réalisées pour les valeurs où une différence statistiquement significative a été observée selon la nature de la problématique prédominante de la clientèle

Variables	Santé cognitive et neurodiversité vs Santé mentale	Santé cognitive et neurodiversité vs Santé physique	Santé mentale vs Santé physique
Confiance	$p = 0,006^{\dagger}$ $r = -0,28^*$	$p = -1,000$ $r = -0,047$	$p = 0,009^{\dagger}$ $r = -0,19$
Empathie	$p = 0,002^{\dagger}$ $r = -0,31^*$	$p = 1,000$ $r = -0,025$	$p = 0,001^{\dagger}$ $r = -0,23^*$
Empowerment	$p = 0,007^{\dagger}$ $r = -0,28^*$	$p = 1,000$ $r = -0,016$	$p = 0,002^{\dagger}$ $r = -0,21^*$
Innovation	$p = 0,445$ $r = -0,13$	$p = 1,000$ $r = -0,049$	$p = 0,040^{\dagger}$ $r = -0,16$
Qualité de vie	$p = 1,000$ $r = -0,058$	$p = 0,142$ $r = -0,12$	$p = 0,026^{\dagger}$ $r = -0,17$
Spiritualité	$p = 0,058$ $r = -0,21^*$	$p = 1,000$ $r = -0,018$	$p = 0,035^{\dagger}$ $r = -0,16$
Signifiante occupationnelle	$p = 0,134$ $r = -0,18$	$p = 0,258$ $r = -0,11$	$p < 0,001^{\dagger}$ $r = -0,25^*$

^a Les comparaisons de groupes qui se sont avérées statistiquement significatives sont identifiées au moyen d'un † .

^b Les tailles d'effet positives indiquent que la première valeur médiane est plus grande que la seconde ; les tailles d'effet négatives indiquent le contraire.

^c Sept tailles d'effet faibles ont été obtenues et sont désignées au moyen d'un * . Les autres sont très faibles (c'est à dire < 2).

Figure 4 : comparaisons de groupes pour les valeurs où la nature de la problématique prédominante de la clientèle influence de façon statistiquement significative l'importance accordée

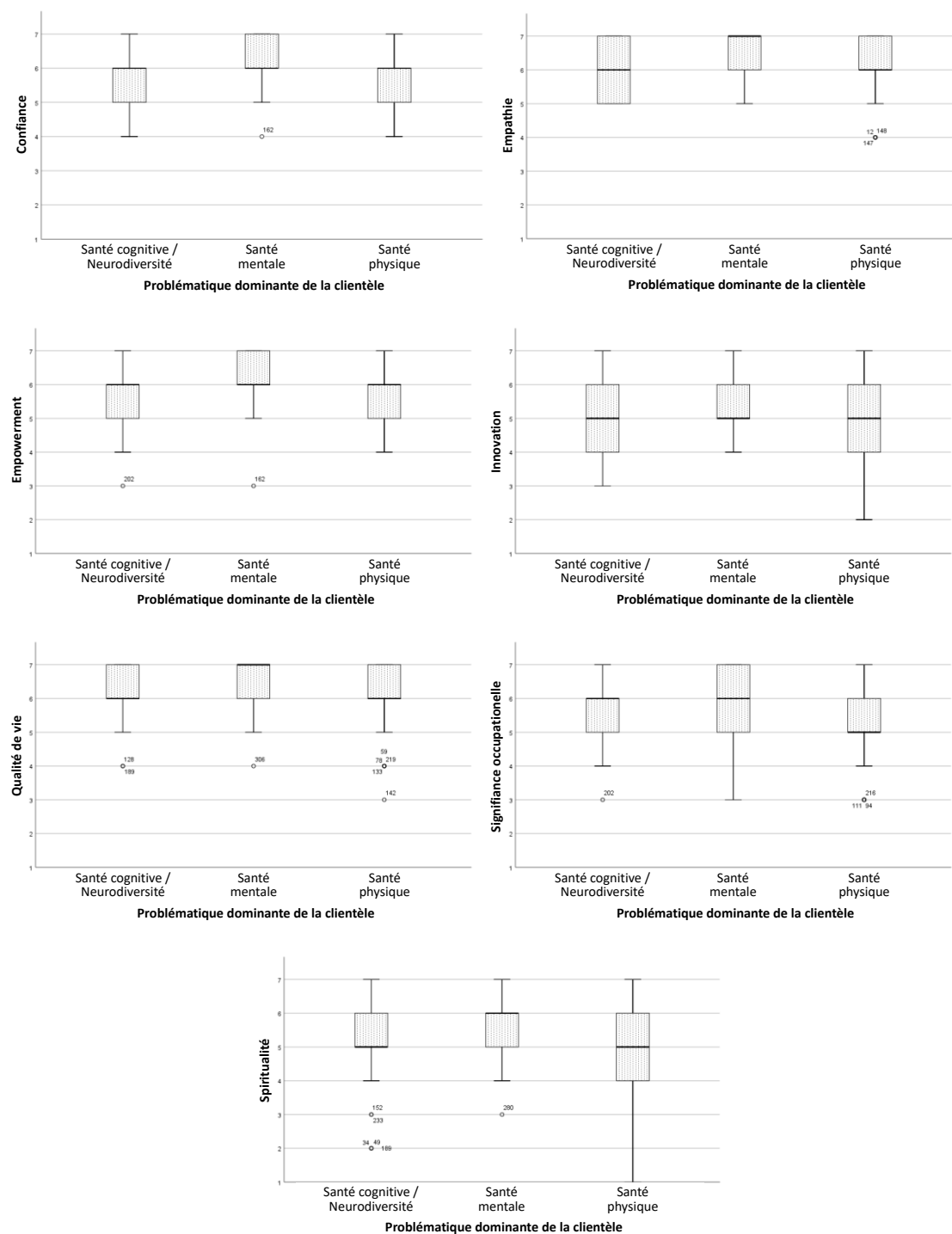
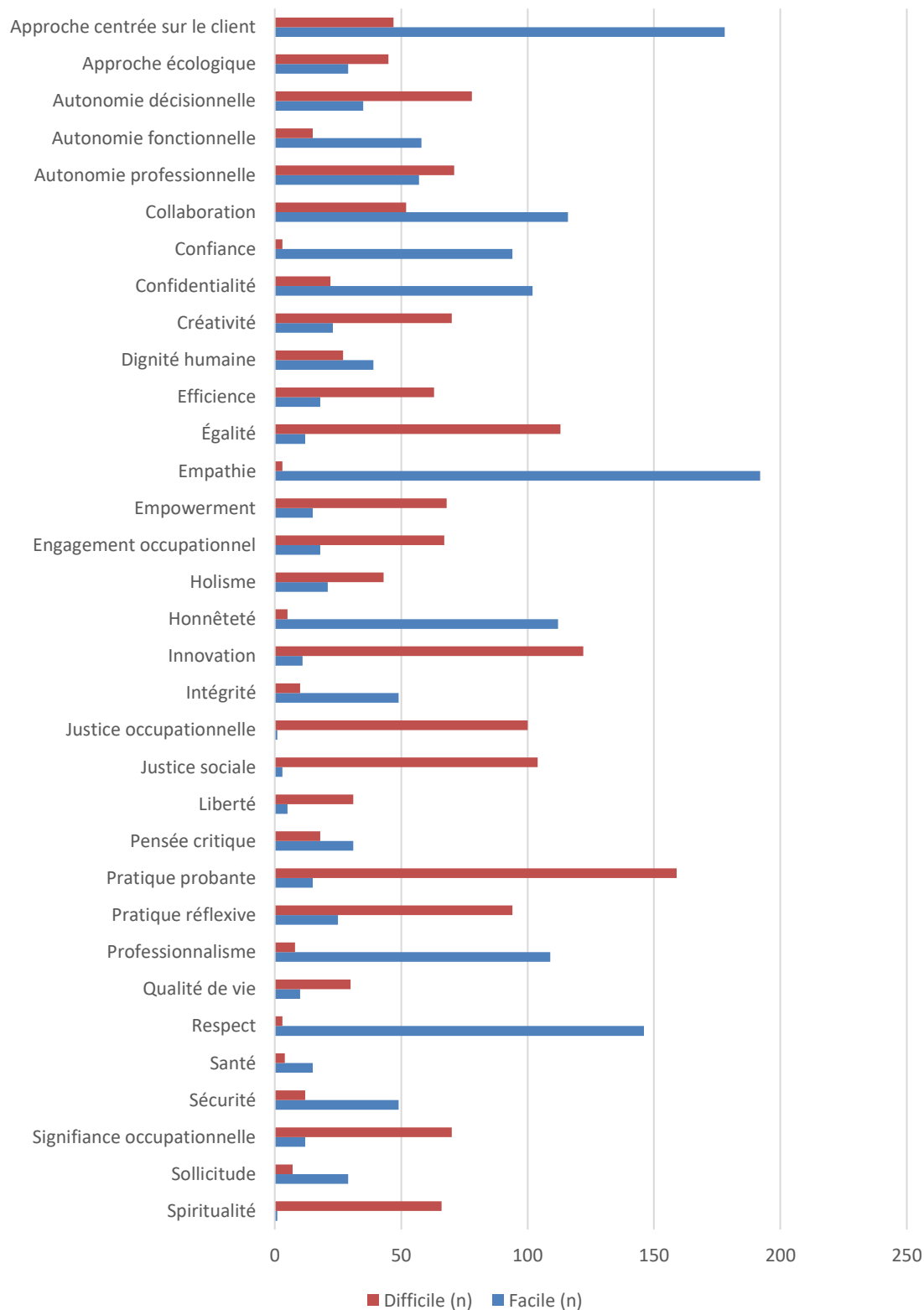


Figure 5 : nombre d'ergothérapeutes ayant jugé chacune des valeurs comme facile ou difficile à actualiser



DISCUSSION

Deux principaux constats se dégagent des résultats de cette étude qui visait à documenter l'importance accordée par des ergothérapeutes québécois à des valeurs phares de la profession, à explorer l'association entre cette importance et diverses variables ainsi qu'à identifier les barrières et facilitateurs au respect de celles-ci en pratique. Le premier constat est que l'importance accordée par les ergothérapeutes aux valeurs semble liée à la facilité qu'ont ces derniers à les respecter en pratique, tandis que le second témoigne du fait que des caractéristiques de la clientèle et de l'ergothérapeute modulent l'importance accordée aux valeurs. Cette section discute de ces constats, tout en établissant, lorsque possible, des comparaisons avec les écrits, avant de décrire les forces et les limites de l'étude.

Importance accordée aux valeurs et facilité à les actualiser

Il ressort des résultats que les valeurs perçues comme faciles à actualiser au quotidien tendent à être davantage valorisées que celles qui sont estimées difficiles à respecter. Ce constat peut être a priori surprenant. En effet, on aurait pu s'attendre à ce qu'une valeur soit estimée en raison de sa valeur intrinsèque, c'est-à-dire de son inhérente pertinence éthique. Or, les résultats attestent plutôt que les ergothérapeutes ont tendance à valoriser davantage les valeurs qu'ils parviennent à actualiser en pratique.

Ainsi, les 7 valeurs considérées comme les plus faciles à actualiser (empathie, approche centrée sur le client, respect, collaboration, honnêteté, professionnalisme et confidentialité) comptent parmi les 15 valeurs les plus estimées par la plus grande proportion d'ergothérapeutes. Dans la même veine, les trois valeurs les plus estimées par le plus grand nombre d'ergothérapeutes (dignité, intégrité et respect) sont des valeurs génériques (c'est-à-dire non spécifiques à l'ergothérapie) qui sont considérées comme faciles à actualiser en pratique par les ergothérapeutes. Ayant comme point de mire le respect d'autrui (en l'occurrence des clients, collègues ou partenaires) et de sa dignité ainsi que le respect de sa propre intégrité comme thérapeute, ces valeurs représentent des atouts relationnels non négligeables pour un professionnel de la relation d'aide et constituent en ce sens un socle de valeurs communes pertinent pour l'établissement de relations interpersonnelles empreintes d'humanité et d'égard. Un tel résultat n'est pas surprenant et se révèle globalement cohérent tant avec les conclusions d'études qualitatives menées auprès d'ergothérapeutes australiens (Aguilar *et al.*, 2012 ; 2013) et états-uniens (Fondiller, Rosage et Neuhaus, 1990), qu'avec les résultats issus de l'étude exploratoire (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014) menée dans le cadre de la deuxième phase de la recherche. À l'inverse, les 6 valeurs estimées comme les plus difficiles à actualiser par la plus grande proportion de participants (l'innovation, l'efficacité, la justice occupationnelle, la justice sociale, la pratique probante et la pratique réflexive) font partie des valeurs considérées comme extrêmement importantes ou très importantes seulement par une minorité d'entre eux. La difficulté à actualiser en pratique des valeurs semble donc influencer l'importance qui leur est accordée, comme si à force de rencontrer des barrières à leur actualisation, les ergothérapeutes en venaient à préférer des valeurs sur lesquelles ils ont davantage de contrôle. Dans le contexte actuel où les

milieux de pratique québécois reposent essentiellement sur des modes managériaux néolibéraux qui valorisent la productivité, la compétitivité entre les établissements et la reddition de compte (Baillargeon, 2017 ; Bourque, 2007 ; Carrier *et al.*, 2016), il appert que les ergothérapeutes font tout ce qui est en leur pouvoir pour réaliser leur travail au mieux avec les connaissances et compétences qui sont les leurs. Cela dit, les tensions entre les fondements axiologiques de la profession et les modèles biomédicaux, de même qu'entre ces fondements et les attentes de résultats concrets et rapides que promeuvent ces modes managériaux (alors que les services ergothérapeutiques et leurs retombées sont bien souvent invisibles, c'est-à-dire qu'ils sont visuellement non perceptibles [Takashima et Saeki, 2013]), peuvent expliquer pourquoi les ergothérapeutes en viennent à privilégier des valeurs génériques.

Les cas de la justice sociale et de la justice occupationnelle, qui ne sont considérées comme des valeurs importantes que par peu de participants et sur lesquelles ils estiment avoir peu de capacités d'action, soulèvent de préoccupants questionnements, dans un contexte où une vision sociale de la profession, valorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap ou qui présentent des conditions chroniques, semble appelée à prendre de plus en plus de place en ergothérapie (Barbara et Curtin, 2008 ; Hammell et Iwama, 2012 ; Kirsh, 2015 ; Townsend, 1993). Ce résultat rejoint néanmoins un des constats d'Aguilar et ses collaborateurs (2013) selon lequel bien que maints ergothérapeutes australiens considèrent qu'il est important de défendre les droits occupationnels des clients, peu d'entre eux estiment qu'il est de leur ressort d'entreprendre des activités d'*advocacy* systémique qui sortent du cadre traditionnel de la clinique (comme dénoncer sur la place publique les injustices occupationnelles, faire de l'activisme politique pour soutenir la mise en place de sociétés justes et inclusives ou influencer les décideurs pour modifier des politiques ou pratiques iniques).

Certains résultats relatifs à l'importance attribuée à certaines valeurs nous sont apparus surprenants et méritent d'être plus longuement discutés. Les paragraphes suivants effectuent un retour sur ces valeurs.

Signifiante occupationnelle : le parent pauvre des valeurs occupationnelles

Étonnamment, la signifiante occupationnelle fait partie des valeurs qui se situent en queue de peloton. Elle est située au 27^e rang sur 33, pas très loin derrière la justice occupationnelle. Il est surprenant que la signifiante occupationnelle ne soit pas considérée comme extrêmement importante ou très importante par une plus grande proportion d'ergothérapeutes, à la différence de ce qui était ressorti à ce sujet dans l'étude exploratoire (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014) menée à la phase 2. Ce résultat est d'autant plus surprenant que des études antérieures insistent sur la valorisation par l'ergothérapeute du sens que les clients donnent à leurs occupations (Aguilar *et al.*, 2012 ; Fondiller *et al.*, 1990), sans toutefois préciser le degré d'importance accordé à cette valeur. Considérant qu'une proportion marquée de participants considèrent l'autonomie décisionnelle et l'approche centrée sur le client comme extrêmement ou très importantes, on se serait attendu à ce qu'une proportion équivalente d'ergothérapeutes considère la signifiante occupationnelle comme aussi importante. La valorisation de l'autonomie décisionnelle et de l'approche centrée sur le client ne va-t-elle pas de pair avec la

valorisation de la signifiante occupationnelle ? Respecter l'autonomie décisionnelle et adopter l'approche centrée sur les clients ne nécessite-t-il pas d'accorder de l'importance au sens que donnent les clients à leurs occupations ? Si tel est bel et bien le cas, comment interpréter ce résultat ? Pour y parvenir, il faut examiner le degré de difficulté à actualiser cette valeur rencontré par les ergothérapeutes. La signifiante occupationnelle fait partie des valeurs considérées comme difficiles à actualiser par la plus grande proportion de participants. Il est vrai que les pressions de performance rencontrées par les ergothérapeutes québécois leur laissent peu de temps pour explorer en profondeur les aspects plus existentiels de la vie des clients (Drolet et Goulet, 2017) auxquels renvoie la signifiante occupationnelle. Ainsi, le contexte actuel lié à une gestion néolibérale des soins offre peu d'opportunités pour actualiser au quotidien cette valeur, ce qui semble influencer négativement l'importance qu'y accordent les ergothérapeutes. Par ailleurs, l'organisation des soins et des services fait que le mandat des ergothérapeutes doit généralement tendre vers l'amélioration de l'autonomie et du rendement dans des occupations inhérentes à la productivité ainsi qu'aux soins personnels, indépendamment de ce que valoriserait les clients.

Santé et sécurité humaines : le paradoxe identitaire de l'ergothérapeute

Les résultats révèlent que la santé fait partie des valeurs les moins valorisées par la plus grande proportion de participants. Ce résultat peut à première vue paraître étonnant étant donné que l'ergothérapeute est traditionnellement considéré comme un professionnel de la santé et qu'un des postulats de la profession est que l'occupation contribue à la santé. Cela dit, l'ergothérapeute n'a pas d'outils cliniques ciblant spécifiquement la santé et ses modalités d'intervention concernent plutôt l'habilitation aux occupations ainsi que les adaptations visant à permettre la réalisation des activités de la vie quotidienne, familiale, productive et de loisirs. De façon cohérente avec ce rôle spécifique, les résultats attestent que les participants valorisent grandement l'autonomie et l'engagement occupationnel, et la santé, comme valeur, disparaîtrait donc derrière les deux premières. Ce résultat s'avère également cohérent avec le fait que maintes occupations humaines sont susceptibles de nuire à la santé (alimentation rapide, cyberdépendance, loisirs dangereux, sédentarité, tabagisme, travail, etc.), ce qui justifie de nuancer l'association traditionnelle de la profession avec la santé (Drolet, 2017).

Par ailleurs, l'ergothérapeute peut parfois être amené à habiliter un client à réaliser une activité en dépit des risques que celle-ci pose pour sa sécurité (par exemple, occuper un emploi lié à des risques de blessures). Cela dit, une proportion somme toute importante de participants considère la sécurité comme extrêmement importante ou très importante et celle-ci fait partie des valeurs les plus valorisées par une grande proportion des participants, et ce, davantage que toutes les valeurs occupationnelles comprises dans le répertoire. Un tel résultat est non seulement inédit, mais également surprenant, car l'importance de la sécurité n'a pas émergé de plusieurs études antérieures (Aguilar *et al.*, 2012 ; Fondiller *et al.*, 1990 ; Richard *et al.*, 2011). Seule l'étude d'Aguilar et ses collaborateurs (2013) atteste que la sécurité est considérée comme essentielle à la pratique ergothérapique en Australie. Notre étude exploratoire avait, pour sa part, noté une valorisation moins importante de la sécurité (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014). La sécurité étant grandement valorisée de nos jours, l'ergothérapeute évolue

souvent dans des milieux qui la valorisent de manière importante. Il semble donc que l'ergothérapeute fasse montre d'adaptabilité à son environnement (Richard *et al.*, 2011) et qu'il tende à valoriser cette valeur qui est estimée par ses pairs. Cela dit, des études révèlent que des ergothérapeutes vivent souvent des dilemmes éthiques qui opposent la sécurité à l'autonomie et que plusieurs ergothérapeutes considèrent qu'il est difficile de défendre l'autonomie au sein de milieux démontrant une faible tolérance au risque (Drolet et Maclure, 2016).

Relevons, enfin, que les résultats de la présente étude relatifs aux barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs rejoignent ceux d'une autre étude menée par Drolet et Goulet (2017) qui attestent que les principales barrières à l'actualisation des valeurs sont de nature méso et macro-environnementale, alors que les principaux facilitateurs sont de nature micro-environnementale (voir le tableau 2). Les ergothérapeutes rencontrent donc plusieurs barrières institutionnelles ou sociales qui limitent leur capacité à actualiser les valeurs, ces idéaux éthiques qui articulent des conceptions du souhaitable (Drolet, 2014a ; 2014b). Que ce soit le manque de temps et de ressources ou encore les valeurs et les pratiques managériales néolibérales dominantes (Baillargeon, 2017 ; Bourque, 2007 ; Carrier *et al.*, 2016 ; Durocher *et al.*, 2016), ces barrières sont susceptibles d'affecter négativement le bien-être au travail de l'ergothérapeute et de moduler l'importance qu'il accorde aux valeurs désirables. Pour surmonter ces barrières, l'ergothérapeute a tendance à mobiliser des modalités de nature micro-environnementale, c'est-à-dire relatives aux forces des personnes et à leurs interactions (Drolet et Goulet, 2017). Or, ces modalités ne parviennent pas toujours à régler à la source les problèmes rencontrés, mettant l'ergothérapeute à risque d'aliénation occupationnelle, voire d'épuisement professionnel (Durocher *et al.*, 2016 ; Drolet et Goulet, 2017). Pour éviter de telles situations, l'ergothérapeute gagnerait à s'engager dans des activités d'*advocacy* systémique pour résoudre les enjeux éthiques ayant des dimensions systémiques (Drolet *et al.*, sous presse). De telles actions sont d'autant plus pertinentes que des barrières organisationnelles (p. ex. les modes managériaux néolibéraux) et sociétales (p. ex. la survalorisation du travail et de la sécurité ainsi que la sous-valorisation des aînés) limitent parfois la capacité de l'ergothérapeute à respecter certaines valeurs professionnelles qu'il estime importantes. L'engagement de l'ergothérapeute dans le rôle politique d'agent de changement social inhérent à sa pratique, et ce, en collaboration avec divers partenaires, pourrait en ce sens lui permettre de contribuer à la modification de pratiques organisationnelles ou de politiques sociales nuisant à une pratique éthique de la profession (Drolet, Lalancette et Caty, 2019).

Influence des caractéristiques des clients ou des ergothérapeutes sur l'importance accordée aux valeurs

Âge et problématique des clients

En ce qui concerne l'influence des caractéristiques de la clientèle, les résultats révèlent dans un premier temps que l'ergothérapeute qui travaille avec des aînés valorise davantage l'approche écologique, l'autonomie fonctionnelle, la confiance, l'*empowerment* et la sécurité que celui qui travaille avec une clientèle plus jeune. Par ailleurs, l'ergothérapeute qui travaille dans le domaine de l'enfance valorise moins la confiance

que celui qui travaille avec une clientèle plus âgée. L'ergothérapeute qui travaille avec des personnes âgées au Québec intervient souvent au domicile de la personne, ce qui est moins fréquent pour la clientèle plus jeune, à tout le moins dans le contexte des services offerts dans le Réseau de la santé publique où travaillent la majorité des ergothérapeutes. Il n'est donc pas surprenant que l'approche écologique soit davantage valorisée, ce qui est fort heureux puisque l'ergothérapeute vise, ce faisant, la préservation de l'autonomie de ces personnes dans leur domicile. Cela étant dit, considérant que les chutes à domicile représentent une préoccupation importante auprès de cette clientèle, un tel résultat peut aussi expliquer la valorisation accrue de la sécurité par l'ergothérapeute qui travaille auprès des aînés. L'enjeu relatif à la préservation ou non du permis de conduire de la personne âgée contribue possiblement aussi à cette explication.

Les résultats révèlent par ailleurs que le fait de travailler en santé mentale plutôt qu'en santé physique influence aussi l'importance que l'ergothérapeute accorde à certaines valeurs, soit à la confiance, l'empathie, l'*empowerment*, l'innovation, la qualité de vie, la spiritualité et la signifiante occupationnelle. De manière quelque peu surprenante, les comparaisons de groupes montrent que comparativement à l'ergothérapeute qui travaille en santé physique, celui qui œuvre en santé mentale miserait possiblement moins sur la relation thérapeutique, le sens que les clients donnent aux interventions, à leurs occupations et à leur existence, et userait moins d'approches innovantes pour soutenir les clients dans l'exercice de leur pouvoir que l'ergothérapeute qui travaille en santé physique. Ces résultats révéleraient-ils un certain paternalisme, voire la présence de sanisme en ergothérapie à l'endroit des personnes vivant avec un trouble affectant leur santé mentale ? Correspondant à une forme de discrimination inique à l'endroit des personnes qui ne sont pas considérées « saines d'esprit », le sanisme est lié à la stigmatisation de la clientèle ayant un trouble de santé mentale et est susceptible d'occasionner de l'injustice épistémique (Fricker, 2009 ; Leblanc et Kinsella, 2016). L'injustice épistémique est une forme d'injustice qui est reliée au savoir (*episteme*) et qui se manifeste par la dévalorisation d'une personne soit dans sa capacité de comprendre et d'apprendre (*i.e.* injustice épistémique de nature herméneutique), soit dans sa difficulté à exprimer sa vérité, sa perception des choses suivant les paradigmes dominants (*i.e.* injustice épistémique de nature testimoniale) (Fricker, 2009). Ces résultats soulèvent donc des questionnements quant à l'appropriation, par les ergothérapeutes, de l'approche fondée sur le rétablissement (Commission de la santé mentale du Canada, nd), laquelle invite tout professionnel à considérer les personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale comme des citoyens à part entière, capables de prendre les décisions qui les concernent ainsi que comme des personnes, égales aux autres, dont la voix et la vision des choses méritent d'être valorisées, plutôt que dévaluées. Un nombre croissant d'écrits dénonce la stigmatisation qui a cours dans les milieux de santé mentale, laquelle est perpétrée par les milieux et les intervenants. De façon analogue, les comparaisons de groupes révèlent également que l'ergothérapeute qui travaille dans le domaine de la santé cognitive et de la neurodiversité valorise moins la confiance, l'empathie, l'*empowerment* et la spiritualité, ce qui peut laisser croire, ici aussi, à une forme de discrimination liée, cette fois, à la neurodiversité. Il serait peut-être aussi question d'âgisme, puisqu'une majorité d'ergothérapeutes qui travaillent dans le domaine de la santé cognitive le font auprès d'aînés qui sont alors souvent considérés « vulnérables », ce qui

ne serait pas le cas des intervenants. Cette vision de vulnérabilité pourrait créer, de ce fait, une certaine hiérarchie entre le professionnel et la personne estimée vulnérable.

Paradoxe de la formation en éthique

La présente étude a relevé des corrélations statistiquement significatives entre la formation en éthique et l'importance accordée à diverses autres valeurs (autonomie fonctionnelle, confidentialité, *empowerment*, honnêteté, intégrité, pratique probante et signifiante occupationnelle). Il apparaît étonnant que la justice occupationnelle ne soit pas corrélée positivement avec l'ampleur de la formation en éthique des participants, alors qu'elle l'était dans l'étude exploratoire (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014), étant donné l'importance accordée à la justice dans maintes théories éthiques contemporaines (Drolet, 2014a). Pour interpréter ce résultat, il faudrait connaître le contenu des formations en éthique qu'ont suivies les participants. Il est possible que ceux-ci aient été sensibilisés à une vision de l'éthique proche des éthiques féministes du *care*, grandement valorisées en ergothérapie (Brockett, 1996 ; Kinsella et Pitman, 2012 ; Wright-St Clair, 2001), qui critiquent la vision de la justice liée à l'impartialité au cœur des théories éthiques contemporaines dominantes que sont l'éthique conséquentialiste et l'éthique déontologique (Drolet, 2014a), mais cela demeure à confirmer. Les valeurs qui ont été jugées importantes par les ergothérapeutes formés en éthique (c.-à-d. autonomie fonctionnelle, confidentialité, *empowerment*, honnêteté, intégrité, pratique probante et signifiante occupationnelle), semblent confirmer cette interprétation. En effet, cette approche féministe de l'éthique met l'accent sur la subjectivité des personnes et la partialité des relations interpersonnelles, de même que sur l'importance des vertus, plutôt que sur une application générique et universelle de la justice comme impartialité (Drolet, 2014a).

Âge et expérience de l'ergothérapeute

Bien que la spiritualité soit au cœur d'un des modèles les plus connus et maîtrisés par les ergothérapeutes québécois, le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCRO-E) (Townsend et Polatajko, 2013), celle-ci fait partie des valeurs les moins valorisées et de celles qui sont considérées comme difficiles à actualiser par la plus grande proportion de participants. Nous avons fait un constat similaire lors des phases antérieures de la recherche (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014 ; 2016). Pour leur part, les études australiennes, états-uniennes et françaises ne discutent pas de la spiritualité (Aguilar *et al.*, 2012 ; 2013 ; Fondiller *et al.*, 1990 ; Richard *et al.*, 2011). Considérant que l'histoire du Québec est liée à la laïcité, voire à une certaine dévalorisation générale de la religion (Gouvernement du Québec, 2008) ou, plus largement, de la spiritualité de nature religieuse, ce résultat n'est guère étonnant. Il faut ajouter que la formation contemporaine de l'ergothérapeute se réalise dans des paradigmes rationalistes où les discours scientifiques dominants laissent peu de place à des notions floues et peu opérationnalisées comme la spiritualité. Cela dit, les résultats attestent que la spiritualité est davantage valorisée par les ergothérapeutes plus âgés, par ceux qui ont plus d'expérience professionnelle et par ceux qui travaillent en santé mentale. Les résultats semblent laisser croire que les dimensions spirituelles de l'existence deviennent plus importantes pour l'ergothérapeute qui avance en âge, pour celui qui gagne de l'expérience ou encore pour celui-ci qui travaille avec des personnes

présentant un problème de santé mentale. Devant ces constats, nous nous serions attendues à ce que ce soit également le cas pour l'ergothérapeute qui travaille avec des personnes âgées, mais les résultats ne vont pas dans ce sens. Cela est-il dû aux difficultés rencontrées par les ergothérapeutes lorsqu'il s'agit de discuter de ces sujets avec des personnes âgées présentant des problèmes cognitifs (Lapointe, 2016) ? La spiritualité, tout comme la sexualité pour apporter un autre exemple, seraient-ils des tabous en ergothérapie ? Des entretiens qualitatifs permettraient de mieux comprendre ces résultats.

Forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude réside dans le fait qu'il s'agit de la première étude descriptive quantitative menée sur le sujet avec une telle envergure, en ceci qu'aucune autre avant elle n'avait pris en compte la perspective d'autant d'ergothérapeutes. Une autre de ses forces est liée à sa rigueur et au caractère systématique de sa démarche. Son devis mixte et séquentiel s'est avéré particulièrement pertinent, en ceci qu'il a permis d'explorer le phénomène de manière approfondie, les résultats de chacune des phases ayant nourri et orienté les étapes subséquentes de la recherche (Nastasi, Hitchcock et Brown, 2010). L'une des limites de l'étude réside dans le fait que ses résultats ne sont pas généralisables aux ergothérapeutes de l'extérieur du Québec, compte tenu de leur caractère culturo-centré. Il serait intéressant de documenter les valeurs d'ergothérapeutes d'autres pays ayant une culture individualiste ou collectiviste.

CONCLUSION

Cette étude documente l'importance que des ergothérapeutes du Québec accordent à différentes valeurs, établit des corrélations entre le degré d'importance accordé à des valeurs et des caractéristiques des ergothérapeutes et de la clientèle, et met en lumière la nature des barrières et des facilitateurs à l'actualisation des valeurs. Les résultats de la présente étude rejoignent en général ceux des études antérieures, bien que les comparaisons avec ceux-ci soient complexifiées par le fait que les méthodes utilisées dans ces études sont généralement constructivistes. Cela dit, les résultats présentés ici contribuent à l'édification des connaissances relatives aux valeurs des ergothérapeutes.

Les résultats montrent notamment que les valeurs peuvent être des idéaux professionnels importants, voire motivants, dans la mesure où ceux-ci peuvent être réalisables, à tout le moins en partie, en pratique. Lorsqu'ils ne sont pas réalisables ou sont difficilement réalisables, l'ergothérapeute a tendance à les dévaluer. Il s'ensuit que pour assurer une pratique éthique de la profession, les établissements ont avantage à soutenir et encourager le respect des valeurs qui devraient présider à l'exercice de la profession. Il serait par ailleurs souhaitable qu'ils revoient les modes managériaux néolibéraux qui prédominent actuellement en leur sein, voire au sein de la société occidentale, ceux-ci compromettant à la fois la pratique éthique de la profession et l'actualisation des meilleures pratiques, en plus d'occasionner du mal-être au travail et divers problèmes de santé chez les professionnels de la santé, y compris les ergothérapeutes (Baillargeon, 2017 ; Bourque, 2007 ; Carrier *et al.*, 2016 ; Drolet et Goulet, 2017 ; Durocher *et al.*,

2016). L'étude des valeurs apporte en cela un éclairage unique permettant de cerner l'écart de valeurs qui peut se présenter entre les idéaux éthiques de la pratique et le contexte au sein duquel celle-ci s'exerce. Une telle approche pourrait permettre de poser un diagnostic systémique, offrant ainsi des munitions à l'agent de changement social qu'est l'ergothérapeute dans ses revendications visant la mise en place d'institutions sociales plus justes et inclusives.

Enfin, d'autres études semblables à celle-ci devraient être menées dans d'autres pays occidentaux et non occidentaux afin de réfléchir de manière critique à l'identité axiologique de l'ergothérapeute, à son *ethos* professionnel et culturel ainsi qu'à l'épistémologie au fondement de la profession. De telles études seront des plus utiles, considérant que les valeurs et les représentations professionnelles agissent comme références communes orientant tant la pratique et le raisonnement clinique que la communication. Les études à venir seront en ce sens susceptibles de soutenir les ergothérapeutes dans l'appropriation et l'affirmation de leur identité professionnelle, lesquelles sont essentielles à la différenciation de la pratique ergothérapique, de même qu'à l'investissement de rôles et de pratiques professionnelles qui sont peu endossés par les ergothérapeutes, tel celui d'agent de changement. Somme toute, l'étude des valeurs permet de mieux cerner l'ontologie axiologique de la profession, de développer des savoirs et des modèles arrimés à nos idéaux éthiques et de transformer les institutions et les pratiques sociales en prenant appui sur ces valeurs qui nous sont chères et qui ont le potentiel de changer positivement le monde.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aguilar, A., Stupans, I., Scutter, S., et King, S. (2012). Exploring professionalism: The professional values of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 209-217. doi:10.1111/j.1440-1630.2012.00996.x
- Aguilar, A., Stupans, I., Scutter, S., et King, S. (2013). Towards a definition of professionalism in Australian occupational therapy: Using the Delphi technique to obtain consensus on essential values and behaviours. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 206-216. doi:10.1111/1440-1630.12017
- Baillargeon, N. (2017). *La santé malade de l'austérité. Sauver le système public... et des vies !* Saint-Joseph-du-Lac (QC) : M. Éditeur.
- Barbara, A., et Curtin, M. (2008). Gatekeepers or advocates? Occupational therapists and equipment funding schemes. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(1), 57-60. doi:10.1111/j.1440-1630.2007.00683.x
- Bourque, M. (2007). Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : les cas du Québec et du Royaume-Uni. *Revue Gouvernance*, 4(1), 1-13. doi:10.7202/1039117ar
- Brockett, M. (1996). Ethics, moral reasoning and professional virtue in occupational therapy education. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(3), 197-205. doi:10.1177/000841749606300307
- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A., et Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions en ergothérapie. *Santé publique*, 6(28), 769-780. doi:10.3917/pub.166.0769
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates.
- Commission de la santé mentale du Canada. (nd). *Rétablissement*. Repéré à : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/retablissement>

- DePoy E, et Gitlin L.N. (2011). *Introduction to Research: Understanding and Applying Multiple Strategies*. Saint-Louis : Elsevier Mosby.
- Dige, M. (2009). Occupational therapy, professional development, and ethics. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16, 88-98. doi:10.1080/11038120802409754
- Drolet, M.-J. (2014a). *De l'éthique à l'ergothérapie. La philosophie au service de la pratique ergothérapique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M.-J. (2014b). The axiological ontology of occupational therapy: A philosophical analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 2-10. doi:10.3109/11038128.2013.831118
- Drolet, M.-J. (2017). L'ergothérapeute : un professionnel de la santé ? Vraiment ? Dans quelle mesure ? *BioéthiqueOnline*, 6(8), 1-6. doi:10.7202/1044615ar
- Drolet, M.-J., Carrier, A., Hudon, A., et Hurst, A. (sous presse). Advocacy systémique en santé et réadaptation. Être un agent de changement social pour résoudre les conflits de loyautés multiples de nature systémique. Dans J. Centeno, L. Bégin, et L. Langlois (Dir.), *Les loyautés multiples : mal-être au travail et enjeux éthiques* (tome 2). Montréal : Les Éditions Nota Bene.
- Drolet, M.-J., et Désormeaux-Moreau, M. (2014). Les valeurs des ergothérapeutes : résultats quantitatifs d'une étude exploratoire. *BioéthiqueOnline*, 3(21), 1-16.
- Drolet, M.-J., et Désormeaux-Moreau, M. (2016). The values of occupational therapists: Perceptions of occupational therapists in Quebec. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 272-285. doi:10.3109/11038128.2015.1082623
- Drolet, M.-J., et Désormeaux-Moreau, M. (2019). Valeurs liées à la profession d'ergothérapeute : les répertoire pour les définir. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 86(1), 8-18. doi:10.1177/0008417418822486
- Drolet, M.-J., et Maclure, J. (2016). Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *Approches inductives*, 3(2), 166-196. doi:10.7202/1037918ar
- Drolet, M.-J., et Sauvageau, A. (2016). Developing professional values : perceptions of francophone occupational therapists in Quebec-Canada. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 286-296. doi:10.3109/11038128.2015.1130168
- Drolet, M.-J., Lalancette, M., et Caty, M.-È. (2019). *ABC de l'argumentation pour les professionnels de la santé et toute personne qui souhaite convaincre*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M.-J., Carrier, A., Hudon, A., et Hurst, S. (sous presse). Advocacy systémique en santé et réadaptation. Être un agent de changement social pour résoudre les conflits de loyautés multiples de nature systémique. Dans J. Centeno, L. Bégin et L. Langlois (dir.), *Les loyautés multiples. Mal-être au travail et enjeux éthiques* (tome 2). Montréal : Les Éditions Nota Bene.
- Durocher, E., Kinsella, E. A., McCorquodale, L., et Phelan, S. (2016). Ethical tensions related to systemic constraints: Occupational alienation in occupational therapy practice. *Occupation, Participation and Health*, 36(4), 216-226. Early Online, 1-11. doi:10.1177/1539449216665117
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. (4e éd.). London : Sage Publications.
- Finlay, L. (2001). Holism in occupational therapy: Elusive fiction and ambivalent struggle. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 268-275. doi:10.5014/ajot.55.3.268
- Fondiller, E. D., Rosage, L. J., et Neuhaus. B. E. (1990). Values influencing clinical reasoning in occupational therapy: An exploratory study. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 10(1), 41-55.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice : Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Fulford, K. W. M. (2004). Facts/values: Ten principles of values-based medicine. Dans J. Radden (dir.), *The philosophy of psychiatry* (p. 205-234). New York : Oxford University Press.
- Goulet, M., et Drolet, M.-J. (2017). Les enjeux éthiques de la pratique privée de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *BioéthiqueOnline*, 6(6), 1-14. doi:10.7202.1044613ar
- Gouvernement du Québec. (2008). *Fonder l'avenir. Le temps de la conciliation. Rapport Gérard Bouchard – Charles Taylor*. Repéré à : <https://www.mce.gouv.qc.ca/publications/CCPARDC/rapport-final-integral-fr.pdf>
- Hammell, K. W. (2009). Sacred texts: A sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76, 14-22. doi:10.1177/000841740907600105

- Hammell, K. W., et Iwama, M. (2012). Well-being and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(5), 385-394. doi:10.3109/11038128.2011.611821
- Hesse-Biber, S. N. (2010). Feminist approaches to mixed methods research. Dans A. Tashakkori et C. Teddlie (dir.), *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research* (2^e éd., p. 169-192). Thousand Oaks : Sage.
- Ikiugu, M. N., et Schultz, S. (2006). An argument for pragmatism as a foundational philosophy of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 86-97. doi:10.2182/cjot.05.0009
- Iwama, M. K. (2006). *The Kawa Model: Culturally Relevant Occupational Therapy*. London : Elsevier.
- Jonckheere, A. R. (1954). A distribution-free k-sample test against ordered alternatives. *Biometrika*, 41(1/2), 133-145. doi:10.2307/2333011
- Kinsella, E. A., et Pitman, A. (2012). *Phronesis as Professional Knowledge: Practical Wisdom in the Professions*. Rotterdam : Sense Publishers.
- Kirsh, B. H. (2015). Transforming values into action. Advocacy as a professional imperative, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(4), 212-223. doi:10.1177/0008417415602681
- Kruskal, W. H., et Wallis, W. A. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47(260), 583-621. doi:10.2307/2280779
- Lapointe, A. (2016). *Les enjeux éthiques relatifs à l'obtention et au respect du consentement libre, éclairé et continu: perceptions d'ergothérapeutes francophones du Québec travaillant auprès de personnes âgées*. Trois-Rivières : UQTR.
- Leblanc, S. et Kinsella, E.A. (2016). Toward epistemic justice : A critically reflexive examination of 'sanism' and implications for knowledge generation. *Studies in Social Justice*, 10(1), 59-78. doi:10.26522/ssj.v10i1.1324
- Meyer, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : Les Cahiers de l'EESP.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Nastasi, B. K., Hitchcock, J. H., et Brown, L. (2010). An inclusive framework for conceptualizing mixed methods. Dans A. Tashakkori et C. Teddlie (dir.), *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research* (2^e éd., p. 305-338). Thousand Oaks : Sage.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2010). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*. Repéré à : http://www.oeq.org/DATA/NORME/13~v~referentiel-de-competences_2013_couleurs.pdf
- Peloquin, S. M. (2007). A reconsideration of occupational therapy's core values. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 474-478. doi:10.5014/ajot.61.4.474
- Polatajko, H. J. (1992). Muriel driver lecture. Naming and framing occupational therapy: A lecture dedicated to the life of Nancy B. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 59, 189-200. doi:10.1177/000841749205900403
- Richard, C., Colvez, A., et Blanchard, N. (2011). Des représentations aux référentiels de pratique en ergothérapie. Dans É. Trouvé et al. (dir.), *Recherche en ergothérapie : pour une dynamique des pratiques* (p. 13-28). Marseille : SOLAL Éditeur.
- Spearman, C. (1910). Correlation calculated from faulty data. *British Journal of Psychology*, 3(3), 271-295. doi:10.1111/j.2044-8295.1910.tb00206.x
- Takashima, R., et Saeki, K. Professional identities of occupational therapy practitioners in Japan. *Health*, 5(6), 64-71. doi:10.4236/health.2013.56A2010
- Townsend, E. A. (1993). 1993 Muriel driver lecture. Occupational therapy's social vision. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(4), 174-184. doi:10.1177/000841749306000403
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, and Justice through Occupation*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Watson, R. M. (2006). Being before doing: The cultural identity (essence) of occupational therapy. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 53, 151-158. doi:10.1111/j.1440-1630.2006.00598.x
- Wright-St Clair, V. (2001). Caring: The moral motivation for good occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 48, 187-199. doi:10.1046/j.0045-0766.2001.00274.x



PERCEPTIONS DE L'ERGOTHÉRAPIE PAR LES ENSEIGNANTS DU PRÉSCOLAIRE : ÉTUDE DESCRIPTIVE MIXTE

Audrée Jeanne Beaudoin¹, Léa Héguy², Kimberly Borwick², Camille Tassé², Johanie Brunet², Éliane Giasson Leblanc², Josianne Dore² et Emmanuelle Jasmin³

- 1 *Ergothérapeute, PhD, Chercheuse d'établissement, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Québec, Canada*
- 2 *Ergothérapeute, M. Erg., Finissante, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*
- 3 *Ergothérapeute, PhD, Professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada / Co-responsable de l'axe de recherche Le développement de l'enfant dans sa famille et sa communauté, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Québec, Canada*

Adresse de contact : emmanuelle.jasmin@usherbrooke.ca

Reçu le 30.11.2018 – Accepté le 19.07.2019

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

doi :10.13096/rfre.v5n2.130

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



RÉSUMÉ

Contexte. L'ergothérapie en milieu préscolaire permet d'améliorer le développement global et la participation des enfants, en plus de soutenir les enseignants dans la réalisation de leur mandat. Cependant, les différents rôles de l'ergothérapeute, encore en émergence dans le milieu préscolaire, peuvent être méconnus, limitant ainsi la collaboration entre les enseignants de maternelle et les ergothérapeutes. Par ailleurs, très peu d'études se sont attachées à connaître les perceptions des enseignants de maternelle quant aux rôles et aux effets de l'ergothérapie.

Objectif. Le but de cette étude était de décrire les perceptions des enseignants à la maternelle au regard de l'ergothérapie.

Méthodologie. 311 enseignants à la maternelle provenant de différentes régions administratives du Québec ont répondu à un questionnaire en ligne comportant majoritairement des questions à choix de réponses.

Résultats. Plus de la moitié des répondants (52 %) avaient précédemment collaboré avec un ergothérapeute ou un stagiaire en ergothérapie et en était généralement satisfait (78 %). Les rôles perçus comme prioritaires étaient le dépistage d'élèves en difficulté et le soutien à l'enseignant, notamment concernant le développement moteur. Les facilitateurs, les obstacles et les recommandations pour favoriser une collaboration entre les enseignants de maternelle et les ergothérapeutes sont également discutés.

Conclusion. Cette étude permet de mettre en lumière la nécessité de promouvoir l'ergothérapie en milieu préscolaire et d'adapter ce type de services aux besoins des enseignants.

MOTS-CLÉS

Collaboration professionnelle, Ergothérapie en milieu scolaire, Maternelle, Milieu préscolaire, Services éducatifs complémentaires

PERCEPTIONS OF OCCUPATIONAL THERAPY FROM PRESCHOOL TEACHERS: A MIXED DESCRIPTIVE STUDY

ABSTRACT

Context. Occupational therapy in preschool setting offers the opportunity to enhance students' global developmental and participation, as well as to support teachers in their mandate. Yet, the various and emerging roles of school-based occupational therapy are misunderstood, thus limiting the collaboration between preschool teachers and occupational therapists. Moreover, few studies specifically explored teachers' perceptions in regard to roles and effects of occupational therapy.

Objective. The purpose of this study was to describe teachers' perceptions of occupational therapy in kindergarten.

Methods. 311 kindergarten teachers from different regions of the province of Quebec responded to an online survey, consisting mostly of closed-ended questions.

Results. Most of the teachers (52 %) who answered the survey had previously collaborated with an occupational therapist or trainees in occupational therapy and were generally satisfied (78 %) with the services received. The expertise of the occupational therapist related to motor skills, participation and sensory information processing were acknowledged by teachers. Primary roles of occupational therapists identified by teachers include screening students and supporting teachers. Barriers, facilitators and recommendations for collaboration between preschool teachers and occupational therapists are also discussed.

Conclusion. This study highlights the necessity to promote occupational therapy in preschool setting as well as to adjust the way this type of services are offered to better meet teachers' needs.

KEYWORDS

Professional collaboration, School-based occupational therapy, Kindergarten, Preschool setting, Complementary educational services

INTRODUCTION

Au Québec, un enfant à la maternelle sur quatre présente un retard dans au moins une sphère de développement (Simard *et al.*, 2013). Les enseignants au préscolaire constituent des acteurs primordiaux pour maximiser le potentiel des élèves et cibler leurs besoins avant le début de la scolarisation. En effet, ils doivent favoriser le développement global des élèves, tout en les évaluant en lien avec l'acquisition de certaines compétences, dont deux directement liées au champ d'expertise de l'ergothérapeute, soit : 1) *agir avec efficacité dans différents contextes sur le plan sensoriel et moteur* ; 2) *mener à terme une activité ou un projet* (Ministère de l'Éducation, 2006). Il importe donc de les soutenir et de les outiller adéquatement, particulièrement lorsqu'ils interviennent auprès d'élèves ayant des difficultés ou à risque d'en présenter.

Les ergothérapeutes travaillant en milieu préscolaire aident notamment les enfants à améliorer leur participation dans leurs soins personnels, le jeu, ainsi que dans les activités éducatives, que ce soit en développant leurs habiletés, en adaptant l'environnement ou les activités préscolaires ou en soutenant les enseignants et les parents (American Occupational Therapy Association, 2016 ; Jasmin *et al.*, 2018). Des études ont démontré les effets positifs des interventions en ergothérapie à la maternelle sur le développement des habiletés motrices fines, graphomotrices et cognitives (Bazyk *et al.*, 2009 ; Ohl *et al.*, 2013), ainsi que sur la participation des enfants à l'école dans les activités éducatives et autres activités de la vie quotidienne (Clark, Polichino et Jackson, 2004). Pour ce faire, les ergothérapeutes en milieu préscolaire utilisent une variété de modalités d'intervention, comme le rapporte une récente étude de la portée (Jasmin, Gauthier, Julien et Hui, 2018). Les modalités les plus fréquemment mentionnées dans les écrits scientifiques et professionnels sont la consultation collaborative avec l'enseignant, l'intervention auprès de l'ensemble du groupe-classe, la transmission de recommandations aux enseignants et le co-enseignement avec les enseignants de maternelle (Jasmin *et al.*, 2018). La nécessité d'une étroite collaboration entre les ergothérapeutes et les enseignants est aussi mise en avant (Shasby et Schneck, 2011).

Bien que les enseignants soient aux premières loges pour déceler des retards ou des difficultés chez les élèves ainsi que pour mettre en œuvre les recommandations émises en ergothérapie (Rens et Joosten, 2014), différents obstacles à la collaboration avec les ergothérapeutes ont été répertoriés. Ces obstacles incluent : 1) une compréhension incomplète de l'apport de l'ergothérapie de la part des enseignants (Huang, Peyton, Hoffman et Pascua, 2011 ; Truong et Hodgetts, 2017) ; 2) l'utilisation par les ergothérapeutes d'un langage hermétique, nuisant ainsi à la compréhension des enseignants quant au rôle de l'ergothérapie (Huang *et al.*, 2011 ; Wintle, Krupa, Cramm et DeLuca, 2017) ; 3) une faible considération du point de vue des enseignants lors de l'évaluation ergothérapique (Wintle *et al.*, 2017) et du choix des objectifs d'intervention (Kennedy et Stewart, 2012) ; 4) une applicabilité variable des recommandations émises par les ergothérapeutes (Truong et Hodgetts, 2017).

En contrepartie, de nombreux facilitateurs à la pratique collaborative ont été identifiés dans les écrits. Par exemple, Barnes et Turner (2011) ont noté que l'adoption

d'une attitude ouverte face à autrui et les occasions de rencontres informelles facilitaient l'établissement d'une bonne relation de collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant (Barnes et Turner, 2011). Les ergothérapeutes qui prennent le temps d'établir un lien de confiance avec l'enseignant ainsi que d'expliquer clairement leur rôle contribuent également, de manière positive, à la pratique collaborative (Kennedy et Stewart, 2012).

En résumé, plusieurs recherches tendent à démontrer les effets positifs de l'ergothérapie en milieu préscolaire et scolaire, lesquels sont optimisés par la collaboration entre les enseignants et les ergothérapeutes. Des études ont également relevé les obstacles et les facilitateurs à la pratique collaborative entre les enseignants et les ergothérapeutes. En revanche, aucune étude n'a exploré les perceptions des enseignants de maternelle au Québec au regard de l'ergothérapie en milieu préscolaire. Alors qu'environ 2 % des ergothérapeutes œuvraient dans les écoles en 2017 (Jasmin *et al.*, 2017), une augmentation importante est en cours. Pour la première fois, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec a spécifiquement nommé l'ergothérapie comme une ressource professionnelle pouvant être embauchée par les écoles ou commissions scolaires grâce à du financement supplémentaire visant à « favoriser la réussite et le développement global des élèves de l'éducation préscolaire et du 1^{er} cycle du primaire » (Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, 2018). Considérant l'essor de l'ergothérapie en milieu préscolaire et scolaire au Québec, il est impératif de connaître le point de vue des enseignants à la maternelle du Québec pour bien saisir leur réalité et faciliter l'implantation d'une pratique axée sur la collaboration professionnelle. Dans cette optique, le présent projet vise à dresser un profil des perceptions et des besoins des enseignants québécois à la maternelle au regard de l'ergothérapie.

MÉTHODOLOGIE

Les perceptions des enseignants de maternelle ont été documentées à l'aide d'une étude descriptive mixte afin d'avoir une vision plus complète du phénomène ; les données qualitatives viennent expliquer et détailler les données quantitatives qui constituent la principale source de données (Creswell, 2013). Cette étude s'inscrit dans un paradigme constructiviste en se centrant sur la description des perceptions des enseignants. Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke en mars 2017.

Participants

Ce projet ciblait l'ensemble des enseignants de maternelle du Québec. Pour être admissibles, les participants devaient 1) être l'enseignant principal d'un groupe-classe de maternelle, 2) comprendre, lire et écrire le français ou l'anglais et 3) travailler sur le territoire québécois. Afin d'avoir une puissance de 95 % et une marge d'erreur de 5 %, un recrutement de 383 enseignants avait été calculé avant l'envoi des questionnaires.

Deux stratégies de recrutement ont été utilisées simultanément du 16 mai au 24 septembre 2017 afin de rejoindre le plus d'enseignants admissibles. D'abord, les

1830 directions d'écoles ayant des classes préscolaires au Québec (sur 2026) pour lesquelles les coordonnées étaient disponibles par l'intermédiaire du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec ou sur les sites web des commissions scolaires ont été jointes à trois reprises (envoi initial suivi de deux rappels) par courriel afin qu'elles transmettent aux enseignants du préscolaire de leur établissement un message comprenant une lettre de présentation du projet avec un lien vers le questionnaire en ligne en français et en anglais. Parallèlement, l'invitation à participer au projet fut diffusée auprès de groupes d'intérêt sur Facebook. Il s'est avéré impossible d'obtenir les informations permettant de prendre contact avec les directions d'école de la région du Nord-du-Québec. Les participants avaient la possibilité de gagner l'une des deux cartes-cadeaux dans une boutique de matériel pédagogique afin de favoriser leur participation.

Outil de collecte de données

Un questionnaire maison a été développé par l'équipe de recherche. Une première section intégrait un formulaire de consentement électronique, informant les participants de l'objet du projet de recherche, des bénéfices et risques potentiels et de la possibilité de se retirer du projet à tout moment. Les questions incluses dans la deuxième section visaient à documenter 1) le profil sociodémographique des répondants, 2) le contexte de pratique, 3) les perceptions des rôles et cibles en ergothérapie et 4) les besoins des enseignants en matière d'ergothérapie. Deux sections supplémentaires étaient remplies uniquement par les enseignants ayant déjà collaboré avec un ergothérapeute ou un stagiaire en ergothérapie afin d'explorer 5) les effets perçus de l'ergothérapie et 6) l'appréciation des services.

Au total, le questionnaire comportait entre 23 et 34 questions (selon l'existence ou non d'une expérience antérieure avec un ergothérapeute ou stagiaire en ergothérapie), principalement à choix de réponses (33, soit 97 %), parmi lesquelles 7 questions demandaient de cocher un ou plusieurs énoncés et cinq questions de sélectionner trois choix reflétant le mieux les perceptions du répondant. Une seule question ouverte optionnelle était posée à la fin du questionnaire afin que les répondants y inscrivent leurs questions ou commentaires en lien avec les services d'ergothérapie à la maternelle.

Enfin, le questionnaire en ligne était hébergé sur LimeSurvey. Il s'agit d'une plateforme sécuritaire et régulièrement utilisée pour des sondages par les professionnels de l'Université de Sherbrooke.

Analyse des données

Sur le plan quantitatif, des analyses statistiques descriptives (fréquences et pourcentages) ont été réalisées avec les logiciels Excel et SPSS pour documenter le profil et les besoins perçus par les enseignants. Les participants ont été catégorisés en deux groupes en fonction de leur expérience antérieure (ou non) avec un ergothérapeute ou un stagiaire en ergothérapie. Ainsi, en plus de réaliser des analyses descriptives pour l'entièreté du groupe, des analyses descriptives ont été effectuées séparément pour chacun des groupes lorsque possible (rôles de l'ergothérapeute, cibles en ergothérapie

et besoins des enseignants). À ce moment, des tests exacts de Fisher ont été faits pour voir si les proportions de réponses dans les deux groupes étaient différentes. Pour les questions traitant des effets perçus et de la satisfaction des services, qui ont uniquement été soumises aux enseignants ayant déjà collaboré avec un ergothérapeute, seule l'analyse descriptive (fréquences et pourcentages) pour ce groupe a été faite.

Sur le plan qualitatif, la question ouverte, portant sur les réflexions et commentaires des répondants au sujet de l'ergothérapie à la maternelle, a été examinée individuellement par deux membres de l'équipe de recherche afin de déterminer les quatre thèmes principaux qui représentaient le mieux l'ensemble des réponses (Paillé et Mucchielli, 2008). La catégorisation des thèmes émergents fut ensuite comparée et discutée par les deux évaluateurs membres de l'équipe de recherche. En cas de divergences dans l'interprétation des données, les évaluateurs ont chacun expliqué leur point de vue jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint. Finalement, une fois les catégories déterminées, les fréquences de réponse pour chaque catégorie ont été calculées. Les quatre principaux thèmes ayant émergé des réponses ouvertes, qui seront abordés plus en détail dans la section portant sur les résultats, sont 1) l'accès aux services d'ergothérapie, 2) les besoins des enseignants au regard de l'ergothérapie, 3) les besoins des enfants au regard de l'ergothérapie et 4) les perceptions des enseignants au regard de l'ergothérapie. Il est également important de souligner qu'une attention particulière a été portée aux données qualitatives afin qu'elles viennent expliquer les résultats significatifs, non significatifs et aberrants de la première phase quantitative (Briand et Larivière, 2014).

RÉSULTATS

Un total de 354 questionnaires ont été reçus. De ce nombre, 49 questionnaires étaient incomplets et ne furent pas pris en compte dans l'analyse des résultats. Ce sont donc les questionnaires de 305 participants (86,2 %) qui ont été retenus pour l'analyse des données. Cela représente approximativement 6 % des enseignants de préscolaires au Québec. Le tableau 1 présente les principales caractéristiques sociodémographiques des participants.

Tableau 1 : profil des participants (n = 305)

Variables	Fréquence (%)
Genre	
Féminin	299 (98,0)
Masculin	5 (1,6)
Non précisé	1 (0,3)
Années d'expérience	
0-5 ans	21 (6,9)
6-10 ans	50 (16,4)
11-20 ans	137 (44,9)
21-30 ans	69 (22,6)
31 ans et plus	27 (8,9)
Non précisé	1 (0,3)
Collaboration antérieure avec un ergothérapeute/stagiaire en ergothérapie	
Oui	160 (52,5)
Non	151 (48,6)

Contextes préscolaires

Les participants provenaient de 16 des 17 régions administratives du Québec. Les régions administratives présentant le plus haut taux de réponse étaient Montréal (15,5 %) et la Montérégie (14,8 %), alors qu'un seul participant provenait de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (0,3 %) et qu'aucun répondant ne provenait de la région du Nord-du-Québec.

La majorité des répondants provenaient d'écoles régulières (95,5 %), francophones (95,9 %) et du secteur public (95,5 %). De plus, 45,0 % des enseignants ayant répondu au questionnaire ont rapporté travailler dans une école en milieu défavorisé (classée au 8^e, 9^e ou 10^e rang décile selon l'indice de défavorisation des écoles publiques du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec). Par ailleurs, les résultats ont montré que la majorité des écoles dans lesquelles travaillaient les répondants n'avaient pas accès à des services d'ergothérapie (75,9 %).

Rôles et besoins des enseignants au regard de l'ergothérapie

Les enseignants ont été sondés sur les rôles que l'ergothérapeute joue ou peut jouer à la maternelle. L'analyse des réponses à cette question à choix de réponses (avec possibilité de réponses multiples) a permis d'ordonner ces rôles selon leur pourcentage de reconnaissance par les enseignants. Le tableau 2 présente cet ordonnancement des rôles, en fonction de la collaboration antérieure ou non des enseignants avec un ergothérapeute ou un stagiaire en ergothérapie. Seuls les rôles de *répondre aux demandes ou questions ponctuelles de l'enseignant* et *d'intervenir auprès d'un élève en*

difficulté ont été rapportés significativement plus souvent dans le groupe ayant déjà collaboré avec un ergothérapeute ou un stagiaire en ergothérapie, par rapport à leurs collègues n'ayant jamais été en contact avec un ergothérapeute.

