

Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie



www.rfre.org

ISSN : 2297-0533

Avec le soutien de



SUPSI



SOMMAIRE

Éditorial

- Être responsable socialement en ergothérapie à travers la recherche participative** 3-6
Karine Latulippe, Dominique Giroux
-

Portrait de chercheure

- Julie Desrosiers** 7-10
Laure Décastel
-

Articles de recherche

- Soutenir l'habilitation à l'occupation de la sexualité par un groupe d'intérêt virtuel** 11-31
Karine L'écuyer, Louis-Pierre Auger, Martine Brousseau
- Les activités intergénérationnelles en tant que stratégie de promotion de la santé des aînés : une étude de la portée** 33-73
Roxane DeBroux Leduc, Samuel Turcotte, Béatrice Dionne, Sébastien Grenier, Fatima Ladjadj, Johanne Filiatrault
-

Méthodologies

- Assurer la validité de contenu lors du développement d'un outil d'évaluation : soutenir l'ergothérapie pas à pas** 75-97
Marjorie Désormeaux-Moreau, Godefroy Naud-Lepage, Marie-Josée Drolet
-

Lu / Vu pour vous

- Participation: Optimising Outcomes in Childhood-Onset Neurodisability. Un livre paru en 2020 de C. Imms et D. Green** 99-102
Sandrine Gagné-Trudel
-



ÊTRE RESPONSABLE SOCIALEMENT EN ERGOTHÉRAPIE À TRAVERS LA RECHERCHE PARTICIPATIVE

Être chercheur·e est un privilège. En effet, les chercheur·e·s ont la possibilité de déterminer les enjeux sur lesquels ils-elles désirent travailler et bénéficient de subventions, provenant le plus souvent de fonds publics, pour réaliser ces projets de recherche. Mais avec ce privilège vient une responsabilité : celle de s'assurer que les financements obtenus sont utilisés à bon escient. Pour ce faire, il faut non seulement s'assurer de produire des données scientifiques probantes à partir de méthodes rigoureuses et éthiques, mais aussi que les connaissances issues de ces projets soient utiles et pertinentes pour la communauté. Cet engagement, lié à la responsabilité sociale que portent aussi les chercheur·e·s en tant qu'acteur·trice·s dans leur communauté, implique de poursuivre des actions en cohérence avec les priorités et les valeurs de celle-ci (Boelen, 2001; Drevet, 2015; Meili et Buchman, 2013).

L'utilisation d'approches participatives en recherche suscite de plus en plus d'intérêt dans de nombreux domaines des sciences humaines et sociales (santé, psychologie, sociologie, éducation, etc.). Les approches participatives sont des devis scientifiques soutenant l'engagement social des chercheur·e·s envers leur communauté en leur permettant de répondre à de réels enjeux ou besoins de la population et en favorisant l'implication des principales personnes concernées dans la recherche de solutions pertinentes et mieux adaptées à leur réalité. L'implication des principaux acteur·trice·s concerné·e·s (citoyen·ne·s, patient·e·s, client·e·s, proches, partenaires, intervenant·e·s, etc.) permet ainsi de nourrir le processus de recherche par leur connaissance plus fine des enjeux dans leur contexte ainsi que des facteurs favorisant la recherche, l'élaboration et l'implantation de solutions adaptées.

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.v6n2.189

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



Concrètement, les acteur·trice·s impliqué·e·s dans des projets de recherche participative peuvent être amené·e·s à jouer une diversité de rôles. Ils·elles peuvent aider à identifier les meilleurs moyens pour contacter et recruter les participant·e·s potentiel·le·s pouvant être parfois difficiles à rejoindre, à choisir des méthodes de collecte de données réalistes, à développer des outils liés au recrutement (p. ex. dépliant) ou au consentement (formulaire de consentement) en adéquation avec le niveau de littératie des personnes visées, à identifier les contraintes et facilitateurs à la participation des personnes ou à l'implantation des solutions élaborées, co-analyser les données de recherche recueillies et contribuer à l'interprétation des résultats en apportant d'autres points de vue, etc. Utiliser un devis de recherche participative ne signifie pas simplement intégrer les acteur·trice·s concerné·e·s dans le processus de recherche, mais plutôt travailler en collaboration avec ceux·celles-ci en faisant preuve d'ouverture et de sensibilité sur une base de réciprocité. Alors que les chercheur·e·s utilisent leurs connaissances scientifiques et leurs compétences en recherche pour guider le processus méthodologique, les acteur·trice·s concerné·e·s mettent leurs savoirs expérientiels du sujet au service du projet. Les chercheur·e·s doivent toutefois faire preuve d'humilité. Nos expériences de recherche participative nous ont montré qu'à titre de chercheur·e nous risquons de passer à côté de connaissances importantes si les principales personnes concernées par le sujet de recherche ne sont pas là pour nous montrer nos propres angles morts (Latulippe *et al.*, 2020).

En outre, ce croisement d'expertises augmente la faisabilité du projet de recherche ainsi que la pertinence et l'applicabilité des connaissances qui en sont issues. En effet, l'application des connaissances issues de la recherche, afin qu'elles soient utilisées de façon pratique ou clinique, requiert énormément de temps (Brownson *et al.*, 2006). La recherche participative a le potentiel de permettre aux utilisateur·trice·s de connaissances d'intégrer les nouvelles connaissances produites à même le projet de recherche (Banner *et al.*, 2019). Le transfert de connaissance se fait de façon inhérente au processus.

Avoir une conduite responsable socialement, c'est aussi assurer une équité en santé, c'est-à-dire une santé pour tous (Boelen, 2001). Nous avons une responsabilité, comme chercheur·e·s et clinicien·ne·s, de contribuer à l'amélioration des soins et services de sorte que chaque personne puisse bénéficier de ces soins afin d'améliorer son état de santé. La participation des personnes concernées à des études en recherche participative, particulièrement celles à risque d'inégalités sociales de santé, est au cœur de la solution pour réduire les barrières et atteindre cette équité (Latulippe *et al.*, 2017).

Malheureusement, les projets de recherche sont la plupart du temps élaborés à partir de la perception des chercheur·e·s quant aux enjeux ou aux besoins prioritaires à explorer. Par contre, nous observons actuellement un changement de paradigme en recherche, alors que de plus en plus de projets sont développés dans un souci d'être engagés socialement et de produire des connaissances pertinentes et applicables. Ainsi, la communauté scientifique démontre de plus en plus d'ouverture à cet égard, voire même une volonté claire de développer des projets en partenariat avec des membres de la communauté.

Il est vrai que l'utilisation d'approches participatives n'est pas sans poser certains défis. Celles-ci nécessitent de rallier des acteur·trice·s ayant un bagage ou des expertises différentes (scientifiques, expérientielles) autour d'un enjeu commun. Ensuite, tous ces acteur·trice·s doivent s'entendre pour circonscrire l'objet qui sera à l'étude ainsi que les moyens à utiliser pour répondre à la question de recherche. Tout au long de ce processus, il faut faire preuve d'ouverture les uns envers les autres afin d'établir un climat de collaboration harmonieux entre les différents acteur·trice·s impliqué·e·s. Les principaux enjeux (mais pas les seuls) sont certainement le temps requis (généralement plus long) et les coûts associés (généralement plus élevés) (Jagosh *et al.*, 2011; Steen, 2011). Il faut donc faire preuve de discernement et s'assurer que l'utilisation d'un devis de recherche participative soit la meilleure option, c'est-à-dire que le coût-bénéfice en vaille la peine. C'est aussi cela, être responsable socialement. Plusieurs formes de recherche participative peuvent être explorées en fonction du degré d'engagement nécessaire ou souhaité par les personnes, et ce, tout en ayant l'honnêteté d'assurer que cette participation soit réelle et non instrumentale. Par exemple, soulignons l'importance, pour les acteur·trice·s concerné·e·s par le sujet de recherche et qui s'engagent à titre de co-chercheur·e·s/patient·e·s-partenaires/codesigner·euse·s, qu'ils-elles aient accès à des formations et à des groupes d'échange avec d'autres personnes qui assument le même rôle qu'eux-elles afin de partager leur expérience. Comme chercheur·e, nous avons la responsabilité éthique et sociale que les gens qui collaborent avec nous vivent une expérience riche d'apprentissages et qu'il y ait une réciprocité entre les différentes personnes impliquées dans le partage d'expériences et la coconstruction des projets. Il faut donc planifier cette collaboration afin qu'elle n'entraîne pas d'effet négatif sur leur vie (p. ex. : temps, salaire, fin du projet).

Si nous sommes chercheur·e·s, c'est parce que nous voulons être au service de la communauté et produire des connaissances qui seront utiles aux personnes concernées. Pour y arriver, il faut prendre du recul et se questionner sur les meilleures façons d'y parvenir. Avec la recherche participative, nous avons la possibilité de proposer des solutions répondant réellement aux besoins de la communauté dans laquelle nous œuvrons. Il est possible que la recherche participative, et donc le recours au savoir expérientiel de la communauté, nous apporte une connaissance de la réalité insoupçonnée et qu'ensemble, nous arrivions à contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des gens.

Il faut donner à la communauté l'espace pour exercer son pouvoir d'agir dans la recherche et les orientations de la recherche. C'est notre responsabilité sociale.

Karine Latulippe, PhD, École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), Montréal, Canada.

Dominique Giroux, ergothérapeute, PhD, Département de réadaptation, Université Laval, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Centre de recherche en santé durable VITAM, Québec, Canada.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Banner, D., Bains, M., Carroll, S., Kandola, D. K., Rolfe, D. E., Wong, C., et Graham, I. D. (2019). Patient and public engagement in integrated knowledge translation research: Are we there yet? *Research Involvement and Engagement*, 5. <https://doi.org/10.1186/s40900-019-0139-1>
- Boelen, C. (2001). *Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. Document de travail*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Brownson, R. C., Kreuter, M. W., Arrington, B. A., et True, W. R. (2006). From the schools of public health. *Public Health Reports*, 121(1), 97-103. <https://doi.org/10.1177/003335490612100118>
- Drevetton, B. (2015). L'étude de la responsabilité sociale du chercheur-intervenant : quelles conséquences méthodologiques? *Management international*, 19(2), 83-94. <https://doi.org/10.7202/1030388ar>
- Jagosh, J., Pluye, P., Macaulay, A. C., Salsberg, J., Henderson, J., Sirett, E., Bush, P. L., Seller, R., Wong, G., Greenhalgh, T., Cargo, M., Herbert, C. P., Seifer, S. D., et Green, L. W. (2011). Assessing the outcomes of participatory research: Protocol for identifying, selecting, appraising and synthesizing the literature for realist review. *Implementation Science*, 6(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-24>
- Latulippe, K., Hamel, C., et Giroux, D. (2017). Social Health Inequalities and eHealth: A literature review with qualitative synthesis of theoretical and empirical studies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4). <https://doi.org/10.2196/jmir.6731>
- Latulippe, K., Hamel, C., et Giroux, D. (2020). Co-design to support the development of inclusive eHealth tools for caregivers of functionally dependent older persons: Social justice design. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), e18399. <https://doi.org/10.2196/18399>
- Meili, R., et Buchman, S. (2013). La responsabilité sociale : au cœur de la médecine familiale. *Canadian Family Physician*, 59(4), 344-345.
- Steen, M. (2011). Tensions in human-centred design. *CoDesign*, 7(1), 45-60. <https://doi.org/10.1080/15710882.2011.563314>



PORTRAIT DE CHERCHEURE



JULIE DESROSIERS

Propos recueillis par Laure Décastel

Ergothérapeute, MSc, Assistante HES

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

Julie Desrosiers est une chercheuse francophone passionnée avant tout par la pratique clinique. Professeure associée à la Haute école de travail social et de la santé de Lausanne en Suisse (HETSL), Julie a relevé le défi de traverser l'Atlantique en 2016 au terme de son doctorat.

En regardant son parcours, on constate que Julie a vécu plusieurs vies ! Au détour d'études en mathématiques pures et après plusieurs années de pratique en électrophysiologie médicale, Julie a terminé un baccalauréat (équivalent du bachelor européen) en ergothérapie à l'Université de Montréal à l'âge de 32 ans. Après avoir obtenu deux certificats en santé mentale et en gérontologie, elle entreprend des études supérieures à l'Université de Sherbrooke, d'abord une maîtrise en pratiques de la réadaptation, puis un doctorat en sciences de la santé. Elle termine son doctorat en 2017 tout en travaillant à temps plein comme ergothérapeute et professeure de clinique à l'Université de Montréal.

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.v6n2.191

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



Julie a commencé sa carrière en ergothérapie au Centre de santé mentale communautaire (CSMC), lui-même rattaché au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Elle y a développé des programmes de réadaptation pour les troubles alimentaires (anorexie-boulimie), la désintoxication médicale, les troubles anxieux et de l'humeur et bien d'autres.

Lors de sa maîtrise en pratiques de la réadaptation, Julie raconte le plaisir qu'elle a eu à suivre les cours de la professeure Marie-José Durand et l'importance de cette rencontre pour elle. Elle explique comment l'esprit critique de Marie-José Durand, la clarté de son analyse et la rigueur scientifique dont elle fait preuve l'ont poussée à approfondir sa conception de la réadaptation en santé mentale. Lorsque plus tard, Julie a accompagné des équipes cliniques dans l'élaboration de leur programme de réadaptation, elle continuait de l'entendre lui indiquer les embûches à venir et la conseiller sur les meilleures voies à emprunter, voies qui étaient rarement celles de la facilité.

Au cours de sa carrière, Julie s'est intéressée aux répercussions fonctionnelles des troubles mentaux et à leur mesure. Elle a notamment développé une expertise dans la réadaptation auprès de personnes ayant des troubles de la personnalité et a par ailleurs conçu une approche pour gérer les défis de la réadaptation en santé physique des personnes présentant une personnalité difficile. Elle a ainsi offert une formation qui a été donnée dans plusieurs centres de réadaptation et les centres d'hébergement québécois ainsi qu'aux professionnel-le-s du soutien à domicile, ce qui représente plus de 4000 professionnel-le-s formé-e-s.

Dans le cadre de son doctorat, elle a amorcé une réflexion sur ce que devait comporter une évaluation fonctionnelle de qualité et se questionne actuellement sur les enjeux éthiques entourant le processus d'évaluation fonctionnelle en santé mentale. Par ailleurs, elle a développé une expertise dans le développement et la validation d'outils de mesure et d'évaluation ainsi que dans la méthode de collecte de données par les groupes de discussion focalisée.

Lorsque Julie est questionnée sur la réalisation scientifique dont elle est la plus fière, elle nomme le livre : *Mieux vivre avec la personnalité limite*, un guide pour soutenir le rétablissement des personnes ayant un trouble de personnalité limite (TPL). Elle est fière que ce guide incarne réellement les valeurs à la base de la philosophie du rétablissement puisqu'il est coécrit avec des personnes ayant un TPL elles-mêmes. Elle évoque également une fierté face au grand effort de vulgarisation pour rendre accessible le fruit de recherches scientifiques poussées autant aux personnes touchées par ce trouble qu'aux personnes qui les accompagnent.

En tant qu'ergothérapeute clinicienne et chercheuse, Julie remarque malheureusement qu'un préjugé tenace chez plusieurs clinicien-ne-s et une vision parfois paternaliste des chercheur-e-s limitent les partenariats dans des projets de recherche. Pour surmonter cet obstacle important, Julie encourage les clinicien-ne-s à ne pas attendre d'être inclus-es dans une recherche, mais à amorcer le changement à travers leur expertise clinique et les questions pertinentes qui émergent de leur pratique. Par ailleurs, elle souligne qu'un-e chercheur-e sans partenariat avec des clinicien-ne-s ne pourra pas

contribuer de manière significative au développement du savoir et des pratiques. Julie est persuadée que comparativement à d'autres professions, les ergothérapeutes ont vraiment la collaboration dans le sang. Pour elle, tous les colloques et événements organisés par les ergothérapeutes francophones sont de formidables occasions de rencontres et de partenariats clinique – recherche.

Au chapitre des lectures inspirantes, Julie nomme le livre de Michael Quinn Patton intitulé *Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use* édité en 2010. Elle a été inspirée par l'approche de Patton selon laquelle les évaluations devraient être jugées sur la base de leur utilité. Pour cela, il ne suffit pas seulement de bien les concevoir. Le simple fait de participer à une évaluation peut en soi générer des conséquences positives en termes de développement de la pensée évaluative, d'acquisition de connaissances méthodologiques ou d'habilitation des acteurs et actrices. C'est en suivant cette inspiration que Julie a offert son soutien à de nombreuses équipes cliniques pour les soutenir dans leur capacité à concevoir et évaluer leur propre programmation de réadaptation.

L'équilibre occupationnel est une grande question pour Julie ! Elle ne pense pas en être un bon exemple ; elle reconnaît que c'est le concept qu'elle peine le plus à intégrer, elle qui a réalisé son doctorat la nuit et les week-ends tout en travaillant à temps plein comme professeure de clinique à l'Université de Montréal ! Elle ajoute toutefois qu'elle a toujours accordé beaucoup d'importance au fait d'avoir du plaisir tout en travaillant, un exemple qu'elle souhaiterait donner aux nouvelles générations de chercheur·e·s. Elle évoque de nombreuses séances de travail, d'écriture d'articles, de congrès scientifiques où elle a pris sous son aile de jeunes ergothérapeutes et de jeunes chercheur·e·s et où le plaisir était si présent qu'elle ne garde pas le souvenir d'avoir travaillé !

Julie a plusieurs projets en cours, notamment la validation d'un nouvel outil de mesure pour évaluer le fonctionnement quotidien des personnes ayant un trouble de personnalité limite ainsi que l'écriture d'un deuxième livre déjà commandé par l'éditeur de son premier livre, Librex, sur un sujet dont elle préfère garder la surprise...

Plusieurs publications récentes de Julie Desrosiers peuvent être consultées :

Desrosiers, J., Briand, C., Dubé, M.-K., Maltez, R., et Groulx, J. (dir.) (2019). *Mieux vivre avec la personnalité limite*. Montréal : Éditions Trécarré.

Desrosiers, J. J., Larivière, N., Desrosiers, J., et Boyer, R. (2020). Concept analysis of human functioning and potential applications to mental health evaluation. *Occupational Therapy in Mental Health*, 36(1), 1-28. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2019.1684860>

Desrosiers, J. J., Tchiloemba, B., Boyadjieva, R., et Jutras-Aswad, D. (2019). Implementation of a contingency approach for people with co-occurring substance use and psychiatric disorders: Acceptability and feasibility pilot study. *Addictive Behaviors Reports*, 10, 100223. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100223>

Desrosiers, J. J., Larivière, N., Desrosiers, J., Boyer, R., David, P., Bérubé, F. A., et Pérusse, F. (2017). Conception d'un outil d'évaluation du fonctionnement quotidien pour les personnes présentant un trouble de personnalité limite, le Fonctionnement au quotidien avec un trouble de la personnalité Borderline (FAB). *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 3(2), 17-38. <https://doi.org/10.13096/rfre.v3n2.77>

Paquette, M.-A., Dubé, C., Thériault, J., et Desrosiers, J. J. (2020). L'ergothérapie en soutien à domicile au Québec, un travail qui a du sens ? *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 6(1), 35-54. <https://doi.org/10.13096/rfre.v6n1.89>

Desrosiers, J., Pouliot-Morneau, D., et Larivière, N. (2020). Le focus group : application pour une étude des normativités liées au concept de citoyenneté, au sein d'un groupe de patients partenaires en santé mentale. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

Patton, M. (2010). *Developmental evaluation applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New York : Guilford Press.



SOUTENIR L'HABILITATION À L'OCCUPATION DE LA SEXUALITÉ PAR UN GROUPE D'INTÉRÊT VIRTUEL

Karine L'écuyer¹, Louis-Pierre Auger², Martine Brousseau³

¹ Ergothérapeute, Clinique PhysioExtra, Mirabel, Québec, Canada

² Ergothérapeute, MSc, Étudiant au doctorat en sciences de la réadaptation, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, Canada

³ Ergothérapeute, PhD, Professeure titulaire du Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

Adresse de contact : louis-pierre.auger@umontreal.ca

Reçu le 12.12.2018 – Accepté le 24.04.2020

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.v6n2.133

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



RÉSUMÉ

Introduction. La sexualité est une occupation qui contribue à la santé, au bien-être et à la vie affective. Toutefois, l'intégration de cette occupation au sein de la pratique en ergothérapie représente un défi en raison de nombreuses barrières.

Objectif. Explorer les perceptions des ergothérapeutes membres d'un groupe d'intérêt virtuel en sexualité en matière d'habilitation à l'occupation de la sexualité, ainsi que leurs perceptions au sujet du soutien reçu dans le cadre de ce groupe.

Méthodes. Cette étude exploratoire a été réalisée auprès de 25 ergothérapeutes qui ont participé aux échanges du groupe d'intérêt en ligne ou à la collecte de données via un questionnaire en ligne. Les données qualitatives ont été analysées par thématiques et les données quantitatives ont été analysées par des statistiques descriptives.

Résultats. La moitié (50 %) des participants ont indiqué qu'il est difficile d'intégrer l'occupation de la sexualité dans leur pratique. Les stratégies d'habilitation aux occupations considérées comme les plus utiles et les plus importantes étaient celles d'éduquer et d'adapter. Un quart (25 %) des participants rapportent que le groupe d'intérêt les a aidés à aborder la sexualité avec leurs clients, alors que 37,5 % mentionnent que le groupe permet le soutien et le partage.

Conclusion. Un groupe d'intérêt pour ergothérapeutes peut avoir des retombées positives sur les perceptions de ses membres en ce qui a trait à l'habilitation à l'occupation de la sexualité. Les barrières et les stratégies d'habilitation identifiées par les participants permettront d'orienter de futures initiatives visant à améliorer la pratique ergothérapique en rapport avec l'occupation de la sexualité.

MOTS-CLÉS

Occupation de la sexualité, Groupe d'intérêt, Habilitation, Perceptions, Ergothérapie

SUPPORTING ENABLING SEXUAL OCCUPATIONS BY A VIRTUAL INTEREST GROUP

ABSTRACT

Introduction. Sexuality is an occupation that contributes to health, well-being and emotional balance. However, integrating this occupation into occupational therapy practice represents a challenge due to many barriers.

Objective. To explore the perceptions of occupational therapists regarding the enablement strategies for the occupation of sexuality as well as their perception of the support they have received from a virtual interest group in sexuality.

Methods. This exploratory study was carried out with 25 occupational therapists who participated in the exchanges of an interest group online or in the data collection via an online questionnaire. Thematic analysis were conducted for qualitative data and quantitative data were analyzed with descriptive statistics.

Results. 50% of participants indicated that it is difficult to integrate the area of sexuality in their practice. The most useful and important strategies for enabling sexuality were those of educating and adapting. 25% of participants reported that the interest group helped them to approach sexuality with their clients while 37.5% mentioned that the group provided support and sharing occasions.

Conclusion. An interest group regarding habilitation to the occupation of sexuality for occupational therapists can lead to positive repercussions on the perceptions of its members regarding sexuality. The barriers and enablement strategies identified with the participants will help guide future initiatives aimed at improving occupational therapy practice in habilitation to the occupation of sexuality.

KEYWORDS

Sexuality, Occupation, Interest group, Enabling, Perceptions, Occupational therapy

INTRODUCTION

Les activités sexuelles font partie du champ de pratique de l'ergothérapeute. Elles ont été définies par l'Association américaine d'ergothérapie (AOTA) comme « l'engagement dans des activités qui mènent à une satisfaction sexuelle et/ou qui répondent à des besoins relationnels ou reproductifs » (2013, p. 19). Le présent article expose les résultats d'une étude exploratoire visant à décrire les échanges des ergothérapeutes membres d'un groupe d'intérêt en ligne axé sur l'habilitation à l'occupation de la sexualité, ainsi qu'à documenter le soutien obtenu dans le cadre de ce groupe d'intérêt.

Recension des écrits

Plusieurs études menées auprès de professionnels de la santé ont montré qu'aborder la sexualité avec les clients représente un défi (McGrath et Lynch, 2014 ; Yallop et Fitzgerald, 1997 ; Northcott et Chard, 2000). Il ressort ainsi de l'étude qualitative d'Abbott et Howarth (2007) menée auprès de 71 professionnels de la santé que pour beaucoup la sexualité est un sujet difficile à aborder. Dans l'étude mixte de Hyland et McGrath (2013) réalisée auprès de 58 ergothérapeutes, 62 % (n = 35) ont indiqué qu'ils n'abordaient jamais ou que rarement la sexualité en rencontre individuelle. Le manque de ressources, telles que le manque d'espace permettant une consultation privée, et le manque de temps font partie des barrières identifiées par plusieurs études sur le sujet (Higson, 2017 ; Hyland et McGrath, 2013 ; Bahouq, Allali, Rkain et Hajjaj-Hassouni, 2013). L'étude quantitative de Haboubi et Lincoln (2003), montre que 79% des 813 professionnels de la santé interrogés considéraient manquer de connaissances et de compétences pour aborder efficacement le sujet de la sexualité.

Par ailleurs, il existe peu de ressources destinées spécifiquement aux ergothérapeutes pour les soutenir dans l'intégration de l'occupation de la sexualité dans leur pratique. Deux manuels de référence en ergothérapie consacrant chacun un chapitre spécifique à cette occupation (Higson, 2017 ; Tipton-Burton, 2013) ainsi qu'un manuel portant intégralement sur ce sujet (Hattjar, 2012) ont été répertoriés. De plus, deux modèles (PLISSIT et Recognition Model) conçus à l'intention des équipes interdisciplinaires afin de les aider à aborder la sexualité auprès des personnes ont été recensés (Couldrick, Sadlo et Cross, 2010 ; Higson, 2017 ; Tipton-Burton, 2013).

En février 2018, un groupe d'intérêt Facebook[®] a été créé pour favoriser les échanges entre ergothérapeutes s'interrogeant sur les façons d'aborder la dimension de la sexualité avec leurs clients. Précisons qu'un groupe d'intérêt est un lieu d'échange d'informations, d'idées et de suggestions autour d'un même intérêt (Strohschein et Newton, 2018), qui se distingue d'une communauté de pratique puisque cette dernière a pour objectif d'améliorer les compétences des professionnels en recourant à l'accompagnement d'un expert et de susciter ainsi des changements concrets dans leur pratique (Wenger et Snyder, 2000).

À notre connaissance, les études empiriques qui ont abordé l'habilitation aux occupations par des ergothérapeutes ne concernaient pas spécifiquement la sexualité

(Beaupré, 2014 ; Néron, 2013 ; Papineau, Brousseau et Salib, 2015). La présente étude vise à décrire les échanges d'un groupe d'ergothérapeutes en matière d'habilitation à l'occupation de la sexualité ainsi que leur perception du soutien qu'ils ont reçu de la part d'un groupe d'intérêt en sexualité conçu spécifiquement pour les ergothérapeutes.

MÉTHODES

Devis

Cette étude exploratoire a été réalisée selon un devis transversal mixte en deux phases distinctes. Les données qualitatives ont été recueillies dans les deux phases de l'étude et les données quantitatives ont été collectées dans la deuxième phase à l'aide d'un questionnaire. Les deux phases et les outils de collecte de données seront décrits ci-dessous.

Groupe d'intérêt en sexualité pour ergothérapeutes (GISE)

Le GISE a été conçu sur la plateforme de média social Facebook[®] sous forme de groupe fermé et avait pour objectif d'offrir à ses membres un espace où ils pouvaient être à l'aise pour échanger et s'entraider concernant la manière d'aborder le sujet de la sexualité dans la pratique de l'ergothérapie. Ainsi, les membres pouvaient partager des informations qu'ils jugeaient pertinentes, poser des questions aux autres membres ou faire part de leurs expériences cliniques. Ergothérapeute et réalisant une maîtrise en recherche à l'Université de Montréal sur le domaine de la sexualité post-AVC, le deuxième auteur (LPA) a agi comme animateur et modérateur pour le groupe. Le GISE était destiné aux ergothérapeutes diplômés impliqués dans la pratique clinique ou la recherche, ainsi qu'aux étudiants d'un programme universitaire en ergothérapie.

Recrutement et échantillonnage

Les participants à l'étude ont été recrutés par convenance (Fortin et Gagnon, 2016). Le GISE a été diffusé sur le groupe Facebook[®] « Ergothérapie Québec ». Au début de la phase 1, le GISE réunissait 140 membres ergothérapeutes ou étudiants en ergothérapie. Le recrutement de participants a été fait via un message diffusé sur le GISE par la première auteure (KL) à deux reprises, invitant les membres à participer à cette étude. Les critères d'inclusion pour l'étude étaient les mêmes que ceux du GISE. Vu la nature exploratoire de cette étude, aucun nombre minimal de participants n'a été fixé et tous les volontaires pouvaient y participer.

Déroulement de l'étude et collecte de données

La phase 1 de l'étude a débuté après la création du GISE en février 2018. Cette phase a duré huit semaines et s'est terminée en avril 2018 avec la collecte de données qualitatives. Elle a consisté à colliger le contenu écrit des échanges libres entre les membres du GISE. La phase 2 de l'étude avait pour but d'évaluer les retombées du GISE au moyen d'un questionnaire en ligne sur la plateforme sécurisée Evalandgo[®], auquel

des membres du groupe ont répondu en fournissant des données principalement quantitatives. Le questionnaire, disponible à l'annexe B, avait été prétesté par un utilisateur potentiel, prenait entre 15 et 25 minutes à remplir et a montré une bonne utilisabilité.

Analyse des données

Les échanges du GISE, recueillis à la phase 1, et les informations tirées des questions ouvertes du questionnaire en ligne (phase 2) ont été transcrites dans un fichier et ont fait l'objet d'une analyse thématique (Fortin et Gagnon, 2016 ; Intissar et Rabeb, 2015) à partir d'une grille basée sur les dix stratégies du Modèle canadien d'habilitation centrée sur les occupations des personnes : adapter, revendiquer, coacher, collaborer, consulter, coordonner, concevoir et réaliser, éduquer, engager ainsi qu'exercer l'expertise (Townsend *et al.*, 2013) (voir annexe A). Les analyses thématiques ont été réalisées par l'auteure principale (KL) et le résultat a été révisé et bonifié par les deux coauteurs (LPA, MB) afin d'en assurer la crédibilité. Les données quantitatives obtenues par le questionnaire ont été analysées via des statistiques descriptives.

Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CDERS-18-13-06.05). Les participants ont signé un formulaire d'information et de consentement et pouvaient se retirer de l'étude à tout moment.

RÉSULTATS

Description de l'échantillon

Au total, 25 personnes ont participé à cette étude. Neuf personnes ont participé aux échanges à l'intérieur du groupe d'intérêt, dont huit étaient des femmes. Pour la phase 2, seize (16) personnes ont répondu au questionnaire, 15 femmes et un homme, âgés de 23 ans à 47 ans (moyenne : 33 ans).

Les 16 participants qui ont rempli le questionnaire ont identifié les clientèles (voir tableau 1) sur lesquelles portaient leurs préoccupations quant à la manière d'aborder la sexualité. Au total, 24 réponses ont été données. Cinquante pour cent (50 %) des réponses (n = 12) avaient trait à des clientèles ayant des problématiques physiques, telles que l'accident vasculaire cérébral, alors que 40,9 % étaient liées à des clientèles ayant des problématiques multidimensionnelles, associant une dimension de santé mentale à une problématique de santé physique.

Tableau 1 : Clientèles pour lesquelles les participants ont des préoccupations concernant la manière d'aborder l'occupation de la sexualité

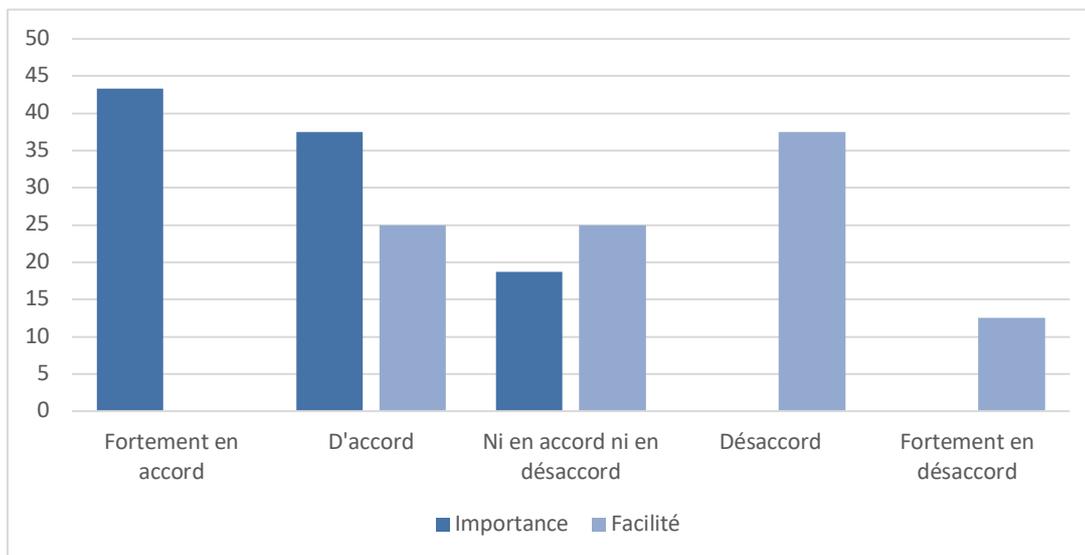
Thèmes	Pourcentage de réponses (n = 24*)	Verbatim extrait des énoncés fournis par les participants
Clientèles présentant des problématiques physiques	50 % (n = 12)	« AVC et autres lésions neurologiques » « Quadriplégiques, paraplégiques, blessures orthopédiques avec séquelles permanentes » « Accidentés de la route et du travail qui présentent un trouble musculo-squelettique » « Blessures du dos »
Clientèles avec problématiques multidimensionnelles	40,9 % (n = 10)	« Douleur chronique » « Vétérans en programme de réadaptation physique ou psy » « Dépression à la suite d'une blessure grave »
Toutes les clientèles	9,1 % (n = 2)	« Toutes les clientèles vues en ergothérapie pourraient présenter des dysfonctions sexuelles à mon avis » « Tous »

* Il y a plus de 16 réponses puisque des participants ont nommé plus d'un élément dans leur réponse.

Importance d'aborder la sexualité dans la pratique et facilité à le faire

À la question « Avez-vous eu la chance d'aborder la sexualité dans votre pratique ? », 56,2 % des participants (n = 9) mentionnent avoir déjà abordé la sexualité tandis que 43,8 % (n = 7) disent ne jamais l'avoir fait. 81,3 % des participants (n = 13) sont en accord ou fortement en accord quant à l'importance d'aborder la sexualité dans leur pratique, alors que 18,7 % des participants (n = 3) ne sont ni en accord ni en désaccord. Ensuite, à l'affirmation : « Je trouve facile d'aborder l'occupation de la sexualité dans ma pratique », 50 % des participants (n = 8) sont en désaccord ou fortement en désaccord avec, 25 % (n = 4) sont d'accord, et 25 % (n = 4) ne sont ni en accord ni en désaccord. Ces résultats sont présentés à la figure 1.

Figure 1 : Comparaison entre l'importance d'aborder l'occupation de la sexualité et la facilité à le faire



Stratégies d'habilitation émergeant des échanges du groupe d'intérêt

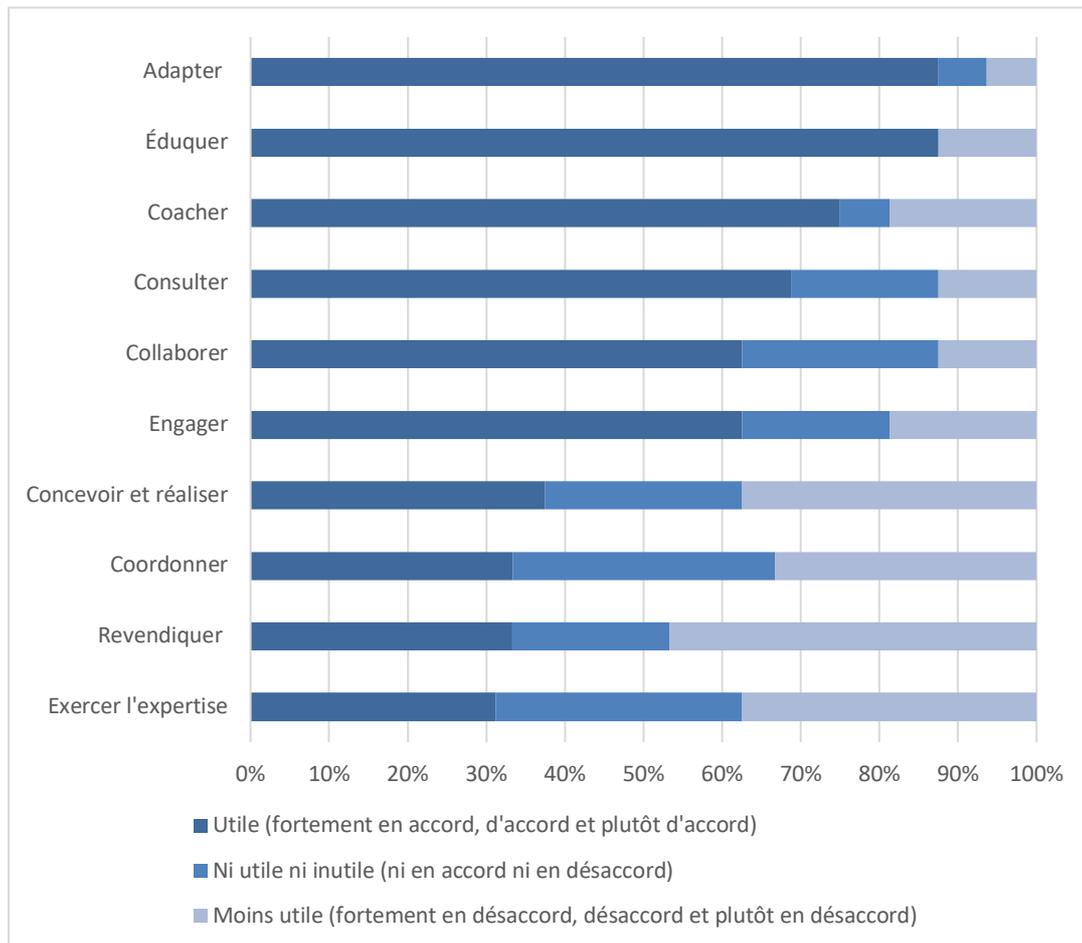
Parmi les 47 échanges relevés durant les deux premiers mois d'existence du GISE, 26 échanges correspondaient à neuf des dix stratégies de l'habilitation aux occupations. La stratégie « coordonner » est la seule à ne pas être ressortie dans les échanges. La stratégie « engager » était la plus utilisée, à 26,9 % (n = 7). Ces résultats sont présentés au tableau 2.

Ensuite, les participants ont indiqué leur niveau d'accord quant à l'utilité des différentes stratégies d'habilitation aux occupations pour habilitier à l'occupation de la sexualité. Parmi l'ensemble des participants, 87,5 % (n = 14) considéraient les stratégies « adapter » et « éduquer » comme utiles pour habilitier à l'occupation de la sexualité. La stratégie ayant eu la plus faible proportion de réponses affirmant son utilité était « exercer l'expertise » : seuls 31,2 % des participants (n = 5) ont indiqué qu'elle était « utile ». Ces résultats sont présentés à la figure 3.

Tableau 2 : Répartition du contenu des échanges du groupe d'intérêt selon les stratégies d'habilitation aux occupations

Stratégies	Pourcentage de réponses (n = 26)	Verbatim extrait des énoncés fournis par les participants
Engager	26,9 % (n = 7)	« Je crois qu'il est important premièrement d'ouvrir la porte à nos patients à discuter de sexualité » « [...] reprise des tâches et activités après un AVC »
Éduquer	19,2 % (n = 5)	« [...] outils, des documents ou autres qui permettent de fournir des informations vulgarisées à vos clients en ce qui concerne la sexualité » « [...] aborder le fait que la sexualité n'est pas que l'activité sexuelle et englobe plusieurs sphères »
Collaborer	11,5 % (n = 3)	« [...] il est vrai que le recours à des questions plus spécifiques permettrait d'approfondir la discussion et de mieux comprendre les besoins de nos patients qui veulent parler de sexualité »
Consulter	11,5 % (n = 3)	« N'hésitez pas à demander de l'aide si jamais vous avez besoin, plusieurs têtes valent mieux qu'une. »
Exercer l'expertise	7,7 % (n = 2)	« Il serait bien d'aborder les positions/stratégies pour avoir des relations sexuelles en lien avec diverses problématiques : sclérose en plaque, entorse lombaire, prothèse totale de la hanche, etc. »
Adapter	7,7 % (n = 2)	« [...] positionnement au lit et au fauteuil roulant [...] »
Revendiquer	7,7 % (n = 2)	« Mettre l'accent sur l'importance de l'aborder avec tous les types de clientèles (douleur chronique, personnes âgées, déficience intellectuelle, etc.) »
Coacher	3,9 % (n = 1)	Extrait non divulgué pour respecter la confidentialité de ce participant.
Concevoir et réaliser	3,9 % (n = 1)	Extrait non divulgué pour respecter la confidentialité de ce participant.

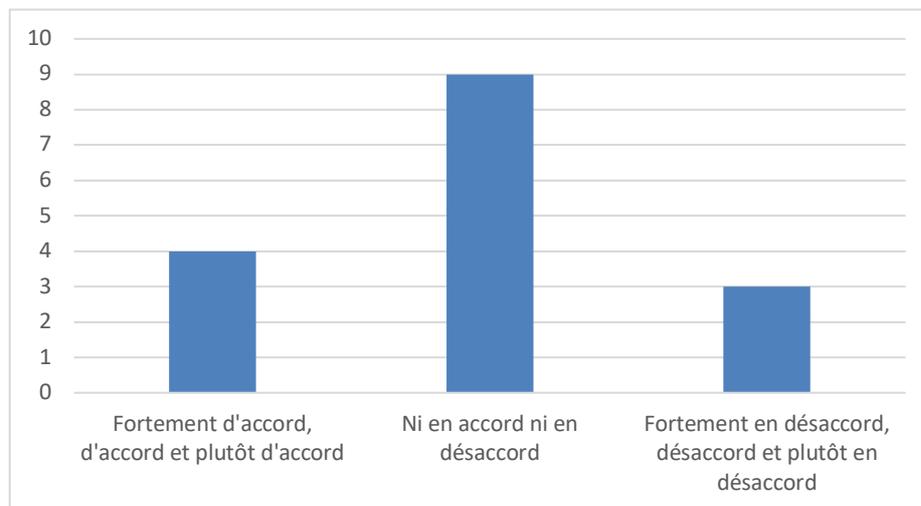
Figure 3 : Utilité des stratégies d'habilitation aux occupations auxquelles les ergothérapeutes ont recours dans leur pratique



Retombées du groupe d'intérêt

Les participants devaient indiquer leur niveau d'accord par rapport à l'énoncé suivant : « Le groupe d'intérêt m'a aidé à traiter l'occupation de la sexualité dans ma pratique. » 56,3 % des participants (n = 9) ne sont ni en accord ni en désaccord avec l'affirmation, 25 % des participants (n = 4) sont d'accord avec l'énoncé et 18,7 % des participants (n = 3) sont en désaccord. Ces résultats sont présentés à la figure 4.

Figure 4 : Niveau d'accord au sujet de l'aide obtenue grâce au groupe d'intérêt afin d'aborder la sexualité dans la pratique



Ensuite, les participants ont identifié des éléments du groupe d'intérêt qui les aidaient à aborder l'occupation de la sexualité dans leur pratique. Le thème dominant est « le soutien et le partage », à 37,5 % (n = 6). Les éléments identifiés par les participants sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Utilité perçue du groupe d'intérêt en sexualité par les participants

Thèmes	Pourcentage de réponses (n = 16*)	Verbatim extrait des énoncés fournis par les participants
Soutien et partage	37,5 % (n = 6)	« Partage de ressources pour aborder la sexualité avec les patients » « C'est surtout d'avoir un groupe de soutien en cas de questionnement spécifique qui me rassure » « Partage d'expériences avec des collègues »
Situations ne permettant pas l'application des éléments du groupe dans la pratique	25 % (n = 4)	« Actuellement en congé de maternité, donc pas d'application des apprentissages » « J'ai fait un changement de domaine de pratique très récemment donc pas encore assez stable pour répondre »
Peu ou pas d'utilisation du groupe d'intérêt	18,8 % (n = 3)	« Je n'ai pas eu à le consulter depuis qu'il existe » « Peu utilisé à ce jour, je suis l'activité en cours »
Groupe d'intérêt considéré comme peu actif	12,5 % (n = 2)	« Pour le moment, j'ai vu peu d'échanges »
Aborder la sexualité	6,2 % (n = 1)	« Voir différentes façons d'aborder le sujet »

* À cette question, 14 participants ont répondu, dont deux ont fourni deux éléments au sein de leur réponse.

DISCUSSION

Aborder l'occupation de la sexualité dans la pratique

Les résultats de cette étude montrent que l'intégration de l'occupation de la sexualité à la pratique clinique représente un défi pour les ergothérapeutes, ce qui est comparable à ce que rapportent d'autres études telles que celle de Hyland et McGrath (2013). Cette dernière a aussi constaté, comme notre étude, que la majorité des participants jugeaient pertinent d'intégrer la sexualité au sein de leur pratique, (Hyland et McGrath, 2013). D'autre part, les résultats de la présente étude comme ceux d'autres études sur le même sujet portent à croire que la pratique de l'ergothérapie concernant l'occupation de la sexualité est variable parmi les ergothérapeutes, bien que la majorité de ceux-ci considèrent l'occupation de la sexualité comme importante. Cela nous amène à supposer que la perception du niveau d'importance de la sexualité n'est pas parmi les barrières principales qui limitent la pratique de l'ergothérapie relativement à l'occupation de la sexualité. Ce relatif consensus des ergothérapeutes sur l'importance de considérer la sexualité dans leur pratique pourrait soutenir d'éventuelles initiatives de développement de la profession.

Néanmoins, les nombreuses barrières mentionnées par les participants montrent qu'il est complexe d'intégrer le sujet de la sexualité dans la pratique, surtout si on considère que l'échantillon de participants qui ont rapporté les difficultés était composé d'ergothérapeutes probablement plus portés à réfléchir au sujet de la sexualité dans leur pratique que la moyenne des ergothérapeutes. La principale barrière identifiée était l'inconfort ressenti à la fois par le client et par l'ergothérapeute. Cela concorde avec les résultats de plusieurs autres études (Higson, 2017 ; Hyland et McGrath, 2013 ; McGrath et Lynch, 2014 ; Yallop et Fitzgerald, 1997). La sexualité est inhérente à l'identité de chaque personne et fait partie de son intimité (OMS, 2015); il faut donc avoir le temps de développer une relation de confiance avec la personne afin de diminuer l'inconfort. Certains participants ont aussi mentionné le manque de connaissances et de savoir-faire comme barrière à la pratique dans le champ de l'occupation de la sexualité, élément également relevé lors de la recension des écrits (Higson, 2017 ; Hyland et McGrath, 2013 ; McGrath et Lynch, 2014 ; Yallop et Fitzgerald, 1997). Le manque de temps, l'environnement de travail et le fonctionnement de l'établissement au sein duquel se déroule la pratique ont été soulevés également, comme dans plusieurs autres études (Higson, 2017 ; Hyland et McGrath, 2013 ; McGrath et Lynch, 2014). Finalement, certains participants ont mentionné le manque de ressources cliniques et de données probantes spécifiques à l'ergothérapie pour favoriser l'intégration de l'occupation de la sexualité. Les outils pour appuyer les ergothérapeutes dans leur travail à ce sujet sont rares. Ces barrières pourraient expliquer pourquoi près de la moitié des participants ont dit ne jamais aborder la question de la sexualité avec leurs clients. Toutefois, ces résultats obtenus via un devis exploratoire devront faire l'objet d'une étude de plus grande envergure pour pouvoir être transposés avec justesse à la pratique de l'ergothérapie.

Stratégies d'habilitation aux occupations

Les participants ont indiqué que certaines stratégies d'habilitation aux occupations étaient plus utilisées et plus importantes que d'autres pour intégrer l'occupation de la sexualité à la pratique clinique. Les stratégies relevées étaient celles d'éduquer, adapter, consulter, collaborer, coacher et engager. Les échanges dans le cadre du GISE ont mis en évidence l'importance d'engager la personne concernée dans son suivi. Entreprendre une conversation avec un client au sujet de la sexualité est un premier pas pour intégrer cette occupation dans la pratique. Toutefois, entreprendre la conversation n'est pas la même chose qu'engager le client dans son propre suivi. Engager le client consiste aussi à l'inciter à être actif dans sa réadaptation et à le coacher pour qu'il trouve lui-même ses solutions (Townsend *et al.*, 2013). Le travail d'habilitation par l'ergothérapeute va donc plus loin que le fait d'ouvrir sur le sujet et de rendre le client à l'aise. Des participants ont également fait valoir qu'amorcer et entreprendre une conversation au sujet de la sexualité était souvent difficile, comme l'ont relevé Bahouq et collaborateurs (2013) ainsi que Yallop et Fitzgerald (1997). Les stratégies d'habilitation qui ont été jugées les plus importantes par les participants de la présente étude pourraient soutenir le développement de futures initiatives dans le domaine des pratiques professionnelles des ergothérapeutes appliquées à l'occupation de la sexualité afin qu'elles soient le plus pertinentes possibles.