Tableau 2 : perception des enseignants quant aux rôles de l'ergothérapie à la maternelle

Rôles de l'ergothérapeute à la maternelle	Collaboration antérieure avec un ergothérapeute/stagiaire en ergothérapie			
	Oui (n = 158) Fréquence (%)	Non (n = 147) Fréquence (%)	Différence entre les groupes Valeur <i>p</i>	Total (n = 305) Fréquence (%)
Essayer et recommander du matériel adapté	150 (95)	130 (88)	0,058	280 (92)
Soutenir et outiller l'enseignant	147 (93)	130 (88)	0,172	277 (91)
Essayer et recommander des stratégies d'intervention	136 (86)	122 (83)	0,526	258 (85)
Évaluer les habiletés fonctionnelles des élèves en difficulté	133 (84)	119 (81)	0,546	252 (83)
Faciliter l'intégration à la maternelle des élèves ayant des incapacités	127 (80)	114 (77)	0,575	240 (79)
Former ou informer les enseignants	124 (79)	116 (79)	1,000	240 (79)
Dépister les élèves à risque ou en difficulté	125 (79)	109 (74)	0,343	234 (77)
Adapter ou modifier l'environnement	119 (75)	114 (78)	0,687	233 (76)
Former ou informer les parents	112 (70)	104 (70)	1,000	216 (71)
Répondre aux demandes ou questions ponctuelles de l'enseignant	118 (75)	91 (62)	0,019	209 (69)
Intervenir auprès d'un élève en difficulté	116 (73)	87 (59)	0,011	203 (67)
Soutenir le développement global et la participation des élèves	100 (63)	91 (62)	0,814	191 (62)
Adapter ou modifier les activités ou la routine	99 (63)	80 (54)	0,163	179 (59)
Intervenir auprès d'un petit groupe d'élèves en difficulté	96 (61)	78 (53)	0,203	174 (57)
Faciliter l'apprentissage des élèves	88 (56)	78 (53)	0,648	166 (54)
Intervenir auprès d'un groupe-classe	81 (51)	61 (42)	0,108	142 (47)

Gras : Différence statistiquement significative entre les deux groupes (valeur $p < 0,05$)

Lorsqu'il leur a été demandé de sélectionner les trois rôles prioritaires que l'ergothérapeute devrait accomplir à la maternelle, les enseignants ont été nombreux à indiquer comme rôles prioritaires ceux de soutenir et d'outiller les enseignants (51,1 %), de dépister les élèves à risque ou en difficulté (49,8 %) et d'essayer et de recommander du matériel adapté (39,0 %). À l'opposé, une minorité d'enseignants ont indiqué comme des rôles prioritaires pour l'ergothérapeute ceux de faciliter l'apprentissage des élèves

(9,8 %), d'intervenir auprès de tout le groupe-classe (14,0 %) et d'adapter ou modifier l'activité ou la routine (18,9 %).

Des détails supplémentaires concernant les rôles prioritaires ont été tirés de la question ouverte. Les réponses à cette question ouverte et optionnelle mettent l'accent sur les bénéfices qu'il y a à offrir un service de dépistage ou d'interventions précoces. En effet, 24,2 % des enseignants ayant répondu à cette question perçoivent que l'ergothérapeute, par un dépistage des élèves à risque ou en difficulté, leur permettrait de recourir aux interventions pertinentes plus rapidement. Par exemple, une enseignante suggère « *qu'en début d'année une ergothérapeute vienne faire du dépistage en classe comme le font les orthopédagogues et les orthophonistes [et] les élèves en difficulté pourraient être suivis en petit groupe pour quelques rencontres* (enseignante, 11-20 ans d'expérience) ». Une autre enseignante explicite la particularité du dépistage dès la maternelle comme suit : « *Je trouve qu'on devrait avoir un service d'ergothérapie dans toutes les écoles surtout au niveau préscolaire, car ils sont au début de leur cheminement scolaire et je suis convaincue que beaucoup d'enfants éprouvent des difficultés à ce niveau* (enseignante, 11-20 ans d'expérience) ».

De plus, 15,2 % des répondants à cette question ouverte optionnelle ont évoqué les besoins de transfert de connaissances de l'ergothérapeute vers l'enseignant, particulièrement pour recevoir de l'enseignement ou connaître des outils pour intervenir auprès des enfants ayant des difficultés. Une enseignante ayant précédemment collaboré avec un ergothérapeute rapporte que « *l'ergothérapie [lui] a permis d'être plus efficace dans [sa] pratique* (enseignante, 21-30 ans d'expérience) ». Similairement, une autre enseignante rapporte que lorsqu'elle a « *échangé avec des ergothérapeutes, [elle a] toujours appris beaucoup. [Elle] pense que chaque enseignant devrait avoir des petites formations pratico-pratiques données par des ergothérapeutes pour les guider davantage et leur faire comprendre les besoins des petits* (enseignante, 11-20 ans d'expérience) ».

Dans un autre ordre d'idées, certains enseignants (9,1 %) ont évoqué dans la question ouverte optionnelle un rôle qui n'avait pas été proposé dans la question à choix de réponses, soit celui de transmettre de l'information aux parents. De fait, certains enseignants notent qu'il y a « *beaucoup d'éducation parentale à faire* (enseignante, 21-30 ans d'expérience) » et se questionnent sur la possibilité d'impliquer davantage les parents dans les services d'ergothérapie. Ils évoquent, entre autres, la possibilité que l'ergothérapeute transmette aux parents de l'information similaire à celle transmise aux enseignants afin de les mobiliser et de les impliquer davantage auprès de leurs enfants. Par exemple, une enseignante explique sa pensée comme suit : « *faire participer les parents plus sérieusement, car ils auront un impact important sur les progrès en classe* (enseignante, 21-30 ans d'expérience) ».

Lorsque questionnés spécifiquement sur les connaissances qu'ils souhaiteraient développer (cibles pour le transfert de connaissances) via une question à choix de réponses, plus de la moitié des répondants ont indiqué souhaiter que l'ergothérapeute leur transmette des informations sur la motricité fine (53,7 %) et la motricité globale (52,4 %). Les autres aspects sur lesquels ils aimeraient être plus outillés sont l'autorégulation ou le traitement de l'information sensorielle (47,0 %), les habiletés graphiques ou

l'écriture manuelle (31,1 %), l'autonomie ou la participation dans les activités de la vie quotidienne (20,1 %) et la perception visuelle (18,9 %). Seulement 6,1 % des participants aimeraient être mieux informés par rapport aux notions liées à l'autonomie ou à la participation de leurs élèves dans les activités à l'extérieur de la classe.

Expériences antérieures de collaboration avec un ergothérapeute

Parmi les 162 enseignants (52,1 %) ayant déjà été en contact avec un ergothérapeute ou un stagiaire en ergothérapie dans le cadre de leur travail, la grande majorité (93,3 %) a observé un changement chez un ou des enfants à la suite d'un suivi en ergothérapie. Les aspects sur lesquels le plus de répondants ont observé un changement à la suite du suivi en ergothérapie sont principalement la motricité fine (86,0 %), les habiletés graphomotrices ou l'écriture manuelle (80,0 %) ainsi que la motricité globale (79,0 %).

De plus, les répondants étaient majoritairement (78,0 %) satisfaits ou très satisfaits des services d'ergothérapie reçus. Les aspects les plus appréciés lors du travail collaboratif avec des ergothérapeutes étaient les connaissances ou compétences acquises concernant le développement sensoriel et moteur des élèves (62,8 %), le fait de prendre connaissance de nouveaux moyens d'intervention (57,3 %) et de développer une meilleure compréhension des besoins des élèves en difficulté (42,7 %).

D'un autre côté, les aspects du travail collaboratif avec des ergothérapeutes les moins appréciés par les enseignants étaient le temps d'attente pour avoir accès à des services d'ergothérapie (64,6 %) ainsi que le manque de temps de l'ergothérapeute pour la concertation, le dépistage, l'évaluation ou l'intervention (46,3 %). La difficulté d'accès aux services d'ergothérapie demeure un thème abordé par la majorité des répondants. Dans la question ouverte finale, cette difficulté a été spontanément abordée par la majorité des enseignants, qu'il s'agisse de l'accessibilité générale aux services dans les classes (76 %), du fait qu'une collaboration avec un ergothérapeute avait été possible seulement via des programmes spéciaux ou des services privés (30,3 %) ou encore, du temps d'attente trop long pour avoir accès aux services (18,2 %). À ce titre, une enseignante met en lumière l'accès particulièrement limité aux ergothérapeutes dans les classes ordinaires : « *J'ai travaillé longtemps en adaptation scolaire avec des ergothérapeutes. Leur métier est très méconnu au régulier* (enseignante, 21-30 ans d'expérience) ».

Bien que moins souvent rapportés par les enseignants, d'autres obstacles à la collaboration avec les ergothérapeutes ont été relevés. Certains enseignants ont rapporté l'augmentation de leur charge de travail (20,7 %), le temps consacré par l'ergothérapeute à la rédaction (11,0 %), l'utilisation d'un langage hermétique par l'ergothérapeute (5,5 %) et la compréhension limitée de l'ergothérapeute du contexte préscolaire ou du rôle de l'enseignant (10,4 %). Certains répondants (9,1 %) ont d'ailleurs expliqué à la question ouverte que la méconnaissance de certains ergothérapeutes concernant le contexte préscolaire et scolaire menait à la formulation de recommandations qui n'étaient pas adéquates et adaptées à la réalité du terrain. Par exemple, une enseignante rapporte qu'elle a « *constaté au fil des partenariats [...], que souvent, ils ont une mauvaise compréhension du programme préscolaire* (enseignante, 11-20 ans d'expérience) ». Alors qu'une autre participante détaille le souhait « *que les ergothérapeutes*

s'adaptent mieux au contexte scolaire. Ce n'est pas du privé, il faut que ça roule (enseignante, 11-20 ans d'expérience) ».

Développement de l'ergothérapie en milieu préscolaire

Selon les répondants, l'ergothérapie devrait être prioritairement incluse dans les services complémentaires des commissions scolaires (77,4 %) et les services devraient être rendus disponibles dans toutes les écoles préscolaires et primaires (76,8 %). Dans la question ouverte, plusieurs enseignants ont mis en avant leur souhait que *« les services d'un ou d'une ergothérapeute [soient] offerts sur une base régulière et fréquente (enseignante, 21-30 ans d'expérience) »*. Une enseignante mentionnait que *« l'ergothérapeute devrait faire partie de l'équipe d'intervenants de chaque commission scolaire (psychologue, orthophoniste, infirmière, travailleur social) (enseignante, 31-40 ans d'expérience) »*, tandis qu'une autre se demandait : *« Pourquoi ces services ne sont-ils pas déjà dans toutes les commissions scolaires ? »* Une enseignante rapporte à cet égard : *« Cela fait plusieurs années qu'on demande qu'il y ait des ergothérapeutes dans les écoles ! Cette ressource est primordiale ! (enseignante, 11-20 ans d'expérience) »*.

Selon les enseignants, les moyens à prioriser par les ergothérapeutes pour développer et faire connaître leur rôle à la maternelle au Québec incluent d'informer les décideurs politiques, les gestionnaires et la population sur le rôle et les avantages de l'ergothérapie à la maternelle (44,5 %) et d'améliorer le partenariat entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux (31,1 %). Une enseignante conclut, dans la question ouverte, comme suit : *« Je suis vraiment déçue de notre système d'éducation et de ses services. Pauvres enfants, pauvres enseignants. J'espère que vous allez faire bouger les choses et démontrer que l'on a besoin de services en ergothérapie (enseignante, 11-20 ans d'expérience) »*.

DISCUSSION

La présente étude a permis de cerner les perceptions d'enseignants québécois de maternelle quant aux rôles que peut jouer l'ergothérapeute en milieu préscolaire, ainsi que des aspects appréciés et à améliorer concernant l'ergothérapie. Selon la majorité des enseignants, le rôle de l'ergothérapeute à la maternelle consiste surtout à proposer du matériel adapté et des stratégies d'intervention ainsi qu'à soutenir les enseignants. À l'instar des études précédentes effectuées ailleurs qu'au Québec (Truong et Hodgetts, 2017 ; Wintle et al., 2017), une connaissance incomplète des rôles pouvant être accomplis par l'ergothérapeute est observée. Par exemple, moins de la moitié des enseignants perçoivent que l'ergothérapeute peut intervenir auprès de tout le groupe-classe. Or, l'ergothérapeute est outillé pour le faire et est en mesure de le faire, que ce soit par des interventions ponctuelles ou de suivi (Comité patronal de négociation pour les commissions scolaires francophones, 2011). Il est néanmoins intéressant de noter que les enseignants ayant déjà collaboré avec un ergothérapeute ou un stagiaire en ergothérapie avaient une connaissance légèrement plus complète des rôles de l'ergothérapeute, en particulier en ce qui a trait à l'intervention individuelle avec un enfant et à

la consultation ponctuelle avec les enseignants. Cela appuie l'importance d'exposer les enseignants aux services d'ergothérapie afin de présenter la panoplie de rôles et d'interventions qui peuvent être réalisés. Malgré le fait que l'ensemble des rôles ne soit pas connu du corps enseignant, la majorité des participants ont toutefois souligné le caractère essentiel de ce service professionnel pour soutenir les enseignants et pour dépister les élèves ayant des besoins particuliers. Dans cette optique, les rôles de l'ergothérapeute s'inscrivent dans le développement de deux compétences ciblées par le programme d'éducation préscolaire du Québec, soit celle d'agir avec efficacité dans différents contextes sur le plan sensoriel et moteur et celle de mener à terme une activité ou un projet (Ministère de l'Éducation, 2006).

D'un autre côté, cette étude a également exploré les perceptions des enseignants par rapport aux effets des services d'ergothérapie. Il en ressort que la majorité des répondants leur attribuent un effet positif, et ce, le plus souvent sur la motricité fine, la motricité globale ainsi que les habiletés graphomotrices, à l'instar de ce qui est répertorié dans les écrits (Bayona, McDougall, Nichols et Mandich, 2006 ; Bazyk *et al.*, 2009 ; Case-Smith, 2000 ; Dankert, Davies et Gavin, 2003 ; Golos, Sarid, Weill et Weintraub, 2011 ; Ohl *et al.*, 2013 ; Taras, Brennan, Gilbert et Eck Reed, 2011). Il est fort possible que ces changements rapportés aient eu des effets sur la réalisation d'activités préscolaires liées à la motricité fine, et peut-être même jusqu'à se transposer à la maison dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sur le plan comportemental (Priest, 2006).

Concernant l'appréciation des services d'ergothérapie reçus, du point de vue des enseignants, le plus grand avantage de la collaboration avec un ergothérapeute était l'apprentissage de nouvelles connaissances ou compétences concernant le développement sensoriel et moteur des élèves, ce qui concorde avec l'expertise de l'ergothérapeute (Truong et Hodgetts, 2017). Lorsque l'on aborde les aspects les moins appréciés par les enseignants, les difficultés d'accès sortent du lot. Quoiqu'il y ait des différences interrégionales au Québec quant à l'accès aux services d'ergothérapie en milieu préscolaire et scolaire (Jasmin *et al.*, 2017), les longs délais d'attente, la faible offre au niveau des classes ordinaires et le manque de temps des ergothérapeutes sont rapportés par la majorité des répondants comme des enjeux majeurs du travail collaboratif avec un ergothérapeute. De récents articles mettent en lumière le fait que les ergothérapeutes accordent peu de temps aux visites en classe et qu'elles sont généralement trop brèves (Truong et Hodgetts, 2017 ; Wintle *et al.*, 2017). En conséquence, la présence limitée des services d'ergothérapie dans les classes de maternelle diminue les occasions de collaboration entre ces deux professionnels (Truong et Hodgetts, 2017 ; Villeneuve, 2009), et peut également influencer la qualité de la communication et causer de la confusion par rapport au rôle de l'ergothérapeute (Wintle *et al.*, 2017). De plus, les enseignants considèrent que l'absence de l'ergothérapeute en classe limite leurs occasions de le consulter et fait qu'ils se sentent moins inclus et concernés par l'offre de service en ergothérapie (Truong et Hodgetts, 2017). Il paraît donc essentiel de se questionner sur le modèle de prestation de services qui permettra de répondre aux besoins des enseignants et qui permettra à l'ergothérapeute de collaborer pleinement avec ceux-ci.

Bien que le modèle traditionnel de prestation de services – visant à offrir des services en individuel (Bazyk et Cahill, 2015) – soit encore utilisé, la pratique de l’ergothérapie à l’école tend à évoluer vers des pratiques plus inclusives (Bayona *et al.*, 2006). En effet, les meilleures pratiques suggèrent de délaisser progressivement ce modèle de prestation de services afin de privilégier un modèle de type collaboratif ou Réponse à l’intervention (Anaby *et al.*, 2019 ; Jasmin *et al.*, 2018). Un aspect important de la Réponse à l’intervention est l’importance accordée à la mise en place de stratégies universelles qui favorisent la pleine participation de l’ensemble des élèves, avec ou sans difficultés, à l’école. Des séances d’intervention en groupe-classe ou en sous-groupe et des thérapies individuelles peuvent être offertes au besoin, lorsque les stratégies universelles ne suffisent pas (Bazyk et Cahill, 2015). Le programme ontarien *Partnering for Change* (Missiuna *et al.*, 2012) est un exemple de modèle similaire à la Réponse à l’intervention conçu pour offrir des services d’ergothérapie dans les écoles.

Le dernier objectif de cette étude était d’explorer les besoins des enseignants au regard de l’ergothérapie. Un des besoins les plus fréquemment mentionnés par les répondants est de bonifier leurs connaissances par rapport à la motricité fine et globale. Une étude de Reid et coll. (2006) met en lumière que la formation des enseignants par les ergothérapeutes sur les difficultés de motricité fine et sur l’implantation de stratégies d’ergothérapie dans la classe est un bon moyen d’améliorer les habiletés des enfants. Donner de la formation sur la motricité aux enseignants serait donc une stratégie gagnante, et ce, autant pour l’amélioration des compétences et connaissances des enseignants que pour le développement des habiletés chez les élèves (Anaby *et al.*, 2019). Un autre besoin fréquemment mentionné est que les services d’ergothérapie soient prioritairement inclus dans les services éducatifs complémentaires des commissions scolaires. En effet, contrairement aux États-Unis et à certaines autres provinces canadiennes, les services d’ergothérapie ne sont offerts que de façon sporadique dans les écoles québécoises (Jasmin *et al.*, 2017). La mise en place de services d’ergothérapie dans les écoles serait d’autant plus pertinente considérant la tendance vers l’inclusion scolaire qui vise à ce que tous les élèves bénéficient d’une éducation en classe ordinaire (Goupil, 2007).

Par ailleurs, le rôle que l’ergothérapeute peut jouer auprès des parents est un rôle majoritairement reconnu par les enseignants. Ceux-ci ont identifié que l’ergothérapeute avait pour rôle de former et d’informer les parents au sujet des stratégies d’intervention à utiliser avec leur enfant à la maison. De plus, ils ont mentionné qu’ils souhaiteraient que les parents s’investissent davantage dans le développement de leur enfant, particulièrement si ce dernier présente des difficultés. Les écrits scientifiques font ressortir que la consultation avec les parents serait une composante essentielle de l’optimisation des bénéfices des recommandations ergothérapiques (Ohl *et al.*, 2013 ; Whalen, 2002). Dans cette optique, une ergothérapeute québécoise a exploré l’utilisation d’un modèle d’accompagnement collaboratif, l’Occupational Performance Coaching (OPC ; Graham et Rodger, 2010), en dyade avec au moins un parent et l’enseignant (ou éducateur de milieu de garde) de l’enfant, dans le cas d’enfants ayant des difficultés d’autorégulation (Nadeau, 2018). L’utilisation d’une telle approche qui reconnaît les savoirs des partenaires (p. ex. : parents, enseignants) et qui favorise l’implication active de

tous est donc une avenue prometteuse pour offrir des services d'ergothérapie adaptés aux besoins des écoles.

Limites méthodologiques

Une limite importante de ce projet est le faible taux de réponse des enseignants à la maternelle (environ 6,2 %). Malgré l'utilisation de deux méthodes pour rejoindre les enseignants de maternelle (via les directions d'écoles et via les réseaux sociaux), seulement 311 enseignants sur un total d'environ 5000 enseignants préscolaires au Québec ont répondu au questionnaire en ligne. De plus, ce faible taux de participation jumelé au caractère volontaire de la participation des enseignants peut avoir mené à un biais de sélection. Ainsi, il est possible de croire que les enseignants les plus informés ou intéressés par rapport à l'ergothérapie à la maternelle ont davantage pris le temps de répondre au questionnaire en ligne, ce qui peut surestimer certaines données, telles que la proportion d'enseignants ayant antérieurement collaboré avec un ergothérapeute.

Considérant que le taux de réponse varie grandement en fonction des régions administratives du Québec (p. ex. : aucun répondant du Nord-du-Québec), il faut être prudent dans l'interprétation et la généralisation des résultats. De plus, le petit nombre de répondants par région administrative ne permet pas de faire des analyses comparatives entre les régions administratives, qui présentent diverses réalités géographiques et divers contextes préscolaires.

Finalement, l'utilisation majoritaire de questions à choix multiples pour cerner les perceptions des enseignants face au rôle de l'ergothérapeute à la maternelle a pu influencer les réponses des participants. L'ajout d'une question de nature qualitative à la fin du questionnaire a mené à la collecte d'informations supplémentaires permettant de détailler ou nuancer certaines réponses.

Néanmoins, ce projet est parvenu à décrire les perceptions du rôle de l'ergothérapie en milieu préscolaire. De futures études gagneraient tout de même à être réalisées afin de mieux cerner les nuances dans les perceptions des enseignants œuvrant dans différents contextes, par exemple, en utilisant des entrevues individuelles ou de groupe.

CONCLUSION

Il s'agit d'une première étude québécoise décrivant les perceptions des enseignants à la maternelle quant à l'ergothérapie. Les résultats obtenus permettent de mettre en lumière que certains rôles comme le dépistage, le soutien aux enseignants et l'adaptation du matériel utilisé sont bien connus chez les enseignants à la maternelle. Toutefois, certains autres rôles, particulièrement l'intervention avec un groupe-classe, sont moins connus. Il est également mis en évidence que les enseignants perçoivent très positivement les services d'ergothérapie, surtout sur les habiletés motrices et grapho-motrices des élèves, et les considèrent comme essentiels. Cela contraste avec les diffi-

cultés d'accès à l'ergothérapie au préscolaire rapportées par les enseignants. Néanmoins, certaines adaptations gagneraient à être explorées par les ergothérapeutes œuvrant dans les maternelles du Québec afin d'offrir des services mieux adaptés aux besoins des enseignants et au contexte préscolaire.

En somme, ces éléments démontrent l'importance de promouvoir l'ergothérapie en milieu préscolaire, en particulier les rôles de l'ergothérapeute dans ce contexte de pratique. De ce fait, les enseignants et ergothérapeutes pourraient mieux travailler ensemble, et ce, pour le mieux-être des enfants. Néanmoins, il serait souhaitable d'explorer plus en profondeur les besoins des enseignants de maternelle, mais aussi des ergothérapeutes du préscolaire, afin d'optimiser leur travail de collaboration pour soutenir le développement global et la participation des élèves. Il serait également pertinent de documenter l'évolution des services d'ergothérapie dans les écoles québécoises afin d'assurer son alignement avec les besoins du milieu préscolaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Occupational Therapy Association. (2016). *Occupational therapy in school settings*. Repéré à : <http://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/CY/Fact-Sheets/School%20Settings%20fact%20sheet.pdf>
- Anaby, D. R., Campbell, W. N., Missiuna, C., Shaw, S. R., Bennett, S., Khan, S., ... et GOLDS (Group for Optimizing Leadership and Delivering Services). (2019). Recommended practices to organize and deliver school-based services for children with disabilities: A scoping review. *Child: Care, Health and Development*, 45(1), 15-27. doi:10.1111/cch.12621
- Barnes, K. J. et Turner, K. D. (2011). Team collaborative practices between teachers and occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 83-89. doi:10.5014/ajot.55.1.83
- Bayona, C. L., McDougall, J., Nichols, M. et Mandich, A. (2006). School-Based occupational therapy for children with fine motor difficulties: Evaluating functional outcomes and fidelity of services. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 26(3), 89-110.
- Bazyk, S. et Cahill, S. (2015). School-Based Occupational Therapy. Dans J. Case-Smith et J. C. O'Brien, *Occupational Therapy for Children* (7^e éd.) (p. 664-703). Saint-Louis, MO : Mosby Elsevier (1^{re} éd. 1985).
- Bazyk, S., Michaud, P., Goodman, G., Papp, P., Hawkins, E. et Welch, M. A. (2009). Integrating occupational therapy services in a kindergarten curriculum: A look at the outcomes. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 160-171. doi:10.5014/ajot.63.2.160
- Blackwell, A. L., Yeager, D. C., Mische-Lawson, L., J. Bird, R. J. et Cook, D. M. (2014). Teaching children self-regulation skills within the early childhood education environment: A feasibility study. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 7(3-4), 204-224.
- Briand, C. et Larivière, N. (2014). Méthodes de recherche mixtes : illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 625-648). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Case-Smith, J. (2000). Effects of occupational therapy services on fine motor and functional performance in preschool children. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 372-380. doi:10.5014/ajot.54.4.372
- Clark, G. F., Polichino, J. et Jackson, L. (2004). Occupational therapy services in early intervention and school-based programs (2004). *The American Journal of Occupational Therapy: Official publication of the American Occupational Therapy Association*, 58(6), 681-685. doi:10.5014/ajot.58.6.681

- Comité patronal de négociation pour les commissions scolaires francophones (CPNCF). (2011). *Plan de classification du personnel professionnel des commissions scolaires francophones*. Repéré à : http://www.cscapitale.qc.ca/documents/Plan_de_classification-Personnel_professionnel.pdf
- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (Sage publications). Repéré à : <https://www.researchgate.net>file.PostFileLoader.html>
- Dankert, H. L., Davies, P. L. et Gavin, W. J. (2003). Occupational therapy effects on visual-motor skills in preschool children. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 542-549. doi:10.5014/ajot.57.5.542
- Golos, A., Sarid, M., Weill, M. et Weintraub, N. (2011). Efficacy of an early intervention program for at-risk preschool boys: A two-group control study. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(4), 400-408. doi:10.5014/ajot.2011.000455
- Golos, A., Sarid, M., Weill, M. et Weintraub, N. (2013). The influence of early intervention length on the participation of low socioeconomic at-risk preschool boys: A two-group control study. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 6(3), 188-202. doi:10.1080/19411243.2013.850935
- Goupil, G. (2007). *Les élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage* (3^e éd.). Montréal : Morin (1^{re} éd. 1990).
- Graham, F. et Rodger, S. (2010). Occupational performance coaching : Enabling parents' and children's occupational performance. Dans S. Rodger et A. Kennedy-Behr (dir.), *Occupation-centred practice with children: A practical guide for occupational therapists* (p. 203-226). Chichester West Sussex, R.-U. : Wiley-Blackwell. doi:10.1002/9781444319699.ch10
- Huang, Y., Peyton, C., Hoffman, M. et Pascua, M. (2011). Teacher perspectives on collaboration with occupational therapists in inclusive classrooms: A pilot study. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 4(1), 71-89. doi:10.1080/19411243.2011.581018
- Jasmin, E., Gauthier, A., Julien, M. et Hui, C. (2018). Occupational therapy in preschools: A synthesis of current knowledge. *Early Childhood Education Journal*, 46(1), 73-82.
- Jasmin, E., Ariel, S., Caron, M.-S., Currer-Briggs, G., Gauthier, A. et Pelletier, L. (2017). Innovation. L'ergothérapie en milieu scolaire au Québec. *Ergo-go! Revue des ergothérapeutes du Québec*, juillet, 1-6.
- Kennedy, S. et Stewart, H. (2012). Collaboration with teachers: A survey of South Australian occupational therapists' perceptions and experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(1), 81-91. doi:10.1111/j.1440-1630.2012.00999.x
- Ministère de l'Éducation. (2006). *Programme de formation de l'école québécoise*. Repéré à : <http://www1.mels.gouv.qc.ca/sections/programmeFormation/pdf/prform2001nb.pdf>
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (2018). *Règles budgétaires amendées pour l'année scolaire 2017-2018*. Repéré à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/ress_financieres/rb/RB_Fonctionnement_Commissions-scolaires_17-18.pdf
- Missiuna, C. A., Pollock, N. A., Levac, D. E., Campbell, W. N., Whalen, S. D. S., Bennett, S. M., ... et Russell, D. J. (2012). Partnering for change: An innovative school-based occupational therapy service delivery model for children with developmental coordination disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 41-50. doi:10.2182/cjot.2012.79.1.6
- Mongrain, A. (2012). *L'ergothérapie en milieu scolaire : d'un océan à l'autre* (Essai de maîtrise). Université du Québec à Trois-Rivières. Repéré à : <http://depot-e.uqtr.ca/4501/1/030314325.pdf>
- Nadeau, C. (2018). *Coaching en performance occupationnelle : quand le parent et l'enseignant s'unissent pour favoriser la participation sociale de l'enfant* (Essai de maîtrise). Université de Sherbrooke.
- Nulty, D. D. (2008). The adequacy of response rates to online and paper surveys: What can be done? *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 33(3), 301-314. doi:10.1080/02602930701293231
- Ohl, A. M., Graze, H., Weber, K., Kenny, S., Salvatore, C. et Wagreich, S. (2013). Effectiveness of a 10-week Tier-1 response to intervention program in improving fine motor and visual-motor skills in general education kindergarten students. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(5), 507-514. doi:10.5014/ajot.2013.008110

- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Priest, N. (2006). Motor Magic: Evaluation of a community capacity-building approach to supporting the development of preschool children. *Australian Occupational Therapy journal*, 53, 220-232. doi:10.1111/j.1440-1630.2006.00546.x
- Reid, D., Chiu, T., Sinclair, G., Wehrmann, S. et Naseer, Z. (2006). Outcomes of an occupational therapy school-based consultation service for students with fine motor difficulties. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 215-224. doi:10.1177/000841740607300406
- Rens, L. et Joosten, A. (2014). Investigating the experiences in a school-based occupational therapy program to inform community-based paediatric occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(3), 148-158. doi:10.1111/1440-1630.12093
- Shasby, S. et Schneck, C. (2011). Commentary on collaboration in school-based practice: Positives and pitfalls. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 4, 22-33. doi:10.1080/19411243.2011.573243
- Simard, M., Tremblay, M.-E., Lavoie, A. et Audet, N. (2013). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*. Québec : Institut de la statistique du Québec. Repéré à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/developpement-enfants-maternelle-2012.pdf>
- Taras, H., Brennan, J., Gilbert, A. et Eck Reed, H. (2011). Effectiveness of occupational therapy strategies for teaching handwriting skills to kindergarten children. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 4(3-4), 236-246. doi:10.1080/19411243.2011.629554
- Truong, V. et Hodgetts, S. (2017). An exploration of teacher perceptions toward occupational therapy and occupational therapy practices: A scoping review. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 10(2), 121-136. doi:10.1080/19411243.2017.1304840
- Villeneuve, M. (2009). A critical examination of school-based occupational therapy collaborative consultation. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 76, 206-218. doi:10.1177/000841740907600s05
- Whalen, S. S. (2002). How occupational therapy makes a difference in the school system: A summary of the literature. *Occupational Therapy Now*, 4(3), 15-18.
- Wintle, J., Krupa, T., Cramm, H. et DeLuca, C. (2017). A scoping review of the tensions in OT-teacher collaborations. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 10(4), 327-345. doi:10.1080/19411243.2017.1359134



ACCOMPAGNEMENT-CITOYEN PERSONNALISÉ D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE (APIC) ET CHANGEMENTS DE LA MOBILITÉ CHEZ DES AÎNÉS EN PERTE D'AUTONOMIE

Caroline Pigeon¹, Rachel Boulianne² et Mélanie Levasseur³

- 1 *PhD, Stagiaire postdoctorale, Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*
- 2 *Ergothérapeute, MSc, Étudiante-chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*
- 3 *Ergothérapeute, PhD, Professeure, Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*

Adresse de contact : caroline.pigeon@usherbrooke.ca

Reçu le 13.07.2018 – Accepté le 05.08.2019

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

doi :10.13096/rfre.v5n2.113

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



RÉSUMÉ

Introduction. Déterminant d'un vieillissement en santé, la mobilité permet aux aînés de réaliser des activités de participation sociale et de demeurer intégrés dans leur communauté. Récemment adapté au vieillissement et à la perte d'autonomie fonctionnelle, l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC), un suivi hebdomadaire de 6 mois réalisé par un citoyen visant la réalisation d'activités sociales et de loisirs signifiantes, pourrait favoriser la mobilité d'aînés ayant des incapacités.