Le Groupe d'intérêt en sexualité pour ergothérapeutes

Parmi les participants, les résultats étaient mitigés au sujet de l'aide que le GISE leur avait apportée. Le GISE a permis à un peu plus du tiers des ergothérapeutes participants d'obtenir du soutien et d'échanger avec d'autres membres. Toutefois, des limites méthodologiques ne permettent pas de conclure que le GISE a été un levier pour certains participants. La courte durée de l'observation des activités du GISE pour l'étude (deux mois) a assurément limité les occasions de soutien, d'interactions et d'apprentissages qui se sont présentées pour les participants au GISE. Il y a lieu de poursuivre la réflexion afin d'améliorer le fonctionnement du groupe d'intérêt pour qu'il soutienne et influence davantage ses membres, par exemple par la formation de l'animateur principal du GISE. Bien que l'animateur du GISE (LPA) ait détenu une expertise clinique en ergothérapie et en sexualité, il n'était pas formé en animation d'un groupe d'intérêt ou d'une autre forme de communauté de pratique. Malgré ces limites méthodologiques, les résultats permettent de constater que le GISE a suscité la participation d'un nombre assez important d'ergothérapeutes et qu'il a eu, pour certains membres, un effet sur le sentiment d'être soutenu et sur les pratiques cliniques. Les résultats de cette étude exploratoire à propos de la création du premier groupe d'intérêt sur le sujet de la sexualité pour des ergothérapeutes permettront de guider la mise en place de futures initiatives semblables utilisant un groupe d'intérêt en ligne.

Forces et limites de l'étude

Considérant le caractère exploratoire de l'étude, l'utilisation de méthodes qualitatives et quantitatives a permis la collecte d'informations pertinentes. La double révision des analyses thématiques de l'auteure principale par les deuxième et troisième auteurs a favorisé la crédibilité des résultats. Par contre, les limites méthodologiques sont importantes. Premièrement, la méthode d'échantillonnage par convenance limite la généralisation des résultats (Fortin et Gagnon, 2016), mais a été privilégiée pour des raisons de faisabilité. Une limite additionnelle est que la collecte de données s'étant déroulée peu de temps après la création du GISE, l'étude (essai de maîtrise professionnelle en ergothérapie) porte sur une courte période. La maturation du groupe aurait pu influencer le taux de participation et les retombées du GISE. Nous avons considéré ces limites dans l'interprétation de nos résultats, qui ne nous permettent pas d'émettre des conclusions au-delà des participants à l'étude, mais qui montrent tout de même la pertinence d'un groupe d'intérêt en sexualité pour la pratique des ergothérapeutes qui en sont membres.

CONCLUSION

Cette étude est un premier pas dans l'étude des groupes d'intérêt en lien avec l'habilitation à la sexualité. Les résultats obtenus permettent de relever que l'intégration de l'occupation de la sexualité dans leur pratique place les ergothérapeutes face à divers défis. L'occupation de la sexualité suscite des préoccupations pour les ergothérapeutes dans le cadre de leur pratique, mais représente un besoin pour tous les individus. On constate qu'il est utile de mettre sur pied un groupe d'intérêt virtuel destiné aux ergothérapeutes et portant sur la sexualité. Toutefois, les futures initiatives en ce sens devront être réalisées selon une méthode plus structurée, et prendre la forme par exemple d'une communauté de pratique, afin d'optimiser le fonctionnement du groupe ainsi que le potentiel de retombées.

D'autres recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre le recours aux différentes stratégies d'habilitation aux occupations par les ergothérapeutes. Il serait pertinent de réitérer l'étude auprès du groupe de soutien virtuel afin d'explorer si les variables qui ont été étudiées ont évolué après une utilisation plus soutenue du groupe. De plus, il serait intéressant d'étudier les retombées d'une communauté de pratique en présentiel portant sur la sexualité afin de distinguer les effets respectifs des stratégies en ligne et en présentiel à cet égard.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbott, D. and J. Howarth (2007). Still off-limits? Staff views on supporting gay, lesbian and bisexual people with intellectual disabilities to develop sexual and intimate relationships?, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(2), 116-126. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00312.x>
- American Occupational Therapy Association. (2008). Sexuality and the role of occupational therapy. Repéré à : <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/RDP/Sexuality.aspx>
- Bahouq, H., Allali, F., Rkain, H. et Hajjaj-Hassouni, N. (2013). Discussing sexual concerns with chronic low back pain patients: Barriers and patients' expectations. *Clinical Rheumatology*, 32(10), 1487-1492. <https://doi.org/10.1007/s10067-013-2299-y>
- Beaupré, E. (2014). *Habilitation aux occupations et résilience : description de ce qu'en pensent des ergothérapeutes* (Essai critique de maîtrise). Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières. Repéré à : <http://depot-e.uqtr.ca/7437/1/030803438.pdf>
- Couldrick, L., Sadlo, G. et Cross, V. (2010). Proposing a new sexual health model of practice for disability teams: The Recognition Model. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 17(6), 290-299. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2010.17.6.48152>
- Dimock, H. G. et Kass, R. (2010). *Comment observer votre groupe*. Concord (ON) : Cactus Press.
- Esmail, S., Huang, J., Lee, I. et Maruska, T. (2010). Couple's experiences when men are diagnosed with multiple sclerosis in the context of their sexual relationship. *Sexuality & Disability*, 28(1), 15-27. <https://doi.org/10.1007/s11195-009-9144-x>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Haboubi, N. H. J. et Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability & Rehabilitation*, 25(6), 291. <https://doi.org/10.1080/0963828021000031188>
- Hattjar, B. (2012). *Sexuality and occupational therapy: Strategies for persons with disabilities*. Maryland: AOTA press.
- Henri, F. et Pudelko, B. (2003). Understanding and analyzing activity and learning in virtual communities. *Journal of Computer Assisted Learning*, 19(4), 474-487.
- Higson, N. (2017). Enabling sexuality. Dans Curtin, M., Egan, M. et Adams, J. (dir.), *Occupational Therapy for People Experiencing Illness, Injury or Impairment* (7^e éd., p. 443-458). Édimbourg : Elsevier.
- Hyland, A. et McGrath, M. (2013). Sexuality and occupational therapy in Ireland: A case of ambivalence? *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 35(1), 73-80. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.688920>
- Intissar, S. et Rabeb, C. (2015). Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 1(3), 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.07.002>
- Maslow, H. A. (1997). *Hierarchy of needs: A theory of human motivation*. New York : Pearson Publication.
- McGrath, M. et Lynch, E. (2014). Occupational therapists perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 2014, 36(8), 651-657. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.805823>
- Néron, S. (2013). *La perspective des ergothérapeutes sur les défis rencontrés dans leur pratique en adaptation domiciliaire* (Essai critique de maîtrise). Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières. Repéré à : <http://depot-e.uqtr.ca/6896/1/030583943.pdf>
- Northcott, R. et Chard, G. (2000). Sexual aspects of rehabilitation: The client's perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(9), 412-418. <https://doi.org/10.1177/0308022600006300902>
- Organisation mondiale de la santé. (2015). Communication brève relative à la santé (CBS). Repéré à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf

- Papineau, K., Brousseau, M. et Salib, G. E. (2015). Personnes atteintes du syndrome du canal carpien : validation d'une proposition de suivi auprès d'experts. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 2(2), 13-35. <https://doi.org/10.13096/rfre.v2n2.25>
- Pluye, P. et Hong, Q. N. (2014). Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 29-45. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182440
- Shields, P. M. et Rangarajan, N. (2013). *A Playbook for Research Methods: Integrating Conceptual Frameworks and Project Management*. Stillwater (OK) : New Forums Press.
- Strohschein, F. J. et Newton, L. J. (2018). Sens et motivation dans les soins infirmiers en oncologie auprès des personnes âgées : de la conférence au groupe d'intérêt. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 28(2), 95-101. <https://doi.org/10.5737/2368807628295101>
- Tipton-Burton, M. (2013). Sexuality and physical dysfunction. Dans McHugh Pendleton, H. et Schultz-Krohn, W. (dir.), *Pedretti's occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction* (7^e éd., p. 295-309). Saint-Louis (MO) : Mosby/Elsevier.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ... et Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend, et H. J. Polatajko (dir.), *Habilitier à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., version française Noémi Cantin, p.103-158). Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Wenger, E. C. et Snyder, W. M. (2000). Communities of practice: The organizational frontier. *Harvard Business Review*, 78(1), 139-145.
- Wikipédia. (2017). Groupe d'intérêt. Repéré à : https://fr.wikipedia.org/wiki/Groupe_d%27int%C3%A9r%C3%AAt
- Yallop, S. et Fitzgerald, M. H. (1997). Exploration of occupational therapists' comfort with client sexuality issues. *Australian Occupational Therapy Journal*, 44(2), 53-61. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.1997.tb00755.x>

ANNEXE A

GRILLE D'ANALYSE DU CONTENU THÉMATIQUE DES MESSAGES PUBLIÉS SUR LA PAGE DU GROUPE D'INTÉRÊT

Stratégies

Adapter

Ajuster les occupations en fonction de la personne grâce à une analyse de l'activité. Les occupations deviennent sur mesure pour la personne afin de représenter un défi juste pour celle-ci.

Revendiquer

Plaider pour la personne auprès des décideurs pour que cette dernière puisse s'engager ou ait accès à des ressources, par exemple.

Coacher

Guider le client vers un développement occupationnel durable et satisfaisant par un partenariat avec celui-ci. Il y a responsabilisation de celui-ci pour faire des choix le concernant.

Collaborer

Partage du pouvoir avec le client impliquant de travailler en équipe avec celui-ci vers une finalité commune.

Consulter

Échanger avec le client afin d'obtenir différents points de vue. Rassembler les informations obtenues pour faire des recommandations et donner des conseils à ce dernier.

Coordonner

Arrimer les services, ressources et membres de l'équipe vers une finalité commune. Le but est d'harmoniser et faciliter le processus thérapeutique pour le client.

Concevoir et réaliser

Mettre en œuvre, transformer ou créer pour favoriser l'engagement occupationnel du client. La conception d'une orthèse ou l'adaptation de l'environnement sont des exemples.

Éduquer

Favoriser l'apprentissage du client de diverses façons, entre autres par l'expérience et l'utilisation des occupations.

Engager

Mobiliser le client dans l'action, entre autres en lui permettant d'exprimer ses idées et en prenant des décisions au sujet du processus thérapeutique.

Exercer l'expertise

Employer des stratégies, techniques et connaissances de manière à mobiliser et engager le client.

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE ÉLECTRONIQUE

« Est-ce que la mise sur pied d'un groupe d'intérêt pour des ergothérapeutes pourrait les soutenir aux fins d'habiliter à l'occupation de la sexualité dans leur pratique ? »

Section 1. Section sociodémographique

1. Vous êtes :
 - Homme
 - Femme
2. Votre âge :
3. Nombre d'années d'expérience (années et mois, si indiqué) :
4. Travaillez-vous :
 - Temps plein
 - Temps partiel (nbre heures/semaine) :
5. Dans quel type de milieu travaillez-vous ?
6. Auprès de quel groupe d'âge travaillez-vous ? Cochez la case appropriée.
 - Adolescents. Spécifiez l'âge moyen de votre clientèle :
 - Adulte. Spécifiez l'âge moyen de votre clientèle :
 - Personnes âgées. Spécifiez l'âge moyen de votre clientèle :
7. Décrivez la clientèle pour laquelle vous avez des préoccupations pour traiter de la sexualité.

Section 2. Les retombées du groupe de soutien

1. Avez-vous eu la chance d'aborder l'occupation de la sexualité dans votre pratique ? Cochez la case appropriée.
 - Oui
 - Non
2. Je considère important de traiter l'occupation de la sexualité dans le cadre de ma pratique en tant qu'ergothérapeute. Cochez la case appropriée.
 - Fortement en accord
 - D'accord
 - Ni en accord ni en désaccord
 - Désaccord
 - Fortement en désaccord
3. Je trouve facile de traiter l'occupation de la sexualité dans ma pratique. Cochez la case appropriée.
 - Fortement en accord
 - D'accord
 - Ni en accord ni en désaccord
 - Désaccord
 - Fortement en désaccord

4. Le groupe d'intérêt m'a aidé à traiter l'occupation de la sexualité dans ma pratique. Cochez la case appropriée.

- Fortement en accord
- D'accord
- Plutôt d'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Désaccord
- Fortement en désaccord

Identifiez des éléments qui vous ont été utiles dans le groupe d'intérêt et qui vous aident à aborder et traiter l'occupation de la sexualité dans votre pratique.

Identifiez la fréquence et l'utilité des stratégies d'habilitation aux occupations auxquelles vous avez eu recours dans votre pratique pour habiliter à l'occupation de la sexualité. Cochez la case appropriée. Les définitions des stratégies se trouvent dans un tableau à la fin du questionnaire au besoin.

4.1. La stratégie « adapter »

J'utilise la stratégie :

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Je perçois que la stratégie est utile :

- Fortement en accord
- D'accord
- Plutôt d'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Désaccord
- Fortement en désaccord

4.2. La stratégie « revendiquer »

J'utilise la stratégie :

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Je perçois que la stratégie est utile :

- Fortement en accord
- D'accord
- Plutôt d'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Désaccord
- Fortement en désaccord

4.3. La stratégie « coacher »

J'utilise la stratégie :

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Je perçois que la stratégie est utile :

- Fortement en accord
- D'accord
- Plutôt d'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Désaccord
- Fortement en désaccord

4.4. La stratégie « collaborer »

J'utilise la stratégie :

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Je perçois que la stratégie est utile :

- Fortement en accord
- D'accord
- Plutôt d'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Désaccord
- Fortement en désaccord

4.5. La stratégie « consulter »

J'utilise la stratégie :

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Je perçois que la stratégie est utile :

- Fortement en accord
- D'accord
- Plutôt d'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Désaccord
- Fortement en désaccord

4.6. La stratégie « coordonner »

J'utilise la stratégie :

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Je perçois que la stratégie est utile :

- Fortement en accord
- D'accord
- Plutôt d'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Désaccord
- Fortement en désaccord

4.7. La stratégie « concevoir et réaliser »

J'utilise la stratégie :

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Je perçois que la stratégie est utile :

- Fortement en accord
- D'accord
- Plutôt d'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Désaccord
- Fortement en désaccord

4.8. La stratégie « éduquer »

J'utilise la stratégie :

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Je perçois que la stratégie est utile :

- Fortement en accord
- D'accord
- Plutôt d'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Désaccord
- Fortement en désaccord

4.9. La stratégie « engager »

J'utilise la stratégie :

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Je perçois que la stratégie est utile :

- Fortement en accord
- D'accord
- Plutôt d'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Désaccord
- Fortement en désaccord

4.10. La stratégie « exercer l'expertise »

J'utilise la stratégie :

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Je perçois que la stratégie est utile :

- Fortement en accord
- D'accord
- Plutôt d'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Désaccord
- Fortement en désaccord

5. Quels éléments demeurent encore difficiles pour vous dans votre travail en lien avec l'habilitation à l'occupation de la sexualité ?

Commentaires :



LES ACTIVITÉS INTERGÉNÉRATIONNELLES EN TANT QUE STRATÉGIE DE PROMOTION DE LA SANTÉ DES AÎNÉS : UNE ÉTUDE DE LA PORTÉE

Roxane DeBroux Leduc¹, Samuel Turcotte², Béatrice Dionne³, Sébastien Grenier⁴, Fatima Ladjaj⁵, Johanne Filiatrault⁶

¹ Ergothérapeute, MSc, Coordinatrice de recherche, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

² Ergothérapeute, PhD, Chercheur postdoctoral, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

³ Ergothérapeute, MSc, Collaboratrice de recherche, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

⁴ Psychologue, PhD, Chercheur, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Professeur sous octroi agrégé, Département de psychologie, Université de Montréal

⁵ Directrice, Intergénération Québec

⁶ Ergothérapeute, PhD, Chercheuse, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Professeure titulaire. École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

Adresse de contact : roxane.debroux.leduc@umontreal.ca

Reçu le 09.10.2019 – Accepté le 11.11.2020

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.v6n2.20

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



RÉSUMÉ

Introduction. Les activités intergénérationnelles ont le potentiel de favoriser la participation sociale et de promouvoir la santé des aînés. Bien que quelques recensions des écrits aient été réalisées à ce sujet, d'autres efforts de synthèse des connaissances sont requis pour éclairer les pratiques dans ce domaine. Par ailleurs, aucune des recensions menées à ce jour n'a examiné les activités intergénérationnelles selon une perspective occupationnelle.

Objectif. Synthétiser les résultats des études ayant examiné les effets des activités intergénérationnelles sur la santé des aînés en considérant les dimensions de l'expérience occupationnelle.

Méthodes. Une étude de la portée a été réalisée à l'aide des méthodes proposées par Arksey et O'Malley (2005) et Levac, Colquhoun et O'Brien (2010). Les articles retenus ont été repérés principalement par des recherches dans les bases de données bibliographiques Medline, Embase, CINAHL, PsycINFO et ERIC. Des recherches ont également été effectuées dans les moteurs de recherche Google et Google Scholar, dans la revue *Journal of Intergenerational Relationships*, de même que dans les listes de références des articles retenus et celles des revues de la littérature pertinentes. Le modèle conceptuel « Vivez bien votre vie » a été utilisé pour analyser les articles sélectionnés.

Résultats. Parmi les 45 études retenues pour l'analyse, 41 confirment les retombées positives des activités intergénérationnelles sur la santé et le bien-être des aînés, particulièrement sur le plan psychologique. En outre, plusieurs dimensions de l'expérience occupationnelle du modèle « Vivez bien votre vie » ressortent comme étant liées à la participation à ce type d'activités, dont le fait de créer des liens avec les autres et de contribuer à sa communauté.

Conclusion. En plus de leurs bienfaits sur la santé et le bien-être des aînés, les activités intergénérationnelles permettent à ces derniers de vivre des expériences variées et significatives, ce qui souligne le potentiel qu'ont ces activités de favoriser leur participation sociale. De par leur expertise relative aux occupations, les ergothérapeutes sont des acteurs clés pour la promotion de ces activités.

MOTS-CLÉS

Activités intergénérationnelles, Promotion de la santé, Participation sociale, Sciences de l'occupation, Aînés

INTERGENERATIONAL ACTIVITIES AS A MEAN TO PROMOTE SENIORS' HEALTH: A SCOPING REVIEW

ABSTRACT

Introduction. Intergenerational activities have the potential to promote social participation and promote seniors' health. Although a few literature reviews have been conducted on this topic, further efforts are warranted to inform practice in this domain. Moreover, until now, no literature review has considered intergenerational activities from an occupational perspective.

Objective. To synthesize the results of studies examining the effects of intergenerational activities on the health of community-dwelling seniors considering the dimensions of occupational experience.

Methods. A scoping review was conducted using the methods proposed by Arksey and O'Malley (2005) and Levac, Colquhoun and O'Brien (2010). Relevant articles were mainly identified through Medline, Embase, CINAHL, PsycINFO and ERIC bibliographic databases. Searches were also conducted in Google and Google Scholar search engines, in the *Journal of Intergenerational Relationships*, as well as in the reference lists of selected articles and relevant literature reviews. The *Do Live Well* model was used to analyse the selected articles.

Results. Among the 45 studied selected for analysis, 41 support the positive impact of intergenerational activities on the health and well-being of seniors, especially on the psychological level. Moreover, several dimensions of the occupational experience from the *Do Live Well* model emerged as being related to senior's participation in intergenerational activities, namely connecting with others and contributing to community.

Conclusion. Besides their benefits for seniors' health and well-being, intergenerational activities allow them to have varied and meaningful experiences, highlighting the potential of these activities to promote seniors' social participation. Due to their expertise and central role in regard to occupations, occupational therapists are certainly key players for promoting these activities.

KEYWORDS

Intergenerational activities, Health promotion, Social participation, Occupational science, Older adults

INTRODUCTION

Les nombreux changements physiques, cognitifs et psychologiques liés au vieillissement sont susceptibles d'engendrer une diminution du fonctionnement de la personne dans les activités quotidiennes. Ce phénomène, combiné à la perte de certains rôles sociaux, notamment lors de la retraite, peut contribuer à réduire l'engagement des aînés dans des activités significatives (Smith, 2012). Cette diminution d'engagement peut engendrer de l'isolement social, un problème de santé publique important chez cette population (Jylhä, 2004; Smith, 2012). En effet, au Canada, près d'une personne sur cinq âgée de 65 ans ou plus rapporte se sentir isolée ou manquer de compagnie (Statistique Canada, 2008-2009). En outre, des études montrent que l'isolement social a de nombreux effets négatifs sur la santé des aînés (p. ex. : maladie cardiovasculaire, cancer, dépression) (Courtin et Knapp, 2017), en plus d'être associé à une diminution de l'espérance de vie (Nicholson, 2012; Steptoe, Shankar, Demakakos et Wardle, 2013).

À l'inverse, il est maintenant bien reconnu que la participation sociale, soit le fait de prendre part à des activités qui procurent des interactions sociales avec d'autres personnes dans la communauté (Levasseur, Richard, Gauvin et Raymond, 2010), est un déterminant clé d'un vieillissement en santé. En effet, chez les aînés, la participation sociale a été associée à une meilleure santé perçue (Gilmour, 2012), un risque moindre de mortalité (Holt-Lunstad, Smith et Layton, 2010), d'incapacités (Escobar-Bravo, Puga-Gonzalez et Martin-Baranera, 2012) et de dépression (Glass, De Leon, Bassuk et Berkman, 2006), de meilleures performances cognitives (Engelhardt, Buber, Skirbekk et Prskawetz, 2009; Krueger *et al.*, 2009) ainsi qu'un bien-être accru (Zhang et Zhang, 2015). Or, les nombreux effets positifs des activités favorisant la participation sociale des aînés seraient, entre autres, liés au fait qu'elles leur offrent l'occasion de contribuer à leur communauté (Carlson, Seeman et Fried, 2000). Qui plus est, il est maintenant reconnu que l'engagement dans des activités significatives a le potentiel de procurer de nombreux effets positifs sur la santé et le bien-être des individus, et ce, à toutes les étapes de la vie (Moll *et al.*, 2015). Notamment, le fait de pratiquer des activités qui sont significatives pour la personne contribue à une meilleure perception de sa compétence et de sa valeur (Hammell, 2009), procure un sentiment de satisfaction à l'égard de la vie (Wong, 1989) et est associé à une meilleure santé perçue (Krause et Shaw, 2003). Pour toutes ces raisons, la participation sociale des aînés et leur engagement dans des activités significatives sont des enjeux auxquels il est primordial de s'intéresser si l'on veut promouvoir leur santé et leur bien-être.

Une fois arrivés à leur retraite, plusieurs aînés se tournent vers des activités intergénérationnelles pour continuer de s'impliquer dans leur communauté et maintenir une vie active. Les activités intergénérationnelles mettent en relation des aînés et des jeunes, par l'entremise d'activités agréables et mutuellement bénéfiques (Aday, Aday, Arnold et Bendix, 1996). En permettant le partage de connaissances et d'expériences, elles favorisent la coopération, les interactions et les échanges entre les générations (Ayala, Hewson, Bray, Jones et Hartley, 2007). Ultimement, de telles activités peuvent contribuer à une meilleure compréhension et à un plus grand respect entre les générations (Hatton-Yeo, 2006).

Malgré la diversité des définitions retrouvées dans les écrits quant à ce type d'activités (Ayala *et al.*, 2007; Springate, Atkinson et Martin, 2008), certaines caractéristiques des activités intergénérationnelles semblent faire consensus. Notamment, les écrits dans ce domaine d'action communautaire indiquent qu'il s'agit habituellement d'activités réalisées entre un jeune et un aîné n'ayant pas de lien de parenté (Jarrott, 2011; Knight, Skouteris, Townsend et Hooley, 2014; Springate *et al.*, 2008). En outre, les activités intergénérationnelles sont offertes dans des formats variés (en présentiel ou en ligne, en individuel ou en groupe) ainsi que dans divers contextes (p. ex. : dans la communauté, en milieu scolaire, en milieu institutionnel). Finalement, si la nature des activités intergénérationnelles réalisées est très variable (p. ex. : activités scolaires, culturelles ou artistiques), les objectifs de ces dernières le sont tout autant (p. ex. : partager des savoirs, briser l'isolement social, atténuer les préjugés à l'égard de l'autre génération).

Parce qu'elles sont susceptibles de représenter une occupation signifiante et qu'elles favorisent la participation sociale dans la communauté, les activités intergénérationnelles ont le potentiel d'engendrer des effets positifs sur la santé et le bien-être des aînés.

Recension des écrits

En 2011, une analyse du contenu des recherches évaluatives sur les programmes intergénérationnels (Jarrott, 2011) a montré qu'il y avait eu une augmentation croissante et marquée des études ayant pour objectif d'évaluer les effets de ces programmes depuis les années 1970, illustrant l'engouement saillant pour de telles activités et leurs retombées. Il ressort des études menées à ce jour dans ce domaine que les activités intergénérationnelles jouent un rôle dans la réduction des stéréotypes et le développement d'attitudes positives envers l'autre génération (Knight *et al.*, 2014; Park, 2015). Toutefois, la recherche menée sur les activités intergénérationnelles chez les aînés ne s'est pas limitée à l'étude des stéréotypes et des attitudes. En effet, les chercheurs dans ce domaine se sont intéressés à une multitude d'autres variables (p. ex. : santé, qualité de vie, capacités d'apprentissage de la technologie, participation sociale, pratique d'activité physique, capital social).

Devant cet important bassin d'écrits scientifiques, une synthèse s'avérait nécessaire. Quelques revues de la littérature ont été réalisées dans le but de documenter les effets des activités intergénérationnelles chez les aînés (Canedo-García, García-Sánchez et Pacheco-Sanz, 2017; Flora et Faulkner, 2007; Galbraith, Larkin, Moorhouse et Oomen, 2015; Gualano *et al.*, 2018; Jarrott, 2011; Knight *et al.*, 2014; Lou et Dai, 2017; Park, 2014a, 2014b; Springate *et al.*, 2008). De manière générale, ces travaux soutiennent les bienfaits des activités intergénérationnelles sur la santé et le bien-être des aînés. Toutefois, plusieurs de ces recensions ont d'importantes limites. Notamment, quelques-unes d'entre elles synthétisent les résultats d'un petit nombre d'articles (Flora et Faulkner, 2007; Knight *et al.*, 2014; Lou et Dai, 2017; Park, 2014a, 2014b), alors que d'autres n'ont considéré qu'une seule base de données bibliographiques (Park, 2014a, 2014b). De plus, deux recensions ont limité leurs recherches aux études menées dans une région du globe bien définie, soit en Asie de l'Est (Lou et Dai, 2017) ou au Royaume-Uni (Springate *et al.*, 2008). Plusieurs autres revues, ont pour leur part, été réalisées en

considérant des populations très variées d'aînés, incluant dans leur échantillon autant des personnes autonomes vivant à domicile que des personnes atteintes de démence (Canedo-García *et al.*, 2017; Gualano *et al.*, 2018; Knight *et al.*, 2014; Lou et Dai, 2017) ou vivant en institution (Flora et Faulkner, 2007; Gualano *et al.*, 2018; Knight *et al.*, 2014).

Une revue s'est intéressée uniquement à un certain type d'activités intergénérationnelles, soit les activités physiques (Flora et Faulkner, 2007). En outre, deux revues sur le sujet se sont intéressées aux effets des activités intergénérationnelles sans différencier les résultats chez les jeunes et chez les aînés (Canedo-García *et al.*, 2017; Jarrott, 2011). Finalement, une recension récente sur la question des activités intergénérationnelles (Gualano *et al.*, 2018) a exclu les articles impliquant des jeunes du secondaire ou de niveau universitaire.

Par ailleurs, Galbraith *et al.* (2015) se sont intéressées aux effets des activités intergénérationnelles spécifiquement chez les aînés atteints de démence. Il n'est donc pas possible de généraliser les résultats de cette étude de la portée à toute la population d'aînés.

Considérant les nombreuses lacunes notées dans les revues de la littérature réalisées à ce jour dans ce domaine, d'autres efforts de synthèse des connaissances apparaissent nécessaires. De surcroît, à ce jour, aucune des recensions des écrits dans ce domaine n'a été réalisée selon une perspective occupationnelle ou n'a inclus les articles en français. Une démarche incluant ces derniers et accordant une attention à l'occupation est susceptible d'apporter de nouveaux éléments utiles pour la compréhension des effets des activités intergénérationnelles sur la santé et le bien-être des aînés autonomes vivant à domicile.

Modèle conceptuel « Vivez bien votre vie »

Le modèle conceptuel « Vivez bien votre vie » (Moll *et al.*, 2015), développé par un groupe d'ergothérapeutes canadiennes, s'inscrit dans une approche de promotion de la santé. Ce modèle soutient que ce qu'une personne fait au quotidien a une influence sur sa santé et son bien-être et que le fait de considérer l'ensemble des occupations d'une personne peut aider à mieux comprendre les facteurs qui contribuent à sa santé. Ce modèle ergothérapeutique s'avère un outil utile pour soutenir la réflexion des individus sur la façon dont ils utilisent leur temps et pour promouvoir un engagement occupationnel sain et équilibré. Dans ce modèle, l'occupation est classée selon huit dimensions de l'expérience : 1) activer son corps, son esprit et ses sens; 2) créer des liens avec les autres; 3) contribuer à la communauté et à la société; 4) prendre soin de soi; 5) construire sa prospérité; 6) développer et exprimer son identité personnelle; 7) développer ses capacités et son potentiel; et 8) vivre du plaisir et de la joie. Cette catégorisation est intéressante considérant qu'elle prend en compte l'expérience de l'activité, c'est-à-dire la façon dont elle est vécue par la personne, plutôt que les caractéristiques ou le but de l'activité. Elle part de la prémisse que l'expérience d'une même activité n'est pas identique pour chaque individu.

Ainsi, le fait de considérer l'expérience unique et personnelle des activités permet d'avoir une vision différente de la relation entre l'engagement dans les occupations et le bien-être et la santé des personnes (Jonsson, 2008). De plus, chacune des dimensions de l'expérience occupationnelle du modèle est soutenue par des données empiriques appuyant ses liens avec la santé et le bien-être (Moll *et al.*, 2015). En somme, le modèle conceptuel « Vivez bien votre vie » vise à mettre en lumière combien l'expérience des occupations, en relation avec la façon dont les individus s'engagent dans leurs activités quotidiennes (p. ex. : utilisation du temps, horaire de vie), a des impacts sur la santé et le bien-être. Finalement, ce modèle accorde aussi une importance aux facteurs personnels et sociaux, qui sont considérés comme des forces contextuelles influant sur l'engagement de chaque personne dans ses occupations.

Objectif

L'objectif de la présente étude est de dresser un portrait des connaissances quant aux effets des activités intergénérationnelles offertes dans des organisations du milieu communautaire (p. ex. : école, organisme communautaire ou municipal) sur la santé des aînés autonomes vivant à domicile, en considérant une perspective occupationnelle.

MÉTHODE

Afin d'atteindre l'objectif, une étude de la portée a été réalisée à l'aide des méthodes proposées par Arksey et O'Malley (2005) et Levac, Colquhoun et O'Brien (2010). Une étude de la portée permet de faire la synthèse des connaissances scientifiques disponibles sur un sujet donné en considérant une grande diversité de devis et de méthodologies (Arksey et O'Malley, 2005; Levac *et al.*, 2010). En plus de permettre d'identifier les lacunes dans la recherche relative à un domaine spécifique et de formuler des recommandations, une étude de la portée peut aussi s'avérer utile pour éclairer les pratiques et les décisions politiques (Daudt, Van Mossel et Scott, 2013). Ce type de recension ne vise pas à documenter l'efficacité ou la force de la preuve (Arksey et O'Malley, 2005; Levac *et al.*, 2010). Toutefois, il est possible de contextualiser les données disponibles en considérant le devis des études ainsi que d'autres caractéristiques clés (Grant et Booth, 2009), telles que les méthodes utilisées pour évaluer les variables à l'étude et le nombre de participants.

Cette étude de la portée a été réalisée selon les cinq étapes suivantes : 1) définition de la question de recherche; 2) repérage des études pertinentes; 3) sélection des études; 4) classification des données; et 5) assemblage, récapitulation et divulgation des résultats (Arksey et O'Malley, 2005; Levac *et al.*, 2010). En lien avec l'étape de consultation des parties prenantes (étape 6) suggérée par Levac *et al.* (2010), une représentante des milieux d'action intergénérationnelle a été impliquée dans les travaux à divers moments clés du projet. Cette dernière a notamment collaboré à des rencontres préliminaires en vue d'identifier l'objectif de l'étude de la portée et de s'assurer que les travaux allaient répondre aux besoins des milieux d'action (étape 1). À quelques reprises, l'état

d'avancement et les résultats des travaux lui ont été présentés, afin de recueillir ses impressions et ses commentaires par rapport à ceux-ci. Elle a également contribué à la rédaction de cet article à titre de coauteure (FL).

Étape 1 : Définition de la question de recherche

La question de recherche qui a guidé cette étude de la portée était la suivante : « En considérant une perspective occupationnelle, quel est l'état des connaissances quant aux effets des activités intergénérationnelles sur la santé des aînés autonomes vivant à domicile ? »

Étape 2 : Repérage des études pertinentes

Cette étape a été réalisée en combinant plusieurs stratégies de recherche. Cinq bases de données bibliographiques (Medline, Embase, CINAHL, PsycINFO et ERIC) ont d'abord été interrogées à l'aide d'une stratégie de recherche par mots clés conçue avec le soutien d'une experte en recherche documentaire en sciences de la santé.

Voici un exemple de la stratégie de recherche par mots-clés adoptée pour CINAHL :

```
((( Title : (child* or teen* or adolescen* or school* or daycare* or "day care*" or kindergarten* or student*)) OR (Abstract: (child* or teen* or adolescen* or school* or daycare* or "day care*" or kindergarten* or student*)) OR (Subject : (child* or teen* or adolescen* or school* or daycare* or "day care*" or kindergarten* or student*))) AND (( title : volunteering) OR title : (volunteerism) OR title : (mentoring)) OR (abstract : (volunteerism) OR subject : (tutoring) OR subject : (mentoring))) OR (( title : (intergeneration* or "inter generation*")) OR (abstract : (intergeneration* or "inter generation*")) OR (subject : (intergeneration* or "inter generation*")))) AND ((title : aging or ageing or retirement or retired or "older adult*" or senior* or elder*) OR (abstract : (aging or ageing or retirement or retired or "older adult*" or senior* or elder*)) OR ( subject : (aging or ageing or retirement or retired or "older adult*" or senior* or elder*))) AND ((title : ("executive function*" or health or healthier or depression or depressive or wellbeing or "well being" or "quality of life" or "physical function")) OR (subject : ("executive function*" or health or healthier or depression or depressive or wellbeing or "well being" or "quality of life" or "physical function")) OR (subject : ("executive function*" or health or healthier or depression or depressive or wellbeing or "well being" or "quality of life" or "physical function")))) AND language : French OR language: English AND year : 1990 to 2019
```

Cette stratégie de recherche a été lancée le 15 juillet 2019 dans l'ensemble des bases de données et a permis de considérer tous les articles publiés à partir de 1990, tant en anglais qu'en français. Des recherches ont également été effectuées dans les moteurs de recherche Google et Google Scholar, à l'aide de la même stratégie de recherche par mots clés. Une recherche manuelle dans l'ensemble des numéros de la revue *Journal of Intergenerational Relationships* a aussi été réalisée. Enfin, une recherche manuelle a été effectuée dans les listes de références des articles retenus ainsi que dans les revues de la littérature pertinentes repérées à l'aide des stratégies précédentes.

Étape 3 : Sélection des articles

Tous les types de devis de recherche ont été considérés pour cette étude de la portée. Pour être inclus, les articles devaient : 1) porter sur une activité intergénérationnelle

réalisée dans une organisation du milieu communautaire (p. ex. : école, organisme communautaire ou municipal); 2) documenter les effets des activités intergénérationnelles sur au moins une variable liée à la santé; 3) cibler une population d'adultes âgés de 50 ans ou plus, autonomes et vivant à domicile; et 4) impliquer des jeunes de 25 ans ou moins.

Le critère concernant l'âge des aînés avait initialement été établi à 65 ans ou plus, l'âge habituellement reconnu comme seuil pour cette tranche de la population. Toutefois, constatant qu'un grand nombre d'études dans ce domaine avaient un échantillon composé de personnes de 50 ans ou plus, le critère a dû être modifié. Les articles ont été exclus si ceux-ci : 1) concernaient des activités entre des personnes de deux générations présentant un lien de parenté (grands-parents et petits-enfants); 2) ciblaient spécifiquement des aînés ou des jeunes ayant un diagnostic précis; et 3) concernaient des aînés ou des jeunes vivant en milieu institutionnel.

Le processus de sélection des articles a été réalisé selon les étapes proposées par la méthode PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Moher, Liberati, Tetzlaff et Altman, 2009). Dans un premier temps, toutes les références obtenues ont été importées dans le logiciel Endnote, ce qui a permis d'éliminer de manière automatique la grande majorité des doublons. Dans un deuxième temps, les références ont été triées sur la base de leur titre et de leur résumé. Les résumés de conférence, les textes d'opinion et les mémoires ou thèses n'ont pas été considérés. Les revues de la littérature étaient également exclues, mais celles qui semblaient porteuses au regard de la question de recherche étaient étiquetées, afin que leurs listes de références puissent être analysées ultérieurement. Dans un troisième temps, les documents sélectionnés sur la base de leur titre et de leur résumé ont été lus intégralement afin de déterminer leur pertinence pour l'étude de la portée. Les articles repérés à l'aide des autres stratégies de recherche ont également été évalués à cette étape-ci.

Les différentes étapes du processus de sélection ont été effectuées de manière indépendante par deux réviseurs. Les résultats ont été comparés et, lorsque nécessaire, une discussion a eu lieu entre les deux réviseurs afin d'atteindre un consensus. Un troisième réviseur était impliqué dans le processus de sélection si des désaccords persistaient à la suite de cet échange.

Étape 4 : Extraction des données

Les données des articles retenus ont été compilées dans un tableau-synthèse regroupant les catégories suivantes : auteurs, année de publication, provenance de l'étude, but de l'étude, devis, échantillon d'aînés (taille et caractéristiques), description de l'activité intergénérationnelle (type, fréquence et durée, niveau scolaire ou âge des jeunes), méthodes (variables étudiées, outils de mesure utilisés et temps de mesure), résultats de l'étude (décrits en termes d'effets sur la santé des aînés et d'expérience occupationnelle).

Étape 5 : Assemblage, récapitulation et divulgation des résultats

Les effets des activités intergénérationnelles sur la santé des aînés ont été classés selon trois grandes catégories (santé physique, psychologique et cognitive). Puisque le modèle « Vivez bien votre vie » ne propose pas de taxonomie afin de classer les effets

sur la santé, il a été décidé de s'en tenir aux catégories souvent utilisées en ergothérapie (Baum, Christiansen et Bass, 2015; Law *et al.*, 1996; Polatajko, Townsend et Craik, 2013). Ainsi, la catégorie « santé physique » englobe les composantes motrices (p. ex. : équilibre, force, endurance) et sensorielles (p. ex. : proprioception). La douleur a aussi été incluse dans cette catégorie. La santé psychologique réfère quant à elle au ressenti de la personne (p. ex. : humeur, anxiété) ainsi qu'à des composantes intrapersonnelles (p. ex. : estime de soi) et interpersonnelles (p. ex. : capacité à entrer en relation avec les autres). La santé cognitive comprend pour sa part toutes les composantes intellectuelles de la personne (p. ex. : mémoire, attention, concentration, jugement). D'autres variables ont également été considérées dans cette étude de la portée, telles que le bien-être général, la qualité de vie et la santé perçue. La santé perçue est définie comme la mesure subjective de l'état de santé global d'une personne. Les définitions des concepts de bien-être général et de qualité de vie varient grandement selon les auteurs et ne sont pas explicitées systématiquement dans toutes les études rapportant les effets des activités intergénérationnelles sur ces variables. Par conséquent, il fut décidé de classer les données à ce sujet en considérant tout simplement la terminologie rapportée par les auteurs ou, encore, en fonction des outils de mesure utilisés dans les études. Les données relatives à l'expérience occupationnelle étaient, quant à elles, classées selon les huit dimensions de l'expérience du modèle « Vivez bien votre vie ». La catégorisation de l'ensemble des données a été réalisée de manière indépendante par deux réviseurs. Par la suite, les données ont été soumises à une analyse quantitative sommaire (fréquences, proportions, moyennes, médianes). Les principaux constats touchant les effets sur la santé des aînés ainsi que les dimensions de l'expérience occupationnelle ont été dégagés à l'aide d'une analyse de contenu thématique (Miles, Huberman et Saldana, 2014).

RÉSULTATS

Comme l'indique le diagramme de flux à la figure 1, la stratégie de recherche dans les bases de données a permis de recenser initialement 5 123 références. Des 3 877 références restantes après l'élimination automatique des doublons, 220 articles ont été conservés pour l'étape suivante, considérant qu'ils semblaient pertinents pour répondre à la question de recherche à partir de la lecture de leur titre et de leur résumé. À ce nombre, les recherches manuelles ont permis d'ajouter 61 articles. Ainsi, 281 articles ont été lus intégralement pour juger de leur admissibilité aux fins de cette étude de la portée. Au final, 49 articles ont fait l'objet de la présente synthèse. Ces articles concernaient 45 études, certaines études ayant fait l'objet de plus d'une publication.

Caractéristiques des articles retenus

La figure 2 illustre les années de parution des articles. On note un essor du nombre de publications à compter des années 2000, ce qui concorde notamment avec la publication du tout premier numéro de la revue *Journal of Intergenerational Relationships* paru en 2003.

Les devis des études étaient, par ordre de fréquence, des devis mixtes (n = 13; 28,9 %), des devis qualitatifs (n = 12; 26,7 %), des devis quasi expérimentaux (n = 9; 20 %), des devis pré-expérimentaux (n = 7; 15,6 %) et des études à répartition aléatoire (n = 4; 8,9 %) (voir le tableau 3).

Figure 1 : Diagramme PRISMA illustrant le processus de sélection des articles pour l'étude de la portée

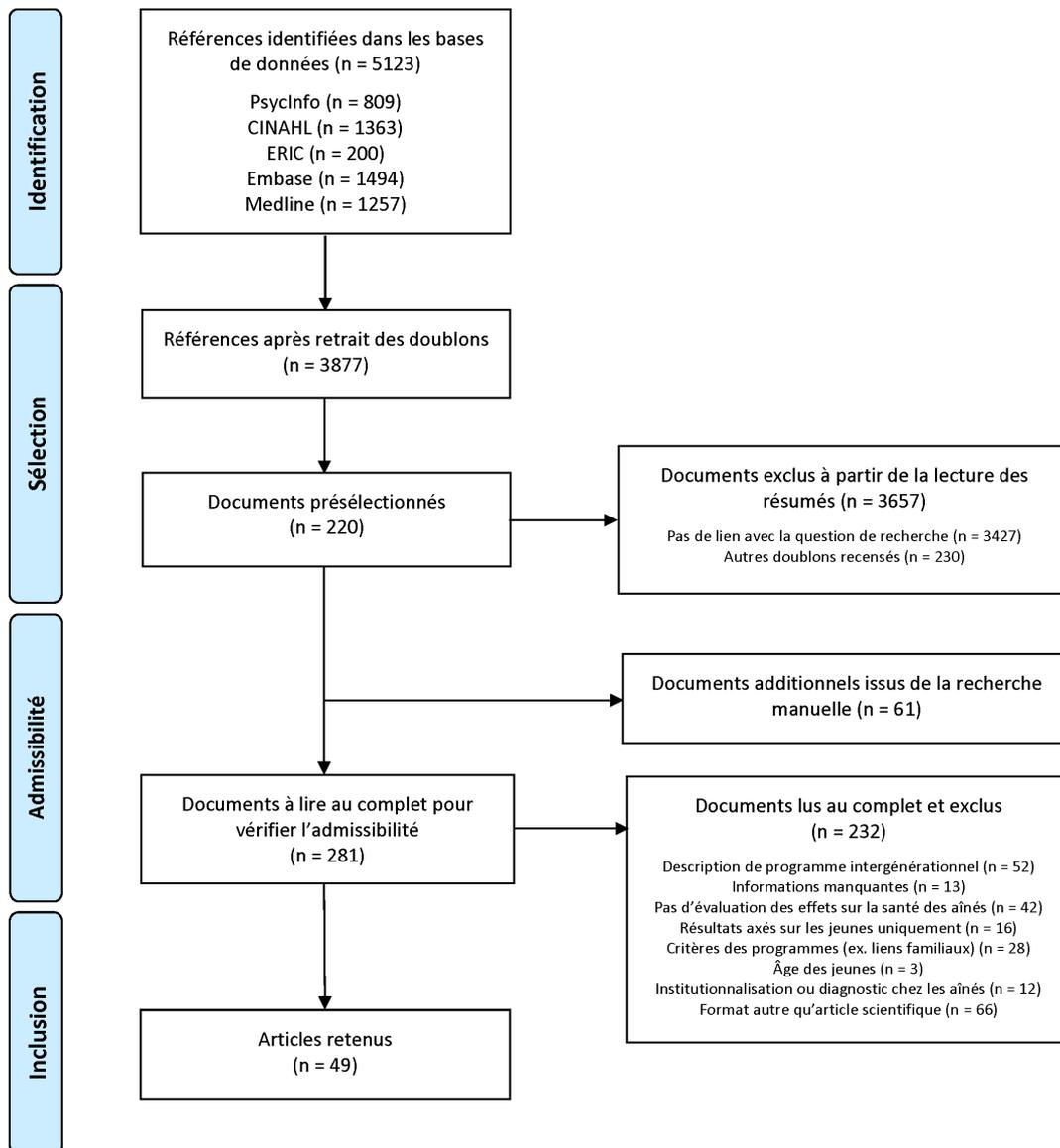
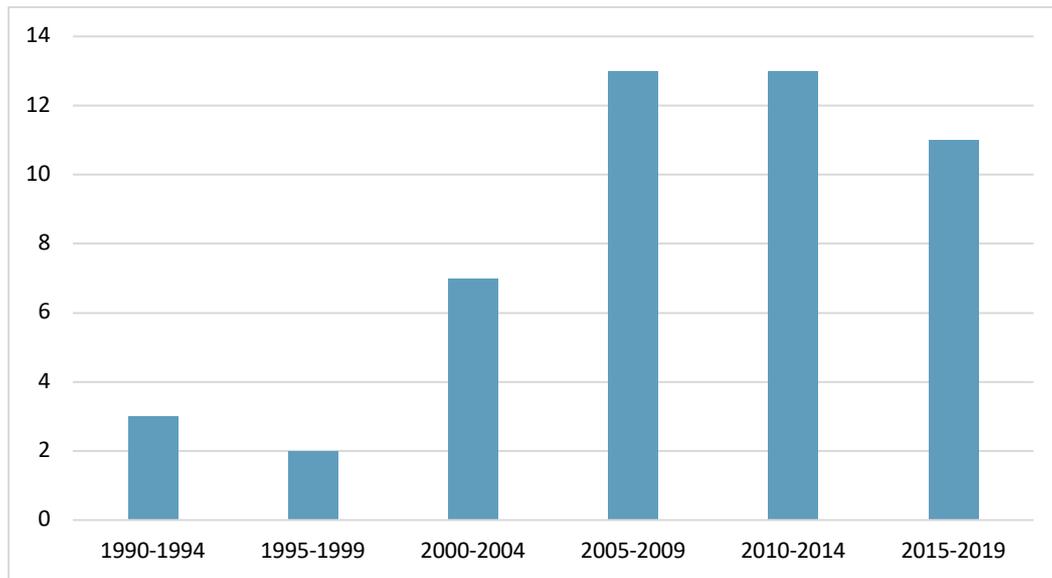


Figure 2 : Années de parution des articles inclus dans l'étude de la portée



Les activités intergénérationnelles

Le tableau 1 donne un aperçu sommaire des caractéristiques des activités intergénérationnelles à l'étude dans les articles retenus pour cette étude de la portée. Comme on peut le voir, le type d'activités intergénérationnelles en cause, la fréquence et la durée des séances ainsi que la durée du programme sont diversifiés. La synthèse a permis de regrouper les activités intergénérationnelles en neuf catégories, soit les activités éducatives, les activités artistiques, les activités de narration de récits de vie, les activités récréatives, les activités de services communautaires, les activités physiques, les activités informatiques, les activités de mentorat et les activités culturelles. Cette catégorisation s'inspire de celles utilisées dans d'autres travaux de recension des écrits dans le domaine intergénérationnel (Flora et Faulkner, 2007; Galbraith *et al.*, 2015; Lou et Dai, 2017; Springate *et al.*, 2008).