Objectif. Cette étude visait donc à : 1) explorer les changements de mobilité tels que perçus par des aînés en perte d'autonomie à la suite de la réalisation de l'APIC et 2) identifier les facilitateurs et les obstacles à la mobilité.

Méthodologie. Un devis mixte comportant un dispositif pré-expérimental et une étude qualitative de type recherche clinique a été utilisé auprès d'aînés recrutés selon une stratégie de convenance. Le changement de la mobilité a été considéré à l'aide de comparaisons du Life-Space Assessment avant et après l'APIC et d'une analyse de contenu thématique d'entretiens individuels semi-dirigés.

Résultats. Âgés de 66 à 91 ans, les 16 participants étaient majoritairement des femmes et présentaient des incapacités modérées à graves. Après l'APIC, une amélioration de leurs habitudes de déplacement a été observée ($p < 0,01$) et les participants rapportaient fréquenter davantage de lieux et se déplacer seuls plus aisément. La confiance en soi, le transport adapté et la disponibilité d'activités dans la communauté étaient des facilitateurs à la mobilité des participants, tandis que les intempéries et la situation familiale étaient perçues par ceux-ci comme étant des obstacles.

Conclusion. Puisque la mobilité d'aînés en perte d'autonomie s'est améliorée à la suite de la réalisation de l'APIC, les recherches doivent se poursuivre sur cette intervention prometteuse.

MOTS-CLÉS

Habitudes de déplacement, Aire de mobilité, Life-Space Assessment (LSA), Intervention, Participation sociale, Incapacités

PERSONALIZED CITIZEN ASSISTANCE FOR SOCIAL PARTICIPATION (APIC) AND CHANGES IN MOBILITY IN OLDER ADULTS HAVING DISABILITIES

ABSTRACT

Introduction. As a determinant of healthy aging, mobility enables older adults to engage in social participation activities and remain integrated in their community. Nevertheless, interventions fostering mobility in older adults are rare. Recently adapted to aging and functional autonomy decline, the Personalized citizen assistance for social participation (APIC), weekly personalized stimulation sessions carried out by a trained and supervised citizen, and targeting significant social and leisure activities, could promote the mobility of older adults with disabilities.

Objectives. This study aimed to: 1) explore the observed changes in mobility after APIC as perceived by older adults with disabilities; and 2) identify the facilitators for, and obstacles to, their mobility.

Methodology. A mixed-method design including a pre-experimental component and a qualitative clinical research design was used with older adults recruited according to a convenience sampling. The mobility of participants was considered, with comparisons of the Life-Space Assessment before and after APIC, and a thematic content analysis of individual, semi-structured interviews.

Results. Aged 66-91, the 16 participants were mainly women and had moderate to severe disabilities. After the APIC, improvements in their mobility habits were observed ($p < 0.01$) and participants reported visiting more places with better ability to travel alone. Self-confidence, the paratransit, and the availability of activities in the community were mobility facilitators for the participants, while they considered the weather and family situations to be barriers.

Conclusion. Since the mobility of older adults with disabilities improved after APIC, further studies on this promising intervention are required.

KEYWORDS

Travel habits, Life-space, Life-Space Assessment (LSA), Intervention, Social participation, Disabilities

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population constitue un défi de société. En effet, par exemple au Québec, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient environ 16,6 % de la population en 2013, et cette proportion devrait atteindre 25,2 % en 2031 (Institut de la statistique du Québec, 2015). En outre, parmi les Canadiens âgés de 65 ans et plus, plusieurs sont atteints de maladies chroniques et près de la moitié ont ou auront des incapacités (Turcotte et Schellenberg, 2007).

Définie comme la capacité à se déplacer (en marchant, en utilisant un dispositif d'assistance ou avec un véhicule) dans les environnements (Webber, Porter et Menec, 2010), la mobilité est réduite au cours du vieillissement et en présence d'incapacités. Avec l'avancée en âge, le nombre de déplacements diminue et l'aire de mobilité, c'est-à-dire le territoire dans lequel la personne s'est déplacée durant une période spécifique (Auger, 2009 ; Baker, Bodner et Allman, 2003), se réduit, pour se restreindre principalement au quartier, voire parfois même au domicile (Yen, Michael et Perdue, 2009). Selon Nader (2011), les trois quarts des Parisiens âgés de 75 ans et plus sortent à l'extérieur de leur domicile quotidiennement, la marche étant leur premier moyen de locomotion. Néanmoins, un rétrécissement de leur aire de mobilité s'observe autour de 85 ans, dégradant progressivement leur appropriation du territoire et leur intégration dans la société. Plus elle est réduite, moins l'aire de mobilité est inclusive et comprend des ressources clés telles que la pharmacie, l'épicerie, le centre de santé et le centre communautaire (Frémont, Chevalier, Herin et Renard, 1984).

La réduction de l'aire de mobilité a d'importantes conséquences sur la santé. En effet, une mobilité limitée aux lieux près du domicile et au domicile est associée à un risque élevé de fragilité (Xue, Fried, Glass, Laffan et Chaves, 2008), de maladie d'Alzheimer (James, Boyle, Buchman, Barnes et Bennett, 2011), d'institutionnalisation prématurée (Sheppard, Sawyer, Ritchie, Allman et Brown, 2013) et de mortalité (Boyle, Buchman, Barnes, James et Bennett, 2010). En outre, la réduction de l'aire de mobilité est aussi associée à une restriction de la participation sociale des aînés (Cohen-Mansfield, Shmotkin, Blumstein, Shorek, Eyal et Hazan, 2013) ; plus l'aire de mobilité est réduite, moins elle présente d'occasions de participer socialement.

La participation sociale, définie par l'implication de la personne dans des activités qui lui procurent des interactions avec les autres dans la communauté (Levasseur, Richard, Gauvin et Raymond, 2010), constitue un déterminant clé du vieillissement actif et en santé (Organisation mondiale de la santé, 2002). La participation sociale comprend principalement les activités réalisées avec les autres, mais inclut également celles préparant les interactions avec les autres, telles que les déplacements (Levasseur *et al.*, 2010). Selon le Modèle du développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH), la participation sociale est facilitée lorsque les capacités de la personne et son environnement sont optimisés (Fougeyrollas, 2010), par exemple lorsqu'une réadaptation permet à un individu de remarquer ou lorsqu'un trottoir près d'un centre communautaire est déneigé. Afin de favoriser la participation sociale, il est aussi possible de modifier les activités sociales et de loisirs, notamment en ajoutant des pauses ou en

changeant l'horaire ou le rythme. De plus, une meilleure participation sociale est associée à une proportion élevée de ressources clés à moins de cinq minutes du domicile (Levasseur, Gauvin, Richard, Kestens, Daniel et Payette, 2011). La participation sociale peut également être favorisée par des interventions (Raymond, Grenier et Hanley, 2014) telles que l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC), développé auprès de personnes ayant un traumatisme crânien (Lefebvre, Levert, Le Dorze, Croteau, Gélinas, Therriault, Michallet et Samuelson, 2013). L'APIC consiste en un suivi hebdomadaire de trois heures réalisé par un accompagnateur non professionnel, formé aux particularités de la clientèle visée et supervisé par des professionnels de la santé et du milieu communautaire. Au cours des séances d'accompagnement, l'accompagnateur aide l'ainé à identifier des activités de participation sociale qui sont significatives pour lui, mais difficiles à réaliser, puis le stimule progressivement à les accomplir. L'APIC est réalisé en partenariat et selon une approche d'*empowerment*, visant ainsi une amélioration des capacités de la personne à prendre en main les aspects centraux de ses besoins. Cette intervention a été adaptée aux aînés en perte d'autonomie et a permis d'améliorer la participation sociale, l'indépendance fonctionnelle en lien avec la mobilité et la fréquence de pratique de loisirs des participants (Levasseur, Lefebvre, Levert, Lacasse-Bédard, Desrosiers, Therriault, Tourigny, Couturier et Carbonneau, 2016). Ainsi, l'APIC pourrait inciter des aînés à se déplacer davantage et à améliorer leur perception de l'espace qui les entoure, des éléments favorisant l'augmentation ou le maintien de leur autonomie fonctionnelle. Toutefois, les changements sur la mobilité tels que perçus par des aînés en perte d'autonomie à la suite de l'APIC n'avaient pas été spécifiquement étudiés, et c'est ce sur quoi la présente étude voulait se pencher. Un objectif secondaire était d'identifier les facilitateurs et les obstacles à la mobilité perçus par ces aînés après la réalisation de l'APIC.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude, utilisant un devis mixte soutenu par un dispositif pré-expérimental et une étude qualitative de type recherche clinique (Miller et Crabtree, 2003), s'inscrit dans un programme de recherche qui visait à adapter l'APIC pour des aînés en perte d'autonomie, à évaluer ses effets et à les valider auprès de ces aînés. Les changements observés au niveau de l'autonomie fonctionnelle, de la participation sociale, de la pratique de loisirs et de la qualité de vie des participants après la réalisation de l'APIC ont été décrits dans un autre article (Levasseur *et al.*, 2016). L'étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS ; MP-22-2014-383).

Population à l'étude

Anticipant trois abandons en cours d'intervention, 19 participants en perte d'autonomie et vivant à domicile ont été recrutés. Puisqu'un participant est décédé et deux ont été admis en soins de longue durée et n'ont pu être réévalués en raison d'incapacités trop importantes, l'échantillon final était de 16 participants. Un échantillon de

16 aînés permet de détecter une taille d'effet de 0,75 entre deux moyennes du score composé du Life-Space Assessment, avec une différence supérieure au seuil du changement cliniquement significatif de 10 (Baker, Bodner et Allman, 2003), selon un test *t* bilatéral pour données appariées, une puissance statistique de 80 % et une erreur alpha de 0,05 (Machin, Campbell, Tan et Tan, 2009). Cette taille d'échantillon a aussi permis d'atteindre une saturation théorique des données qualitatives. Les participants ont été recrutés selon une stratégie de convenance à partir d'une liste de personnes ayant participé à des études antérieures ou de patients du centre de jour ou de l'hôpital de jour du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Pour être admissibles, les participants devaient être en perte d'autonomie, c'est-à-dire avoir un score supérieur ou égal à 15 au Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF ; Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988), et résider dans un domicile conventionnel ou une résidence pour aînés autonomes ou semi-autonomes. Afin de s'assurer qu'ils étaient en mesure de comprendre les questions et d'y répondre, les aînés présentant les caractéristiques suivantes étaient exclus : 1) troubles cognitifs (score < 17/22 à la version téléphonique de l'Échelle de statut mental – ALFI-MMSE [Roccaforte, Burke, Bayer et Wengel, 1992]) et 2) troubles du langage modérés ou graves.

Collecte des données

Tous les participants éligibles à l'étude, jusqu'à l'obtention de la taille d'échantillon ($n = 16 + 3$, anticipant des abandons), ont été joints et ont signé un formulaire de consentement. Ils ont été rencontrés individuellement, d'abord par une agente de recherche, puis par une étudiante-chercheure, toutes deux formées pour la passation de questionnaires et la réalisation d'entretiens qualitatifs. Avant (T_0) et après l'intervention (T_1 ; Figure 1), chaque aîné a été rencontré individuellement, pendant environ 90 minutes, dans une pièce isolée du lieu de son choix, par l'agente de recherche qui a verbalement fait passer les questionnaires quantitatifs (les résultats de certains de ces questionnaires sont présentés dans un autre article : Levasseur *et al.*, 2016). Deux à quatre semaines après la deuxième administration des questionnaires quantitatifs, deux entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés, un d'environ 90 minutes, mené par l'agente de recherche (dont les résultats sont présentés dans Levasseur *et al.*, 2016), et le deuxième d'environ 30 minutes, réalisé par l'étudiante-chercheure (dont les résultats sont présentés dans le présent article). Les entretiens ont été enregistrés sur bande audio numérique et retranscrits sous forme manuscrite (*verbatim*).

Figure 1 : chronologie des étapes de collecte de données



AR : Collecte effectuée par l'agente de recherche ; EC : Collecte effectuée par l'étudiante-chercheure

Intervention à l'étude

L'APIC a permis aux participants d'être stimulés de façon personnalisée hebdomadairement pendant une séance de trois heures, sur une période de six mois, entre novembre 2013 et septembre 2014. Les 11 accompagnateurs (10 femmes), rémunérés par la recherche, avaient de l'expérience auprès d'ainés, principalement à titre de bénévoles. Les accompagnateurs étaient formés pendant deux jours sur le vieillissement, la perte d'autonomie, les ressources communautaires et l'approche pour cibler un projet (Lefebvre, 2010). Durant les six mois d'accompagnement, les participants ont été aidés par leur accompagnateur à identifier et à accomplir des activités sociales et de loisirs significatives qu'ils ne réalisaient plus, comme aller dans des organismes communautaires, visiter des expositions artistiques ou se rendre à la bibliothèque. Le soutien fourni par les accompagnateurs consistait à assister le participant dans l'organisation de l'activité, par exemple pour la recherche des horaires et des moyens d'inscription à l'activité, ou dans la préparation du déplacement, et parfois à l'accompagner dans la communauté pour réaliser l'activité. Cette aide était graduellement diminuée au cours des séances afin que les participants soient en mesure de continuer à accomplir leurs activités sociales et de loisirs après l'accompagnement. Les accompagnateurs encourageaient l'*empowerment* des aînés, la mobilisation graduelle de leurs ressources personnelles et environnementales et leur intégration dans la communauté. Supervisés par un comité de gestion et de partenariat (CGP), les accompagnateurs se rencontraient mensuellement. Ils remplissaient également un journal de bord dans lequel figuraient les activités ciblées par les participants, les actions envisagées et celles mises en œuvre pour les réaliser, ainsi que les activités accomplies. Les accompagnateurs inscrivaient également dans les journaux de bord les événements particuliers survenus dans la vie des aînés (par exemple, un problème de santé ou un déménagement) qui pouvaient avoir des conséquences sur l'accompagnement ou entraîner l'annulation de séances (l'analyse de ces journaux de bord a été présentée dans un autre article : Levasseur *et al.*, 2016). Le CGP regroupait l'agente de recherche, des professionnels de la santé (ergothérapeutes et récréologues), des chercheurs, des représentants d'organismes communautaires, des accompagnateurs et des aînés qui se rencontraient tous les quatre mois.

Outils de mesure

Deux outils ont été utilisés pour décrire l'échantillon : un questionnaire sociodémographique et le SMAF (Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988). Le questionnaire sociodémographique a permis de recueillir des données sur l'âge, le genre, le type de résidence, le niveau de ruralité, la situation de vie, la scolarité, le niveau de revenu, le niveau de santé autorapporté et la condition de santé des participants. Le SMAF, mesurant l'autonomie fonctionnelle, est composé de cinq domaines (activités de la vie quotidienne, mobilité, communication, fonctions mentales et activités de la vie domestique). Cet instrument présente de bonnes qualités psychométriques (Desrosiers, Bravo, Hébert et Dubuc, 1995 ; Hébert *et al.*, 1988).

Pour estimer l'étendue spatiale des habitudes de déplacement des participants avant et après l'intervention, la version canadienne-française (Auger, Demers, Gélinas,

Routhier, Jutai, Guérette et Deruyter, 2009) du Life-Space Assessment (LSA ; Baker, Bodner et Allman, 2003) a été utilisée. Prenant 10 minutes environ à remplir, le LSA aborde dans une première partie les aides techniques utilisées régulièrement. Dans une seconde partie, l'instrument considère les déplacements effectués dans cinq aires de mobilité – dans la maison, autour de la maison, dans le voisinage, dans la ville et à l'extérieur de la ville –, la fréquence de ces déplacements selon une échelle à 4 niveaux (1 : < 1 fois par semaine, 2 : 1-3 fois par semaine, 3 : 4-6 fois par semaine, 4 : chaque jour) et l'utilisation dans chaque cas d'une aide technique ou humaine. Trois composantes sont mesurées : 1) le LS-Maximal, soit le plus haut niveau d'aire de mobilité atteint quel que soit le type d'assistance utilisé (technique ou humaine au besoin), 2) le LS-Équipement, soit le plus haut niveau d'aire de mobilité atteint en utilisant une aide technique, mais sans recours à l'assistance d'une autre personne, et 3) le LS-Indépendant, soit le plus haut niveau d'aire de mobilité atteint sans aide technique ni assistance humaine. Le LSA permet ainsi d'obtenir trois sous-scores (LS-Maximal, LS-Équipement et LS-Indépendant ; compris entre 0 et 5) et un score composé (LS-Composé ; compris entre 0 et 120), ce dernier rendant compte des habitudes de déplacement en combinant les niveaux d'aire de mobilité atteints, la fréquence de déplacement et l'aide requise dans chaque aire (Baker, Bodner et Allman, 2003). Le LS-Composé est calculé avec un algorithme d'analyse informatisé proposé par les auteurs de la version canadienne-française (Auger, Demers et Gélinas, 2008). Plus les scores sont élevés, meilleures sont les habitudes de déplacement, et une amélioration de 10 points est considérée comme cliniquement significative (Baker, Bodner et Allman, 2003). L'instrument présente une bonne fidélité test-retest avec un coefficient de corrélation intra-classe (CCI) de 0,87 pour le LS-Composé et entre 0,76 et 0,84 pour chacun des trois sous-scores (Auger *et al.*, 2009). Concernant la validité de construit convergente de l'outil, la version américaine du LS-Composé est significativement associée (CCI = 0,88) avec : 1) le Physical Activity Scale for the Elderly (Cavanaugh et Crawford, 2014), 2) les activités quotidiennes de base (coefficient de Pearson = 0,49) et domestiques autodéclarées (coefficient de Pearson = 0,55) et 3) le Short Physical Performance Battery ([coefficient de Pearson = 0,63] Peel, Sawyer Baker, Roth, Brown, Brodner et Allman, 2005). Un guide d'entretien semi-structuré a permis d'étudier les perceptions des participants à l'égard des effets de l'APIC sur leur mobilité, ainsi que sur les facilitateurs et les obstacles à leur mobilité. Ce guide comprenait des questions ouvertes, portant sur l'APIC et ses effets perçus sur la mobilité, telles que : « *Que faites-vous de différent, s'il y a lieu, depuis votre accompagnement?* », « *Parlez-moi de votre fréquentation du quartier pendant votre accompagnement?* », « *Comment, s'il y a lieu, votre accompagnement vous a-t-il aidé à surmonter les obstacles de la fréquentation de ces lieux?* ». D'autres questions portaient sur les déplacements des participants dans leur environnement et, notamment, les facilitateurs et les obstacles à ces déplacements : « *Parlez-moi de vos déplacements dans votre quartier* », « *Comment vous rendez-vous dans ces lieux mentionnés?* », « *Qu'est-ce qui vous aide, s'il y a lieu, à fréquenter les lieux mentionnés?* », « *Est-ce qu'il y a des lieux actuellement où vous aimeriez aller, mais où vous n'allez pas?* », « *Qu'est-ce qui nuit, s'il y a lieu, à votre fréquentation des lieux mentionnés?* ». Le guide a été validé par un expert en recherche qualitative et une ergothérapeute-chercheuse et prétesté auprès d'un aîné. La collecte des données a été réalisée simultanément à l'analyse, permettant

l'ajustement du guide en cours de collecte, en accord avec les lignes directrices de la recherche qualitative (Gauthier, 2008).

Analyses

Pour le volet quantitatif, des statistiques descriptives ont été réalisées pour décrire les participants. Les changements mesurés avec le LSA entre T0 et T1 ont été vérifiés avec le test des rangs signés de Wilcoxon. Pour chaque aire de mobilité du LSA, la fréquence de déplacement ainsi que le nombre de participants utilisant une aide technique ou une aide humaine avant et après l'intervention ont été décrits à l'aide d'histogrammes. Pour le volet qualitatif, une analyse de contenu thématique des entretiens a été effectuée à l'aide d'une grille de codage mixte (Miles et Huberman, 2003) et selon un procédé de repérage systématique (Paillé et Mucchielli, 2003). La grille de codage mixte a été développée à partir des thèmes ciblés par le guide d'entretien et du contenu provenant des entretiens réalisés. Ces thèmes étaient la fréquence et la durée des déplacements, la fréquentation nouvelle de lieux de loisirs, l'amélioration des capacités à se déplacer et la taille de l'aire de mobilité. Les obstacles et les facilitateurs en lien avec la mobilité perçus après la réalisation de l'APIC ont aussi été abordés. Ces thèmes ont été par la suite renommés et organisés à l'aide du MDH-PPH (Fougeyrollas, 2010). Les analyses quantitatives et qualitatives ont été respectivement effectuées avec les logiciels SPSS (v18.0) et Microsoft Word.

RÉSULTATS

Participants

Les 16 participants étaient âgés de 66 à 91 ans, la majorité étaient des femmes et étaient propriétaires ou locataires plutôt qu'en résidence pour aînés (Tableau 1). La moitié des participants vivaient avec un conjoint (25 %) ou un membre de leur famille (25 %), l'autre moitié vivant seuls, et la moitié d'entre eux également avaient un revenu annuel inférieur à 20 000 \$ (Tableau 1). Pendant l'intervention, deux participants ont déménagé dans une résidence pour aînés et un s'est séparé et a déménagé dans un appartement. Une majorité des participants avaient moins de 12 ans de scolarité et percevaient leur santé comme étant passable ou mauvaise (Tableau 1). La majorité des participants présentaient une perte d'autonomie modérée à grave (score au SMAF allant de 11 à 44/87) et divers diagnostics (Tableau 1). Comparativement à la population des Québécois âgés de 65 ans et plus (Fournier, Cazale, Dubé, Murphy et Godbout, 2014), les participants de la présente étude étaient en plus grande proportion des femmes, vivaient davantage seuls, avaient un niveau de scolarité plus élevé, percevaient avoir un niveau de santé inférieur et avaient un niveau d'incapacité plus élevé. Les participants utilisaient régulièrement de un à cinq types d'aide technique (spécifiques aux déplacements ou non) et, pour la majorité, au moins trois types. La moitié des participants utilisaient une canne et la majorité un déambulateur ou une marchette (Tableau 1). À l'exception d'un participant, tous utilisaient un équipement à la salle de bain. Avant

l'intervention, un participant conduisait occasionnellement son automobile. Après l'intervention, deux autres participants avaient repris la conduite automobile, activité délaissée à la suite d'un problème de santé. Les aînés ont rencontré entre 9 et 27 fois leur accompagnateur, la moyenne étant de 20 séances.

Tableau 1 : caractéristiques des participants (n = 16)

Variables continues		Médiane (Intervalle semi-interquartile)
Âge (ans)		80,5 (7,6)
Autonomie fonctionnelle ^a		21 (4,2)
Séances d'accompagnement (#)		20 (3)
Variables catégorielles		Fréquence (%)
Genre (Femmes)		11 (68,8)
Type de résidence	Propriétaire	6 (37,5)
	Locataire	6 (37,5)
	Résidence pour aînés	4 (25,0)
Niveau de ruralité	Urbain	14 (87,5)
	Périurbain	2 (12,5)
Situation de vie	Vit seul	8 (50,0)
	Vit avec un conjoint	4 (25,0)
	Vit avec un membre de la famille	4 (25,0)
Scolarité (ans)	1-6	1 (6,3)
	7-11	8 (50,0)
	12-14	4 (25,0)
	15-16	3 (18,8)
Revenus (\$ Can)	< 15 000	3 (18,8)
	15 001-20 000	5 (31,3)
	20 001-25 000	1 (6,3)
	25 001-40 000	3 (18,8)
	> 40 001	4 (25,0)
Santé autorapportée	Bonne	6 (37,5)
	Passable	8 (50,0)
	Mauvaise	2 (12,5)

^a Système de mesure d'autonomie fonctionnelle (/87), < 5 : aucune perte d'autonomie, 5-19 : perte d'autonomie légère à modérée, > 19 : perte d'autonomie modérée à grave.

^b Selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10).

^c Incluant les traumatismes crâniens et les fractures du poignet.

^d Life-Space Assessment, plusieurs réponses possibles.

^e Barre d'appui, siège de bain, cabine de douche sans seuil, chaise d'aisance ou toilette surélevée.

Tableau 2 : caractéristiques des participants (n = 16) (suite)

Variables catégorielles		Fréquence (%)
Condition de santé ^b	Maladie du système nerveux	1 (6,3)
	Maladie du système respiratoire	6 (37,5)
	Lésion traumatique, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes ^c	2 (12,5)
	Maladie du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	2 (12,5)
	Maladie de l'œil et de ses annexes	2 (12,5)
	Maladie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1 (6,3)
	Autres (p. ex. : chutes)	2 (12,5)
Aide technique ^d	Équipement de salle de bain ^e	15 (93,8)
	Déambulateur, marchette	12 (75,0)
	Canne	9 (56,3)
	Fauteuil roulant manuel	5 (31,3)
	Rampe d'accès	5 (31,3)
	Canne blanche	2 (12,5)
	Triporteur, quadriporteur	1 (6,3)
	Orthèse	1 (6,3)

^a Système de mesure d'autonomie fonctionnelle (/87), < 5 : aucune perte d'autonomie, 5-19 : perte d'autonomie légère à modérée, > 19 : perte d'autonomie modérée à grave.

^b Selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10).

^c Incluant les traumatismes crâniens et les fractures du poignet.

^d Life-Space Assessment, plusieurs réponses possibles.

^e Barre d'appui, siège de bain, cabine de douche sans seuil, chaise d'aisance ou toilette surélevée.

Changements dans les habitudes de déplacements après l'APIC mesurés avec le LSA

Concernant le LSA, les résultats démontrent qu'à la suite de l'APIC, le LS-Composé, qui prend en compte le niveau d'aire de mobilité atteint, la fréquence des déplacements dans chaque aire de mobilité et l'aide utilisée pour s'y rendre, a significativement augmenté ($p < 0,01$; Tableau 2). L'étendue des changements individuels au niveau du LS-Composé est de 64,5 points sur un total de 120 points, avec un changement positif pour 13 participants, qui est supérieur à 10 (16-46 points) pour 7 d'entre eux (données non présentées en tableau). Les scores aux LS-Maximal, LS-Indépendant et LS-Équipement ne diffèrent pas significativement entre les deux temps de mesure, mais le LS-Maximal tend à avoir augmenté.

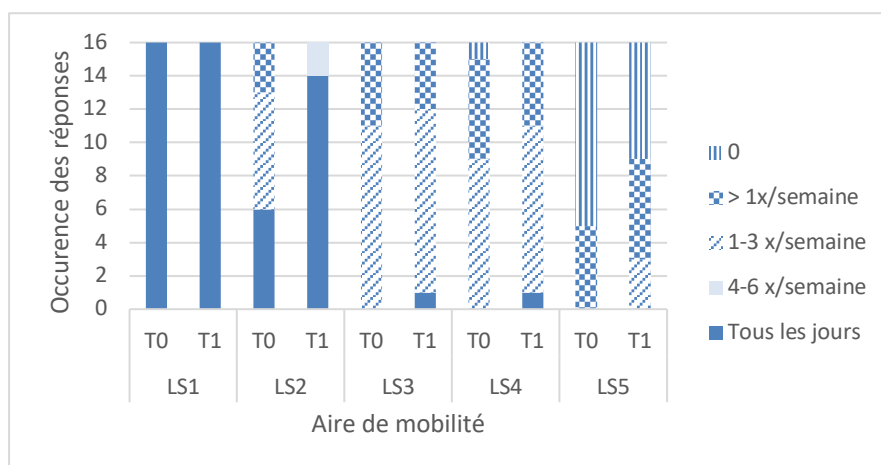
Tableau 3 : comparaison des scores du Life-Space Assessment avant (T₀) et après (T₁) l'intervention (n = 16)

Scores du LS	Médiane (intervalle interquartile)		Valeur de p*
	T ₀	T ₁	
LS-Composé (/120)	30,3 (9,3)	38,5 (13)	< 0,01
LS-Maximal (/5)	4 (1)	5 (1)	0,06
LS-Équipement (/5)	3 (1)	3 (1,3)	0,27
LS-Indépendant (/5)	0,5 (1,3)	0,5 (3)	0,17

* Test des rangs signés de Wilcoxon

La fréquence de déplacement diminue au fur et à mesure que l'aire de mobilité s'éloigne du domicile, et ce, avant et après l'APIC (Figure 2). Néanmoins, à la suite de l'intervention, les fréquences de déplacement ont été augmentées pour toutes les aires de mobilité, à l'exception du domicile, dont la fréquence était déjà au maximum avant l'intervention. Par exemple, alors que ce n'était pas le cas pour la majorité d'entre eux avant l'intervention, l'ensemble des participants ont déclaré s'être déplacés au moins quatre fois par semaine autour du domicile après l'intervention (Figure 2). Ces déplacements ont même eu lieu tous les jours pour 14 d'entre eux. Parmi les 11 participants qui rapportaient ne pas se déplacer à l'extérieur de la ville avant l'intervention, 7 s'y déplaçaient après l'APIC.