Le tableau 1 montre que le type d'activités le plus représenté dans les écrits correspond aux activités intergénérationnelles à caractère éducatif, soit des activités où les aînés fournissent un soutien aux jeunes dans le cadre d'activités scolaires ou d'un autre contexte d'apprentissage (p. ex. : tutorat dans un organisme communautaire). En effet, un peu plus du tiers des études ($n = 17$; 37,8 %) ont évalué des programmes qui portaient entièrement ou en partie sur ce type d'activités (Barron *et al.*, 2009; Carlson *et al.*, 2008; Clyne, Cordella, Schüpbach et Maher, 2013; Cordella *et al.*, 2012; Eggers et Hensley, 2004; Fried *et al.*, 2004; Friedman et Godfrey, 2007; Fujiwara *et al.*, 2009; Gruenewald *et al.*, 2016; Herrmann, Sipsas-Herrmann, Stafford et Herrmann, 2005; Hong et Morrow-Howell, 2010; Kinnevy et Morrow-Howell, 2000; Lowenthal et Egan, 1991; Murayama *et al.*, 2015; Newman et Riess, 1992; Sakurai *et al.*, 2018; Sakurai *et al.*, 2016; Weintraub et Killian, 2007, 2009). Parmi ces études, quatre concernaient le programme *Experience Corps*, un programme de tutorat impliquant un haut niveau d'engagement (15 heures/semaine) destiné à des jeunes de la maternelle à la 3^e année et visant à améliorer l'alphabétisation et à favoriser la réussite scolaire (Barron *et al.*, 2009;

Carlson *et al.*, 2008; Fried *et al.*, 2004; Gruenewald *et al.*, 2016; Hong et Morrow-Howell, 2010). Quatre autres études s'intéressaient, quant à elles, au programme REPRINTS, dans lequel les aînés sont appelés à faire la lecture de livres imagés à des jeunes des niveaux préscolaire et primaire (Fujiwara *et al.*, 2009; Murayama *et al.*, 2015; Sakurai *et al.*, 2018; Sakurai *et al.*, 2016).

En outre, près du quart des études (n = 10; 22,2 %) s'est intéressé aux effets de programmes incluant des activités de narration de récits de vie (Bartlett, 2001, 2005; Chippendale et Boltz, 2015; De Souza, 2003, 2011; De Souza et Grundy, 2007; Gaggioli *et al.*, 2014; Gamliel et Gabay, 2014; Hsu, Rong, Lin et Liu, 2014; Kamei *et al.*, 2011; Ligon, Welleford, Cotter et Lam, 2012; Meshel et McGlynn, 2004), c'est-à-dire favorisant le partage d'histoires de vie personnelle entre les aînés et les jeunes. Plusieurs études portaient sur des programmes intergénérationnels comprenant des activités artistiques (n = 6; 13,3 %) (Anderson *et al.*, 2017; Bartlett, 2001, 2005; Belgrave, 2011; Eggers et Hensley, 2004; Kamei *et al.*, 2011; Weintraub et Killian, 2007, 2009), des activités physiques (n = 6; 13,3 %) (Bartlett, 2001, 2005; Friedman et Godfrey, 2007; Hernandez et Gonzalez, 2008; Hsu *et al.*, 2014; Weintraub et Killian, 2007, 2009; Xu, Li, Pham, Salmon et Theng, 2016) ou des activités récréatives (n = 5; 11,1 %) (Bartlett, 2001, 2005; Eggers et Hensley, 2004; Friedman et Godfrey, 2007; Kamei *et al.*, 2011; Meshel et McGlynn, 2004). En outre, parmi les 45 études incluses dans l'analyse, trois (6,7 %) s'intéressaient à des programmes intergénérationnels incluant des activités culturelles (Bartlett, 2001, 2005; Hsu *et al.*, 2014; Kamei *et al.*, 2011).

Trois autres études (6,7 %) concernaient des activités visant à offrir des services communautaires. Dans un cas, des dyades aînés-jeunes étaient créées afin de mettre en place des activités pour servir d'autres aînés de la communauté (Hegeman, Roodin, Gilliland et O'Flathabhain, 2010) et, dans les deux autres cas, des jeunes effectuaient des visites chez des aînés dans le but d'offrir de l'aide à domicile ou un soutien social (Bullock et Janis, 1999; Rachasrimuang, Kuhirunyaratn et Bumrerraj, 2018). Trois études (6,7 %) ont évalué des programmes proposant des activités de mentorat (Halpin *et al.*, 2017; Newman, Karip et Faux, 1995; Wilson, Cordier et Whatley, 2013), misant sur le développement d'une relation individualisée de confiance et de soutien et visant à répondre aux besoins instrumentaux et développementaux des jeunes (Larose, 2012). Le mentorat se distingue du tutorat de par l'accompagnement qu'il fournit aux jeunes à l'extérieur des tâches scolaires. Finalement, trois études (6,7 %) se sont intéressées à des ateliers informatiques offerts aux aînés par des jeunes (Breck, Dennis et Leedah, 2018; Gamliel et Gabay, 2014; Sanders, O'Sullivan, DeBurra et Fedner, 2013).

Tableau 1 : Aperçu sommaire des programmes intergénérationnels à l'étude dans les articles retenus pour l'étude de la portée

Auteurs (année)	Type d'activité	Niveau(x) scolaire(s) ou âge des jeunes	Fréquence des séances; Durée des séances; Durée du programme
Anderson <i>et al.</i> (2017)	Artistique	Universitaire ^b	Hebdomadaire; non spécifiée; en continu, à quoi s'ajoutent 15-20 représentations (théâtre) par année
Barron <i>et al.</i> (2009) ^a Carlson <i>et al.</i> (2008) ^a Fried <i>et al.</i> (2004) ^a Gruenewald <i>et al.</i> (2016) ^a Hong et Morrow-H. (2010) ^a	Éducative	Maternelle à 3e année	3-4 jours/sem.; non spécifiée (mais total de 15h/sem.); en continu durant l'année scolaire
Bartlett (2001, 2005) ^a	Artistique, narration de récits de vie, activité physique, récréative et culturelle	13 à 15 ans	Activité ponctuelle; une fin de semaine complète; non spécifiée
Belgrave (2011)	Artistique	4e année	Hebdomadaire; 30 minutes; 10 semaines
Breck <i>et al.</i> (2018)	Informatique	Universitaire ^b	Modalités possibles, au choix de l'aîné : - activité ponctuelle; 30 à 60 minutes; non spécifiée - non spécifiée; non spécifiée (mais 6 heures au total); un semestre - activité ponctuelle; durée variable; non spécifiée
Bullock et Osborne (1999)	Services communautaires	Universitaire ^b	Hebdomadaire; 2 à 3 heures; en continu
Chapman et Neal (1990)	Éducative et récréative ou services communautaires	9 à 18 ans	Volet éducatif et récréatif : variable Volet de services communautaires : non spécifiée; non spécifiée; 6 mois
Chippendale et Boltz (2015)	Narration de récits de vie	Universitaire ^b	Préparation (sans les étudiants) : hebdomadaire; non spécifiée; 8 semaines Échange avec les étudiants : hebdomadaire; 90 minutes; 4 semaines

^a Ces articles sont regroupés, car ils portent sur un même programme intergénérationnel.

^b Même si les échantillons des études menées auprès d'étudiants universitaires comportaient typiquement une majorité de jeunes de 25 ans ou moins, certains pouvaient aussi inclure quelques participants âgés de plus de 25 ans.

Tableau 1 : Aperçu sommaire des programmes intergénérationnels à l'étude dans les articles retenus pour l'étude de la portée (suite)

Auteurs (année)	Type d'activité	Niveau(x) scolaire(s) ou âge des jeunes	Fréquence des séances; Durée des séances; Durée du programme
Clyne <i>et al.</i> (2013)	Éducative	Universitaire ^b	Au moins 1x/2 semaines; non spécifiée; un semestre
Cordella <i>et al.</i> (2012)	Éducative	Secondaire	Bihebdomadaire; 1 heure; ¼ d'une année scolaire
De Souza (2003)	Narration de récits de vie	Secondaire	Bihebdomadaire; 1 heure; 20 semaines
De Souza et Grundy (2007) ^a De Souza (2011) ^a	Narration de récits de vie	Secondaire	Hebdomadaire; 2 heures; 14 semaines
Eggers et Hensley (2004)	Artistique, éducative et récréative	Précolaire	Non spécifiée (total de 13 rencontres); non spécifiée; 2 ans
Fees et Bradshaw (2003)	Au choix des milieux et non spécifié	Précolaire à 8 ^e année	Non spécifiée (total de 6 à 10 rencontres); non spécifiée; 12 mois
Friedman et Godfrey (2007)	Éducative, activité physique et récréative	Précolaire	Hebdomadaire; 1 heure; 8 mois (Volet exercices de l'étude : mensuelle; 20 à 30 minutes; 8 mois)
Fujiwara <i>et al.</i> (2009) ^a Murayama <i>et al.</i> (2015) ^a Sakurai <i>et al.</i> (2016, 2018) ^a	Éducative	Précolaire et primaire	Hebdomadaire ou bihebdomadaire; variable; en continu
Gaggioli <i>et al.</i> (2014)	Narration de récits de vie	Primaire	Hebdomadaire; 2 heures; 3 semaines
Gamliel et Gabay (2014)	Narration de récits de vie et informatique	6 ^e année	Hebdomadaire; 2 heures; 3 mois
Halpin <i>et al.</i> (2017)	Mentorat	Universitaire ^b	Mensuelle; non spécifiée; 9 mois
Hegeman <i>et al.</i> (2010)	Services communautaires	Universitaire ^b	Variable selon les milieux; variable selon les milieux; 1 semestre

^a Ces articles sont regroupés, car ils portent sur un même programme intergénérationnel.

^b Même si les échantillons des études menées auprès d'étudiants universitaires comportaient typiquement une majorité de jeunes de 25 ans ou moins, certains pouvaient aussi inclure quelques participants âgés de plus de 25 ans.

Tableau 1 : Aperçu sommaire des programmes intergénérationnels à l'étude dans les articles retenus pour l'étude de la portée (suite)

Auteurs (année)	Type d'activité	Niveau(x) scolaire(s) ou âge des jeunes	Fréquence des séances; Durée des séances; Durée du programme
Hernandez et Gonzalez (2008)	Activité physique	Universitaire ^b	Hebdomadaire; 1 heure; 32 semaines
Herrmann <i>et al.</i> (2005)	Éducative	6 ^e année	2 rencontres/sem.; 45 minutes; 8 semaines
Hsu <i>et al.</i> (2014)	Narration de récits de vie, activité physique et culturelle	Universitaire ^b	Hebdomadaire; 90 minutes; 8 semaines
Kamei <i>et al.</i> (2011)	Artistique, narration de récits de vie, récréative et culturelle	Primaire	Hebdomadaire; 2 heures; 22 semaines
Kinney et Morrow-H. (2000)	Éducative	5 à 9 ans	Hebdomadaire; non spécifiée; 1 année scolaire
Larkin <i>et al.</i> (2005)	Éducative ou mentorat	6 à 18 ans	Volet éducatif : au moins 1 fois/sem; au moins 1 h/sem; durant l'année scolaire Volet de mentorat : non spécifiée (engagement plus important que pour le volet éducatif); non spécifiée; en continu
Ligon <i>et al.</i> (2012)	Narration de récits de vie	Universitaire ^b	Hebdomadaire; 1 heure; 3 semaines
Lowenthal et Egan (1991)	Éducative	Préscolaire	Hebdomadaire; variable; 8 mois
Meshel et McGlynn (2004)	Narration de récits de vie et récréative	Secondaire	Hebdomadaire; 1 heure; 6 semaines
Newman <i>et al.</i> (1992)	Au choix des milieux et non spécifié	Préscolaire et primaire	Non spécifiée; non spécifiée; en continu

^a Ces articles sont regroupés, car ils portent sur un même programme intergénérationnel.

^b Même si les échantillons des études menées auprès d'étudiants universitaires comportaient typiquement une majorité de jeunes de 25 ans ou moins, certains pouvaient aussi inclure quelques participants âgés de plus de 25 ans.

Tableau 1 : Aperçu sommaire des programmes intergénérationnels à l'étude dans les articles retenus pour l'étude de la portée (suite)

Auteurs (année)	Type d'activité	Niveau(x) scolaire(s) ou âge des jeunes	Fréquence des séances; Durée des séances; Durée du programme
Rachasrimuang <i>et al.</i> (2018)	Services communautaires	6 ^e à 9 ^e année	Non spécifiée; non spécifiée; 18 semaines
Reisig et Fees (2007)	Au choix des milieux et non spécifié	Préscolaire à 12 ^e année	Non spécifiée (total de 6 à 10 rencontres); non spécifiée; 12 mois
Sanders <i>et al.</i> (2013)	Informatique	Universitaire ^b	Hebdomadaire; 1 heure; 4 semaines
Teater (2016)	Au choix des milieux et non spécifié	Non spécifié	Non spécifiée; 1 à 6 heures; non spécifiée
Weintraub et Killian (2007, 2009) ^a	Artistique, éducative et activité physique	Préscolaire	Au choix des aînés (centre intergénérationnel offrant des occasions quotidiennes); non spécifiée; en continu
Wilson <i>et al.</i> (2013)	Mentorat	Secondaire	Hebdomadaire; non spécifiée; 6 semaines
Xu <i>et al.</i> (2016)	Activité physique	12 à 17 ans	3 fois/sem.; 45 minutes; 1 semaine
Young et Janke (2013)	Au choix des milieux et non spécifié	Non spécifié	Non spécifiée; non spécifiée; en continu

^a Ces articles sont regroupés, car ils portent sur un même programme intergénérationnel.

^b Même si les échantillons des études menées auprès d'étudiants universitaires comportaient typiquement une majorité de jeunes de 25 ans ou moins, certains pouvaient aussi inclure quelques participants âgés de plus de 25 ans.

Par ailleurs, deux études (4,4 %) concernaient des programmes offrant un choix d'activités aux aînés : activité éducative ou de mentorat dans une étude (Larkin, Sadler et Mahler, 2005) et activité éducative et récréative ou de services communautaires dans l'autre (Chapman et Neal, 1990). Finalement, cinq études (11,1 %) concernaient des programmes intergénérationnels incorporant des activités qui variaient selon les différents milieux et qui n'étaient pas spécifiées, ce qui implique donc que tous les participants d'une même étude n'avaient pas nécessairement participé au même type d'activités (Fees et Bradshaw, 2003; Newman et Riess, 1992; Reisig et Fees, 2006; Teater, 2016; Young et Janke, 2013).

Dans près du tiers des études ($n = 14$; 31,1 %) (représentant huit programmes distincts), une formation était offerte aux aînés préalablement aux rencontres intergénérationnelles. Les programmes faisant l'objet de ces études comprenaient essentiellement des activités éducatives (Barron *et al.*, 2009; Carlson *et al.*, 2008; Fried *et al.*, 2004; Fujiwara *et al.*, 2009; Gruenewald *et al.*, 2016; Herrmann *et al.*, 2005; Hong et Morrow-Howell, 2010; Kinnevy et Morrow-Howell, 2000; Lowenthal et Egan, 1991; Murayama *et al.*, 2015; Sakurai *et al.*, 2018) ou de mentorat (Halpin *et al.*, 2017; Wilson *et al.*, 2013). Selon les études pour lesquelles l'information était disponible ($n = 5$), la durée de la formation variait entre 2 et 30 heures (moyenne = 16,4 h; médiane = 12 h).

Parmi les études analysées, près de la moitié ($n = 21$; 46,7 %) mettaient en relation des aînés avec des jeunes des niveaux préscolaire ou primaire. Sept des études (15,6 %) concernaient des aînés et des jeunes de niveau secondaire et 11 (24,4 %) impliquaient des aînés et des jeunes de niveau universitaire. Quatre études (8,9 %) s'intéressaient quant à elles à des programmes impliquant des jeunes d'âge divers (p. ex. : jeunes de niveau primaire à universitaire). Finalement, pour deux des études (4,4 %), la catégorie de jeunes n'était pas précisée.

Lorsqu'on s'intéresse aux liens entre le type d'activités intergénérationnelles et l'âge des jeunes participant à ces activités, il appert que la grande majorité des programmes portant sur des activités intergénérationnelles éducatives impliquaient des jeunes de niveaux préscolaire ou scolaire. En effet, seulement deux programmes de ce type (qui consistaient en des activités d'apprentissage d'une nouvelle langue) mettaient en relation des aînés avec des jeunes des niveaux secondaire ou universitaire (Clyne *et al.*, 2013; Cordella *et al.*, 2012). À l'inverse, une majorité des programmes intergénérationnels centrés sur des activités de narration de récits de vie étaient réalisés auprès de jeunes un peu plus âgés, soit des niveaux secondaire ou universitaire (Bartlett, 2001, 2005; Chippendale et Boltz, 2015; De Souza, 2003, 2011; De Souza et Grundy, 2007; Hsu *et al.*, 2014; Ligon *et al.*, 2012; Meshel et McGlynn, 2004).

Pour les programmes pour lesquels l'information était disponible, la durée des séances des rencontres intergénérationnelles variait entre 30 minutes et une fin de semaine complète (moyenne = 75 min; médiane = 60; $n = 16$), alors que la fréquence des rencontres fluctuait entre une rencontre quotidienne et une rencontre mensuelle. Finalement, alors que 14 (31,1 %) des études portaient sur des programmes offerts en mode

continu (p. ex. : pendant toute une année scolaire), les autres programmes étudiés comprenaient entre une et 32 rencontres (lorsque l'information était précisée).

Variables mesurées et outils de mesure

Le tableau 2 présente les variables les plus fréquemment étudiées ainsi que les outils de mesure utilisés dans les études recensées.

Effets des activités intergénérationnelles sur la santé et le bien-être des aînés

Les tableaux 3 et 4 exposent de manière sommaire les principaux résultats des études retenues quant aux effets des activités intergénérationnelles sur la santé des aînés et aux dimensions occupationnelles documentées.

Tableau 2 : Variables les plus fréquemment étudiées et outils de mesure utilisés dans les études

Variables	Outils de mesure	Auteurs
Santé psychologique	<i>12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) – Mental Component Summary</i> (Ware <i>et al.</i> , 1996, 1998)	Hsu <i>et al.</i> (2014)
	<i>36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)</i> (Ware et Sherbourne, 1992)	Halpin <i>et al.</i> (2017)
	Échelle de Likert à 4 niveaux	Lowenthal et Egan (1991)
	Échelle de Likert à 3 niveaux	Young et Janke (2013)
Sentiment de générativité	<i>Loyola Generativity Scale</i> (McAdams et de St-Aubin, 1992)	Belgrave (2011); Hegeman <i>et al.</i> (2010); Sanders <i>et al.</i> (2013)
	Échelle du <i>Measures of Psychosocial Development</i> (Hawley, 1988)	Herrmann <i>et al.</i> (2005)
	Échelles développées par les auteurs	Kinnevy et Morrow-Howell (2000); Gruenewald <i>et al.</i> (2016)
Symptômes dépressifs	<i>Geriatric Depression Scale</i> (Yesavage, 1983)	Carlson <i>et al.</i> (2008); Newman, Karip et Faux (1995); Hernandez et Gonzalez (2008)
	<i>Geriatric Depression Scale</i> (Yesavage, 1988)	Sakurai <i>et al.</i> (2016)
	Version japonaise du <i>Geriatric Depression Scale-Short Version</i> (Sheikh et Yesavage, 1986)	Murayama <i>et al.</i> (2015)
	Version japonaise du <i>Geriatric Depression Scale-15</i> (Niino, 1991)	Kamei <i>et al.</i> (2011)
	Version thaïe du <i>Geriatric Depression Scale</i> (Wongpakaran <i>et al.</i> , 2013)	Rachasrimuang <i>et al.</i> (2018)
	9 items du <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977)	Hong et Morrow-Howell (2010)
	Estime de soi	<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (Rosenberg, 1965)
	Version japonaise du <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (Mimura et Griffiths, 2007)	Sakurai <i>et al.</i> (2016)
	Version italienne du <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (Prezza <i>et al.</i> , 1997)	Gaggioli <i>et al.</i> (2014)
	Énoncé du <i>Index of Arts as Self-Developing Activities</i> (Michalos et Kahlke, 2010)	Teater (2016)
	Outils non précisés	Cordella <i>et al.</i> (2012)

Tableau 2 : Variables les plus fréquemment étudiées et outils de mesure utilisés dans les études (suite)

Variables	Outils de mesure	Auteurs
Solitude	<i>Italian Loneliness Scale</i> (Zammuner, 2008)	Gaggioli <i>et al.</i> (2014)
	<i>UCLA Loneliness Scale</i> (Russell, 1996)	Xu <i>et al.</i> (2016)
Satisfaction à l'égard de la vie	<i>Life Satisfaction Index Version A</i> (Neugarten, Havinghurst et Tobin, 1961)	Ligon <i>et al.</i> (2012); Newman et Riess (1992)
	<i>Satisfaction with Life Scale</i> (Diener, Emmons, Larsen et Griffin, 1985)	Meshel et McGlynn (2004)
	Échelle de Likert à 4 niveaux	Lowenthal et Egan (1991)
	Échelle de Likert à 3 niveaux	Young et Janke (2013)
Santé physique	<i>12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) – Physical Component Summary</i> (Ware <i>et al.</i> , 1996, 1998)	Hsu <i>et al.</i> (2014)
	<i>36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)</i> (Ware et Sherbourne, 1992)	Halpin <i>et al.</i> (2017)
	Échelle de Likert à 4 niveaux	Lowenthal et Egan (1991)
	Échelle de Likert à 3 niveaux	Young et Janke (2013)
Force de préhension maximale	Dynamomètre	Barron <i>et al.</i> (2009); Fujiwara <i>et al.</i> (2009); Sakurai <i>et al.</i> (2016)
	Outils non précisés	Fried <i>et al.</i> (2004); Sakurai <i>et al.</i> (2018)
Vitesse de marche	Sur 4 mètres	Barron <i>et al.</i> (2009); Fried <i>et al.</i> (2004)
	Sur 5 mètres	Fujiwara <i>et al.</i> (2009); Sakurai <i>et al.</i> (2016); Sakurai <i>et al.</i> (2018)
Santé cognitive (mémoire)	<i>Rivermead Behavioral Memory Test</i> (Wilson, Cockburn et Baddeley, 1985)	Newman, Karip et Faux (1995); Sakurai <i>et al.</i> (2018)
	Rappel immédiat et différé (15 min) d'une liste de 20 mots	Carlson <i>et al.</i> (2008)
	<i>Rey-Osterrieth Complex Figure Test</i> (Lezak, 1995) (rappel différé : 15 minutes)	Carlson <i>et al.</i> (2008)

Tableau 2 : Variables les plus fréquemment étudiées et outils de mesure utilisés dans les études (suite)

Variables	Outils de mesure	Auteurs
Bien-être général	Version modifiée du <i>Volunteer Satisfaction Survey</i> (Dellmann-Jenkins, 1997)	Reisig et Fees (2007)
	Énoncé du <i>Index of Arts as Self-Health Enhancer</i> (Michalos et Kahlke, 2010)	Teater (2016)
	Échelle développée par les auteurs	Kinnevy et Morrow-Howell (2000)
Qualité de vie	Version italienne du <i>World Health Organization Quality of Life Scale for Older People</i> (WHOQOL-Group, 1995)	Gaggioli <i>et al.</i> (2014)
	Version japonaise du <i>8-Item Short-Form Health Survey (SF-8)</i> (Fukuhara et Suzukamo, 2004)	Kamei <i>et al.</i> (2011)
	Version thaïe du <i>EQ-5D index</i> (Wongpakaran <i>et al.</i> , 2013)	Rachasrimuang <i>et al.</i> (2018)
Santé perçue	Échelle de Likert à 5 niveaux	Hong et Morrow-Howell (2010); Hsu <i>et al.</i> (2014)
	Échelle de Likert à 4 niveaux	Fujiwara <i>et al.</i> (2009); Sakurai <i>et al.</i> (2016)
	Question du <i>Brazilian Old Age Scale</i> (Veras, 1992)	De Souza (2003)
	Version thaïe du <i>EQ-5D Visual Analog Scale</i> (Wongpakaran <i>et al.</i> , 2013)	Rachasrimuang <i>et al.</i> (2018)

Tableau 3 : Caractéristiques de l'échantillon et effets des activités intergénérationnelles sur la santé et le bien-être des aînés dans les articles recensés

Auteurs (année)	Devis*	Échantillon		Effets sur la santé et le bien-être					
		N	Âge moyen (étendue)	Psychologique	Physique	Cognitif	Bien-être	Santé perçue	Qualité de vie
Anderson <i>et al.</i> (2017)	Qualitatif	15	74 (68-85)	+	+	+	+		
Barron <i>et al.</i> (2009)	Pré-expérimental	174	69 (60-86)		↑				
Bartlett (2001)	Qualitatif	5	- (62-80)	+					
Bartlett (2005)	Qualitatif	4	- (66-84)	+					
Belgrave (2011)	Quasi expérimental	27	-	↑ et ∅					
Breck <i>et al.</i> (2018)	Qualitatif	29	73,5 (-)	+					
Bullock et Osborne (1999)	Qualitatif	22	-	+					
Carlson <i>et al.</i> (2008)	ERA	128	69 (60-86)			↑*, ↑ et ∅			
Chapman <i>et al.</i> (1990)	Pré-expérimental	87	- (53-92)	∅					
Chippendale et Boltz (2015)	Mixte (ERA)	39	77 (-)	↑* et +					
Clyne <i>et al.</i> (2013)	Qualitatif	-	-	+					
Cordella <i>et al.</i> (2012)	Mixte (Pré-expérimental)	22 (questionnaires) 15 (entrevues)	- (62-82, aux entrevues)	∅ et +					∅
De Souza (2003)	Qualitatif	26	- (60 ou plus)	+	+	+	+		
De Souza (2011)	Qualitatif	32	-	+				+	

ERA = Étude à répartition aléatoire; ↑* = effet positif statistiquement significatif sur la santé et le bien-être des aînés; ↓* = effet négatif statistiquement significatif sur la santé et le bien-être des aînés; ↑ = tendance vers un effet positif sur la santé et le bien-être des aînés; ↓ = tendance vers un effet négatif sur la santé et le bien-être des aînés; ∅ = aucun effet sur la santé et le bien-être des aînés; + = effet positif rapporté de manière qualitative par les aînés.

* Pour les études mixtes, le devis du volet quantitatif de l'étude a été précisé entre parenthèses.

Tableau 3 : Caractéristiques de l'échantillon et effets des activités intergénérationnelles sur la santé et le bien-être des aînés dans les articles recensés (suite)

Auteurs (année)	Devis*	Échantillon		Effets sur la santé et le bien-être					
		N	Âge moyen (étendue)	Psychologique	Physique	Cognitif	Bien-être	Santé perçue	Qualité de vie
De Souza et Grundy (2007)	ERA	266	69,5 (-)					∅	
Eggers et Hensley (2004)	Qualitatif	4	-	+					
Fees et Bradshaw (2003)	Qualitatif	42	-	+			+		
Fried <i>et al.</i> (2004)	ERA	128	69 (60-86)		↑* et ↑				
Friedman et Godfrey (2007)	Qualitatif	11	-	+	+	+			
Fujiwara <i>et al.</i> (2009)	Quasi expérimental	141	68,5 (-)		↑* et ∅			↑*	
Gamliel <i>et al.</i> (2014)	Mixte (Pré-expérimental)	25	- (66-77)	↑*					
Gaggioli <i>et al.</i> (2014)	Pré-expérimental	32	67,5 (-)	↑* et ∅					↑
Gruenewald <i>et al.</i> (2016)	ERA	702	67 (60-89)	↑*					
Halpin <i>et al.</i> (2017)	Mixte (Pré-expérimental)	101	77,6 (64-99)	↓*	∅			∅	
Hegeman <i>et al.</i> (2010)	Pré-expérimental	176	-	∅					
Hernandez et Gonzalez (2008)	Quasi expérimental	101	75 (-)	↑*					
Herrmann <i>et al.</i> (2005)	Mixte (Quasi expérimental)	73	- (60-92)	↑* et ∅					

ERA = Étude à répartition aléatoire; ↑* = effet positif statistiquement significatif sur la santé et le bien-être des aînés; ↓* = effet négatif statistiquement significatif sur la santé et le bien-être des aînés; ↑ = tendance vers un effet positif sur la santé et le bien-être des aînés; ↓ = tendance vers un effet négatif sur la santé et le bien-être des aînés; ∅ = aucun effet sur la santé et le bien-être des aînés; + = effet positif rapporté de manière qualitative par les aînés.

* Pour les études mixtes, le devis du volet quantitatif de l'étude a été précisé entre parenthèses.

Tableau 3 : Caractéristiques de l'échantillon et effets des activités intergénérationnelles sur la santé et le bien-être des aînés dans les articles recensés (suite)

Auteurs (année)	Devis*	Échantillon		Effets sur la santé et le bien-être					
		N	Âge moyen (étendue)	Psychologique	Physique	Cognitif	Bien-être	Santé perçue	Qualité de vie
Hong et Morrow-H. (2010)	Quasi expérimental	334	65 (51-84)	↑*	↑*			↑	
Hsu <i>et al.</i> (2014)	Quasi expérimental	118	70,7 (60-92)	↑*	↑	∅		↑	
Kamei <i>et al.</i> (2011)	Mixte (Quasi expérimental)	22	73,1 (-)	↑* et ∅	↑			↑	
Kinnevy et Morrow-H. (2000)	Mixte (Post-test)	97	70 (55-89)	↑			↑		
Larkin <i>et al.</i> (2005)	Qualitatif	16	-	↑ et +					
Ligon <i>et al.</i> (2012)	ERA	60	81,1 (67-96)	↑					
Lowenthal <i>et al.</i> (1991)	Mixte (Pré-expérimental)	21	-	↑	↑				
Meshel et McGlynn (2004)	Pré-expérimental	17	-	↑*					
Murayama <i>et al.</i> (2015)	Quasi expérimental	80	69,1 (65-79)	↑*, ↑ et ∅					
Newman <i>et al.</i> (1992)	Mixte (Post-test)	34	-		↑				↑
Newman <i>et al.</i> (1995)	Pré-expérimental	26	-	↑		↑			
Rachasrimuang <i>et al.</i> (2018)	ERA	306	71,8 (-)	↑*				↑*	
Reisig et Fees (2007)	Mixte (Post-test)	46	-	+	+		↑		

ERA = Étude à répartition aléatoire; ↑* = effet positif statistiquement significatif sur la santé et le bien-être des aînés; ↓* = effet négatif statistiquement significatif sur la santé et le bien-être des aînés; ↑ = tendance vers un effet positif sur la santé et le bien-être des aînés; ↓ = tendance vers un effet négatif sur la santé et le bien-être des aînés; ∅ = aucun effet sur la santé et le bien-être des aînés; + = effet positif rapporté de manière qualitative par les aînés.

* Pour les études mixtes, le devis du volet quantitatif de l'étude a été précisé entre parenthèses.

Tableau 3 : Caractéristiques de l'échantillon et effets des activités intergénérationnelles sur la santé et le bien-être des aînés dans les articles recensés (suite)

Auteurs (année)	Devis*	Échantillon		Effets sur la santé et le bien-être					
		N	Âge moyen (étendue)	Psychologique	Physique	Cognitif	Bien-être	Santé perçue	Qualité de vie
Sakurai <i>et al.</i> (2016)	Quasi expérimental	162	67,3 (-)	∅	↑* et ∅	↑*		∅	
Sakurai <i>et al.</i> (2018)	Quasi expérimental	59	68,0 (-)		∅	∅			
Sanders <i>et al.</i> (2013)	Pré expérimental	92	74,4 (57-89)	↑* et ∅					
Teater (2016)	Mixte (Post-test)	70	74 (58-92)	↑ et +			↑	↑	
Weintraub et Killian (2007)	Qualitatif	13	- (65-90)	+					
Weintraub et Killian (2009)	Qualitatif	13	- (65-90)		+				
Wilson <i>et al.</i> (2013)	Qualitatif	6	- (60-75)	+					
Xu <i>et al.</i> (2016)	Quasi expérimental	122	75 (-)	↑* et ∅					
Young <i>et al.</i> (2013)	Mixte (Pré-expérimental)	157	-	↑	↑*		↑*		

ERA = Étude à répartition aléatoire; ↑* = effet positif statistiquement significatif sur la santé et le bien-être des aînés; ↓* = effet négatif statistiquement significatif sur la santé et le bien-être des aînés; ↑ = tendance vers un effet positif sur la santé et le bien-être des aînés; ↓ = tendance vers un effet négatif sur la santé et le bien-être des aînés; ∅ = aucun effet sur la santé et le bien-être des aînés; + = effet positif rapporté de manière qualitative par les aînés.

* Pour les études mixtes, le devis du volet quantitatif de l'étude a été précisé entre parenthèses

Tableau 4 : Dimensions de l'expérience occupationnelle dans les articles recensés

Auteurs (année)	Activer son corps, son esprit et ses sens	Créer des liens avec autrui	Contribuer à la communauté	Prendre soin de soi	Développer et exprimer son identité	Développer ses capacités	Vivre du plaisir et de la joie
Anderson <i>et al.</i> (2017)		X				X	X
Bartlett (2001)		X			X	X	
Bartlett (2005)		X			X		
Breck <i>et al.</i> (2018)	X	X				X	
Bullock et Osborne (1999)		X					
Chippendale et Boltz (2015)	X	X	X		X		
Clyne <i>et al.</i> (2013)		X	X		X		
Cordella <i>et al.</i> (2012)		X				X	X
De Souza (2003)		X			X	X	X
De Souza (2011)		X					
Eggers et Hensley (2004)		X	X			X	X
Fees et Bradshaw (2003)		X	X			X	
Friedman et Godfrey (2007)		X					
Halpin <i>et al.</i> (2017)			X				
Kamei <i>et al.</i> (2011)					X		
Kinnevy et Morrow-H. (2000)		X	X			X	
Larkin <i>et al.</i> (2005)		X	X		X		X
Newman <i>et al.</i> (1992)		X	X				
Reisig et Fees (2007)	X	X				X	
Teater (2016)		X					X
Weintraub et Killian (2007)		X	X				X
Weintraub et Killian (2009)	X			X			
Wilson <i>et al.</i> (2013)		X	X			X	
Young <i>et al.</i> (2013)			X			X	

Effets des activités intergénérationnelles sur le plan psychologique

Parmi les 45 études, plus des trois quarts ($n = 36$; 80 %) rapportent des effets positifs des activités intergénérationnelles sur au moins une variable associée à la santé psychologique des aînés. Trois études (6,7 %) ne rapportent aucun effet (Chapman et Neal, 1990; Hegeman *et al.*, 2010; Sakurai *et al.*, 2016), alors qu'une étude rapporte des effets négatifs sur le plan psychologique (Halpin *et al.*, 2017).

Plus précisément, toutes les études ayant évalué les effets des activités intergénérationnelles sur le sentiment de sens à la vie ($n = 6$; 13,3 %) (Bartlett, 2001; Chippendale et Boltz, 2015; Eggers et Hensley, 2004; Fees et Bradshaw, 2003; Larkin *et al.*, 2005; Murayama *et al.*, 2015), la confiance en soi ($n = 5$; 11,1 %) (Anderson *et al.*, 2017; Breck *et al.*, 2018; Friedman et Godfrey, 2007; Gamliel et Gabay, 2014; Teater, 2016), le sentiment d'utilité ($n = 7$; 15,6 %) (Belgrave, 2011; Clyne *et al.*, 2013; Cordella *et al.*, 2012; Eggers et Hensley, 2004; Friedman et Godfrey, 2007; Teater, 2016; Weintraub et Killian, 2007) et le sentiment d'être valorisé ($n = 5$; 11,1 %) (De Souza, 2011; Friedman et Godfrey, 2007; Larkin *et al.*, 2005; Teater, 2016; Wilson *et al.*, 2013) ont obtenu des résultats positifs sur ces variables. La majorité des études rapportant ce type de bienfaits ont eu recours à des devis qualitatifs. Une étude pré-expérimentale (Meshel et McGlynn, 2004), une étude qualitative (Larkin *et al.*, 2005) et deux études mixtes (Lowenthal et Egan, 1991; Young et Janke, 2013) ont rapporté que les activités intergénérationnelles avaient eu des effets positifs sur la satisfaction à l'égard de la vie. Une étude à répartition aléatoire a, pour sa part, observé une tendance positive au regard de cette variable (Ligon *et al.*, 2012).

Quelques études montrent aussi que les activités intergénérationnelles contribuent à une amélioration de l'*empowerment* ($n = 2$; 4,4 %) (Bartlett, 2001; Breck *et al.*, 2018) ou du sentiment d'accomplissement ($n = 3$; 6,7 %) (Friedman et Godfrey, 2007; Weintraub et Killian, 2007; Wilson *et al.*, 2013), à une diminution de l'anxiété ($n = 2$; 4,4 %) (Friedman et Godfrey, 2007; Teater, 2016), ainsi qu'à une amélioration de l'humeur ($n = 3$; 6,7 %) (Bullock et Janis, 1999; Chippendale et Boltz, 2015; Cordella *et al.*, 2012). Puis, bien que plusieurs études ($n = 19$; 42,22 %) aient rapporté des effets positifs des activités intergénérationnelles sur les symptômes dépressifs, l'estime de soi, le sentiment de solitude et le sentiment de générativité (lequel se définit comme le désir ressenti par les aînés de s'impliquer auprès des prochaines générations), certaines autres ($n = 10$; 22,22 %) n'ont rapporté aucun effet sur ces variables.

Effets des activités intergénérationnelles sur le plan physique

Quinze études (33,3 %) ont rapporté des bienfaits des activités intergénérationnelles sur au moins une variable associée à la santé physique des aînés. À l'inverse, deux études (4,44 %) n'ont, pour leur part, rapporté aucun effet sur les variables liées à la santé physique (Halpin *et al.*, 2017; Sakurai *et al.*, 2018).

Selon trois études qualitatives, la participation à des activités intergénérationnelles pourrait contribuer à atténuer les douleurs physiques (Anderson *et al.*, 2017; De Souza, 2003; Reisig et Fees, 2006). Une étude quasi expérimentale a, quant à elle, rapporté une tendance positive en ce sens chez les participants à un programme

intergénérationnel, sans toutefois noter une différence significative avec le groupe témoin (Kamei *et al.*, 2011). En outre, sur trois études quasi expérimentales et une étude à répartition aléatoire ayant évalué les effets sur la force de préhension, deux ont montré des résultats positifs significatifs (Fujiwara *et al.*, 2009; Sakurai *et al.*, 2016), une a rapporté une tendance positive non significative (Fried *et al.*, 2004) et une a conclu à une absence d'effet (Sakurai *et al.*, 2018). Deux études mixtes et une étude pré-expérimentale ayant évalué la santé physique générale perçue ont rapporté des effets positifs de la participation à un programme intergénérationnel sur ce plan (Lowenthal et Egan, 1991; Newman et Riess, 1992; Young et Janke, 2013). Toutefois, selon la littérature analysée, les effets des activités intergénérationnelles sur la vitesse de marche sont disparates. En effet, bien qu'une étude à répartition aléatoire ait révélé des effets positifs (Fried *et al.*, 2004), trois études quasi expérimentales n'ont rapporté aucun effet quant à cet aspect (Fujiwara *et al.*, 2009; Sakurai *et al.*, 2018; Sakurai *et al.*, 2016). Finalement, les quelques études s'étant intéressées aux effets des activités intergénérationnelles sur l'équilibre (Friedman et Godfrey, 2007; Sakurai *et al.*, 2016) et la fonction physique, telle qu'évaluée par les questionnaires *Short Form Health Survey-36* (SF-36), SF-12 et SF-8 (Halpin *et al.*, 2017; Hsu *et al.*, 2014; Kamei *et al.*, 2011), rapportent des résultats mitigés; certaines ont trouvé des effets positifs, alors que d'autres n'ont trouvé aucun effet.

Effets des activités intergénérationnelles sur le plan cognitif

Six études (13,3 %) (trois qualitatives, deux quasi expérimentales et une à répartition aléatoire) ont relevé des effets positifs des activités intergénérationnelles sur au moins une variable associée au plan cognitif de la santé des aînés (Anderson *et al.*, 2017; Carlson *et al.*, 2008; De Souza, 2003; Friedman et Godfrey, 2007; Newman *et al.*, 1995; Sakurai *et al.*, 2016). Pour leur part, deux études quasi expérimentales n'ont rapporté aucun effet sur ce plan (Hsu *et al.*, 2014; Sakurai *et al.*, 2018).

Effets des activités intergénérationnelles sur d'autres variables

Sept études (15,6 %) ont rapporté des effets positifs des activités intergénérationnelles sur le sentiment de bien-être général. Pour quatre d'entre elles (Kinnevy et Morrow-Howell, 2000; Reisig et Fees, 2006; Teater, 2016; Young et Janke, 2013), il s'agissait de données issues d'une étude mixte, alors que les trois autres (Anderson *et al.*, 2017; De Souza, 2003; Fees et Bradshaw, 2003) ont plutôt utilisé un devis qualitatif. Alors que sept études (15,6 %) ont relevé des bienfaits des activités intergénérationnelles sur la santé perçue (De Souza, 2011; Fujiwara *et al.*, 2009; Hong et Morrow-Howell, 2010; Hsu *et al.*, 2014; Kamei *et al.*, 2011; Rachasrimuang *et al.*, 2018; Teater, 2016), trois (6,7 %) n'ont documenté aucun résultat concluant (De Souza et Grundy, 2007; Halpin *et al.*, 2017; Sakurai *et al.*, 2016). Enfin, si deux études (4,4 %) ont montré des effets positifs sur la qualité de vie (Gaggioli *et al.*, 2014; Newman et Riess, 1992), une autre n'a observé aucun effet sur cette variable (Cordella *et al.*, 2012).

Les dimensions de l'expérience occupationnelle

Près de la moitié des études (n = 22; 48,9 %) considérées pour l'étude de la portée ont permis de faire des liens entre les résultats rapportés et les dimensions de l'expérience occupationnelle du modèle « Vivez bien votre vie ».

La dimension de l'expérience occupationnelle ressortant le plus fréquemment chez les aînés en lien avec la participation à des activités intergénérationnelles est « créer des liens avec les autres ». En effet, cette dimension de l'expérience est ressortie dans 19 des études retenues (42,2 %). Les études qui faisaient ressortir les liens avec la dimension de l'expérience « créer des liens avec les autres » exposaient que les activités intergénérationnelles fournissaient une occasion d'établir un dialogue ouvert (De Souza, 2011) et de favoriser la compréhension et un respect mutuel entre les générations (De Souza, 2003; Fees et Bradshaw, 2003) permettant de combler le fossé entre celles-ci (De Souza, 2011). En outre, certaines études décrivaient que les activités intergénérationnelles étaient pour les aînés une occasion de partage et d'échange entre les générations (Anderson *et al.*, 2017), notamment en termes d'expériences (Chippendale et Boltz, 2015), d'intérêts (Chippendale et Boltz, 2015), de sentiments (Chippendale et Boltz, 2015; De Souza, 2003, 2011) et de valeurs (Wilson *et al.*, 2013).

Le fait de pouvoir contribuer à la communauté et à la société ($n = 11$; 24,4 %) (Chippendale et Boltz, 2015; Clyne *et al.*, 2013; Eggers et Hensley, 2004; Fees et Bradshaw, 2003; Halpin *et al.*, 2017; Kinnevy et Morrow-Howell, 2000; Larkin *et al.*, 2005; Newman et Riess, 1992; Weintraub et Killian, 2007; Wilson *et al.*, 2013; Young et Janke, 2013) est également une dimension de l'expérience qui se dégageait de plusieurs études. Plus précisément, les aînés participant aux activités intergénérationnelles rapportent que ces activités leur donnent le sentiment de « faire une différence » dans la vie des jeunes (Eggers et Hensley, 2004; Larkin *et al.*, 2005) et de créer un héritage (Chippendale et Boltz, 2015), en plus d'être une façon de redonner à la communauté (Wilson *et al.*, 2013).

De plus, 11 études (24,4 %) (Anderson *et al.*, 2017; Bartlett, 2001; Breck *et al.*, 2018; Cordella *et al.*, 2012; De Souza, 2003; Eggers et Hensley, 2004; Fees et Bradshaw, 2003; Kinnevy et Morrow-Howell, 2000; Reisig et Fees, 2006; Wilson *et al.*, 2013; Young et Janke, 2013) ont rapporté que les activités intergénérationnelles permettaient aux aînés de développer leurs capacités et leur potentiel.

Un nombre plus restreint d'études soulignaient que les activités intergénérationnelles donnaient l'occasion aux aînés de développer et d'exprimer leur identité ($n = 6$; 13,3 %) (Bartlett, 2001, 2005; Chippendale et Boltz, 2015; Clyne *et al.*, 2013; De Souza, 2003; Kamei *et al.*, 2011; Larkin *et al.*, 2005), de vivre du plaisir et de la joie ($n = 7$; 15,6 %) (Anderson *et al.*, 2017; Cordella *et al.*, 2012; De Souza, 2003; Eggers et Hensley, 2004; Halpin *et al.*, 2017; Larkin *et al.*, 2005; Teater, 2016; Weintraub et Killian, 2007) ou d'activer leur corps, leur esprit et leurs sens ($n = 4$; 8,9 %) (Breck *et al.*, 2018; Chippendale et Boltz, 2015; Reisig et Fees, 2006; Weintraub et Killian, 2009). Dans leur étude, Weintraub et Killian (2009) rapportent que la participation au programme intergénérationnel était perçue comme une façon de prendre soin de soi. Finalement, aucune étude n'a mis en relief la dimension « construire sa prospérité » du modèle « Vivez bien votre vie ».

DISCUSSION

Cette étude de la portée visait à synthétiser l'état des connaissances quant aux effets des activités intergénérationnelles offertes dans des organisations du milieu communautaire sur la santé des aînés autonomes vivant à domicile, en considérant une perspective occupationnelle. Essentiellement, il appert que les activités intergénérationnelles sont susceptibles de générer des bienfaits sur la santé des aînés, et ce, principalement sur le plan psychologique. Ce résultat est concordant avec les conclusions d'autres recensions des écrits qui ont examiné les effets des activités intergénérationnelles chez les aînés (Galbraith *et al.*, 2015 ; Knight *et al.*, 2014 ; Lou et Dai, 2017 ; Park, 2014a ; Springate *et al.*, 2008, Gualano *et al.*, 2018).

Quelques études recensées mettent aussi en évidence les bienfaits des activités intergénérationnelles sur la santé physique des aînés. À cet effet, Park (2014b) parvient à des conclusions similaires dans sa revue de la littérature portant spécifiquement sur les effets des activités intergénérationnelles sur la santé physique des aînés. À première vue, on pourrait émettre l'hypothèse que ces bienfaits sont liés aux exigences physiques de chaque activité. Or, la majorité des études ayant exploré cette facette de la santé des aînés portaient sur des programmes comprenant des activités peu exigeantes sur le plan physique (p. ex. : activités éducatives). Néanmoins, plusieurs de ces études concernaient un programme exigeant un haut niveau d'engagement (jusqu'à 15 h par semaine). Ainsi, il est possible que les bienfaits physiques soient liés au fait de devoir se déplacer pour se rendre au lieu où se tenait l'activité et de prendre part à l'activité elle-même. Par ailleurs, les deux études ayant porté sur un programme intergénérationnel comprenant exclusivement des activités physiques n'ont pas inclus dans leur devis de recherche des variables liées à la santé physique (Hernandez et Gonzalez, 2008; Xu *et al.*, 2016).

Les résultats des rares études ayant examiné les effets des activités intergénérationnelles sur le plan cognitif de la santé ne permettent pas de conclure sans équivoque à la présence de bienfaits. D'une part, il est possible que l'absence d'effet dans certaines études soit liée au fait que les aînés recrutés ne présentaient pas de difficultés sur le plan cognitif au départ (score au MMSE supérieur à 25 en moyenne) (Carlson *et al.*, 2008; Sakurai *et al.*, 2018; Sakurai *et al.*, 2016). D'autre part, les résultats inconsistants d'une étude à l'autre peuvent être expliqués par le fait que divers instruments de mesure ont été utilisés pour documenter les variables liées à la santé cognitive.

Enfin, alors que les études ayant porté sur le sentiment de bien-être général ont toutes mené à des résultats positifs, celles ayant exploré la qualité de vie ou la santé perçue ne permettent pas de statuer sur les effets des activités intergénérationnelles à ces niveaux.