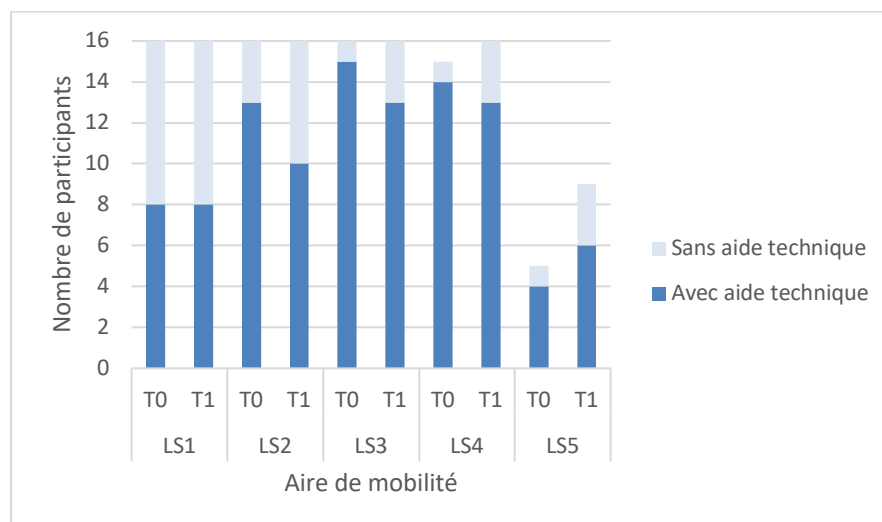
Figure 2 : distribution des fréquences de déplacement par aire de mobilité avant (T₀) et après (T₁) l'intervention



LS1 : domicile ; LS2 : autour du domicile ; LS3 : voisinage ; LS4 : ville ; LS5 : au-delà de la ville

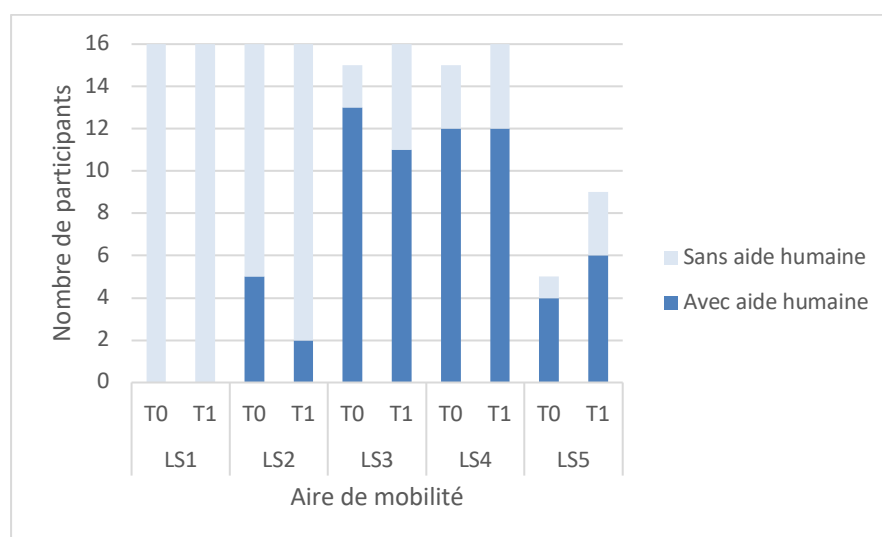
La majorité des participants se déplaçaient avec une aide technique, à la fois avant et après l'intervention (Figure 3). Après l'intervention, une augmentation d'une à trois personnes se déplaçant sans aide technique a toutefois été observée pour toutes les aires, sauf autour du domicile. Au-delà du domicile, la majorité des participants ont eu recours à une assistance humaine, et ce, avant et après l'intervention (Figure 4). Une augmentation d'un à trois participants se déplaçant sans assistance humaine a été observée à la suite de l'APIC pour toutes les aires, sauf autour du domicile (Figure 4).

Figure 3 : nombre de participants utilisant une aide technique par aire de mobilité avant (T₀) et après (T₁) l'intervention



LS1 : domicile ; LS2 : autour du domicile ; LS3 : voisinage ; LS4 : ville ; LS5 : au-delà de la ville

Figure 4 : nombre de participants ayant recours à une aide humaine par aire de mobilité avant (T₀) et après (T₁) l'intervention



LS1 : domicile ; LS2 : autour du domicile ; LS3 : voisinage ; LS4 : ville ; LS5 : au-delà de la ville

Changements dans les habitudes de déplacements après l'APIC rapportés par les aînés

Au cours des entretiens semi-dirigés, les aînés ont révélé qu'ils percevaient que l'APIC avait amélioré leur mobilité ; six thèmes ont été identifiés (Tableau 3). En effet, la majorité des aînés ont rapporté avoir augmenté **la fréquence et la durée de leurs déplacements**, comme l'illustre cet homme de 67 ans, vivant avec sa conjointe et ayant une perte d'autonomie modérée : « *Je prends des plus longues marches, j'essaie de marcher une heure par jour. Ça fait quatre-cinq ans que je n'étais pas capable de faire ça* » (P13). D'autres participants mentionnent **fréquenter de nouveaux lieux et une plus**

grande diversité d'endroits, dont des salles de spectacles et des organismes communautaires, comme cet homme de 82 ans ayant une perte d'autonomie modérée à grave : « *Je vais à [nom de l'organisme communautaire] à cause de l'accompagnatrice. C'est elle qui m'a suggéré de m'inscrire là* » (P2). Les aînés ont aussi rapporté avoir **augmenté leur capacité à se déplacer seuls**, notamment dans les escaliers, telle cette dame âgée de 86 ans ayant une perte d'autonomie modérée à grave et qui demeurait dans une résidence pour aînés : « *Elle [l'accompagnatrice] m'a appris à descendre les marches. Parce qu'ici au troisième, il faudrait que je descende d'étage en cas de feu* » (P12). Enfin, les aînés ont rapporté **percevoir moins d'obstacles à leurs déplacements** et avoir **agrandi leur aire de mobilité**, comme l'illustre cette aînée de 66 ans ayant une perte d'autonomie modérée qui s'est inscrite à une nouvelle activité de loisirs dans la communauté : « *Je ne faisais plus rien d'autre que lire ou écouter la télé. [...] J'ai dit écoute [nom de l'aînée elle-même], t'auras pas [nom de l'accompagnatrice] tout le temps. C'est là que j'ai téléphoné à [nom d'un organisme communautaire] s'il y avait encore des [périodes de jeu de] cartes, et il y en avait* » (P10).

Tableau 4 : synthèse des effets de l'intervention sur les déplacements rapportés par les aînés (n = 16)

Effets de l'intervention
Fréquence et durée des déplacements augmentées
Nouveaux lieux découverts
Diversité de lieux fréquentés augmentée
Capacité à se déplacer seul améliorée
Obstacles aux déplacements perçus diminués
Aire de mobilité agrandie

Facilitateurs et obstacles aux déplacements perçus par les aînés

Les facilitateurs aux déplacements identifiés à la suite de l'intervention étaient reliés aux facteurs personnels ou à l'environnement physique ou social (Tableau 4). Parmi les facilitateurs personnels, la **motivation** et la **confiance** des aînés envers leurs capacités sont importantes pour les déplacements. Pour la majorité des aînés, être accompagné les motivait et augmentait leur confiance en leur capacité à se déplacer pour réaliser une activité. Par exemple, pour cet aîné de 85 ans en perte d'autonomie modérée à grave et qui vivait avec sa conjointe, l'APIC l'a motivé à fréquenter de nouveaux lieux comme un centre communautaire où il ne savait pas comment se rendre : « *J'en ai profité [de l'APIC et de l'accompagnatrice], parce que ce sont des endroits où je désirais aller depuis longtemps* » (P1).

Des facteurs de l'environnement physique facilitateurs ont également été rapportés par les participants. L'**automobile** est perçue comme un élément facilitant les déplacements lors de l'APIC (Tableau 4), par exemple pour cette aînée de 66 ans ayant une perte d'autonomie modérée : « *Pour moi l'auto, signifie autonomie. Si j'ai envie à 2 h de l'après-midi d'aller prendre un bon café ou fouiner un peu dans les magasins, je prends mon auto* » (P10). Pour cette participante, la présence de l'accompagnatrice lui

a redonné la confiance nécessaire pour sortir davantage, ce qui, avec l'aide de son véhicule, a grandement facilité ses déplacements et son autonomie (Tableau 4). L'APIC a aussi permis à une des aînées âgée de 79 ans et en perte d'autonomie modérée de consolider une stratégie d'utilisation d'**équipement** mise en place avant l'intervention (Tableau 4) : « *Je peux aller chez [nom d'un magasin] à cause de leur panier sur lequel je peux me tenir. Ils sont assez gros pour ça* » (P5). Les endroits offrant une aide à la mobilité étaient ainsi priorisés par les aînés. La **proximité physique des lieux** est aussi un facilitateur à la mobilité lors de l'APIC (Tableau 4), qu'il s'agisse de parc, comme pour cette dame de 67 ans en perte d'autonomie modérée à grave : « *Je vais prendre des petites marches juste en arrière ici. Je vais m'asseoir sur les balançoires, je jase avec le monde qu'y a* » (P8), ou de commerces et services, comme pour cette aînée de 86 ans, également en perte d'autonomie modérée à grave : « *Depuis qu'on est ici, c'est un peu l'attrait qu'il y avait, on était près du [nom d'un centre commercial], on était près de tout* » (P14).

Enfin, les participants ont rapporté que des facteurs de l'environnement social, comme le **transport adapté**, facilitaient leurs déplacements (Tableau 4). C'est ce que mentionnait par exemple cette participante de 91 ans en perte d'autonomie modérée à grave, qui utilise un déambulateur et apprécie que le transport adapté aille la chercher et la reconduire chez elle pour aller au centre de jour, ainsi que pour visiter sa famille : « *Je prends le transport adapté [...] quand il y a quelque chose chez mes enfants, comme un souper [...] C'est bien sécuritaire* » (P3). L'**assistance de l'accompagnateur** s'est également révélée facilitante lors de sorties nécessitant l'aide d'une personne et l'utilisation d'une aide à la marche. C'est le cas pour cette participante de 70 ans, en perte d'autonomie modérée, vivant dans une résidence pour aînés et utilisant trois types d'aide technique : « *Je suis allée voir [nom d'une chanteuse donnant un spectacle]. Je suis allée avec ma marchette. C'est l'accompagnatrice [...] qui a été me chercher mon billet, puis m'a conduite* » (P11). Les **activités disponibles** dans la communauté se sont avérées être une motivation à entreprendre des déplacements (Tableau 4). La majorité des participants ont mentionné vouloir aller à un organisme communautaire qui offre des activités pour les aînés, y compris pour ceux ayant des incapacités : « *[Nom de l'organisme communautaire], il n'y a pas de marche, c'est plat et on fait des exercices, d'une semaine à l'autre ça se ressemble les exercices, c'est quasiment toujours le même rythme, mais il y a différents exercices à faire. Je peux me comparer à d'autres. Je vois que je ne suis pas pire que d'autres* » (P3). L'aide du **réseau social** est un facilitateur au déplacement des aînés dans certaines aires de mobilité (Tableau 4), soit autour du domicile, comme l'illustre cet extrait d'une dame de 87 ans vivant seule et ayant une perte d'autonomie modérée à grave : « *On se rend des services. Comme ma voisine, elle est veuve, elle aussi. Elle est plus jeune que moi. Elle me surveille beaucoup. L'hiver, ils m'ouvrent ma cour* » (P15), ou dans la ville et au-delà, ainsi que le décrit cette aînée de 91 ans, qui vivait aussi seule et avait une perte d'autonomie modérée à grave : « *[Dans] le quartier, je ne sors jamais toute seule. Quand je sors, quelqu'un vient me chercher et on va quelque part* » (P4). La **famille** est aussi un facilitateur à la mobilité de l'environnement social (Tableau 4), comme pour cette participante qui, en dehors de l'accompagnement, pouvait sortir lorsqu'on la visitait : « *Moi, mes enfants, au lieu de venir manger*

ici, quand ma fille descend, on s'en va toujours manger dans les restaurants. Ils me sortent. Eux autres, ce n'est pas parce que ce n'est pas bon, mais c'est pour me sortir de cette place-là [centre d'hébergement] » (P12).

Tableau 5 : facilitateurs et obstacles à la mobilité à la suite de l'intervention, perçus par les participants (n = 16)

Catégories	Facilitateurs	Obstacles
Personnels	- Motivation - Confiance en soi	- Connaissances limitées - Deuil
Environnementaux physiques	- Automobile - Équipement - Proximité des lieux	- Inaccessibilité des lieux - Intempéries - Étalement urbain
Environnementaux sociaux	- Transport adapté - Accompagnateur - Activités dans la communauté - Réseau familial et social	- Coût des activités - Situation familiale

Quant aux obstacles aux déplacements après l'APIC, ceux-ci étaient également reliés aux facteurs personnels ou à l'environnement physique ou social (Tableau 4). Parmi les obstacles reliés aux facteurs personnels, les participants ont mentionné les **connaissances limitées**, par exemple à propos des activités offertes ou sur l'itinéraire à suivre pour s'y rendre : « *Une place qu'on aimerait aller, c'est jouer à la pétanque, mais on ne savait pas où c'était* » (P14). La difficulté à gérer des émotions liées au **deuil** était aussi un facteur personnel rapporté par des participants veufs, qui ne souhaitaient plus se rendre à certaines activités, par exemple, aller à une soirée dans un organisme communautaire proposant des activités de loisirs aux aînés : « *J'étais allée quand mon mari vivait [...], mais après [...], j'aurais braillé tout le temps que j'étais là* » (P3).

L'**inaccessibilité des lieux** a pu également être un facteur de l'environnement physique restrictif (Tableau 4) : « *Là-bas [dans une église], il n'y a que trois marches à monter et [nom d'une autre église], il faut en monter plus, il y a une douzaine de marches, c'est quelque chose* » (P2). Les obstacles sont aussi reliés aux **intempéries** (Tableau 4) : « *On a eu un vilain printemps, alors ça n'a pas aidé beaucoup. C'est peut-être pour ça qu'on n'est pas sorties, parce qu'il pleuvait tout le temps* » (P4). Ainsi, certains participants avaient tendance à reporter leurs déplacements, comme cette aînée de 71 ans ayant une perte d'autonomie modérée à grave et qui avait prévu aller magasiner avec son accompagnatrice : « *Finalement, on a resté ici : il mouillait. La [accompagnatrice] a dit : "On va y aller la semaine prochaine"* » (P16). Enfin, l'**étalement urbain** peut représenter un obstacle environnemental physique (Tableau 4), par exemple pour cette participante de 79 ans vivant avec un membre de sa famille et ayant une perte d'autonomie modérée à grave : « *Peut-être que ça serait bien que je connaisse les voisins, mais je les connais pas. Ils sont quand même assez loin* » (P7).

Concernant les facteurs de l'environnement social, des participants ont rapporté ne pas vouloir réaliser des activités en raison des **coûts associés** (Tableau 4), comme pour cet homme de 78 ans qui avait une perte d'autonomie modérée à grave : « *Il y a [beaucoup] de places qu'on voudrait aller, mais c'est rendu cher* » (P9). Pour certains, la **situation familiale** pouvait aussi être un obstacle, parce que les membres de leur famille demeuraient loin.

DISCUSSION

La présente étude visait à : 1) vérifier les changements relatifs à la mobilité d'ainés en perte d'autonomie après la réalisation de l'APIC et 2) identifier les facilitateurs et les obstacles à la mobilité, perçus après la réalisation de l'APIC. Les résultats quantitatifs montrent que, après six mois de réalisation de l'APIC, les déplacements des participants ont augmenté. Les aires maximales de mobilité avec et sans aide technique ou assistance humaine n'ont pas changé, mais l'aire maximale de mobilité tend à avoir augmenté. Selon les résultats qualitatifs, les participants rapportent que l'APIC a contribué à améliorer leur mobilité, notamment en leur permettant de découvrir de nouveaux lieux de participation sociale, d'augmenter la diversité des lieux fréquentés et la fréquence de fréquentation et d'améliorer leur capacité à se déplacer seuls.

L'amélioration des habitudes de déplacement des participants de 8,3 points est statistiquement significative, indiquant un changement global positif de la mobilité après la réalisation de l'APIC. En revanche, cette amélioration n'atteint pas le seuil de 10 points, et n'est, par conséquent, pas cliniquement significative (Baker, Bodner et Allman, 2003). Néanmoins, au niveau individuel, sept participants ont connu une augmentation cliniquement significative de leurs habitudes de déplacement. L'absence d'amélioration statistiquement significative des aires maximales de mobilité avec et sans aide technique ou assistance humaine peut s'expliquer par le fait que l'APIC visait à stimuler les participants à augmenter leur fréquence de pratique d'activités sociales. Ces activités impliquaient principalement de se déplacer hors du domicile, mais ne visaient pas leur réadaptation, et ne les incitaient pas spécifiquement à se déplacer dans les aires de mobilité les plus éloignées ou à diminuer leur recours à une aide technique ou à l'aide d'une personne. Ainsi, puisque le score des habitudes de déplacement est le seul qui prend en compte la fréquence des déplacements et est sous-jacent au calcul de la taille de l'échantillon, il était attendu que ce score total change davantage que les sous-scores d'aires maximales. De plus, un effet plafond de l'aire maximale de mobilité peut également expliquer l'absence de différence statistiquement significative. En effet, 15 des 16 participants se déplaçaient dans et au-delà de la ville avant l'intervention, et tous le faisaient après. Enfin, une sensibilité limitée du LSA aux changements pour les sous-scores a été rapportée par Auger et collègues (2009) et expliquerait le fait que les aires maximales de mobilité n'aient pas été augmentées après la réalisation de l'APIC, alors que certains participants rapportent avoir amélioré leur mobilité.

Il ressort des résultats qualitatifs que l'étendue de l'aire de mobilité des participants se serait agrandie et serait devenue moins contraignante ; l'ensemble des résultats indiquent que leur fréquence de déplacement a augmenté. Ainsi, au cours de l'APIC, grâce à l'accompagnateur, les participants semblent avoir pu identifier et surmonter certains obstacles aux déplacements, notamment ceux de nature personnelle. En effet, réaliser l'APIC a offert aux participants de multiples occasions de se déplacer en sécurité, leur permettant d'améliorer leurs capacités à se déplacer et leur confiance en leurs capacités. Bien qu'ils ne l'aient pas explicité, cela a pu par exemple diminuer leur peur de chuter, un des obstacles associés aux habitudes de déplacement d'aînés dans la communauté (Auais, Alvarado, Guerra, Curcio, Freeman, Ylli, Guralnik et Deshpande, 2017). L'inaccessibilité des lieux, identifiée dans la présente étude comme un obstacle, correspond aux résultats de Chaudet (2012) selon lesquels l'accessibilité peut favoriser ou restreindre la participation sociale. En outre, ces résultats sont en accord avec ceux de Raymond, Grenier et Hanley (2014), pour qui l'accessibilité au soutien et la possibilité de faire ses propres choix représentent des conditions essentielles à la participation sociale.

Les résultats de la présente étude sont similaires à ceux de Lefebvre et collaborateurs (2013) qui se sont intéressés aux changements observés auprès de personnes atteintes de traumatismes crâniens à la suite de la réalisation de l'APIC. Ces résultats ont démontré qu'avec l'aide des accompagnateurs, plusieurs participants ont pu fréquenter des endroits où ils n'étaient jamais allés depuis leur traumatisme. Toujours selon cette étude, près de la moitié des participants ont déclaré éprouver moins de difficultés et se sentir moins dépendants de leur entourage dans leurs déplacements (Lefebvre *et al.*, 2013). De tels résultats appuient l'hypothèse qu'accroître la motivation des aînés en perte d'autonomie à entreprendre des activités de participation sociale et leur apporter le soutien adéquat les aide à améliorer leur mobilité.

Implications pour la pratique en ergothérapie

La présente étude a plusieurs implications pour la pratique en ergothérapie. Tout d'abord, l'ergothérapeute a un rôle essentiel à jouer dans la formation et la supervision des accompagnateurs. En retour, les accompagnateurs peuvent soutenir la consolidation sur le long terme des stratégies mises en place au cours de l'intervention de l'ergothérapeute, au rythme des aînés. Ainsi, puisqu'il offre aux aînés de multiples occasions d'être motivés, stimulés et entraînés à réaliser des activités sociales et de loisirs grâce à la mise en place d'une relation égalitaire, régulière et de confiance avec un citoyen de la communauté, l'APIC permet de prolonger et de compléter les interventions des ergothérapeutes.

Forces et limites

Cette étude pilote est la première à avoir exploré en profondeur et à l'aide d'un devis mixte les changements observés sur la mobilité après la réalisation de l'APIC. D'autres variables auraient cependant pu être considérées pour mieux documenter la mobilité des participants avant et après l'intervention, par exemple, en utilisant un journal de déplacements et en recueillant de l'information sur le sentiment de sécurité ou le plaisir des participants lorsqu'ils effectuent des déplacements. La qualité des déplacements aurait également pu être évaluée par un ergothérapeute et des outils, comme

un podomètre ou un GPS, auraient pu être utilisés pour collecter des données objectives. Néanmoins, une étude menée auprès de personnes de 50 ans et plus utilisant un fauteuil roulant a montré que des mesures objectives de mobilité, comme la distance parcourue, étaient significativement associées aux habitudes de déplacement telles que mesurées avec le score composé du LSA (Sakakibara, Routhier et Miller, 2017). Par ailleurs, les facilitateurs et les obstacles à la mobilité des participants auraient pu être également questionnés avant l'APIC, permettant de documenter davantage les changements apportés par l'intervention. D'autre part, l'absence de groupe contrôle ne permet pas d'établir que les changements observés sont uniquement reliés à la réalisation de l'APIC. Enfin, la petite taille de l'échantillon, le recrutement selon une stratégie de convenance ainsi que l'attrition de trois participants limitent la transférabilité et la généralisation des résultats à l'ensemble de la population aînée en perte d'autonomie.

CONCLUSION

Ces résultats soutiennent en partie l'intérêt d'implanter l'APIC dans la communauté, afin de favoriser la mobilité des aînés. Implanter l'APIC grâce à des partenariats entre les organismes communautaires et les centres de santé et de services sociaux réalisant conjointement le recrutement, la formation et la supervision d'accompagnateurs pourrait permettre à un plus grand nombre d'aînés de se déplacer, et de mieux connaître et d'utiliser davantage les ressources de la communauté.

Grâce aux facilitateurs et aux obstacles aux déplacements identifiés par les aînés, les résultats de cette étude appuient également les actions actuelles des communautés qui favorisent le transport actif et l'accessibilité des lieux à une clientèle âgée. En effet, l'APIC agit principalement sur les individus eux-mêmes, par exemple en améliorant leur capacité à marcher. Afin de favoriser une meilleure mobilité et une participation sociale optimale chez les aînés, il importe aussi de mettre en place des initiatives agissant sur des facteurs de l'environnement physique ou social. Ainsi, l'adoption de règlements et d'initiatives visant la « marchabilité » des quartiers et l'adaptation des services municipaux, par exemple à travers des plans directeurs du transport actif et les « communautés amies des aînés », pourrait atténuer les obstacles aux déplacements identifiés dans cette étude.

D'autres études sont néanmoins nécessaires afin de vérifier si les modifications observées après l'APIC, notamment sur la mobilité, perdurent à plus long terme. Par exemple, un essai clinique à répartition aléatoire multicentrique sur l'APIC actuellement en cours devrait permettre de documenter les effets de cette intervention prometteuse (Levasseur *et al.*, 2018). Enfin, afin de soutenir la réalisation de cette intervention en dehors du cadre de la recherche, il serait aussi pertinent d'identifier les facilitateurs et les obstacles à l'implantation de l'APIC dans les milieux communautaires et cliniques, notamment avec des accompagnateurs bénévoles.

REMERCIEMENTS

Les chercheurs souhaitent remercier Jade Bilodeau, Nathalie Bier, Sarah Blain, Élisabeth Dutil, Luc Grégoire, Joanie Lacasse-Bédard, Marie-Anick Lussier, Lise Trottier et tous les accompagnateurs qui ont contribué à l'étude, ainsi que les participants qui ont donné de leur temps et partagé leurs expériences de vie. Le financement a été obtenu des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC ; #284179) et du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement. Des jetons de transport ont été fournis aux accompagnateurs par la Société de transport de Sherbrooke. Caroline Pigeon était chercheuse post-doctorante boursière du Fonds de la recherche du Québec Santé ; Mélanie Levasseur est nouvelle chercheuse des IRSC (2017-22 ; #360880).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Auais, M., Alvarado, B., Guerra, R., Curcio, C., Freeman, E. E., Ylli, A., Guralnik, J., et Deshpande, N. (2017). Fear of falling and its association with life-space mobility of older adults: A cross-sectional analysis using data from five international sites. *Age and Ageing*, 46(3), 459-465. doi:10.1093/ageing/afw239
- Auger, C. (2009). *Évaluation des effets de l'utilisation des aides à la mobilité motorisées chez les personnes âgées de plus de 50 ans*. Thèse de doctorat, Université de Montréal. doi:10.3917/gs.141.0063
- Auger, C., Demers, L., et Gélinas, I. (2008). *Évaluation des habitudes de déplacements – Version canadienne-française d'UAB Life-Space Assessment (LSA-F)*. Montréal : Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Repéré à : http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/27554.pdf?Archive=104939192211&File=27554_pdf
- Auger, C., Demers, L., Gélinas, I., Routhier, F., Jutai, J., Guérette, C., et Deruyter, F. (2009). Development of a French-Canadian version of the Life-Space Assessment (LSA-F): Content validity, reliability and applicability for power mobility device users'. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 4(1), 31-41. doi:10.1080/17483100802543064
- Baker, P., Bodner, E., et Allman, R. (2003). Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(11), 1610-1614. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51512.x
- Boyle, P. A., Buchman, A. S., Barnes, L. L., James, B. D., et Bennett, D. A. (2010). Association between life space and risk of mortality in advanced age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(10), 1925-1930. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03058.x
- Cavanaugh, J. T., et Crawford, K. (2014). Life-Space Assessment and Physical Activity Acale for the Elderly: Validity of proxy informant responses. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(8), 1527-1532. doi:10.1016/j.apmr.2014.03.027
- Chaudet, B. (2012). Les territoires du "Bien vieillir" au prisme de la mobilité quotidienne des personnes âgées. Dans J.-P. Viriot-Durandal, C. Pihet et P.-M. Chapon, *Les défis territoriaux face au vieillissement* (p. 183). Paris : La documentation française.
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., Blumstein, Z., Shorek, A., Eyal, N., et Hazan, H. (2013). The old, old-old, and the oldest old: Continuation or distinct categories? An examination of the relationship between age and changes in health, function, and well-being. *International Journal of Aging & Human Development*, 77(1), 37-57. doi:10.2190/AG.77.1.c
- Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R., et Dubuc, N. (1995). Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. *Age and Ageing*, 24(5), 402-406. doi:10.1093/ageing/24.5.402
- Fougeyrollas, P. (2010). *Le funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec : Presses de l'Université Laval.

- Fournier, C., Cazale, L., Dubé, G., Murphy, M., et Godbout, M. (2014). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité. Volume 4*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Frémont, A., Chevalier, J., Herin, R., et Renard, J. (1984). *Géographie sociale*. Paris : Masson.
- Gauthier, B. (dir.) (2008). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (5^e éd.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, R., Carrier, R., et Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de Gériatrie*, 13, 161-167.
- Institut de la statistique du Québec (2015). *Bilan démographique*. Repéré à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2016.pdf>
- James, B. D., Boyle, P. A., Buchman, A. S., Barnes, L. L., et Bennett, D. A. (2011). Life space and risk of Alzheimer's disease, mild cognitive impairment, and cognitive decline in old age. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(11), 961-969. doi:10.1097/JGP.0b013e318211c219
- Lefebvre, H. (2010). Pour une intervention centrée sur les besoins perçus de la personne et de ses proches. Dans I. Vincent, A. Loäc, & C. Fournier (Eds.), *Modèles et pratiques en éducation du patient: apports internationaux* (pp. 18–35). Paris : Instituts nationale de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).
- Lefebvre, H., Levert, M.-J., Le Dorze, G., Croteau, C., Gélinas, I., Therriault, P.-Y., Michallet, B., et Samuelson, J. (2013). Un accompagnement citoyen personnalisé en soutien à l'intégration communautaire des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral : vers la résilience ? *Recherche en soins infirmiers*, 115, 107-123. doi:10.3917/rsi.115.0107
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin L., et Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71, 2141-2149. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.041
- Levasseur, M., Gauvin, L., Richard, L., Kestens, Y., Daniel, M., et Payette, H. (2011). Associations between perceived proximity to neighborhood resources, disability, and social participation among community-dwelling older adults: Results from the VoisiNuAge study. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(12), 1979-1986. doi:10.1016/j.apmr.2011.06.035
- Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Therriault, P.-Y., ... Carbonneau, H. (2016). Personalized citizen assistance for social participation (APIC): A promising intervention for increasing mobility, accomplishments of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 96-102. doi:10.1016/j.archger.2016.01.001
- Levasseur, M., Dubois, M.-F., Filiatrault, J., Vasiliadis, H.-M., Lacasse-Bédard, J., Tourigny, A., ... Eymard, C. (2018). Effect of Personalised citizen assistance for social participation (APIC) on older adults' health and social participation: Study protocol for a pragmatic multicentre randomised controlled trial (RCT). *British Medical Journal Open*, 8(3), 1-11. doi:10.1136/bmjopen-2017-018676
- Machin, D., Campbell, M., Tan, S.-B., et Tan, S.-H. (2009). *Sample size tables for clinical studies* (3^e éd.). West Sussex, UK : Wiley Blackwell.
- Miles, M. B., et Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Paris : De Broeck.
- Miller, W., et Crabtree, B. (2003). Clinical Research. Dans N. Denzin et Y. Lincoln (dir.), *Strategies of qualitative inquiry* (2^e éd., p. 397-434). Thousand Oaks, CA : Sage Publications Inc.
- Nader, B. (2011). Perception, appropriation et représentations des territoires de vie des 75 ans et plus dans le XIV^e arrondissement parisien : l'apport des cartes mentales. Dans Viriot-Durandal, J.-P., Pihet, C., et Chapon, P.-M. (2012). *Les défis territoriaux face au vieillissement*. Paris : La documentation française.
- Organisation mondiale de la santé (2002). *Vieillir en restant actif: cadre d'orientation* (No. WHO/NMH/NPH/02.8). Genève : OMS.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

- Peel, C., Sawyer Baker, P., Roth, D. L., Brown, C. J., Bodner, E. V., et Allman, R. M. (2005). Assessing mobility in older adults: The UAB Study of Aging Life-Space Assessment. *Physical Therapy*, 85(10), 1008-1019. doi:10.1093/ptj/85.10.1008
- Raymond, É., Grenier, A., et Hanley, J. (2014). Community participation of older adults with disabilities. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 24(1), 50-62. doi:10.1002/casp.2173
- Roccaforte, W. H., Burke, W. J., Bayer, B. L., et Wengel, S. P. (1992). Validation of a telephone version of the Mini-Mental State Examination. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(7), 697-702. doi:10.1111/j.1532-5415.1992.tb01962.x
- Sheppard, K. D., Sawyer, P., Ritchie, C. S., Allman, R. M., et Brown, C. J. (2013). Life-space mobility predicts nursing home admission over 6 years. *Journal of Aging and Health*, 25(6), 907-920. doi:10.1177/0898264313497507
- Sakakibara, B. M., Routhier, F., et Miller, W. C. (2017). Wheeled-mobility correlates of life-space and social participation in adult manual wheelchair users aged 50 and older. *Disability and Rehabilitation : Assistive Technology*, 12(6), 592-598. doi:10.1080/17483107.2016.1198434
- Statistics Canada (2010). *Population projections for Canada, provinces and territories 2009-2036*. Ottawa : Statistics Canada.
- Turcotte, M., et Schellenberg, G. (2007). *A portrait of seniors in Canada 2006*. Ottawa : Statistics Canada, Social and Aboriginal Statistics Division.
- Webber, S. C., Porter, M. M., et Menec, V. H. (2010). Mobility in older adults: A comprehensive framework. *The Gerontologist*, 50(4), 443-450. doi:10.1093/geront/gnq013
- Xue, Q., Fried, L. P., Glass, T. A., Laffan, A., et Chaves, P. (2008). Life-space constriction, development of frailty, and the competing risk of mortality: The women's health and aging study I. *American Journal of Epidemiology*, 167(2), 240-248. doi:10.1093/aje/kwm270
- Yen, I. H., Michael, Y. L., et Perdue, L. (2009). Neighborhood environment in studies of health of older adults: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 455-463. doi:10.1016/j.amepre.2009.06.022



AU-DELÀ DE LA PYRAMIDE DES PREUVES

Eve-Line Bussières¹, Marie Grandisson², Delphine Périard-Larivée³

¹ *PhD, Professeure régulière, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada*

² *Ergothérapeute, PhD, Département de réadaptation, Université Laval, Québec, Canada*

³ *B.A., étudiante au doctorat (PhD) en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada*

Adresse de contact : eve-line.bussieres@ugtr.ca

Note de l'éditeur : Le mot preuve a été utilisé afin d'éviter le terme « évidence » qui est un anglicisme. Le mot preuve a été privilégié sous la recommandation du Comité éditorial.

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.v5n2.158

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



RÉSUMÉ

Développé par Sackett dans les années 1990, le modèle de la *evidence-based medicine* (EBM) propose une alternative à la médecine basée sur l'intuition et l'expertise. L'EBM avance l'idée que le choix des interventions ou traitements à offrir aux patients devrait être fondé sur les meilleures preuves scientifiques. Toutefois, malgré la réception généralement favorable qu'a connue l'EBM, il subsiste à ce jour une certaine controverse quant à la relation entre les connaissances scientifiques et les interventions autres que médicales, notamment celles de nature sociale. L'objectif du présent article est de faire état des enjeux liés à l'identification de données probantes et des limites associées à la transposition intégrale du modèle EBM à des contextes empiriques différents (p. ex., sciences sociales, ergothérapie). Des pistes futures sont proposées pour aller au-delà de la hiérarchie traditionnelle des preuves et ainsi parvenir à informer les pratiques en sciences sociales et en ergothérapie.

INTRODUCTION

Les années 1990 ont vu émerger la plus importante initiative contemporaine visant à encadrer le processus de réflexion et de décision dans la communauté médicale (Mykhalovskiy et Weir, 2004). Développé par Sackett et ses collègues (1996), ce courant appelé *evidence-based medicine* (EBM) propose une alternative à la médecine basée sur l'intuition et l'expertise. L'EBM avance l'idée que le choix des interventions ou traitements à offrir aux patients devrait être fondé sur les meilleures preuves scientifiques (Guyatt, Cairns, Churchill et The Evidence Based Working Group, 1992). Malgré la réception généralement favorable qu'a connue l'EBM, à ce jour, un certain débat subsiste quant à la relation entre les connaissances scientifiques et les interventions autres que médicales, notamment celles de nature sociale (Mykhalovskiy et Weir, 2004). En effet, tenter d'appliquer les mêmes critères de valeur scientifique à un autre contexte que celui de la médecine pose un certain nombre de défis, au point où plusieurs personnes remettent en question l'applicabilité intégrale du modèle de l'EBM aux interventions en sciences humaines et sociales (Dubé, 2012 ; Reichow, Volkmar et Cicchetti, 2008 ; Webb, 2001) ainsi que dans les domaines de l' ducation (Biesta, 2007) et de l'ergothérapie (Hinojosa, 2013 ; Tomlin et Borgetto, 2011).

L'objectif du présent article est de faire état des enjeux liés à l'identification de données probantes et des limites associées à la transposition intégrale du modèle EBM à des contextes empiriques différents (p. ex., sciences sociales, ergothérapie). Dans un premier temps, le modèle de l'EBM et ses postulats fondamentaux seront exposés. Ensuite seront abordés, d'une part, les limites de ce modèle en termes de généralisation des résultats et d'autre part, les défis de l'application de ce modèle à d'autres contextes. Enfin, émanant des constats effectués, des pistes futures seront proposées afin de parvenir à informer les pratiques dans ces domaines.

LE MODÈLE DE L'EBM

Développée par un groupe de chercheurs de l'Université McMaster, l'EBM est née en réaction à ce que l'on pourrait appeler « la médecine basée sur l'expertise » (*expert based medicine*) (Smith et Rennie, 2014). Ce paradigme constitue une alternative à la prise de décision basée sur le jugement clinique non systématique et à la médecine basée sur l'intuition (Guyatt *et al.*, 1992). David Sackett, considéré comme le père de l'EBM (Smith et Rennie, 2014), définit l'EBM comme « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures preuves disponibles dans la littérature afin d'orienter la gestion individuelle des patients » (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes et Richardson, 1996). On notera dans cette première définition que l'unique source d'information pour identifier les pratiques probantes est la littérature scientifique. Une seconde proposition en 2000 ajoutera deux autres sources de données sur lesquelles appuyer son jugement clinique, soit les préférences des patients et l'expertise clinique (Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg et Haynes, 2000).

Dans la pure tradition de l'EBM, les synthèses de connaissances sont réalisées à partir d'essais cliniques randomisés (ECR), le devis le plus élevé en termes de niveau de preuve (Arbesman, Scheer et Lieberman, 2008). Les ECR sont des études expérimentales dans lesquelles le chercheur peut manipuler et contrôler presque toutes les variables, celles d'intérêt (p. ex., l'intervention) autant que les variables potentiellement confondantes (p. ex., l'âge, le niveau socioéconomique, l'état de santé avant le traitement, les autres services reçus, etc.). Dans un ECR, on attribue aléatoirement une condition (intervention ou contrôle) aux participants, départagés en deux groupes dont les caractéristiques de départ sont équivalentes. Cette méthodologie permet l'attribution causale des effets à l'intervention, et ce, avec l'assurance que l'effet n'est ni lié au simple passage du temps, ni attribuable à une autre variable confondante qui n'aurait pas été contrôlée.

En dépit de définitions plus récentes incluant d'autres sources de données pour appuyer son jugement clinique, comme celle de l'American Psychological Association (APA) qui définit la pratique fondée sur les données probantes comme étant : « l'intégration des meilleures recherches et de l'expertise clinique dans le contexte des caractéristiques, de la culture et des préférences du patient » (APA, 2006, p. 273), l'identification des pratiques probantes se fait encore principalement via des synthèses de la littérature scientifique. En effet, malgré une volonté et une tendance forte actuellement à intégrer des patients dans les projets de recherche à titre notamment de patients partenaires, construire son jugement à partir de ces données expérientielles en combinaison avec la littérature scientifique n'est pas chose facile. Il en résulte une grande prépondérance de la littérature scientifique dans la construction de ce jugement. Qui plus est, il arrive fréquemment que seules les études quantitatives, souvent réalisées aux États-Unis, soient prises en compte, les recherches qualitatives n'ayant jamais trouvé leur chemin dans la pyramide des preuves. Difficile, dans un tel contexte, de se rapprocher de la préférence des patients et d'orienter notre pratique clinique en fonction de leurs particularités.

LIMITES DE L'EBM EN TERMES DE GÉNÉRALISATION ET D'APPLICATION DES RÉSULTATS EN CONTEXTE RÉEL

Bien que la démonstration empirique issue d'un ECR soit reconnue comme la plus puissante pour établir des relations causales, elle présente un potentiel de généralisation des résultats à des contextes réels grandement limité (Tomlin et Borgetto, 2011). En effet, les données probantes issues d'ECR ou de synthèses d'ECR reflètent **l'efficacité théorique** de l'intervention, c'est-à-dire l'efficacité dans des conditions idéales et contrôlées. L'épreuve de la réalité ne réussit pas toujours lorsque vient le temps d'appliquer les conclusions et recommandations cliniques à des clients et des contextes beaucoup plus hétérogènes que ceux d'où sont tirées les preuves scientifiques.

En effet, les essais randomisés sont certes utiles pour répondre à certaines questions scientifiques, mais leur applicabilité est limitée aux patients qui correspondent à ceux sur lesquels ont porté ces études, c'est-à-dire des patients ne présentant généralement pas de comorbidités, des « patients purs ». Ce type de patients correspond à une infime proportion des patients ; des études estiment que les deux tiers des patients de la population générale sont exclus des ECR (Westen, Novotny et Thompson-Brenner, 2004). Pourtant, ceux-ci représentent, selon certains chercheurs et le directeur de la qualité et du développement de la pratique de l'Ordre des psychologues du Québec (Shedler, 2015), « les véritables clients auxquels il faut venir en aide » (Desjardins, 2016, p. 14). Autrement dit, en dépit d'une excellente validité interne, l'ECR ne démontre que peu de validité externe.

En conséquence, plusieurs auteurs recommandent aux ergothérapeutes de considérer d'autres types d'études pour appuyer leur raisonnement clinique dans des situations réelles avec des clients aux profils variés (Hinojosa, 2013 ; Tomlin et Borgetto, 2011 ; Tomlin et Swinth, 2015). En effet, les clients « tout-venant » qui consultent un ergothérapeute présentent divers tableaux cliniques beaucoup plus hétérogènes que ceux inclus dans les ECR. Les données probantes ainsi obtenues auprès d'individus sans comorbidité ni particularité risquent fort de ne pas s'appliquer à des clients moins typiques, qui présenteraient des cas cliniques complexes.

De plus, outre les caractéristiques des patients qui peuvent différer de celles des patients participant aux études, les contextes dans lesquels seront implantées ces interventions peuvent aussi varier et venir « interférer » avec l'efficacité théorique. Une implantation fidèle du programme ou de l'intervention est jugée nécessaire afin de reproduire les effets produits en laboratoire. Or, il est rarement, voire jamais possible de reproduire ces conditions idéales en contexte réel. Il s'agit donc d'une autre limite des données probantes classiques issues des ECR : le manque de correspondance entre les contextes dans lesquels sont observés les résultats de ces recherches (p. ex. laboratoire) et le contexte dans lequel ils seront implantés (p. ex. services publics de santé). Ainsi, une étude d'implantation est souvent nécessaire pour confirmer l'efficacité pratique (*effectiveness*) et l'applicabilité des données probantes en contexte réel. Ce type d'étude inclura des données qualitatives, qui permettront de compléter les informations quantitatives obtenues et de documenter le processus et non juste le résultat.

Malgré ces éléments de méthodologie à considérer, le principe de fonder son jugement clinique sur des travaux empiriques fait généralement consensus, au point que le concept de l'EBM s'est étendu à d'autres domaines que celui de la médecine, comme par exemple les sciences humaines et sociales, et la réadaptation.

ENJEUX DANS LA TRANSPOSITION INTÉGRALE DE L'EBM À D'AUTRES CONTEXTES EMPIRIQUES

Plusieurs auteurs ont souligné les défis et problèmes de l'application intégrale du paradigme médical aux sciences sociales (Mykhalovskiy et Weir, 2004 ; Webb, 2001) et à l'ergothérapie (Hinojosa, 2013 ; Tomlin et Borgetto, 2011). En effet, plusieurs défis se posent dans l'application de l'EBM à d'autres contextes empiriques caractérisés par un plus faible nombre d'études publiées et une prédominance des devis observationnels plutôt qu'expérimentaux.

D'une part, la quantité de littérature disponible est beaucoup plus faible en sciences sociales et en ergothérapie qu'en médecine. Ceci, notamment, en raison de l'accès de cette dernière à du financement privé, venant par exemple des compagnies pharmaceutiques, qui contribue à augmenter le nombre d'études réalisées. En l'absence d'un tel financement, un moins grand nombre de recherches sont conduites et publiées en sciences sociales et ces études incluent souvent un plus petit nombre d'individus.

Une illustration éloquent de ce manque de littérature est l'absence de conclusions dans de nombreux rapports québécois visant à identifier les meilleures pratiques. Ainsi, dans plusieurs avis scientifiques (ou guides de pratique) réalisés dans les Unités d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) au Québec, l'impossibilité de répondre à la question de l'évaluation et de l'identification des meilleures pratiques est davantage la règle que l'exception. En effet, les auteurs de nombreux rapports d'évaluation doivent se résigner à ne pas se prononcer à l'issue de leur recension en raison du manque de littérature et/ou de la trop faible qualité des études incluses selon la hiérarchie des preuves traditionnelle (Bouchard et Bussières, 2016 ; Bouchard, Perron et Beaumier, 2016 ; Fortin et Rioux, 2012). Il en est de même en ergothérapie, alors que de nombreuses recensions établissent qu'il n'y a pas assez de données pour soutenir une intervention, même si cela ne veut pas dire que l'intervention n'est pas efficace (Hinojosa, 2013).

Par ailleurs, les interventions de nature sociale ne sont pas nécessairement structur es pour permettre une évaluation de leurs effets à l'aide d'un essai contrôlé rando- mis  (ECR). Par exemple, l'évaluation d'une intervention multidimensionnelle et individualisée comme celle des approches de prévention de la négligence est très difficile à réaliser de par la nature même de l'intervention, qui est appliquée de façon personnalisée et en temps opportun (p. ex. PAPFC2, voir Bérubé, Dubeau, Coutu, Côté, Devault et Lacharité, 2014). En ergothérapie, une évaluation des effets de *Partenaires pour le changement*, un modèle d'intervention pour mieux soutenir les enfants à l' cole, a été réalisée lors de l'implantation du modèle dans 40 écoles en Ontario (Canada) (CanChild et

McMaster University, 2015). D'une part, les conclusions apparaissent fort prometteuses puisque les enseignants apprécient le soutien des ergothérapeutes, que les enfants ayant des besoins particuliers sont dépistés plus rapidement, qu'un plus grand nombre d'enfants reçoivent des services et que la participation des enfants est améliorée dans les activités scolaires. D'autre part, puisque les écoles n'ont pas été randomisées dans cette étude, celle-ci ne serait même pas considérée dans la plupart des synthèses des écrits. Il s'agit d'un exemple clair qu'en demeurant dans la hiérarchie traditionnelle des preuves, les cliniciens ont peu de possibilité de baser leurs interventions sur ces données probantes alors que peu d'interventions en ergothérapie ont été évaluées avec un ECR.

On peut aisément concevoir que dans un contexte où les approches d'intervention sont essentiellement basées sur le diagnostic, comme c'est le cas en médecine, et que les interventions sont donc organisées autour des symptômes à faire disparaître, évaluer l'efficacité du traitement, donc la disparition du problème, devient une entreprise réalisable. Par exemple, si on prend la situation d'un patient épileptique dont on souhaite éliminer les crises par une médication anticonvulsivante, l'intervention (ici la médication) et ses effets (absence/présence de crises, nombre ou durée des crises dans une période donnée) peuvent se décrire, se manipuler et se quantifier de façon nette et objective, ce qui n'est pas forcément le cas dans d'autres domaines, comme en ergothérapie où la cible n'est pas de guérir mais plutôt de rendre possible la réalisation des occupations signifiantes pour la personne. Dans un tel contexte, les mesures d'effets sont plus difficilement quantifiables et mesurables ; opérationnaliser le changement attendu et préciser ce qui constitue « une amélioration cliniquement significative » devient un plus grand défi.

En outre, les interventions psychologiques, psychosociales ou en réadaptation sont, de par leur nature, dispensées par un intervenant qui devient le médiateur de l'intervention. La qualité de la relation qu'il entretiendra avec son patient est donc de nature à affecter l'efficacité de l'intervention, mais cette variable confondante n'est pas souvent mesurée dans les études. L'exemple de la psychothérapie illustre bien ce principe ; des études confirment que les différentes approches théoriques n'ont pas d'effet unique qui leur est propre, la qualité de la relation faisant plutôt foi de tout (Lambert, Garfield et Bergin, 2004 ; Norcross et Wampold, 2011a, 2011b). En d'autres mots, l'ingrédient actif de cette intervention est davantage la qualité de l'alliance thérapeutique établie avec le clinicien et non l'approche théorique sous-jacente à la psychothérapie appliquée. L'évaluation de l'efficacité des différentes approches psychothérapeutiques doit donc tenir compte de cet élément, ce qui ne serait pas le cas pour l'analyse de l'efficacité d'un médicament.

Par ailleurs, autre différence notable, dans les études de nature médicale il est généralement possible de rendre un patient « aveugle à sa condition expérimentale », ce qui ne serait pas le cas pour un traitement psychologique, psychoéducatif ou un traitement en réadaptation. Autrement dit, le patient ne peut pas ne pas savoir qu'il a reçu des interventions en ergothérapie, tandis qu'un patient qui prend un comprimé peut ne pas savoir s'il s'agit de la médication active ou plutôt d'un placebo. Cet élément méthodologique joue un rôle important dans la rigueur de la démonstration d'efficacité d'un

ECR ; il permet d'éliminer la possibilité que l'amélioration observée soit due à un effet placebo. Dans un tel contexte empirique, les effets d'un traitement médical peuvent être « isolés » et attribués au traitement en raison du devis causal utilisé (ECR). De plus, ces effets peuvent être mesurés de façon dichotomique dans plusieurs cas (p. ex., mort ou vivant), ou à partir d'un indicateur continu qui peut fournir assez précisément une information sur l'état de santé du patient (p. ex., taux de glycémie, taux d'hémoglobine), sans impliquer une troisième variable « fantôme » comme l'alliance thérapeutique. Les données probantes ainsi obtenues deviennent alors « une vérité objective » sur laquelle les cliniciens peuvent s'appuyer au moment de traiter leurs patients. Cet exercice prend une tout autre forme dans un contexte empirique où les preuves sont rarement issues d'un ECR, mais sont plutôt des données issues d'études observationnelles, et où l'efficacité de l'intervention dépend d'une troisième variable souvent non mesurée.

Enfin, devant l'impossibilité méthodologique ou éthique de randomiser certaines interventions, comme celles en protection de l'enfance où le fait de placer des participants vulnérables en liste d'attente est contraire à l'éthique, les contextes des sciences sociales et de la réadaptation sont plutôt dominés par les études observationnelles. Ces études sont souvent considérées comme étant de niveau de preuve insuffisant pour juger de l'efficacité d'une intervention dans la hiérarchie traditionnelle des preuves (Arbesman, Scheer et Lieberman, 2008). Pourtant, les études observationnelles, bien que limitées par le peu de contrôle des variables confondantes, peuvent à tout le moins avoir l'avantage de donner un portrait beaucoup plus près de la réalité des patients à qui seront destinées les interventions. En effet, en observant les choses telles qu'elles surviennent, le résultat obtenu est susceptible d'être beaucoup plus près du contexte réel. Ces études sont utiles pour étudier l'applicabilité des interventions en incluant des clients aux profils variés, dans des contextes hétérogènes et en considérant les aspects financiers associés à la poursuite de l'intervention au-delà de l'étude (Tomlin et Borgetto, 2011). En d'autres mots, à l'inverse des ECR, les études observationnelles présentent une très bonne validité externe, mais une plus faible validité interne.

CONSTATS ET PISTES FUTURES

Il apparaît clair que la hiérarchie traditionnelle des preuves est d'une utilité limitée dans certains domaines, et ce, pour plusieurs raisons énoncées précédemment. Pourtant, la nécessité d'appuyer son jugement clinique sur des preuves demeure une préoccupation dans le domaine des sciences sociales et de la réadaptation. À ce sujet, le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* énonce que l'ergothérapeute doit être un « praticien érudit », c'est-à-dire qu'il doit baser son « travail sur les meilleures données probantes découlant de la recherche, des pratiques exemplaires et des connaissances fondées sur l'expérience » (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012, p. 3).

Une première piste serait d'utiliser des systèmes adaptés aux besoins des cliniciens pour présenter les conclusions tirées de recensions systématiques. Cela pourrait permettre de faciliter la compréhension des conclusions et leur intégration à la pratique. Un exemple intéressant est le système des feux de circulation, le Evidence Alert Traffic

Light System (Novak et McIntyre, 2010). Celui-ci consiste à présenter les résultats empiriques à l'aide d'un code à trois couleurs, soit 1) vert pour les interventions qui devraient être mises en place en raison de la présence de preuves de haute qualité soutenant leur utilisation, 2) jaune pour les pratiques pouvant parfois être employées dans certains contextes, mais avec lesquelles les cliniciens doivent faire preuve de prudence en raison des résultats contradictoires qu'elles obtiennent ou de la faible qualité des études les évaluant, et 3) rouge pour les interventions qui ne devraient pas être mises en place en raison de preuves de haute qualité démontrant leur inefficacité. Ce système a d'ailleurs été utilisé récemment dans une recension sur les interventions en ergothérapie à l'enfance (Novak et Honan, 2019). Plutôt que d'avoir des conclusions qui disent qu'il n'y a pas suffisamment de preuves, que le niveau de preuve est faible ou modéré, les conclusions sont claires pour le clinicien qui pourra plus facilement les intégrer dans son raisonnement clinique. Bien que le système des feux de circulation apparaisse fort intéressant pour rendre les connaissances accessibles à un public plus large et plus rapidement, certains auteurs ont soulevé le risque de la sursimplification et le manque d'une intégration d'opinions d'experts pour venir nuancer certains propos (Baxter, 2014 ; Fehlings, 2014). De plus, même si le système prévoit que des mesures de suivi sont nécessaires, particulièrement pour les preuves modérées associées à un code jaune, les ergothérapeutes doivent de toute manière faire un suivi pour s'assurer que les interventions qu'ils mettent en place ont un effet, et ce, peu importe le code de couleur associé. Cela fait partie intégrante du processus normal de la pratique en ergothérapie (Polatajko, Craik et Davis, 2013).

Une autre piste pour aller au-delà de la pyramide des preuves traditionnelle est d'utiliser des modèles alternatifs d'intégration des preuves scientifiques, comme la *Research Pyramid* (Tomlin et Borgetto, 2011) qui a été proposée en ergothérapie. Ce modèle alternatif d'intégration des meilleures preuves disponibles à la pratique clinique a notamment la particularité d'inclure les études qualitatives et observationnelles. D'abord décrit par Borgetto *et al.* (2007), ce modèle propose de s'éloigner des débats sur les niveaux de preuve opposant, d'une part, les ECR et les méthodes de synthèse, et d'autre part les autres méthodologies de recherche, pour aller vers un modèle qui traitera de façon équitable toutes les preuves utiles à la pratique en ergothérapie (Tomlin et Borgetto, 2011). Il propose de porter attention autant à la validité externe (l'applicabilité des résultats en contexte réel) qu'à la validité interne (la fiabilité des résultats) pour déterminer l'utilité de l'information provenant d'une étude, contrairement à la pyramide des preuves actuelle qui s'appuie principalement sur la validité interne des études pour déterminer le niveau de preuve. Ce modèle suggère également de considérer la rigueur avec laquelle chaque étude a été réalisée en fonction des critères pertinents au devis utilisé, plutôt que d'appliquer des critères uniques à des approches méthodologiques diverses. Selon la question que se pose le clinicien, les preuves provenant d'études qualitatives, descriptives, observationnelles ou expérimentales pourraient alors être considérées, puisque « chacun des trois types de méthodologie s'est développé afin de répondre aux défis posés par les trois grands types de questions fondamentales que rencontre la pratique professionnelle : celles qui touchent aux mécanismes de causes et effets sous-jacents dans les dysfonctions occupationnelles et dans nos interventions ; celles qui touchent aux impacts de nos interventions dans un monde

réel en perpétuel changement, et – ce qui devrait être le point essentiel pour la pratique – celles qui concernent l'expérience réelle des clients » (Tomlin et Borgetto, 2011, p. 195, traduction libre). Par exemple, si un ergothérapeute s'intéresse au sens du travail pour des personnes ayant des incapacités, il y a fort à parier qu'une synthèse des études qualitatives sur ce sujet lui apportera davantage qu'un ECR. Mais si un ergothérapeute veut appuyer sa décision clinique lorsqu'il hésite entre l'utilisation d'une approche CO-OP ou d'une approche *bottom-up* auprès d'enfants présentant un trouble développemental de la coordination, une recension comprenant des études expérimentales et des études observationnelles sera probablement plus utile.

Dans le même sens, parfois, les questionnements sur un programme local, dans un contexte précis, trouveraient meilleure réponse via une méthodologie qui met davantage l'accent sur la validité externe qu'interne. Cela pourrait notamment être le cas lorsque les chercheurs, cliniciens et décideurs se questionnent sur les effets, la pertinence ou l'efficacité d'un programme d'intervention offrant des services à une population locale. Une évaluation de programme, réalisée avec rigueur, pourrait alors se révéler la meilleure méthode à adopter pour répondre à des questions concernant l'efficacité de ce programme précis, à cet endroit précis. En effet, celle-ci permettrait de dresser un portrait de la situation actuelle du programme dans son contexte et de générer des résultats hautement applicables à ce contexte et aux clients. Ces preuves, bien que plus faibles en validité interne, peuvent ainsi mieux répondre à une question s'intéressant à l'application concrète d'un programme auprès de sa population cible que ne le feraient les preuves d'une synthèse de la littérature qui fournirait surtout un éclairage sur l'efficacité théorique de ce type de programme implanté dans divers contextes et pays.

Enfin, une dernière piste est d'aller au-delà des articles scientifiques et de s'assurer d'adopter une pratique centrée sur le client. En ergothérapie, la pratique centrée sur le client est reconnue comme un élément essentiel pour faciliter la participation à des occupations significatives dans leur contexte réel (CAOT, 2009). Dans ce processus, l'ergothérapeute se doit de combiner deux types de connaissances : 1) son bagage de connaissances cliniques basées entre autres sur des articles scientifiques et ses expériences professionnelles, et 2) les informations spécifiques au client obtenues à travers des observations dans des contextes variés, des entrevues et des documents écrits (Dougherty, Toth-Cohen et Tomlin, 2016). Ainsi, l'utilisation de recensions systématiques n'est qu'un élément parmi plusieurs autres qui soutiennent le thérapeute dans son raisonnement clinique. En effet, l'ergothérapeute ne peut faire abstraction des priorités du client pour déterminer les occupations significatives qui seront au cœur du plan d'intervention (ACE, 2009). La prise de position de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE, 2009) en faveur de la pratique basée sur les données probantes inclut d'ailleurs la pratique centrée sur le patient comme un de ses éléments clés. Selon cette perspective, l'ergothérapie basée sur les données probantes consiste en « l'habilitation de l'occupation centrée sur le client et basée sur l'information du client et une revue critique de la recherche pertinente, un consensus d'experts et l'expérience passée » (Association canadienne des ergothérapeutes, ACE, 2009, traduction libre).

CONCLUSION

Sans mettre de c  t   l'apport important des ECR, il semble que le contexte particulier des sciences sociales et de l'ergoth  rapie soit propice    une ouverture plus large du paradigme de la pratique bas  e sur les donn  es probantes. Ainsi, il semble que d'autres approches m  thodologiques conduites de fa  on rigoureuse pourraient venir se joindre aux ECR et    ses m  thodes de synth  se (revue syst  matique et m  ta-analyses)    titre de m  thodes informant les pratiques. L'utilisation des forces de chacune de ces m  thodes pourrait permettre de mieux r  pondre aux questions cliniques et de recherche diversifi  es qui requi  rent de tenir compte des particularit  s des clients et des contextes d'application des preuves. En ce sens, aller au-del   de la hi  rarchie traditionnelle des preuves implique de revenir aux bases de la pratique centr  e sur le client, tout en int  grant les connaissances scientifiques pertinentes et applicables    chaque situation.

R  F  RENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychological Association (APA), Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271
- Arbesman, M., Scheer, J., et Lieberman, D. (2008). Using AOTA's critically appraised topic (CAT) and critically appraised paper (CAP) series to link evidence to practice. *OT practice*, 13(5), 18.
- Association canadienne des ergoth  rapeutes. (2009). Prise de position conjointe concernant l'ergoth  rapie fond  e sur l'  vidence scientifique. Ottawa, ON. R  p  r      : <https://www.caot.ca/document/4209/L%20%20Lergoth  rapie%20fond  e%20sur%20l  vidence%20scientifique.pdf>
- Association canadienne des ergoth  rapeutes. (2012). Profil de la pratique des ergoth  rapeutes au Canada 2012. Rep  r   le 2 octobre 2019 sur le site de l'Association canadienne des ergoth  rapeutes, section « POUR LES ERGOS/PNES » : <https://www.caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Baxter, P. (2014). Levels of evidence and traffic light alerts. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56(4), 296-296. doi:10.1111/dmcn.12422
- B  rub  , A., Dubeau, D., Coutu, S., C  t  , D., Devault, A., et Lacharit  , C. (2014). *Projet d'  valuation de programmes en n  gligence. R  sultats de l'  valuation des effets du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire, 2   g  n  ration (PAPCF2)*. Document remis au Minist  re de la Sant   et des Services sociaux. Qu  bec, QC : Universit   du Qu  bec en Outaouais.
- Biesta, G. (2007). Why "what works" won't work: Evidence-based practice and the democratic deficit in educational research. *Educational Research*, 57(1), 1-22. doi:10.1111/j.1741-5446.2006.00241.x
- Borgetto, B., Born, S., Buenemann-Geissler, D., Duechting, M., Kahrs, A.-M., Kasper, N., et al. (2007). Die forschungspyramide: Diskussionsbeitrag zur evidenz-basierten praxis in der ergotherapie [The research pyramid: Contribution to the discussion of evidence-based practice in occupational therapy]. *Ergoscience*, 2, 56-63. doi:10.1055/s-2007-963004
- Bouchard, P., et Bussi res, E.-L. (2016). Les meilleures pratiques d'intervention aupr  s des jeunes   g  s de 5    14 ans pr  sentant des comportements suicidaires. Qu  bec, QC : Unit   d'  valuation des technologies et des modes d'intervention en sant  , Centre jeunesse de Qu  bec.
- Bouchard, P., Perron, C., et Beaumier, I. (2016). Les meilleures pratiques d'intervention aupr  s des enfants victimes d'abus physique, sans la pr  sence d'autres formes de mauvais traitements, et leur famille, suivis en protection de la jeunesse. Rapport d'  valuation. Qu  bec, QC : Unit   d'  valuation des technologies et des modes d'intervention en sant  , CIUSSS de la Capitale-Nationale.