La présente recension s'est également penchée sur l'expérience vécue des aînés quant à leur participation à des activités intergénérationnelles en se servant du modèle conceptuel ergothérapeutique de promotion de la santé « Vivez bien votre vie » (Moll *et al.*, 2015). Essentiellement, quatre dimensions de l'expérience occupationnelle contribuant à la santé des aînés ont été fréquemment documentées dans les études : 1) créer des liens avec les autres ; 2) contribuer à la communauté et à la société; 3) développer

ses capacités et son potentiel; et 4) vivre du plaisir et de la joie. Or, il est possible de faire des liens entre ces expériences vécues par les aînés lors de leur participation aux activités intergénérationnelles et les nombreux effets de ces activités sur leur santé. En effet, plusieurs études montrent que le fait d'être intégré socialement et d'avoir des relations sociales de qualité est associé à une meilleure santé mentale et à un plus grand bien-être psychologique (Santini, Koyanagi, Tyrovolas, Mason et Haro, 2015; Schwarzbach, Luppá, Forstmeier, König et Riedel-Heller, 2014), en plus de favoriser le maintien d'une bonne santé cognitive (Béland, Zunzunegui, Alvarado, Otero et Del Ser, 2005). En outre, il est maintenant largement reconnu que, pour les aînés, le fait de contribuer à sa communauté par l'entremise du bénévolat a des effets bénéfiques non seulement sur la santé psychologique, mais également sur la santé physique (Lum et Lightfoot, 2005; Tang, 2009). En ce qui a trait à l'expérience de développer ses capacités et son potentiel, des études montrent les liens entre le fait de continuer à apprendre à un âge plus avancé et une meilleure estime de soi ainsi qu'un plus grand bien-être psychologique (Hammond, 2004; Narushima, Liu et Diestelkamp, 2018). Finalement, le fait de s'engager dans des activités qui procurent du plaisir est associé à une meilleure humeur, une plus grande satisfaction à l'égard de la vie, moins de symptômes dépressifs ainsi qu'une meilleure santé physique (Pressman *et al.*, 2009).

Qui plus est, en étant vécues par les aînés comme des occasions de créer des liens avec les autres et de contribuer à sa communauté, les activités intergénérationnelles montrent leur potentiel de contrer l'isolement social de ces populations. Or l'isolement social est un problème majeur qui touche une proportion importante d'aînés (Gouvernement du Canada, 2014) et qui est associé à de nombreuses conséquences négatives, dont le déclin cognitif, les chutes, l'institutionnalisation, voire la mortalité (Nicholson, 2012). En outre, il appert que les activités intergénérationnelles favorisent le partage, les échanges et la compréhension entre les générations, contribuent à un plus grand respect mutuel et, par la même occasion, permettent de combler le fossé entre celles-ci. Ces éléments, combinés aux données probantes venant appuyer la thèse des bienfaits des activités intergénérationnelles pour réduire l'âgisme (Knight *et al.*, 2014; Lou et Dai, 2017; Park, 2015), mettent bien en lumière le potentiel des activités intergénérationnelles pour amoindrir les préjugés entre les générations et, par le fait même, contribuer au développement d'une société plus solidaire et plus inclusive.

Enfin, soulignons que la possibilité qu'offrent les activités intergénérationnelles de créer des liens avec les autres et de contribuer à la communauté fournit des conditions permettant aux aînés d'atteindre le plus haut degré de participation sociale du continuum de six degrés de participation sociale proposé par Levasseur *et al.* (2010). Ce niveau est désigné « engagement social » et réfère à une contribution individuelle à la collectivité, laquelle est susceptible de générer des bienfaits chez cette dernière.

Limites méthodologiques des articles recensés

Bien que la qualité des études n'ait pas été évaluée dans le cadre de cette étude de la portée, plusieurs limites ont néanmoins été identifiées au cours de l'analyse et méritent d'être soulignées. Les tailles d'échantillon de plusieurs études (qualitatives et

quantitatives) étaient relativement petites. De plus, rares sont les programmes intergénérationnels décrits de façon détaillée, particulièrement en ce qui concerne la fréquence, le nombre et la durée des rencontres. Sans une description détaillée des activités intergénérationnelles, il s'avère difficile pour les intervenants et milieux d'action de les mettre en œuvre et impossible pour les chercheurs de poursuivre adéquatement le développement des connaissances dans ce domaine.

Les études recensées dans cette étude de la portée ont eu recours à une grande diversité d'outils de mesure pour documenter chacune des variables. À titre d'exemple, quatre questionnaires distincts ont été utilisés pour mesurer les effets des activités intergénérationnelles sur la satisfaction à l'égard de la vie. Le choix des outils de mesure était généralement peu justifié et les qualités métrologiques, rarement spécifiées. Dans un grand nombre d'articles, les auteurs ont utilisé des outils de mesure « maison » développés spécifiquement pour l'étude, ou des outils existants qu'ils ont modifiés sans les valider au préalable. Par ailleurs, la grande majorité des études n'ont pas examiné les effets des activités intergénérationnelles à long terme, ne comportant qu'une collecte de données à la fin du programme intergénérationnel. Finalement, la majorité des études ne rapportaient aucun fondement conceptuel ou théorique.

Recommandations pour la recherche

Cette étude de la portée a permis de faire le constat qu'une quantité importante d'études qualitatives ont été effectuées jusqu'à maintenant pour décrire les effets des activités intergénérationnelles, tels que perçus par les aînés. Ces études sont essentielles afin d'explorer et de comprendre le vécu des aînés qui s'impliquent dans les activités intergénérationnelles. Il serait néanmoins pertinent que d'autres études se penchent sur les dimensions de l'expérience occupationnelle vécue par les aînés qui s'engagent dans ce type d'activités. Par ailleurs, il serait utile de mener plus d'études ayant recours à des devis expérimentaux et longitudinaux auprès de plus larges échantillons pour examiner les effets des activités intergénérationnelles sur la santé des aînés à court, moyen et long termes. Sachant qu'il est opportun et révélateur de trianguler les sources de données sur les effets, les devis mixtes semblent tout à fait indiqués pour approfondir ce champ de connaissances et mieux comprendre les conditions de succès des programmes intergénérationnels.

Dans les recherches futures, les chercheurs du domaine devraient accorder une attention particulière à la description des activités intergénérationnelles. L'utilisation du « Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) checklist and guide » est un outil utile à cette fin (Hoffmann *et al.*, 2014). Issu d'une recension des écrits et d'une étude Delphi composée d'un panel d'experts internationaux en matière de méthodologie de recherche, le TIDieR restreindrait les risques d'omissions d'informations clés permettant la reproductibilité ou la mise en œuvre des activités.

Sur le plan de la mesure des effets, il serait avisé que, dans l'avenir, les chercheurs aient recours à des outils ayant de bonnes qualités métrologiques. Il importe également que les chercheurs utilisent des outils communs pour mesurer les effets des

activités intergénérationnelles sur la santé des aînés. Cela permettrait de comparer les résultats d'une étude à l'autre. Une autre piste de recherche intéressante serait de mener des études permettant de mesurer les effets des activités intergénérationnelles qui sont attribuables à la composante intergénérationnelle elle-même, plutôt qu'à la nature de l'activité (p. ex. : activité physique). Cela pourrait être réalisé à l'aide d'études dans lesquelles les groupes de comparaison participent à la même activité que les participants des groupes expérimentaux, mais sans la composante intergénérationnelle.

Finalement, dans une perspective de promotion de la santé, les chercheurs devraient davantage s'engager dans des projets de recherche participative impliquant les milieux d'action communautaire afin d'examiner quels sont les programmes qui répondent le mieux aux besoins de leur clientèle et quels sont les facilitateurs et les obstacles à l'implantation de ces programmes. De telles études pourraient éclairer les milieux d'action sur les conditions optimales à mettre en place pour assurer le succès d'implantation de ces programmes.

Forces et limites de cette étude de la portée

Cette étude de la portée est la première à avoir investigué la manière dont les aînés décrivent leur participation aux activités intergénérationnelles en considérant les dimensions occupationnelles susceptibles d'influencer leur santé et leur bien-être, grâce au modèle conceptuel « Vivez bien votre vie ». Dans le cadre de la présente recension, une recherche documentaire exhaustive sans restriction quant aux types de devis a été conduite, permettant de brosser un portrait large de l'état des connaissances dans ce domaine de recherche. En outre, l'ensemble du processus de tri des articles ainsi que l'extraction des données ont été effectués de manière indépendante par deux réviseurs.

Quelques limites doivent néanmoins être soulignées. La qualité des études recensées n'a pas été considérée. Cette limite est toutefois inhérente au choix de la méthode utilisée, soit l'étude de la portée, qui vise à faire une synthèse des connaissances scientifiques disponibles sur un sujet en émergence en considérant une grande diversité de devis et de méthodologies, et non à documenter la force de la preuve. De plus, la littérature grise et les écrits scientifiques pertinents publiés après juillet 2019 n'ont pas été pris en compte dans cette étude de la portée pour des considérations pragmatiques.

CONCLUSION

Cette étude est la première à documenter l'effet des activités intergénérationnelles sur la santé des aînés autonomes vivant à domicile, dans une perspective occupationnelle. Cette étude de la portée conforte la thèse des bienfaits des activités intergénérationnelles sur la santé et le bien-être des aînés et, plus particulièrement, sur le plan psychologique. En outre, il en ressort que ces activités sont liées à plusieurs dimensions de l'expérience occupationnelle, notamment la création de relations significatives et la contribution à sa communauté. De ce fait, les activités intergénérationnelles ont le

potentiel de favoriser l'engagement social des aînés dans leur communauté. Considérant la grande variété d'activités intergénérationnelles ainsi que la diversité des expériences qu'elles permettent de vivre, les sciences de l'occupation ainsi que le modèle « Vivez bien votre vie » sont susceptibles d'apporter un éclairage utile pour ce domaine de recherche. Enfin, de par leur expertise en lien avec les occupations, les ergothérapeutes sont des acteurs de premier plan pour promouvoir les activités intergénérationnelles en tant que stratégie favorisant la santé et le bien-être des aînés auprès des organismes communautaires, des instances municipales et gouvernementales, de même que des instances du secteur privé impliqués dans l'offre de services aux aînés.

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier Rhode Esther Joseph, ergothérapeute, pour sa contribution à une portion de la validation des articles, ainsi que Myrian Grondin, bibliothécaire, pour ses judicieux conseils et sa grande disponibilité.

Roxane DeBroux Leduc, erg., M. Sc., est titulaire d'une bourse de formation à la maîtrise des Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQ-S) pour les détenteurs d'un diplôme professionnel. Samuel Turcotte, erg., Ph. D., détient une bourse de recherche de la Stratégie canadienne de recherche axée sur le patient des Instituts de la recherche en santé du Canada (SRAP-IRSC) via le volet Transition à un rôle de chef de file en recherche axée sur le patient (2020-2023).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aday, R. H., Aday, K. L., Arnold, J. L., et Bendix, S. L. (1996). Changing children's perceptions of the elderly. *Gerontology and Geriatrics Education*, 16(3), 37-51. https://doi.org/10.1300/J021v16n03_04
- Anderson, S., Fast, J., Keating, N., Eales, J., Chivers, S., et Barnet, D. (2017). Translating knowledge: Promoting health through intergenerational community arts programming. *Health Promotion Practice*, 18(1), 15-25. <https://doi.org/10.1177/1524839915625037>
- Arksey, H., et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
- Ayala, J. S., Hewson, J. A., Bray, D., Jones, G., et Hartley, D. (2007). Intergenerational programs. *Journal of Intergenerational Relationships*, 5(2), 45-60. https://doi.org/10.1300/J194v05n02_04
- Barron, J. S., Tan, E. J., Yu, Q., Song, M., McGill, S., et Fried, L. P. (2009). Potential for intensive volunteering to promote the health of older adults in fair health. *Journal of Urban Health*, 86(4), 641-653. <https://doi.org/10.1007/s11524-009-9353-8>
- Bartlett, J. R. (2001). Older women, personal narratives, and the power of sharing with adolescent girls. *Adultspan Journal*, 3(1), 32-47. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0029.2001.tb00103.x>
- Bartlett, J. R. (2005). An intergenerational retreat revisited. *Journal of Intergenerational Relationships*, 3(2), 23-41. https://doi.org/10.1300/J194v03n02_03

- Baum, C. M., Christiansen, C. H., et Bass, J. D. (2015). The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) Model. Dans C. M. Baum, C. H. Christiansen et J. D. Bass (dir.), *Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being* (4^e éd., p. 49-55). Thorofare, NJ : Slack Incorporated.
- Béland, F., Zunzunegui, M. V., Alvarado, B., Otero, A., et Del Ser, T. (2005). Trajectories of cognitive decline and social relations. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50(6), 320-330. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.6.P320>
- Belgrave, M. (2011). The effect of a music therapy intergenerational program on children and older adults' intergenerational interactions, cross-age attitudes, and older adults' psychosocial well-being. *Journal of Music Therapy*, 48(4), 486-508. <https://doi.org/10.1093/jmt/48.4.486>
- Breck, B. M., Dennis, C. B., et Leedahl, S. N. (2018). Implementing reverse mentoring to address social isolation among older adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(5), 513-525. <http://doi.org/10.1080/01634372.2018.1448030>
- Bullock, R., et Janis, S. (1999). Seniors', volunteers', and families' perspectives of an intergenerational program in a rural community. *Educational Gerontology*, 25(3), 237-251.
- Canedo-García, A., García-Sánchez, J. N., et Pacheco-Sanz, D. I. (2017). A systematic review of the effectiveness of intergenerational programs. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01882>
- Carlson, M. C., Seeman, T., et Fried, L. P. (2000). Importance of generativity for healthy aging in older women. *Aging Clinical and Experimental Research*, 12(2), 132-140.
- Carlson, M. C., Saczynski, J. S., Rebok, G. W., Seeman, T., Glass, T. A., McGill, S., ... et Fried, L. P. (2008). Exploring the effects of an "everyday" activity program on executive function and memory in older adults: Experience Corps. *The Gerontologist*, 48(6), 793-801.
- Chapman, N. J., et Neal, M. B. (1990). The effects of intergenerational experiences on adolescents and older adults. *The Gerontologist*, 30(6), 825-832.
- Chippendale, T., et Boltz, M. (2015). Living legends: Effectiveness of a program to enhance sense of purpose and meaning in life among community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 1-11. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.014894>
- Clyne, M., Cordella, M., Schüpbach, D., et Maher, B. (2013). Connecting younger second-language learners and older bilinguals: Interconnectedness and social inclusion. *International Journal of Multilingualism*, 10(4), 375-393. <https://doi.org/10.1080/14790718.2013.832120>
- Cordella, M., Radermacher, H., Huang, H., Browning, C. J., Baumgartner, R., De Soysa, T., et Feldman, S. (2012). Intergenerational and intercultural encounters: Connecting students and older people through language learning. *Journal of Intergenerational Relationships*, 10(1), 80-85. <https://doi.org/10.1080/15350770.2012.646536>
- Courtin, E., et Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Daudt, H. M., Van Mossel, C., et Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: A large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*, 13(48), 1-9. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/13/48>
- De Souza, E. M. (2003). Intergenerational interaction in health promotion: A qualitative study in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 463-469.
- De Souza, E. M. (2011). Intergenerational integration, social capital and health: A theoretical framework and results from a qualitative study. *Cien Saude Colet*, 16(3), 1733-1744. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300010>
- De Souza, E. M., et Grundy, E. (2007). Intergenerational interaction, social capital and health: Results from a randomised controlled trial in Brazil. *Social Science and Medicine*, 65(7), 1397-1409. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.022>
- Eggers, S. J., et Hensley, B. H. (2004). Empowering spirituality and generativity through intergenerational connections. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 17(1-2), 87-108. https://doi.org/10.1300/J496v17n01_05

- Engelhardt, H., Buber, I., Skirbekk, V., et Prskawetz, A. (2009). Social involvement, behavioural risks and cognitive functioning among older people. *Ageing and Society*, 30(5), 779-809. <https://doi.org/10.1017/S0144686X09990626>
- Escobar-Bravo, M. A., Puga-Gonzalez, D., et Martin-Baranera, M. (2012). Protective effects of social networks on disability among older adults in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.01.008>
- Fees, B. S., et Bradshaw, M. H. (2003). PATH across the generations: Older adults' perceptions on the value of intergenerational contact. *Care Management Journals*, 4(4), 209-215.
- Flora, P. K., et Faulkner, G. E. J. (2007). Physical activity: An innovative context for intergenerational programming. *Journal of Intergenerational Relationships*, 4(4), 63-74. https://doi.org/10.1300/J194v04n04_05
- Fried, L. P., Carlson, M. C., Freedman, M., Frick, K. D., Glass, T. A., Hill, J., ... et Zeger, S. (2004). A social model for health promotion for an aging population: Initial evidence on the Experience Corps model. *Journal of Urban Health*, 81(1), 64-78. <https://doi.org/10.1093/jurban/jth094>
- Friedman, B. M., et Godfrey, F. (2007). Intergenerational exercise addresses the public health issue of obesity. *Journal of Intergenerational Relationships*, 5(1), 79-94. https://doi.org/10.1300/J194v05n01_06
- Fujiwara, Y., Sakuma, N., Ohba, H., Nishi, M., Lee, S., Watanabe, N., ... et Shinkai, S. (2009). REPRINTS: Effects of an intergenerational health promotion program for older adults in Japan. *Journal of Intergenerational Relationships*, 7(1), 17-39.
- Gaggioli, A., Morganti, L., Bonfiglio, S., Scaratti, C., Cipresso, P., Serino, S., et Riva, G. (2014). Intergenerational group reminiscence: A potentially effective intervention to enhance elderly psychosocial wellbeing and to improve children's perception of aging. *Educational Gerontology*, 40(7), 486-498. <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.844042>
- Galbraith, B., Larkin, H., Moorhouse, A., et Oomen, T. (2015). Intergenerational programs for persons with dementia: A scoping review. *Journal of Gerontological Social Work*, 58(4), 357-378. <https://doi.org/10.1080/01634372.2015.1008166>
- Gamliel, T., et Gabay, N. (2014). Knowledge exchange, social interactions, and empowerment in an intergenerational technology program at school. *Educational Gerontology*, 40(8), 597-617. <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.863097>
- Gilmour, H. (2012). Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. *Health Reports*, 23(4), 23-32.
- Glass, T. A., De Leon, C. F., Bassuk, S. S., et Berkman, L. F. (2006). Social engagement and depressive symptoms in late life: Longitudinal findings. *Journal of Aging and Health*, 18(4), 604-628. <https://doi.org/10.1177/0898264306291017>
- Gouvernement du Canada. (2014). Rapport sur l'isolement social des aînés 2013-2014 du Conseil national des aînés. Récupéré de <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2014/isolement-social-aines.html>
- Grant, M. J., et Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Gruenewald, T. L., Tanner, E. K., Fried, L. P., Carlson, M. C., Xue, Q. L., Parisi, J. M., ... et Seeman, T. E. (2016). The Baltimore Experience Corps Trial: Enhancing generativity via intergenerational activity engagement in later life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 71(4), 661-670. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv005>
- Gualano, M. R., Voglino, G., Bert, F., Thomas, R., Camussi, E., et Siliquini, R. (2018). The impact of intergenerational programs on children and older adults: A review. *International Psychogeriatrics*, 30(4), 451-468.
- Halpin, S. N., Dillard, R. L., Idler, E., Clevenger, C., Rothschild, E., Blanton, S., ... et Flacker, J. M. (2017). The benefits of being a senior mentor: Cultivating resilience through the mentorship of health

- professions students. *Gerontology and Geriatrics Education*, 38(3), 283-294. <http://doi.org/10.1080/02701960.2015.1079707>
- Hammell, K. W. (2009). Self-care, productivity and leisure or dimensions of occupational experience? Rethinking occupational "categories". *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(2), 107-114. <https://doi.org/10.1177/000841740907600208>
- Hammond, C. (2004). Impacts of lifelong learning upon emotional resilience, psychological and mental health: Fieldwork evidence. *Oxford Review of Education*, 30, 551-568. <https://doi.org/10.1080/0305498042000303008>
- Hatton-Yeo, A. (2006). *Intergenerational practice: Active participation across the generations*. Stoke-on-Trent: Beth Johnson Foundation. Récupéré de <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.494.3377&rep=rep1&type=pdf>
- Hegeman, C. R., Roodin, P., Gilliland, K. A., et O'Flathabhain, K. B. (2010). Intergenerational service learning: linking three generations: concept, history, and outcome assessment. *Gerontology and Geriatrics Education*, 31(1), 37-54. <https://doi.org/10.1080/02701960903584418>
- Hernandez, C. R., et Gonzalez, M. Z. (2008). Effects of intergenerational interaction on aging. *Educational Gerontology*, 34(4), 292-305. <https://doi.org/10.1080/03601270701883908>
- Herrmann, D. S., Sipsas-Herrmann, A., Stafford, M., et Herrmann, N. C. (2005). Benefits and risks of intergenerational program participation by senior citizens. *Educational Gerontology*, 31(2), 123-138.
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., ... et Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *British Medical Journal*, 348, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., et Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Medicine*, 7(7), e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316
- Hong, S. I., et Morrow-Howell, N. (2010). Health outcomes of Experience Corps: A high-commitment volunteer program. *Social Science and Medicine*, 71(2), 414-420. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.009>
- Hsu, S., Rong, J., Lin, H., et Liu, C. Y. (2014). Effectiveness of intergenerational program in improving community seniors citizens' general health and happiness. *European Scientific Journal*, 10(12).
- Jarrott, S. E. (2011). Where have we been and where are we going? Content analysis of evaluation research of intergenerational programs. *Journal of Intergenerational Relationships*, 9(1), 37-52. <https://doi.org/10.1080/15350770.2011.544594>
- Jonsson, H. (2008). A new direction in the conceptualization and categorization of occupation. *Journal of Occupational Science*, 15(1), 3-8. <https://doi.org/10.1080/14427591.2008.9686601>
- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 157-168.
- Kamei, T., Itoi, W., Kajii, F., Kawakami, C., Hasegawa, M., et Sugimoto, T. (2011). Six month outcomes of an innovative weekly intergenerational day program with older adults and school-aged children in a Japanese urban community. *Japan Journal of Nursing Science*, 8(1), 95-107. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00164.x>
- Kinney, S., et Morrow-Howell, N. (2000). Perceived benefits of intergenerational tutoring. *Gerontology and Geriatrics Education*, 20(2), 3-17. https://doi.org/10.1300/J021v20n02_02
- Knight, T., Skouteris, H., Townsend, M., et Hooley, M. (2014). The act of giving: A systematic review of nonfamilial intergenerational interaction. *Journal of Intergenerational Relationships*, 12(3), 257-278. <https://doi.org/10.1080/15350770.2014.929913>
- Krause, N., et Shaw, B. A. (2003). Role-specific control, personal meaning and health in late life. *Research on Aging*, 25, 559-586. <https://doi.org/10.1177/0164027503256695>
- Krueger, K. R., Wilson, R. S., Kamenetsky, J. M., Barnes, L. L., Bienias, J. L., et Bennett, D. A. (2009). Social engagement and cognitive function in old age. *Experimental Aging Research*, 35(1), 45-60. <https://doi.org/10.1080/03610730802545028>

- Larkin, E., Sadler, S. E., et Mahler, J. (2005). Benefits of volunteering for older adults mentoring at-risk youth. *Journal of Gerontological Social Work, 44*(3-4), 23-37.
- Larose, S. (2012). La contribution du mentorat formel au développement des jeunes évoluant dans des contextes de risque psychosociaux. Dans G. M. Tarabulsy et N. Provost (dir.), *Développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent* (p. 239-263). Ste-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., et Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 63*(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Levac, D., Colquhoun, H., et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science, 5*(1), 69.
- 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 and Medicine, 71*(12), 2141-2149. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>
- Ligon, M., Welleford, E. A., Cotter, J. J., et Lam, M. (2012). Oral history: A pragmatic approach to improving life satisfaction of elders. *Journal of Intergenerational Relationships, 10*(2), 147-159. <https://doi.org/10.1080/15350770.2012.673974>
- Lou, V. W., et Dai, A. A. (2017). A review of nonfamilial intergenerational programs on changing age stereotypes and well-being in East Asia. *Journal of Intergenerational Relationships, 15*(2), 143-158.
- Lowenthal, B., et Egan, R. (1991). Senior citizen volunteers in a university day-care center. *Educational Gerontology, 17*(1), 363-378.
- Lum, T. Y., et Lightfoot, E. (2005). The effects of volunteering on the physical and mental health of older people. *Research on Aging, 27*(1), 31-55. <https://doi.org/10.1177/0164027504271349>
- Meshel, D. S., et McGlynn, R. P. (2004). Intergenerational contact, attitudes, and stereotypes of adolescents and older people. *Educational Gerontology, 30*(6), 457-479.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., et Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3^e éd.). Los Angeles : SAGE Publications.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., et Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine, 151*(4), 264-269. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Moll, S. E., Gewurtz, R. E., Krupa, T. M., Law, M. C., Larivière, N., et Levasseur, M. (2015). "Do-Live-Well": A Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 82*(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/0008417414545981>
- Murayama, Y., Ohba, H., Yasunaga, M., Nonaka, K., Takeuchi, R., Nishi, M., ... et Fujiwara, Y. (2015). The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults. *Aging and Mental Health, 19*(4), 306-314. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.933309>
- Narushima, M., Liu, J., et Diestelkamp, N. (2018). Lifelong learning in active ageing discourse: Its conserving effect on wellbeing, health and vulnerability. *Ageing & Society, 38*(4), 651-675. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001136>
- Newman, S., et Riess, J. (1992). Older workers in intergenerational child care. *Journal of Gerontological Social Work, 19*(2), 45-66. https://doi.org/10.1300/J083v19n02_04
- Newman, S., Karip, E., et Faux, R. B. (1995). Everyday memory function of older adults: The impact of intergenerational school volunteer programs. *Educational Gerontology, 21*(6), 569-580. <https://doi.org/10.1080/0360127950210603>
- Nicholson, N. R. (2012). A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *The Journal of Primary Prevention, 33*(2), 137-152. <https://doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2>
- Park, A. L. (2014a). Do intergenerational activities do any good for older adults well-being? A brief review. *Journal of Gerontology and Geriatric Research, 3*(5), 181.
- Park, A. L. (2014b). The impacts of intergenerational programmes on the physical health of older adults. *Journal of Aging Science, 2*(3), 1-5.