- CanChild et McMaster University. (2015). Partnering for change: Implementation and evaluation, 2013-2015. Repéré à : <https://www.partneringforchange.ca/img/P4C-2015.pdf>
- Desjardins, P. (2016). Les « données probantes » : et si on récapitulait ? *Psychologie Québec*, 33(2), 13.
- Dougherty, D. A., Toth-Cohen, S. E., et Tomlin, G. S. (2016). Beyond research literature: Occupational therapists' perspectives on and uses of "evidence" in everyday practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(5), 288-296. doi:10.1177/0008417416660990
- Dubé, J. É. (2012). Données probantes : quelques réflexions sur la nature des preuves et sur certaines preuves dénaturées. *Revue québécoise de psychologie*, 33(2), 81-96.
- Fehlings, D. L. (2014). Red, yellow, green: Can a traffic light system help systematic reviews? Letters to the editor. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56, 401-402. doi:10.1111/dmcn.12405
- Fortin, A., et Rioux, A. (2012). *Ressources externes requises pour le maintien de la clientèle DI-TED dans la communauté. Avis ET19-0718*. Québec, QC : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., ... et Sackett, D. (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association*, 268(17), 2420-2425. doi:10.1001/jama.1992.03490170092032
- Hinojosa, J. (2013). The Issue Is—The evidence-based paradox. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 18-23. doi:10.5014/ajot.2013.005587
- Lambert, M. J., Garfield, S. L., et Bergin, A. E. (2004). *Overview, trends, and future directions. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5^e éd., p. 805-821). New York, NY : Wiley.
- Mykhalovskiy, E. et Weir, L. (2004). The problem of evidence-based medicine: Directions for social science. *Social science & medicine*, 59(5), 1059-1069. doi:10.1016/j.socscimed.2003.12.002
- Norcross, J. C., et Wampold, B. E. (2011a). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98. doi:10.1037/a0022161
- Norcross, J. C., et Wampold, B. E. (2011b). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127-132. doi:10.1002/jclp.20764
- Novak, I., et Honan, I. (2019). Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66, 258-273. doi:10.1111/1440-1630.12573
- Novak, I., & McIntyre, S. (2010). The effect of education with workplace supports on practitioners' evidence-based practice knowledge and implementation behaviours. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(6), 386-393
- Polatajko, H. J., Craik, J., et Davis, J. (2013). Chapitre 9. Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP). Dans E. Townsend et H. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., p. 269-289 ; traduit par N. Cantin). Ottawa, ON : CAOT publications ACE.
- Reichow, B., Volkmar, F. R., et Cicchetti, D. V. (2008). Development of the evaluative method for evaluating and determining evidence-based practices in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1311-1319. doi:10.1007/s10803-007-0517-7
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., et Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72. doi:10.1136/bmj.312.7023.71
- Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. M., et Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2^e éd.). Édinburgh, Écosse : Churchill Livingstone.
- Shedler, S. (2015). Where is the evidence for « Evidenced-Based » Therapy? *The Journal of Psychological Therapies in Primary Care*, 4, 47-59.
- Smith, R., et Rennie, D. (2014). Evidence-based medicine—an oral history. *Journal of the American Medical Association*, 311(4), 365-367. doi:10.1001/jama.2013.286182

- Tomlin, G., et Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 189-196. doi:10.5014/ajot.2011.000828
- Tomlin, G. S., et Swinth, Y. (2015). Contribution of qualitative research to evidence in practice for people with autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 6905360010p1-6905360010p4. doi:10.5014/ajot.2015.017988
- Webb, S. A. (2001). Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work. *British Journal of Social Work*, 31(1), 57-79. doi:10.1093/bjsw/31.1.57
- Westen, D., Novotny, C. M., et Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663. doi:10.1037/0033-2909.130.4.631



LU POUR VOUS

***WHAT FACTORS INFLUENCE TIME-USE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS
IN THE WORKPLACE ? A SYSTEMATIC REVIEW.***

**UN ARTICLE DE SUMMERS ET AL. SUR LES FACTEURS INFLUENÇANT
L'UTILISATION DU TEMPS PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES SUR LEUR LIEU
DE TRAVAIL**

Pauline Hoellinger¹

¹ *Ergothérapeute, MSc, Clinicienne en neurologie ambulatoire, Cliniques universitaires Saint-Luc, Enseignante, Département Ergothérapie de la Haute École Léonard de Vinci (Parnasse-ISEI), Bruxelles, Belgique*

Adresse de contact : pauline.hoellinger@vinci.be

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.v5n2.156

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



En tant qu'ergothérapeute de terrain, l'organisation du temps représente pour moi un défi constant. Comment gérer le temps que je voudrais intégralement consacrer à mes patients tandis que les contraintes du service qui m'emploie sont de plus en plus nombreuses et chronophages ? Par ailleurs, en tant qu'enseignante, je me suis intéressée à cette récente revue systématique réalisée par quatre ergothérapeutes de Melbourne et d'Adélaïde, en Australie. Elles se sont plongées dans les écrits traitant de l'utilisation du temps par les ergothérapeutes sur leur lieu de travail.

INTRODUCTION

L'évolution du système de soins de santé australien liée à l'introduction de nouveaux traitements et technologies coûteux a un impact positif sur l'espérance de vie et le vieillissement de la population. Ces deux derniers éléments ont une incidence sur le nombre de personnes souffrant de maladies chroniques et présentant un handicap (World Health Organisation, 2015). L'Institut australien de la santé et du bien-être (Australian Institute of Health and Welfare, 2014) prévoit même qu'une personne vivra en moyenne 18 ans avec un handicap au cours de sa vie. Dans un contexte où le système de santé dispose de ressources restreintes, les ergothérapeutes australiens sont invités à répondre aux impératifs professionnels en fonction de leurs priorités. Il en va de même pour les ergothérapeutes européens. Larsen *et al.* (2018), par exemple, évoquent le souhait des ergothérapeutes danois de pouvoir consacrer davantage de temps au client au détriment des tâches administratives requises. Par ailleurs, de Haerne et Brousseau (2018) mentionnent les répercussions du manque de ressources diverses sur la pratique centrée sur le client, telles que mises en lumière par un questionnaire adressé à 130 ergothérapeutes français. Parenthèse fermée, la présente revue se base sur 20 études réalisées pour la plupart dans des pays anglo-saxons, excepté celle de Putman *et al.* (2006) portant sur l'utilisation du temps par des kinésithérapeutes et ergothérapeutes issus de quatre centres de réadaptation européens (Allemagne, Belgique, Royaume-Uni et Suisse).

Dans cet article, les auteures soulignent la pressante nécessité de réviser les procédures, d'améliorer l'efficacité et d'assurer l'équité des prestations en matière de soins de santé. En attendant, les ergothérapeutes sont contraints d'établir des priorités dans leur charge de travail afin d'équilibrer leurs responsabilités cliniques et non cliniques, notamment celles qui sont inhérentes au développement de la profession, aux projets d'amélioration des prestations, à la supervision des stagiaires et aux réunions organisationnelles.

Tandis qu'en soins infirmiers, on a étudié l'utilisation du temps de travail parmi le personnel infirmier, permettant ainsi de décrire la pratique infirmière actuelle, de soutenir des modèles de planification des effectifs et d'améliorer la qualité des soins au patient, les auteures constatent un manque d'information quant aux facteurs influençant l'utilisation du temps par les ergothérapeutes sur leur lieu de travail.

MÉTHODE

Les bases de données consultées sont d'une part Medline, PsycINFO et CINAHL, et d'autre part Trove, Google et Google Scholar pour la littérature grise. Les articles inclus étaient publiés en anglais et se rapportaient à l'utilisation du temps, observée ou perçue par les ergothérapeutes de tout lieu de travail confondu et pour toutes patientèles sans exception. Les mots-clés utilisés étaient *occupational therapy*, *allied health time*, *time-use*, *time management*, *work load*, *work-force*, *costs*, *cost analysis* et *staffing*. La sélection réalisée à la lecture du titre, du résumé et parfois de l'intégralité de l'article a permis de restreindre le nombre initial. L'analyse des données est basée sur un tableau issu du Joanna Briggs Institute (2014). Elle consiste en une synthèse narrative reprenant les différentes variables influençant l'utilisation du temps.

RÉSULTATS

Sur 6823 citations, 20 articles répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ont été retenus : la majorité des études ont été publiées après les années 2000 et réalisées au Royaume-Uni ou aux USA. L'échelle de Downs et Black (1998) a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des études sélectionnées. Pour citer quelques exemples d'études, Wilberforce *et al.* (2016) au Royaume-Uni ont demandé à 151 ergothérapeutes (dont 40 assistants) de recenser dans un journal l'utilisation de leur temps de travail. Simmons et Kuys (2011) en Australie ont de leur côté tenté de déterminer si l'utilisation d'un modèle illustrant la répartition de la charge de travail permettait de saisir la charge réelle de travail et d'apporter une aide aux responsables de services pour une répartition équitable. Pour ce faire, le nombre des prestations de soins, le compte des heures supplémentaires ainsi que le type de tâches réalisées en dehors du temps de travail ont été relevés. Enfin, Wressle et Samuelsson (2014) en Suède ont identifié les facteurs de stress liés au travail et mis en regard le stress professionnel, les facteurs démographiques et le stress en général, dans une enquête réalisée auprès de 472 ergothérapeutes.

Pour la plupart des articles, la variabilité des méthodologies employées, les différents objets des études et le choix des évaluations ne permettent pas d'identifier précisément l'influence de chaque facteur sur l'utilisation du temps par les ergothérapeutes. Néanmoins trois principaux thèmes ont été déterminés : les facteurs liés au patient, au thérapeute et à l'organisation.

Le facteur lié au patient ayant le plus communément un impact sur l'utilisation du temps des ergothérapeutes est **le lieu et le type de prestation** requis : intervention ergothérapique individuelle ou de groupe, intra-institutionnelle ou à domicile, en situation écologique ou par le biais d'une activité analytique. Les auteures ne décrivent pas les implications propres aux particularités précitées et ne précisent pas quelle intervention requiert davantage de temps. Un second facteur lié au patient est **la complexité de l'atteinte et le niveau fonctionnel du patient**. En effet, certains auteurs relèvent par exemple que parmi les patients ayant présenté un accident vasculaire cérébral, ceux

dont le niveau fonctionnel est faible bénéficient de plus de temps de traitement en ergothérapie que ceux plus indépendants/autonomes (Richards *et al.*, 2005 ; Rudd, Jenkinson, Grant et Hoffman, 2009). A contrario, d'autres auteurs (Foy *et al.*, 2011) considèrent par exemple que les patients blessés médullaires présentant une atteinte fonctionnelle importante bénéficient de moins de temps de traitement en ergothérapie.

Les facteurs liés au thérapeute sont **le niveau de qualification et les responsabilités cliniques versus non cliniques**. Il ressort de l'analyse des études que les ergothérapeutes seniors (ayant plus d'années d'expérience) assument davantage de responsabilités managériales et administratives que les juniors, ce qui a pour conséquence une limitation de la disponibilité des premiers pour leurs patients. Les auteures soulignent par ailleurs que le choix de l'ergothérapeute concernant sa charge de travail clinique et l'impact du nombre et du type d'interventions fournies influencent l'utilisation du temps de travail. Cela donne lieu à une variété de modèles d'emploi du temps à travers les différents articles analysés.

Les facteurs organisationnels ayant un effet sur l'utilisation du temps par l'ergothérapeute sont la culture du lieu de travail ainsi que la présence de stagiaires. De façon plus générale, les différentes ressources allouées, en termes de personnel (nombre et types), influencent positivement ou négativement le temps global où l'ergothérapeute est disponible pour effectuer les traitements. Florian, Sheffer et Sachs (1985), Simmons et Kuys (2011) et Smith (1989) soulignent que les lieux employant davantage d'ergothérapeutes juniors bénéficient de plus de temps pour prodiguer des traitements aux patients. Enfin, les auteures relèvent que la présence de stagiaires réduit le temps de contact direct de l'ergothérapeute avec son patient (Rodger, Stephens, Clark, Ash et Graves, 2011 ; Burkhardt, 1985). Les jugements portés sur l'apport des stagiaires en terme de force de travail sont mitigés.

DISCUSSION

L'étude rapportée ici cherche à identifier de façon systématique les facteurs connus influençant l'organisation du temps passé au travail des ergothérapeutes. Les résultats apportent des éléments de réponse (liés au patient, au thérapeute et à l'organisation) et permettent de comprendre partiellement ce qui influe sur la pratique de l'ergothérapie du fait de la diversité des lieux de pratique clinique et de la complexité inhérente à la pratique ergothérapique. L'étude ne permet pas de conseiller l'utilisation d'un modèle spécifique de prédiction de la charge de travail. Une explication possible serait que l'ergothérapie, contrairement aux soins infirmiers, est difficilement décomposable en tâches spécifiques ou en temps imparti prévisible pour la réalisation d'une activité. En effet, l'ergothérapie se veut centrée sur les besoins et préférences du client. De sorte que le temps que l'ergothérapeute accorde au patient dépend de plusieurs éléments, dont les déficiences du patient, son rendement occupationnel, ses buts et sa participation (Townsend, 2002). Par ailleurs, la façon dont l'ergothérapeute équilibre l'utilisation de son temps de travail entre les demandes cliniques et non cliniques est influencée par ses compétences personnelles et professionnelles, son expérience et les

valeurs liées à son rôle, lui-même lié à son ancienneté ou niveau de qualification. Cela va dans le sens des réflexions de McLennan (1997). Au niveau de l'organisation, la culture du lieu de travail de l'ergothérapeute a un impact sur la définition des priorités et la façon dont les ressources sont réparties (Bellou, 2007) ; cela a des répercussions directes sur le travail de l'ergothérapeute. Le Comité consultatif des professionnels de la santé australien invite d'ailleurs les institutions à s'adapter aux besoins d'une communauté vieillissante (Australian Health Workforce Advisory Committee, 2006).

Malgré la méthodologie rigoureuse employée durant l'étude, les auteures déplorent que l'hétérogénéité des articles analysés et le peu de données probantes disponibles ne leur aient pas permis de tirer des conclusions claires sur les déterminants de l'utilisation du temps par les ergothérapeutes. Ces limites soulignent la difficulté d'explorer cette problématique. Une étude prospective épidémiologique est proposée par les auteures qui suggèrent également aux ergothérapeutes et à leurs responsables d'acquérir les compétences nécessaires pour justifier la variabilité de l'utilisation du temps aux responsables politiques des soins de santé, considérant la nature de l'ergothérapie.

CONCLUSION

Améliorer l'efficacité et l'équité en matière de soins et de santé, dans un contexte caractérisé par une augmentation du nombre de personnes vivant et/ou vieillissant avec des maladies chroniques et par le déploiement de nouveaux traitements et technologies, constitue un réel défi. La singularité des bénéficiaires de traitements d'ergothérapie, patients présentant souvent des atteintes complexes et chroniques, rend leur systématisation laborieuse, voire infaisable. La présente revue de littérature souligne des données circonstanciées ne permettant pas, à mon sens, un positionnement scientifique clair. Néanmoins, bien que l'emploi du temps d'un ergothérapeute dépende d'éléments plurifactoriels et soit de ce fait non généralisable, les juniors semblent passer plus de temps avec leurs patients. Les seniors, eux, du fait de leur expérience et de leur implication transversale, sont accaparés par des tâches non cliniques. De plus, la présence de stagiaires n'est pas vue comme un atout : ceux-ci ne permettraient pas nécessairement à l'ergothérapeute de consacrer plus de temps à son patient.

J'ai apprécié cet article du fait de son caractère contemporain et de l'ambition reflétée par l'élaboration d'une revue systématique. Je pense que les enjeux soulevés concernent la majorité des ergothérapeutes, tiraillés entre leur activité clinique et le « reste ». Ces activités non cliniques demeurent matériellement inquantifiables car l'ergothérapeute est tout à la fois acteur dynamique au sein du réseau autour du patient, agent de changement dans l'équipe où il s'inscrit, initiateur de projets thérapeutiques innovants, chaînon entre la formation des stagiaires et la formation continue des diplômés, sujet à l'affût de nouvelles ressources pouvant enrichir sa pratique quotidienne... Difficile de proposer une liste exhaustive, les ergothérapeutes font (sont) tellement !

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- Australian Health Workforce Advisory Committee (AHWAC) (2006). *The Australian Allied Health Workforce: An overview of workforce planning issues*. Rapport. Sydney, NSW : AHWAC.
- Australian Institute of Health and Welfare (2014). *Australia's Health 2014: In brief (cat. no. AUS 181)*. Canberra, ACT : AIHW.
- Bellou, V. (2007). Achieving long-term customer satisfaction through organizational culture: Evidence from the health care sector. *Managing Service Quality: An International Journal*, 17(5), 510-522. doi:10.1108/09604520710817334
- Burkhardt, B. F. (1985). A time study of staff and student activities in a level II fieldwork program. *American Journal of Occupational Therapy*, 39(1), 35-40.
- De Haerne, C. et Brousseau, M. (2018). Les ergothérapeutes français ont-ils une approche centrée sur la personne ? *ErgOTHérapies*, 69, 65-71.
- Downs, S. et Black, N. (1998). The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(6), 377- 384. doi:10.1136/jech.52.6.377
- Florian, V., Sheffer, M. et Sachs, D. (1985). Time allocation patterns of occupational therapists in Israel: Implications for job satisfaction. *American Journal of Occupational Therapy*, 39(6), 392-396. doi:10.5014/ajot.39.6.392
- Foy, T., Perritt, G., Thimmaiah, D., Heisler, L., Offutt, J., Cantoni, K. et al. (2011). The SCIRehab project: Treatment time spent in SCI rehabilitation. Occupational therapy treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 34(2), 162-175. doi:10.1179/107902611X12971826988093
- Hunt, E. et McKay, E. A. (2015). A scoping review of time-use research in occupational therapy and occupational science. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(1), 1-12. doi:10.3109/11038128.2014.934918
- Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual* (éd. 2014). Adélaïde, SA : The University of Adelaide.
- Larsen, A. E., Adamsen, H. N., Boots, S., Delkus, E. C. G., Pedersen, L. L. et Christensen, J. R. (2018). A survey on client-centered practice among Danish occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 0(0), 1-15. doi:10.1080/11038128.2018.1465584
- McLennan, W. (1997). *How Australians Use Their Time*. Canberra, ACT : Australian Bureau of Statistics.
- Putman, K., de Wit, L., Schupp, W., Ilse, B., Berman, P., Connell, L. et al. (2006). Use of time by physiotherapists and occupational therapists in a stroke rehabilitation unit: A comparison between four European rehabilitation centres. *Disability & Rehabilitation*, 28(22), 1417-1424. doi:10.1080/09638280600638216
- Richards, L., Latham, N., Jette, D., Rosenberg, L., Smout, R. et DeJong, G. (2005). Characterizing occupational therapy practice in stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 86(12 Suppl. 2), S51-S60. doi:10.1016/j.apmr. 2005.08.127
- Rodger, S., Stephens, E., Clark, M., Ash, S. et Graves, N. (2011). Occupational therapy students' contribution to occasions of service during practice placements in health settings. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(6), 412-418. doi:10. 1111/j.1440-1630.2011.00971.x
- Rudd, A., Jenkinson, D., Grant, R. et Hoffman, A. (2009). Staffing levels and patient dependence in English stroke units. *Clinical Medicine*, 9(2), 110-115. doi:10.7861/clinmedicine.9- 2-110.
- Simmons, N. C. et Kuys, S. S. (2011). Trial of an allied health work-load allocation model. *Australian Health Review*, 35(2), 168-175. doi:10.1071/ah09860
- Smith, S. (1989). How occupational therapy staff spend their work time. *The British Journal of Occupational Therapy*, 52(3), 82-87. doi:10.1177/030802268905200303

- Summers, B. E., Laver, K. E., Nicks, R. J. et Lannin, N. A. (2018). What factors influence time-use of occupational therapists in the workplace? A systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(3), 225-237. doi:10.1111/1440-1630.12466
- Townsend, E., et Canadian Association of Occupational Therapists (2002). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa, Ontario : Canadian Association of Occupational Therapists.
- Wilberforce, M., Hughes, J., Bowns, I., Fillingham, J., Pryce, F., Symonds, E. et al. (2016). Occupational therapy roles and responsibilities: Evidence from a pilot study of time use in an integrated health and social care trust. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(7), 409-416. doi:10.1177/0308022616630329
- World Health Organization (2015). *World Report on Ageing and Health*. Genève : WHO.
- Wressle, E. et Samuelsson, K. (2014). High job demands and lack of time: A future challenge in occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(6), 421-428. doi: 10.3109/11038128.2014.941929



COMPTE RENDU DE LA FORMATION *EVERY MOMENT COUNTS*, NOVEMBRE 2018, CLEVELAND, OHIO, ÉTATS-UNIS

Emmanuelle Jasmin¹

- ¹ Ergothérapeute, PhD, Professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada / Coresponsable de l'axe de recherche Le développement de l'enfant dans sa famille et sa communauté, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Québec, Canada

Adresse de contact : emmanuelle.jasmin@usherbrooke.ca

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

doi:10.13096/rfre.v5n2.162

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



En novembre 2018, je me suis rendue à Cleveland en Ohio aux États-Unis pour suivre la formation *Every Moment Counts*, dirigée par l'ergothérapeute et professeure étatsunienne Susan Bazyk. Cette dernière est notamment reconnue pour ses travaux sur l'ergothérapie en milieu scolaire (Bazyk et Cahill, 2015 ; Bazyk, Demirjian, Horvath et Doxsey, 2018 ; Bazyk *et al.*, 2009) et en santé mentale jeunesse (Arbesman, Bazyk et Nochajski, 2013 ; Bazyk, 2010 ; Bazyk, 2011 ; Bazyk *et al.*, 2015), deux thèmes qui font partie de mes intérêts d'enseignement et de recherche. Inspirée par les travaux de Bazyk, je souhaitais en savoir plus sur *Every Moment Counts*, de même qu'examiner la possibilité d'intégrer cette approche dans mon enseignement et ma programmation de recherche. Avant de suivre la formation, j'avais eu l'occasion de discuter avec Bazyk au téléphone et lors du Congrès mondial des ergothérapeutes en mai 2018.

Durant la formation, d'une durée de deux jours, Bazyk et ses collègues ont partagé avec enthousiasme, dynamisme et générosité des connaissances, des modèles, des outils et des expériences pratiques et scientifiques concernant *Every Moment Counts*. Plusieurs de ces informations sont accessibles gratuitement sur le site Internet suivant : <https://everymomentcounts.org/>. Évidemment, tout est en anglais, mais il serait possible de faire des traductions et des adaptations en français.

QU'EST-CE QU'EVERY MOMENT COUNTS ?

Il s'agit d'une approche ergothérapique en promotion de la santé mentale, élaborée par Bazyk et ses collègues, qui a pour but d'améliorer le bien-être mental des enfants et des jeunes dans leurs milieux de vie, en particulier l'école (Bazyk *et al.*, 2015 ; Bazyk, 2011 ; *Every Moment Counts*, s. d.). Fondée sur des connaissances en psychologie positive, cette approche encourage une conception dite positive de la santé mentale. Dans le cadre de cette approche, l'ergothérapeute propose et met en place un contexte environnemental et des activités qui permettent aux enfants et aux jeunes de vivre des émotions et des expériences considérées comme positives. Cette approche propose différents modèles et outils pour promouvoir le bien-être mental, la participation et la résilience des enfants et des jeunes en classe, à la cafétéria, durant la récréation et après l'école. Elle s'appuie également sur un modèle multiniveaux de type « réponse à l'intervention » (RAI), afin d'offrir une gamme de services ergothérapiques pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale des enfants et des jeunes, avec ou sans incapacités ou problèmes de santé mentale.

La RAI est préconisée en milieu scolaire pour agir le plus tôt possible auprès des élèves présentant des difficultés ou à risque d'en présenter, pour prévenir l'aggravation des problèmes, ainsi que pour réduire les listes d'attente pour des services individualisés d'ergothérapie (Bazyk et Cahill, 2015 ; Jasmin, Gauthier, Julien et Hui, 2018). Centrée sur la collaboration avec le corps enseignant, la RAI inclut trois paliers d'intervention : 1) l'intervention pour tous, la promotion de la santé, la prévention, la détection et le dépistage ; 2) l'intervention différenciée en petit groupe ; 3) l'intervention individualisée.

Every Moment Counts propose des interventions à chaque palier de la RAI. Au premier palier, on suggère, par exemple :

- de créer des environnements accueillants, inclusifs, confortables et sécuritaires pour tous ;
- d'intégrer des activités et stratégies quotidiennes qui favorisent le bien-être mental (p. ex. : respirations profondes, yoga, méditation pleine conscience, pauses actives, activités créatives) ;
- d'accroître la littératie en santé mentale des élèves (c.-à-d. les connaissances permettant de promouvoir, maintenir ou améliorer leur santé mentale) ;
- d'enseigner et d'encourager des comportements prosociaux et des interactions sociales positives chez les élèves.

À ce palier, les interventions visent non seulement à promouvoir le bien-être mental des élèves, mais également à prévenir l'intimidation ainsi qu'à réduire les facteurs environnementaux – physiques et sociaux – engendrant du stress chronique. Au deuxième palier, les interventions en petit groupe sont recommandées pour les élèves à risque de présenter des problèmes de santé mentale ou qui démontrent des difficultés légères concernant leur comportement ou leur participation. Au troisième palier, des interventions individualisées sont offertes aux élèves ayant des problèmes de santé mentale en vue de réduire les symptômes associés (p. ex. : anxiété, dépression, inattention, hyperactivité) et de promouvoir leur participation et leur bien-être mental à l'école et à l'extérieur de celle-ci.

Quelles sont les données probantes sur cette approche?

Une étude à devis mixte a permis d'explorer les effets d'une intervention à la cafétéria s'inscrivant dans le cadre d'*Every Moment Counts* (Bazyk *et al.*, 2018). L'intervention visait à accroître les connaissances et les compétences du personnel à la cafétéria, afin qu'il soit en mesure : 1) de créer des expériences positives durant le repas du midi ; 2) d'aider tous les élèves à participer et à apprécier le repas du midi ; 2) de favoriser l'inclusion d'élèves ayant des incapacités ou des problèmes de santé mentale. Selon cette étude, l'intervention a amélioré de manière statistiquement significative la participation et le bien-être mental des élèves ainsi que les connaissances et les compétences du personnel à la cafétéria. D'un point de vue qualitatif, il ressort que les élèves ont acquis des valeurs prosociales et que le personnel de la cafétéria a amélioré sa capacité à encourager des interactions sociales positives.

Des facteurs contextuels facilitant l'implantation de cette approche

Comme l'ergothérapie en milieu scolaire est bien implantée aux États-Unis, la mise en œuvre d'*Every Moment Counts* s'en trouve facilitée dans ce contexte sociétal et de pratique. En effet, en travaillant déjà au sein des écoles, il est plus facile pour les ergothérapeutes de proposer et de mettre en place des interventions favorisant le bien-être mental des élèves. Par ailleurs, selon une communication personnelle avec Bazyk et ses collègues, les membres des autres disciplines en milieu scolaire aux États-Unis, comme les psychologues, agissent très peu en promotion de la santé mentale. Ainsi, *Every Moment Counts* permet de répondre à un besoin qui est peu ou pas pris en charge

par d'autres professions ou disciplines en milieu scolaire aux États-Unis. Toutefois, comme il a été mentionné, *Every Moment Counts* ne s'applique pas seulement à l'école, mais dans tous les milieux de vie des enfants et des jeunes, dont ceux où ils participent à des activités de jeu et de loisirs.

De surcroît, une communauté de pratique a été mise en place par Bazyk pour soutenir le transfert de connaissances sur *Every Moment Counts* auprès d'ergothérapeutes (et d'assistantes et assistants en ergothérapie) exerçant en enfance/jeunesse en Ohio aux États-Unis (Bazyk *et al.*, 2015). Les stratégies d'apprentissage utilisées dans le cadre de cette communauté de pratique comprenaient la lecture du livre *Mental health promotion, prevention, and intervention with children and youth : A guiding framework for occupational therapy* (Bazyk, 2011), la rencontre en face à face et la discussion en ligne. Selon l'évaluation pré-post de 117 ergothérapeutes (et assistantes et assistants en ergothérapie), cette communauté de pratique a eu pour effet d'améliorer de manière statistiquement significative leurs connaissances et leurs compétences en matière de promotion de la santé mentale positive chez les enfants et les jeunes (Bazyk *et al.*, 2015).

DES ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'IMPLANTATION D'UNE TELLE APPROCHE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2014), environ 20 % des enfants et des jeunes présentent des problèmes de santé mentale. De surcroît, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 29 ans. En revanche, de nombreux obstacles au traitement des problèmes de santé mentale sont notés, en particulier le nonaccès aux services. À titre d'exemple, au Canada, moins de 20 % des enfants et des jeunes ayant des problèmes de santé mentale reçoivent les services appropriés (Commission de la santé mentale du Canada, 2019). Ceci dit, les problèmes de santé mentale ne devraient pas être abordés de manière individuelle et curative seulement, mais aussi selon une approche populationnelle ou communautaire, comme *Every Moment Counts*.

En outre, les ergothérapeutes ont l'expertise requise pour promouvoir la santé mentale des personnes par l'engagement dans des occupations et des projets qui ont un sens positif pour elles. L'amélioration de la santé mentale par l'occupation signifiante est d'ailleurs l'une des assises à l'origine de la profession. Il importe donc que les ergothérapeutes en enfance/jeunesse fassent valoir leur expertise et leurs compétences dans ce domaine. Elles et ils gagneraient également à mettre en œuvre des pratiques probantes en santé mentale, telles qu'*Every Moment Counts*, dans leur contexte de pratique, notamment en milieu scolaire.

Limites d'une approche fondée sur la psychologie positive

Comme le soulignent Edgar Cabanas et Eva Illouz (2018) dans leur ouvrage *Happycratie*, on devrait s'interroger sur la quête incessante du bonheur, ce bien-être mental durable, dans nos sociétés contemporaines. Est-ce une façon de légitimer les injustices sociales, et même occupationnelles, ainsi que d'imputer aux individus leur incapacité à

se sentir « toujours » bien mentalement ? Il importe également de ne pas tomber dans le piège d'une analyse dichotomique, voire manichéenne, ou normative des émotions et des sentiments humains (p. ex. : positifs ou négatifs, bons ou mauvais). Prendre du recul concernant la psychologie positive est aussi de mise pour saisir les limites de ce courant de pensée, surtout pour éviter d'ignorer ou de négliger les facteurs contextuels ou environnementaux qui affectent la santé mentale des individus.

Par exemple, selon les analyses des épidémiologistes Richard Wilkinson et Kate Pickett (2013), il ressort que plus un pays est inégalitaire sur le plan socioéconomique, plus la santé mentale de ses membres, incluant les plus favorisés, s'en trouve affectée. Être victime d'intimidation ou de cyberintimidation est un autre exemple de facteur contextuel ou environnemental pouvant affecter la santé mentale des personnes, surtout chez les enfants et les jeunes (Quintin, Jasmin et Théodoropoulou, 2016). Un nouveau trouble anxieux, soit l'écoanxiété, est également observé en raison des enjeux écologiques, particulièrement les changements climatiques (Pihkala, 2018).

En ergothérapie, ne pas considérer le contexte de vie des personnes serait d'ailleurs incohérent avec notre vision holistique, notre approche systémique, de même qu'une pratique centrée sur l'occupation (Jasmin, 2019). Cela est d'autant plus important si l'on souhaite agir en prévention et en promotion de la santé mentale. C'est également incontournable pour prévenir ou réduire les situations d'injustice occupationnelle (Larivière, Drolet et Jasmin, 2019 ; Stadnyck, Townsend et Wilcock, 2010), lesquelles peuvent engendrer des problèmes de santé mentale.

VAIS-JE INTÉGRER CETTE APPROCHE DANS MON ENSEIGNEMENT ET MES RECHERCHES ?

Depuis l'automne 2019, je présente sommairement *Every Moment Counts* aux étudiantes et étudiants en ergothérapie à l'Université de Sherbrooke dans le cadre de mon enseignement. Du côté de la recherche, les possibilités restent à explorer. Néanmoins, c'est une avenue qui, déjà, intéresse des collègues avec qui je collabore à des projets en santé mentale jeunesse ainsi qu'un groupe d'étudiantes que j'encadre dans un projet de transfert de connaissances.

À mon avis, le rôle des ergothérapeutes en santé mentale auprès des enfants et des jeunes doit être mis en avant, tant en formation, en recherche qu'en pratique. Il est donc souhaitable de bien préparer les ergothérapeutes, en devenir et en exercice, à jouer ce rôle en s'appuyant sur des pratiques probantes, comme *Every Moment Counts*. Les ergothérapeutes devraient aussi être bien outillés comme agentes et agents de changement, afin de mieux faire connaître leur rôle et leur contribution en matière de santé mentale auprès des enfants et des jeunes ainsi que de revendiquer une amélioration de l'accès aux services dans ce domaine. Par ce rôle, elles et ils peuvent également contribuer à rendre la société plus juste et inclusive pour tous. N'est-ce pas aussi une façon de promouvoir le bien-être mental, la participation et la résilience des personnes, avec ou sans incapacités ou problèmes de santé ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arbesman, M., Bazyk, S., et Nochajski, S. M. (2013). Systematic review of occupational therapy and mental health promotion, prevention, and intervention for children and youth. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(6), e120-130.
- Bazyk, S. (2010). Promotion of positive mental health in children and youth with developmental disabilities. *OT Practice*, 15(17), CE-2p.
- Bazyk, S. (2011). Mental Health Promotion, Prevention, and Intervention with Children and Youth: A guiding framework for occupational therapy. Bethesda, MD : AOTA Press.
- Bazyk, E., et Cahill, S. (2015). School-based occupational therapy. Dans J. Case-Smith et J. C. O'Brien (dir.), *Occupational Therapy for Children and Adolescents* (7^e éd., p. 664-703). Maryland Heights, MO : Mosby Elsevier (1^{re} éd. 1985).
- Bazyk, S., Demirjian, L., Horvath, F., et Doxsey, L. (2018). The Comfortable Cafeteria Program for promoting student participation and enjoyment: An outcome study. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(3), 1-9.
- Bazyk, S., Demirjian, L., LaGuardia, T., Thompson-Repas, K., Conway, C., et Michaud, P. (2015). Building capacity of occupational therapy practitioners to address the mental health needs of children and youth: A mixed-methods study of knowledge translation. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(6), 1-10. doi: 10.5014/ajot.2015.019182
- Bazyk, S., Michaud, P., Goodman, G., Papp, P., Hawkins, E., et Welch, M. A. (2009). Integrating occupational therapy services in a kindergarten curriculum: A look at the outcomes. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 160-171. doi : 10.5014/ajot.63.2.160
- Cabanas, E., et Illouz, E. (2018). *Happycratie. Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies*. Paris, France : Premier Parallèle.
- Commission de la santé mentale du Canada (2019). *Enfants et jeunes*. Récupéré de : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/enfants-et-jeunes>
- Every Moment Counts (s. d.). *What is Every Moment Counts*. Récupéré de : https://everymomentcounts.org/view.php?nav_id=21
- Jasmin, E. (2019). Introduction. Dans E. Jasmin (dir.), *Des sciences sociales à l'ergothérapie : mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation* (p. 1-11). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Jasmin, E., Gauthier, A., Julien, M., et Hui, C. (2018). Occupational therapy in preschools: A synthesis of current knowledge. *Early Childhood Education Journal*, 48(1), 73-82.
- Larivière, N., Drolet, M.-J. et Jasmin, E. (2019). La justice sociale et occupationnelle. Dans E. Jasmin (dir.), *Des sciences sociales à l'ergothérapie : mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation* (p. 129-153). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Organisation mondiale de la santé (2014). *10 faits sur la santé mentale*. Récupéré de : https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/
- Pihkala, P. (2018). Eco-anxiety, tragedy, and hope: Psychological and spiritual dimensions of climate change. *Zygon*, 53(2), 545-569.
- Quintin, J., Jasmin, E., et Théodoropoulou, H. (2016). La cyberintimidation chez les jeunes : mieux comprendre pour mieux intervenir. *Service social*, 61(2), 1-23.
- Stadnyk, R., Townsend, E. et Wilcock, A. (2010). Occupational justice. Dans C.H. Christiansen et E. Townsend (dir.), *Introduction to occupation: The art and science of living* (2nd ed., p. 329-358). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Wilkinson, R., et Pickett, K. (2013). *L'égalité, c'est mieux. Pourquoi les écarts de richesse ruinent nos sociétés*. Montréal, Québec : Écosociété.



**L'EUROPE EN TRANSITION. IMPACT SUR L'OCCUPATION ET
LA SANTÉ. COMPTE RENDU DU CONGRÈS 2019
D'OCCUPATIONAL SCIENCE EUROPE (OSE),
AOÛT 2019, AMSTERDAM, PAYS-BAS**

**La « délégation » de la SFRO : Romain Bertrand¹, Suzanne Huot², Nicolas Kühne³,
Noémie Luthringer⁴, Pier-Luc Turcotte⁵, Catherine Vallée⁶**

- 1 Ergothérapeute, PhD (cand), Assistant HES, HETS&Sa-EESP, Réseau Occupations Humaines et Santé, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse*
- 2 Géographe, PhD en Science de l'occupation, Professeure adjointe, Département des Sciences de l'occupation et d'ergothérapie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Canada*
- 3 Ergothérapeute, PhD, Professeur HES, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Réseau Occupations Humaines et Santé, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse*
- 4 Ergothérapeute, MSc, Groupe Hospitalier de la région de Mulhouse et Sud Alsace GHRMSA Mulhouse, France*
- 5 Ergothérapeute, PhD (cand), Faculté de médecine et sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Canada*
- 6 Ergothérapeute, PhD, Professeure agrégée, Université Laval, Programme d'ergothérapie, Département de réadaptation, Québec, Canada*

Adresse de contact : nicolas.kuhne@eesp.ch

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

doi:10.13096/rfre.v5n2.155

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



Les sciences de l'occupation prennent une place toujours plus importante dans la compréhension de la situation vécue par les personnes confrontées à une problématique sociale ou de santé. Nées il y a près de trente ans aux États-Unis (Yerxa et Johnson, 1990), elles se développent aujourd'hui également, petit à petit, dans le monde francophone. À tel point que cette année a vu advenir la naissance d'une société savante francophone dédiée aux sciences de l'occupation, la **Société Francophone de Recherche sur les Occupations** (SFRO¹).

La question de la langue en sciences de l'occupation

C'est, entre autres, pour annoncer cette nouvelle à nos collègues européens qu'une délégation du comité de la SFRO (les soussigné-e-s) s'est déplacée à Amsterdam pour la 5^e édition du congrès bisannuel d'Occupational Science Europe (OSE²), les 30 et 31 août 2019. L'assemblée générale d'OSE ayant eu lieu durant le congrès, c'est à cette occasion que la création de la SFRO a été annoncée à nos collègues européens. Cette rencontre a également permis d'informer l'assemblée de la récente association entre la SFRO et l'International Society for Occupational Science (ISOS), dont Suzanne Huot, membre de la SFRO, assure actuellement la présidence du comité exécutif. L'OSE a fait très bon accueil à la SFRO et se réjouit des collaborations futures.

L'AG et le congrès ont permis de constater que la question de la langue dans laquelle est produite la recherche est également une préoccupation pour de nombreux chercheur·e-s en Europe et ailleurs. Plusieurs groupes linguistiques tendent à se former petit à petit (un groupe allemand, un groupe portugais, un groupe espagnol, la SFRO). Lors du congrès, Natalia Rivas-Quarneti et ses collègues ont présenté un examen de la portée multilingue (espagnol, portugais, allemand, français et anglais) sur l'utilisation des postures critiques en sciences de l'occupation. Bien que la plupart des publications soient issues du Brésil et du Canada, la majorité était en anglais. Fait intéressant, aucun article en français n'a été identifié. Heureusement, le *Journal of Occupation Science* (JOS), dont une partie du comité éditorial était présente au congrès, a commencé à publier des résumés de ses articles dans d'autres langues (par exemple en espagnol ou en japonais). Dans sa dernière édition, le JOS a même publié des articles complets en espagnol et prévoit d'autres ouvertures. Tout cela permettrait de faciliter l'accès aux nouvelles connaissances, autant pour les chercheur·e-s que pour les clinicien·ne-s. Mais la langue de diffusion de la recherche n'est pas le seul enjeu. Le français est également la langue de certaines minorités et son usage peut constituer un enjeu occupationnel. Anne-Cécile Delaisse,



La France a été présente à OSE de diverses manières...

¹ <https://sfro.hypotheses.org>

² <https://os-europe.org>

Suzanne Huot et Luisa Veronis l'ont bien illustré dans leur conférence sur la participation sociale des migrants et des réfugiés parlant le français au sein des communautés francophones minoritaires au Canada.

Mais la question de la langue n'est qu'une problématique parmi d'autres. Plusieurs intervenant·e·s ont abordé le défi que posent les fortes assises occidentales des sciences de l'occupation, qui tendent à reproduire une forme de colonialisme intellectuel, comme si ce point de vue sur les occupations était universel. Or, les perspectives émanant des pays du Sud (*Global South*) trouvent peu leur place dans le corpus scientifique développé. Un appel à une plus grande réflexivité et à une plus grande ouverture face à d'autres perspectives épistémologiques et méthodologiques fut au cœur de nombreuses présentations. Selon plusieurs participant·e·s, les sciences de l'occupation s'enrichiraient si elles s'imprégnaient de ces différentes manières d'appréhender le monde et la science. Comme pour les autres sciences sociales et humaines, l'un des enjeux actuels et futurs en sciences de l'occupation est la construction de postures, de modèles et de pratiques, plus humains et culturellement sensibles. Pour plusieurs intervenant·e·s, travailler avec les populations les plus vulnérables, en Europe et ailleurs, dans une perspective réellement collaborative doit être une préoccupation constante pour les chercheur·e·s.

Sortir de nos « privilèges épistémiques » ?

Dans cette logique, Margarita Mondaca, du Karolinska Institutet en Suède, relève que les sciences de l'occupation ont été créées dans une situation de « privilège épistémique » qui laisse à quelques personnes la possibilité de définir la réalité de toutes et tous – et en particulier des moins visibles. S'appuyant sur Bakhtine, elle relève que nous nous construisons de manière continue et inachevable, dans le dialogue. Elle nous exhorte donc à adopter des postures collaboratives permettant de construire, avec les personnes concernées, des représentations de nous et de la réalité qui soient plus justes. Se référant à Ignacio Martin-Baró, elle nous encourage à décoloniser le sens commun, c'est-à-dire à dénormaliser les situations abusives que nous avons appris à considérer comme ordinaires, pour découvrir et travailler avec des « réalités négligées ». Ces injonctions ressemblent beaucoup à celles d'autres collègues présent·e·s en Afrique du Sud, au congrès mondial de la WFOT. Relevons que certaines communications sont toujours accessibles en ligne, comme celle de Elelwani Ramugondo, qui a marqué nombre de participant·e·s au congrès de la WFOT³.

Roshan Galvaan, une autre des conférencières d'honneur, travaille précisément à l'Université de Cape Town, en Afrique du Sud. Sa présentation, intitulée « *Generative Disruption through Occupational Science: Enacting possibilities for deep human connection* », a mis en lumière l'apport d'un modèle théorique de développement des communautés fondé sur les occupations (*occupation-based community development framework*). Le modèle a été appliqué en pratique auprès de communautés marginalisées d'Afrique du Sud. Même si elle admet qu'il existe peu de publications sur ce modèle

³ <https://www.youtube.com/watch?v=S96llytPG9I>

(Galvaan, Peters, Cornelius et Richards, 2012), on peut retrouver l'essentiel de ses composantes en ligne⁴ et l'adapter à son propre contexte. Enfin, sa présentation a insisté sur l'importance d'adopter des postures critiques et décoloniales lorsque l'on utilise des pratiques axées sur la transformation sociale qui soutiennent la diversité des modes de vie.

Les postures critiques sont adoptées et défendues par plusieurs chercheur·e·s présent·e·s. En recourant à des concepts comme la « gouvernementalité » de Foucault (2004), Lisette Farias Vera et ses collègues Rebecca Aldrich, Debbie Laliberte Rudman, Roshan Galvaan et Nick Pollard nous incitent à tenir compte de la manière dont les structures institutionnalisées construisent ou entravent les possibilités d'occupation. Elles nous encouragent à nous décentrer des problèmes individuels pour décoder et transformer les relations de pouvoir qui entravent les individus, plutôt que de contribuer à les maintenir en les négligeant.

Au-delà des questions épistémologiques ou méthodologiques, ces projets de recherche critiques et/ou participatifs sont également confrontés à des problèmes concrets lorsqu'ils doivent « passer en comité d'éthique ». La quasi-totalité des chercheur·e·s présent·e·s a été confrontée à la méconnaissance, voire au mépris, de ces approches par les organes chargés de juger du respect des normes éthiques. Aucune solution simple n'est malheureusement ressortie des discussions. La meilleure pratique semble être de construire un solide argumentaire puis d'insister, d'insister, d'insister. Debbie Laliberte Rudman, qui discutait la question, reconnaît que cette posture critique implique une prise de risques. Néanmoins, il existe de plus en plus de chercheur·e·s qui considèrent ces postures comme légitimes et qui réussissent à se frayer un chemin à travers les contraintes. Relevons qu'ici aussi, la langue peut constituer une entrave supplémentaire lorsque les comités d'éthique sont monolingues et les études multilingues : les comités d'éthique exigent en effet que les documents de la recherche existent dans les deux langues, ce qui entrave largement les travaux des chercheur·e·s francophones en situation minoritaire.

L'ennui remis en question

Dans une perspective un peu différente des autres intervenant·e·s, Ignaas Devisch, un philosophe, a présenté un point de vue vivifiant sur l'occupation, soit celui de notre incapacité à ne rien faire, ou « *restlessness* » (Devisch, 2016). Sa thèse remet en question des idées communément admises, comme le fait que l'ennui serait associé à un trop faible niveau de défi au regard des compétences ou que le rapport au temps ainsi que les configurations occupationnelles seraient la résultante de choix individuels. De même, l'incapacité à ne rien faire ne serait pas liée à la capacité individuelle de gérer son temps. Selon Devisch elle serait plutôt directement façonnée par des facteurs sociaux, culturels ou institutionnels qui font que les activités s'enchaînent, en fonction de normativités diverses, mais en l'absence de sens individuel. Il a commencé par nous démontrer que ce phénomène – qu'on dit contemporain – est en fait aussi ancien que la modernité. Il nous a rappelé ce paradoxe contemporain qui voit notre temps libre

⁴ <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/9c29ba04-b1ee-49b9-8c85-9a468b556ce2/OBCDF/pages/faup.htm>

augmenter parallèlement à notre sentiment d'en avoir de moins en moins à disposition pour ne rien faire. Pour lui, l'essentiel de nos difficultés à gérer notre temps libre tient à notre propre inclination à vouloir nous réaliser, comme individu, dans des activités qui renforcent notre identité. Et comme les opportunités qui nous sont offertes sont de plus en plus nombreuses – et que nous voulons en manquer le moins possible –, le processus est sans fin. L'insatisfaction est donc nécessairement au rendez-vous. Il n'y a pas de solutions simples aux yeux de Devisch : à son avis, les prescriptions de se reposer ou d'entreprendre des activités de détente sont des illusions. La clé du succès, pour lui, c'est de faire des choses qui font sens pour soi.

L'enregistrement de sa présentation, tout comme celui des trois autres conférencier·ère·s d'honneur, est disponible sur le site web de la conférence⁵.

Pré-conférence, ateliers et présentations parallèles

Une pré-conférence sur le thème des transformations sociales par l'occupation a donné le ton à la suite de la conférence. La journée s'est ouverte par une conférence d'honneur offerte par Flor Avelino, professeure en sciences politiques, spécialisée dans les domaines de l'innovation sociale et du développement durable. Ce fut une occasion d'apprendre d'expériences hors des sciences de l'occupation, notamment, comment les communautés peuvent s'organiser à l'échelle locale pour s'adapter en contexte de crise climatique. La journée s'est poursuivie par des ateliers en sous-groupes portant sur des thèmes aussi variés que l'écodurabilité, la migration, la pauvreté et les inégalités, le travail, le vieillissement et l'éducation. En après-midi, Hanneke van Bruggen a présenté des façons d'agir stratégiquement pour établir des partenariats ayant une visée transformative. Chaque sous-groupe reprenait ensuite ses travaux afin d'établir des plans d'action pour opérer des transformations sociales dans son domaine, en identifiant les synergies, en établissant des tactiques et des priorités d'action. La journée s'est terminée en grand groupe par une synthèse des apprentissages de chaque sous-groupe. Cette synthèse a permis de constater la très grande étendue des transformations sociales pouvant se fonder sur les occupations. Les personnes intéressées à se joindre au réseau « Social transformation through occupation » peuvent écrire à l'adresse : isttonetwork@gmail.com, ou envoyer une demande d'adhésion au groupe Facebook du même nom.

Les travaux en ateliers et en présentations parallèles ont de leur côté abordé une très grande variété de situations occupationnelles, depuis le vécu quotidien des personnes migrantes travaillant dans l'agriculture au Royaume-Uni jusqu'aux dimensions sensorielles du vécu des motards allemands, comme le plaisir de sentir le colza qui annonce la saison. Parmi les présentations parallèles, on pourra retenir celle de Gaynor Sadlo qui a souligné l'apport des neurosciences aux sciences de l'occupation au travers de la description par des neuroscientifiques d'un « *Default Mode Network* » (DMN) au niveau cérébral. Ce mode de fonctionnement serait actif lorsqu'une personne n'est pas engagée dans une tâche. Ainsi, le DMN est particulièrement actif pendant les périodes

⁵ <https://www.amsterdamuas.com/urban-vitality/events/programme/keynotes/keynotes.html>

de réflexion personnelle (les pensées endogènes), contribuant à la connaissance de soi et à l'autocritique, mais favorisant également des ruminations éventuelles ou des pensées négatives. Or, il a été découvert que le DMN est inhibé lorsqu'un individu est absorbé par une occupation qu'il réalise. Ainsi, cela confirme qu'être engagé dans une occupation peut être apaisant et distrayant pour un individu, le détournant temporairement de ses pensées et de son Soi. Gaynor Sadlo met en parallèle ces éléments avec le concept de « *flow* », bien connu des ergothérapeutes aujourd'hui (Csikszentmihalyi et Csikszentmihalyi, 1992).

Plusieurs présentations ont mis en relief les effets dévastateurs de la dévaluation sociale de groupes ou de communautés sur les possibilités occupationnelles et le quotidien des individus qui les composent. Ces mêmes présentations ont illustré comment la résilience de ces personnes et de ces groupes s'incarnait dans des occupations de résistance, parfois de manière manifeste et politique (par exemple, planter des oliviers sur les terres saisies), parfois de manière subtile et discrète, dans des pratiques presque normalisées. D'autres présentations ont mis en avant une diversité de méthodes participatives visant des transformations sociales, du photo-voix au court-métrage ou encore aux outils de géolocalisation pour mettre en lumière le rapport des occupations à l'espace.

Enfin, Helen Lynch et sa collègue Jeanne Jackson de l'Université de Cork nous ont présenté un programme doctoral en sciences de l'occupation centré sur le jeu libre, qui vient d'obtenir un financement dans le cadre du programme européen Horizon 2020 – Actions Marie Skłodowska-Curie. Intitulé « P 4 PLAY⁶ », il offrira huit postes de doctorat à temps plein financés sur trois ans, le tout démarrant en septembre 2020. Plutôt que de se concentrer strictement sur l'utilisation du jeu en contexte thérapeutique, l'ensemble des projets est centré sur le jeu libre comme occupation, ainsi que sur la privation du jeu. Quatre universités sont impliquées dans le doctorat : l'Université de Cork en Irlande, la ZHAW en Suisse alémanique, l'Université de Lulea en Suède et enfin la Queen Margaret University en Écosse.

Et le futur ?

La confirmation est enfin là. Il y aura une première conférence mondiale des sciences de l'occupation à Vancouver du 25 au 28 août 2021, organisée par l'ISOS. Du côté d'OSE, cette formidable nouvelle ne va pas sans poser quelques questions pour l'organisation du prochain congrès de 2021. Le comité a donc lancé une procédure consultative pour chercher de manière participative les meilleures solutions. N'hésitez pas à participer à ce sondage, il n'y a que quatre questions⁷.

Hormis deux conférenciers d'honneur venant de la philosophie et de la danse, très peu de participants n'étaient pas issus de l'ergothérapie ou des sciences de l'occupation. L'invitation est donc lancée pour élargir les horizons des sciences de l'occupation et pour créer un mouvement enrichi par une vision occupationnelle interdisciplinaire.

⁶ <http://p4play.eu/>

⁷ <https://PollEv.com/surveys/mHSpvqn49FEhaHdB1NsJZ/respond>

Pour conclure

Ce cinquième congrès confirme que les sciences de l'occupation s'installent lentement dans le paysage, avec la vigueur d'une discipline émergente, mais aussi avec ses fragilités. Dans les années à venir, les chercheur·e·s francophones pourront sans nul doute contribuer à la première et réduire les secondes, avec le génie propre à leur contexte linguistique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Csikszentmihalyi, M. et Csikszentmihalyi, I. S. (1992). *Optimal Experience: Psychological Studies of Flow in Consciousness*. New York : Cambridge University Press.
- Devisch, I. (2016). *Rusteloosheid*. Amsterdam : De Bezige Bij.
- Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-1978*. Paris : Le Seuil.
- Galvaan, R., Peters, L., Cornelius, C. et Richards, L. (2012). Occupation-based community development: Strategies for promoting potential. Dans *Proceedings of the « Towards Carnegie III » Conference*. Cape Town : University of Cape Town.
- Yerxa, E. et Johnson, J. A. (1990). *Occupational Science: The Foundation for New Models of Practice*. New York : Routledge.



**STARS OF DAILY LIVING : CINQUIÈME CONGRÈS DE
L'ASSOCIATION SUISSE DES ERGOTHÉRAPEUTES (ASE),
SEPTEMBRE 2019, LOCARNO, SUISSE**

Anne Deblock-Bellamy¹, Angelina Campana²

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

2 Ergothérapeute, Hôpital neuchâtelois, site du Val-de-Ruz, Suisse

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

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

doi:10.13096/rfre.v5n2.160

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



C'est avec grand plaisir que nous avons participé au cinquième congrès suisse d'ergothérapie, « *Stars of daily living* », qui s'est tenu les 6 et 7 septembre 2019 à Locarno. Même si le soleil tessinois a brillé par son absence, ce congrès fut un événement chaleureux permettant à pas moins de 300 personnes de se rencontrer pour échanger sur leur quotidien d'ergothérapeutes, que ce soit dans le domaine de la clinique, de la recherche ou de l'enseignement. Dès le message de bienvenue, le comité d'organisation du congrès a souligné la nécessité de la collaboration entre ergothérapeutes afin de faire briller notre profession : une seule étoile ne peut faire briller le ciel !

Avec une vingtaine d'ateliers, une quarantaine de présentations orales, deux conférences plénières et une vingtaine de posters, il nous sera impossible de prétendre vous présenter un résumé exhaustif de cet événement, mais nous allons vous proposer un survol de ce congrès en partageant avec vous certains sujets développés par des ergothérapeutes, toutes et tous aussi passionné·e·s par leur pratique de l'ergothérapie.

Notre congrès a commencé par cette question : quelle est la place de l'ergothérapie sur l'échiquier politique suisse ? En partageant leurs expériences et leurs réflexions, Beate Krieger, Barbara Aegler et Cécile Küng ont démontré que, même si cela n'est pas forcément dans nos habitudes d'ergothérapeutes, l'avenir de notre profession passe, entre autres, par notre implication en politique. Que ce soit pour défendre les intérêts de nos clients (participation au lancement d'un référendum sur la loi sur la surveillance des assuré·e·s en Suisse) ou la reconnaissance salariale de notre profession (interrogation sur la nouvelle tarification), nous avons un rôle essentiel à jouer dans le domaine de la politique de santé et de la politique professionnelle. Malheureusement, les ergothérapeutes engagé·e·s dans de telles démarches politiques se sentent encore passablement seul·e·s. Nos trois oratrices ont donc soulevé cette question : pourquoi la voix des ergothérapeutes est-elle encore si peu entendue lors des décisions politiques ? Est-ce par manque d'intérêt, par manque d'alliés dans les sphères politiques, à cause d'un profil trop féminin de la profession ou encore à cause des limites du système quadrilingue de la Suisse ? Il est temps de se poser ces questions, en Suisse, pour savoir comment nous voulons défendre l'avenir de notre profession.

L'occupation, base fondamentale de l'ergothérapie, a été au cœur de plusieurs présentations et plénières. La multiplication des publications traitant des sciences de l'occupation, à travers le monde, démontre bien le plein essor de ce domaine de recherche. Lors de son intervention, Nicolas Kühne a pris le temps de rappeler l'importance des occupations dans nos propres identités et ainsi la difficulté de tout individu de devoir changer ses occupations à cause d'une maladie, d'un accident ou plus simplement d'un passage à la retraite. Et si les ergothérapeutes se définissaient comme les spécialistes dans l'accompagnement lors de toutes transitions occupationnelles, tout au long de la vie ? Même si cette réflexion semble être en accord avec notre vision de l'ergothérapie, elle nous a poussés à nous poser des questions sur la pratique en milieu hospitalier. Même si l'approche biomédicale reste encore très présente dans la pratique en ergothérapie, l'approche occupationnelle fait de plus en plus partie de la pratique, y compris hospitalière. Lors d'une présentation de cas, Bastien Caillet et Thibaut Turpain, ergothérapeutes à l'Institution de Lavigny, dans le canton de Vaud, nous ont illustré

l'utilisation de l'approche occupationnelle au sein d'un service en neuroréhabilitation. Bien que l'utilisation de cette approche doive encore être bien expliquée aux autres professionnels de santé, ces deux ergothérapeutes ont partagé leur enthousiasme à l'égard d'une telle approche dans leur domaine de pratique. En effet, un objectif tel que « pouvoir s'épiler le maillot » peut faire sourire quand il est présenté lors d'un colloque interdisciplinaire, mais il illustre comment les ergothérapeutes peuvent accompagner leurs clients dans toutes les dimensions de leurs transitions occupationnelles. Les échanges qui ont suivi cette présentation ont bien mis en avant l'envie des ergothérapeutes d'être proactifs dans le changement de paradigme auquel fait face l'ergothérapie, mais soulignent aussi que les attentes du corps médical, encore trop peu habitué à l'approche occupationnelle, restent très traditionnelles. Bien que les recherches en sciences de l'occupation ne cessent de se développer et permettent de soutenir l'approche occupationnelle en ergothérapie, il manque encore parfois aux ergothérapeutes praticien·ne·s des arguments scientifiques pour légitimer cette approche auprès de leurs clients.

Il est intéressant de constater que les projets développant et utilisant les nouvelles technologies (comme les exosquelettes, la robotique ou la réalité virtuelle) ont eu une belle place au sein de ce congrès. Lors d'un atelier, deux étudiants au doctorat de l'École polytechnique fédérale de Zurich nous ont présenté leurs travaux de recherche sur le développement d'exosquelettes souples. Ces systèmes ont pour objectifs d'assister les mouvements des personnes ayant une faiblesse musculaire. Après un développement plus axé sur l'assistance à la marche, le « Sensory-Motor Systems Lab » s'est aussi lancé dans le développement de systèmes d'assistance du mouvement au membre supérieur. Dans le cadre de son doctorat, Marie Georgarakis travaille sur la réalisation d'un exosquelette souple du membre supérieur stabilisant la scapula contre les côtes et assistant le mouvement du membre supérieur avec un système de poulies motorisées. Chez les personnes ayant une faiblesse musculaire, un tel système permet de diminuer les mouvements compensatoires du tronc lors de la flexion antérieure de l'épaule et d'augmenter le rayon d'action du membre supérieur (<https://sms.hest.ethz.ch/research/current-research-projects/wearable-robots-for-assistance-and-rehabilitation.html>). Bien que tous ces systèmes soient encore présents principalement dans les laboratoires de recherche en ingénierie, il est réjouissant de voir que de nouvelles pistes de réadaptation/adaptation sont en cours de développement. Cependant, il semble indispensable d'augmenter les collaborations entre les chercheur·e·s en génie et ceux du domaine de la réadaptation afin de s'assurer de la pertinence du développement de ces nouvelles technologies en réadaptation et de faciliter leur déploiement dans les milieux cliniques et dans la vie quotidienne des personnes ayant besoin de tels systèmes. Ce genre de collaboration est, par exemple, de plus en plus observé dans les centres de recherche en réadaptation au Québec et montre de très beaux résultats (par exemple, le développement d'aides techniques pour les personnes en situation de handicap ou les personnes âgées intégrant des technologies avancées comme la robotique ou l'utilisation d'algorithme – laboratoire du professeur-chercheur Alexandre Campeau-Lecours de l'Université Laval : <https://ulatech.wixsite.com/ulac>).

Pour terminer notre petit tour du congrès, nous aimerions vous présenter notre projet coup de cœur impliquant des étudiant·e·s en formation Bachelor des professions de la santé de la Haute École spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO). Ce projet est la création d'un programme de soutien aux personnes proches aidantes : « Proches Aidant·e·s : un Service des Étudiant·e·s en Santé (PAuSES) ». Dans le cadre de ce programme, les étudiant·e·s offrent des prestations aux personnes proches aidantes afin de leur éviter un épuisement, malheureusement très fréquent dans cette population. De plus, cette initiative permet d'offrir aux étudiant·e·s une opportunité de partager le quotidien des personnes concernées et de faire l'expérience d'une relation d'aide. Ce projet innovant a suscité de nombreuses réactions positives dans la salle. On ne peut que souhaiter à ce projet un plein succès pour la suite.

En plus d'une programmation riche et variée, le comité d'organisation avait aussi pris soin de ses participant·e·s durant les pauses en nous proposant des « occupations de bien-être » comme la dégustation de *gelati*, des massages ou un *footing* précongrès !

Cela va sans dire, nous nous réjouissons déjà beaucoup de la prochaine édition. À dans quatre ans !

Le contenu des présentations ainsi que des photos du congrès sont disponibles à l'adresse : <https://www.ergotherapie.ch/verband/veranstaltungen/kongress>