- Park, A. L. (2015). The effects of intergenerational programmes on children and young people. *International Journal of School and Cognitive Psychology*, 2(1), 1-5. <https://doi.org/10.4172/1234-3425.1000118>
- Polatajko, H. J., Townsend, E. A., et Craik, J. (2013). Canadian model of occupational performance and engagement. Dans E. A. Townsend, E. A. et H. J. Polatajko (dir.), *Enabling occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, and Justice through Occupation* (2^e éd., p. 23-36). Ottawa, ON : Canadian Association of Occupational Therapists.
- Pressman, S. D., Matthews, K. A., Cohen, S., Martire, L. M., Scheier, M., Baum, A., et Schulz, R. (2009). Association of enjoyable leisure activities with psychological and physical well-being. *Psychosomatic Medicine*, 71(7), 725. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181ad7978>
- Rachasrimuang, S., Kuhirunyaratn, P., et Bumrerraj, S. (2018). Effectiveness of a home visit programme by youth volunteers on health-related quality of life and depression among elderly persons: Results from a cluster randomized controlled trial in rural Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 101(5 Supplement 5), S189-S195.
- Reisig, C. N., et Fees, B. S. (2006). Older adults' perceptions of well-being after intergenerational experiences with youth. *Journal of Intergenerational Relationships*, 4(4), 7-22. https://doi.org/10.1300/J194v04n04_02
- Sakurai, R., Ishii, K., Sakuma, N., Yasunaga, M., Suzuki, H., Murayama, Y., ... et Fujiwara, Y. (2018). Preventive effects of an intergenerational program on age-related hippocampal atrophy in older adults: The REPRINTS study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(2), e264-e272. <https://doi.org/10.1002/gps.4785>
- Sakurai, R., Yasunaga, M., Murayama, Y., Ohba, H., Nonaka, K., Suzuki, H., ... et Fujiwara, Y. (2016). Long-term effects of an intergenerational program on functional capacity in older adults: Results from a seven-year follow-up of the REPRINTS study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.12.005>
- Sanders, M. J., O'Sullivan, B., DeBurra, K., et Fedner, A. (2013). Computer training for seniors: An academic-community partnership. *Educational Gerontology*, 39(3), 179-193. <https://doi.org/10.1080/03601277.2012.700816>
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., et Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175(1), 53-65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049>
- Schwarzbach, M., Luppá, M., Forstmeier, S., König, H. H., et Riedel-Heller, S. G. (2014). Social relations and depression in late life : A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 1-21. <https://doi.org/10.1002/gps.3971>
- Smith, J. M. (2012). Toward a better understanding of loneliness in community-dwelling older adults. *Journal of Psychology*, 146(3), 293-311. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.602132>
- Springate, I., Atkinson, M., et Martin, K. (2008). *Intergenerational practice: A review of the literature* (LGA Research Report F/SR262). Slough, Berkshire, UK : National Foundation for Educational Research. Récupéré de <https://www.nfer.ac.uk/publications/LIG01/LIG01.pdf>
- Statistique Canada. (2008-2009). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé*. Ottawa, ON :Gouvernement du Canada.
- Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., et Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(15), 5797-5801.
- Tang, F. (2009). Late-life volunteering and trajectories of physical health. *Journal of Applied Gerontology*, 28(4), 524-533. <https://doi.org/10.1177/0733464808327454>
- Teater, B. (2016). Intergenerational programs to promote active aging: The experiences and perspectives of older adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 40(1), 1-19. <https://doi.org/10.1080/01924788.2016.1127041>
- Weintraub, A. P. C., et Killian, T. S. (2007). Intergenerational programming: Older persons' perceptions of its impact. *Journal of Applied Gerontology*, 26(4), 370-384. <https://doi.org/10.1177/0733464807302671>

- Weintraub, A. P. C., et Killian, T. S. (2009). Perceptions of the impact of intergenerational programming on the physical well-being of participants in adult day services. *Journal of Intergenerational Relationships*, 7(4), 355-370. <https://doi.org/10.1080/15350770903285312>
- Wilson, N. J., Cordier, R., et Whatley, L. W. (2013). Older male mentors' perceptions of a men's shed intergenerational mentoring program. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(6), 416-426. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12090>
- Wong, P. T. (1989). Personal meaning and successful aging. *Canadian Psychology*, 30, 516-525. <https://doi.org/10.1037/h0079829>
- Xu, X., Li, J., Pham, T. P., Salmon, C. T., et Theng, Y. L. (2016). Improving psychosocial well-being of older adults through exergaming: The moderation effects of intergenerational communication and age cohorts. *Games for Health Journal*, 5(6), 389-397. <https://doi.org/10.1089/g4h.2016.0060>
- Young, T. L., et Janke, M. C. (2013). Perceived benefits and concerns of older adults in a community intergenerational program: Does race matter? *Activities, Adaptation & Aging*, 37(2), 121-140. <https://doi.org/10.1080/01924788.2013.784852>
- Zhang, Z., et Zhang, J. (2015). Social participation and subjective well-being among retirees in China. *Social Indicators Research*, 123(1), 143-160. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0728-1>



ASSURER LA VALIDITÉ DE CONTENU LORS DU DÉVELOPPEMENT D'UN OUTIL D'ÉVALUATION : SOUTENIR L'ERGOTHÉRAPEUTE PAS À PAS

Marjorie Désormeaux-Moreau¹, Godefroy Naud-Lepage², Marie-Josée Drolet³

¹ Ergothérapeute, PhD, professeure à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke, Canada

² BSc Kin, étudiant en ergothérapie à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke, Canada

³ Ergothérapeute, PhD, professeure au Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), Canada

Adresse de contact : marjorie.desormeaux-moreau@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.v6n2.178

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



INTRODUCTION

Pour cerner la problématique occupationnelle vécue par les personnes avec lesquelles il travaille, l'ergothérapeute utilise divers outils ou batteries d'évaluation. Ce faisant, il cherche à mieux comprendre les barrières à leur engagement, leur participation ou leur rendement occupationnels, lesquelles peuvent être liées aux caractéristiques de la personne, de l'occupation ou de l'environnement au sein duquel celle-ci évolue (Christiansen et Baum, 2005). Au moment de sélectionner et d'utiliser un outil d'évaluation, l'ergothérapeute doit s'assurer : 1) que l'outil a été élaboré pour évaluer ce qu'il souhaite mesurer et 2) qu'il a été validé auprès de personnes ayant des caractéristiques comparables à celles des clients avec lesquels il prévoit l'utiliser (Laveault et Grégoire, 2002 ; Streiner, Norman et Cairney, 2014), et ce, pour être en mesure de recueillir de l'information à la fois pertinente par rapport à sa démarche clinique et valide sur le plan scientifique (Law, Baum et Dunn, 2005). Or, nombreuses sont les situations vécues en pratique où aucun outil d'évaluation n'existe pour évaluer ce que l'ergothérapeute souhaite circonscrire, comprendre ou mesurer.

Cet article méthodologique a pour but de soutenir tout ergothérapeute qui souhaite développer un nouvel outil d'évaluation et le valider, qu'il soit clinicien, enseignant, chercheur ou gestionnaire. Rappelons néanmoins qu'il convient de réaliser une recension des écrits scientifiques et professionnels avant de procéder à l'élaboration d'un nouvel outil, de manière à s'assurer qu'il n'existe réellement aucun outil d'évaluation pouvant répondre au besoin rencontré. Une fois cela confirmé, la première étape du développement d'un nouvel outil sera de procéder à la validation dite de contenu, laquelle, lorsqu'elle est adéquatement réalisée, assure qu'un outil permet de recueillir une information adéquate et complète de l'attribut ou du phénomène à documenter ou à évaluer (Corbière et Fraccaroli, 2014 ; Streiner, Norman et Cairney, 2014). Un tel procédé permet de s'attarder à la cohérence entre ce concept ou ce phénomène et les connaissances sous-jacentes, de façon à ce que la formulation des énoncés, des consignes, des échelles et des choix de réponse soit adéquate, c'est-à-dire à la fois claire, représentative et exhaustive (Corbière et Fraccaroli, 2014 ; Trochim, 2006). Or, la validation de contenu est parfois négligée lors du développement d'outils, certains considérant qu'il s'agit d'un procédé limité, voire biaisé, du fait qu'il repose sur l'avis d'experts (Rubio *et al.*, 2003 ; Trochim, 2006). S'il demeure subjectif (Laveault et Grégoire, 2002 ; Rubio *et al.*, 2003), il n'est toutefois ni inutile, ni non approprié et une validation de contenu qui s'appuie sur une démarche systématique et rigoureuse permettra de dégager des constats solides (Laveault et Grégoire, 2002 ; Trochim, 2006).

Importance scientifique et clinique de la validation de contenu

Pour les chercheurs, le fait de négliger la validation de contenu d'un outil peut s'accompagner d'importantes conséquences négatives sur le plan méthodologique. S'engager dans l'évaluation des propriétés métriques d'un outil, sans avoir préalablement et formellement procédé à sa validation de contenu, est susceptible de mener à des résultats faussés relatifs aux autres formes de validité, mais également de fidélité (Rubio *et al.*, 2003).

Les chercheurs devront donc consacrer beaucoup de temps et de ressources à réviser ainsi qu'à tester un outil qui, dans les faits, n'évalue tout simplement pas de façon adéquate et complète le concept ou le phénomène ciblé (Stone-Romero, 1994). Pour les cliniciens, l'utilisation d'un tel outil pourrait conduire à des interprétations douteuses, et ce, même si les autres indices de validité sont par ailleurs satisfaisants (Haynes, Richard et Kubany, 1995). Elle pourrait ainsi être susceptible de nuire à la démarche ergothérapique, par la mise en place d'interventions qui pourraient s'avérer non optimales et non alignées avec les réels besoins occupationnels de la personne. Plus encore, elle pourrait entraîner des préjudices importants, comme dans les cas où l'on conclurait à tort sur l'incapacité d'une personne à prendre soin d'elle-même, à vivre seule à domicile, à conduire de façon sécuritaire un véhicule routier ou à réintégrer un emploi antérieur.

Validation de contenu d'outils d'évaluation en ergothérapie

Comme l'a mis en évidence une recension des écrits (voir l'annexe 1), peu d'articles portant sur l'élaboration d'outils ergothérapiques décrivent le processus de validation de contenu suivi par leurs concepteurs. Ceux qui le font ne s'y attardent généralement que de façon superficielle, sans préciser les construits sous-jacents à la validation de contenu, ou encore le cadre méthodologique utilisé. La méthode employée est elle-même rarement décrite et, souvent, les auteurs ne font qu'affirmer que l'outil est valide, sans même rapporter leurs résultats. Les articles scientifiques portant sur le développement d'outils d'évaluation en ergothérapie ne sont d'ailleurs pas les seuls à rarement décrire leur processus de validation de contenu ; c'est notamment également le cas en psychologie (Colquitt, Sabey, Rodell et Hill, 2019).

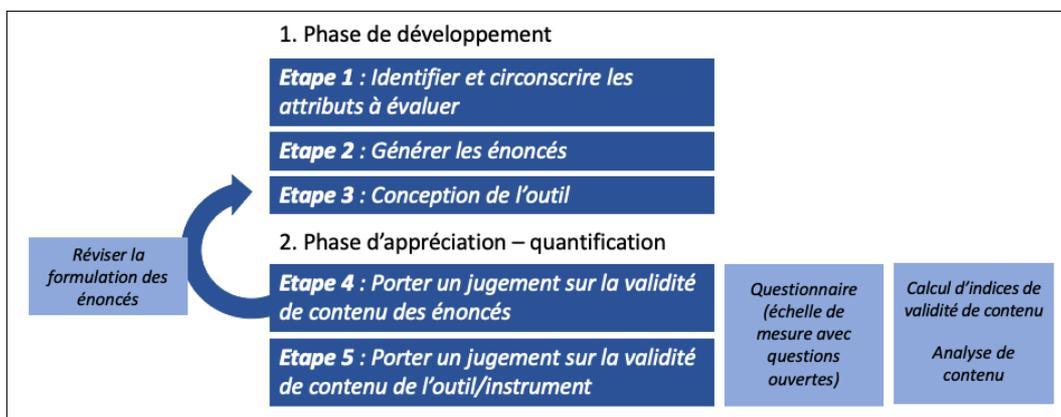
Bien que la validation de contenu soit requise pour le développement de tout outil d'évaluation, peu d'écrits se sont attardés à décrire les différentes étapes que comporte un tel processus. Aucun, à notre connaissance, ne l'a d'ailleurs fait en français. Cet article présente donc une procédure afin de pallier une lacune fréquente dans les démarches de conception d'outils d'évaluation et de guider, pas à pas, l'ergothérapeute voulant assurer la validité de contenu de l'outil qu'il souhaite créer, adapter ou réviser. Les étapes de cette procédure sont illustrées par une étude réalisée par les auteurs du présent article afin d'en faciliter la compréhension.

COMMENT PROCÉDER À LA VALIDATION DE CONTENU D'UN OUTIL D'ÉVALUATION ?

Diverses méthodes permettent de procéder à la validation de contenu d'un outil d'évaluation (pour un aperçu, voir notamment : Colquitt *et al.*, 2019 ; Rubio *et al.*, 2003). Recommandée par plusieurs auteurs du domaine de la santé et des services sociaux (voir notamment Polit et Beck, 2006 ; Polit, Beck et Owen, 2007 ; Rubio *et al.*, 2003 ; Streiner *et al.*, 2014 ; Yusoff, 2019), la méthode proposée par Lynn (1986) vise à déterminer et à quantifier la validité de contenu d'un outil d'évaluation suivant deux phases, soit : 1) la phase de développement et 2) la phase d'appréciation-quantification. Dans la *phase de développement*, les concepteurs de l'outil procèdent à une conceptualisation attentive et une analyse fine des attributs du concept ou du phénomène à documenter ou à

évaluer sur la base des connaissances disponibles sur le sujet, et ce, avant même de générer des énoncés. Dans la *phase d'appréciation-quantification*, ils évaluent la pertinence de l'outil, par l'entremise de la consultation d'experts. Ces deux phases (développement et appréciation-quantification) gagnent à s'inscrire dans une séquence qui comporte un aspect itératif, de façon à ce que les données issues de la phase d'appréciation-quantification (appréciation de la validité de contenu) permettent d'alimenter l'élaboration de l'outil (développement ; voir la figure 1). En ce sens, et conformément aux écrits sur le sujet, il n'est pas rare que plus d'un cycle de consultation d'experts s'avère nécessaire pour en arriver à une version satisfaisante de l'outil (Lynn, 1986 ; Polit *et al.*, 2007). Bien que, pour des fins de contextualisation, le présent article introduise et illustre brièvement la phase de développement de la démarche de validation de contenu proposée par Lynn, les paragraphes qui suivent mettent plutôt l'accent sur la phase d'appréciation-quantification.

Figure 1 : Processus de validation de contenu d'un outil d'évaluation, inspiré de la méthode proposée par Lynn (1986)



Validation de contenu : phase de développement de l'outil

Suivant la méthode proposée par Lynn (1986), la phase de développement du processus de validation de contenu impliquera d'abord d'identifier et de circonscrire les attributs à évaluer (étape 1), ce qui suppose de s'attarder à la définition ainsi qu'à la conceptualisation des concepts ou phénomènes que l'outil prétend documenter ou évaluer. Pour ce faire, une recension des écrits scientifiques et des modèles sous-jacents aux outils qui existent déjà dans le domaine (ou un domaine analogue) sera nécessaire. Les résultats qui s'en dégageront alimenteront les étapes suivantes, qui impliqueront de générer des énoncés (étape 2) et de concevoir l'outil (étape 3). Pour illustrer la méthode proposée par Lynn, l'encadré 1 présente une synthèse des étapes de l'adaptation transculturelle du *Répertoire québécois des valeurs liées à l'ergothérapie (RQVE)* vers le *Répertoire français des valeurs liées à l'ergothérapie (RFVE)* (voir Désormeaux-Moreau et Drolet, 2019b).

Encadré 1 : Synthèse du processus de validation de contenu

Étape 1 : Identifier et circonscrire les attributs des valeurs à documenter

Une recension des écrits et une analyse de documents (voir Annexe 1) ont d'abord été réalisées pour repérer les valeurs phares de la profession d'ergothérapeute. Onze bases de données couramment utilisées en santé et en philosophie ont été consultées, en employant une combinaison des mots-clés. Au total, 52 documents ont été analysés suivant la méthode herméneutique (Drolet, 2014). Des entrevues individuelles semi-structurées ont ensuite été menées pour repérer les valeurs de l'ergothérapie, telles que perçues par 26 ergothérapeutes francophones canadiens. Les données ainsi recueillies ont fait l'objet d'analyses herméneutiques et 16 valeurs ont ainsi été dégagées du discours des ergothérapeutes consultés, lesquelles se sont avérées cohérentes avec celles préalablement identifiées dans les écrits (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2016).

Étape 2 : Générer les énoncés, c'est-à-dire les énoncés de valeurs

Conformément au fait qu'il s'agissait de réaliser une adaptation transculturelle d'un outil déjà existant, les énoncés qui ont été inclus dans la version préliminaire du RFVE ont été tirés du RQVE (Désormeaux-Moreau et Drolet, 2019a).

Étape 3 : Développement de l'outil

Le RFVE a été conçu pour documenter l'importance accordée par les ergothérapeutes ou encore les étudiants en ergothérapie de France aux valeurs liées à la profession. La version préliminaire du RFVE se présentait sous la forme d'une série de valeurs (n = 33), suivies de leur définition respective, dont l'importance pouvait être évaluée sur la base d'une échelle de Likert à sept niveaux (1 = très peu importante ; 7 = extrêmement importante).

Validation de contenu : phase d'appréciation – quantification de l'outil

Suivant la méthode proposée par Lynn (1986), la validation de contenu se poursuit via l'évaluation de la pertinence de l'outil, et ce, par l'entremise de la consultation d'experts. Ceux-ci auront plus spécifiquement à porter un jugement sur la validité de contenu de chacun des énoncés ainsi que sur la validité de contenu de l'outil dans sa totalité. Les paragraphes qui suivent visent à guider le lecteur intéressé à mener un processus de validation de contenu, en décrivant comment : a) préparer un formulaire de validation de contenu ; b) former un panel d'experts ; c) porter un jugement sur la validité de contenu d'une première version de l'outil ; d) réviser au besoin l'outil ; et e) porter un jugement sur la validité de contenu sur la version révisée.

Préparer un formulaire de validation de contenu

Le formulaire comprendra des instructions détaillées quant à la façon de procéder à la validation de contenu, de manière à ce que les experts sollicités aient une compréhension juste de la tâche à réaliser (Lynn, 1986 ; Rubio *et al.*, 2003 ; Yusoff, 2019), mais aussi concernant les concepts ou phénomènes que l'outil prétend documenter ou évaluer (Lynn, 1986). Comme l'ont suggéré Rubio et ses collaborateurs (Rubio *et al.*, 2003) et l'a confirmé notre propre expérience, il est pertinent d'inviter les experts à se prononcer sur trois volets, soit : 1) la représentativité des énoncés ; 2) la clarté des énoncés, et 3) l'exhaustivité de l'outil. L'utilisation d'une échelle ordinale à quatre niveaux est recommandée pour l'évaluation de la représentativité et de la clarté des énoncés (Lynn, 1986 ; Polit et Beck, 2006 ; Rubio *et al.*, 2003), celle-ci permettant d'éviter les cotes neutres ou ambivalentes (Lynn, 1986). Les experts sont également invités à fournir des commentaires constructifs relativement à la manière d'ordonner les énoncés de l'outil (Rubio *et al.*, 2003 ; Yusoff, 2019) et un espace sera prévu à cette fin dans le formulaire pour chaque énoncé (Rubio *et al.*, 2003).

Une rétroaction qualitative sera également sollicitée pour permettre aux experts de se prononcer sur l'exhaustivité de l'outil dans son ensemble et, le cas échéant, de recommander la suppression ou encore l'ajout d'énoncés alternatifs. Les figures 2 et 3 donnent respectivement un exemple de consignes à transmettre aux experts pour les guider dans le processus de validation de contenu et un exemple de formulaire à leur soumettre pour quantifier leur appréciation des énoncés.

Figure 2 : Exemple de consignes transmises pour soutenir les experts consultés dans le processus de validation de contenu du Répertoire français des valeurs liées à l'ergothérapie (Clarté/Représentativité/Exhaustivité)

Consignes : Afin de procéder à la validation de contenu du Répertoire français des valeurs liées à la profession d'ergothérapeute, veuillez :

- Apprécier la clarté de chacun des énoncés de valeur, ce qui renvoie à la façon dont les définitions sont formulées. Une appréciation linguistique, sur une échelle de 1 à 4, est souhaitée. Si vous attribuez une cote de 1, 2 ou 3, veuillez s'il vous plaît expliquer.
- Apprécier la représentativité de chacun des énoncés de valeur, ce qui renvoie à l'essence théorique de la valeur en question. Une appréciation conceptuelle, sur une échelle de 1 à 4, est souhaitée. Si vous attribuez une cote de 1, 2 ou 3, veuillez s'il-vous-plaît expliquer. Il serait également apprécié, le cas échéant, que vous exposiez les résultats probants qui appuient votre opinion d'expert.
* Mentionnons qu'un énoncé est représentatif lorsque la définition proposée caractérise adéquatement les attributs essentiels de la valeur à laquelle celui-ci réfère.
- Apprécier l'exhaustivité du répertoire, c'est-à-dire déterminer si le répertoire liste l'ensemble des valeurs phares de la profession d'ergothérapeute.

Clarté	Représentativité	Exhaustivité
1 = Énoncé pas clair	1 = Énoncé pas représentatif	Ajouter/supprimer des valeurs au répertoire
2 = Énoncé nécessitant des révisions majeures pour être clair	2 = Énoncé nécessitant des révisions majeures pour être représentatif	
3 = Énoncé nécessitant des révisions mineures pour être clair	3 = Énoncé nécessitant des révisions mineures pour être représentatif	
4 = Énoncé clair	4 = Énoncé représentatif	

Former un panel d'experts

Les experts à solliciter dans le cadre du processus de validation de contenu d'un outil doivent posséder une profonde connaissance du concept ou du phénomène à l'étude, laquelle pourra s'inscrire dans un savoir scientifique (c.-à-d. acquis par l'entremise d'une implication en recherche) (Baker, Lovell et Harris, 2006 ; Grant et Davis, 1997 ; Petry, Maes et Vlaskamp, 2007), professionnel (c.-à-d. acquis par la pratique clinique) (Baker *et al.*, 2006 ; Grant et Davis, 1997 ; Petry *et al.*, 2007) ou expérientiel (c.-à-d. acquis sur la base de l'expérience personnelle, comme c'est le cas notamment pour les utilisateurs de services ou les aidants) (Mullen, 2003 ; Petry *et al.*, 2007). La sélection des experts se fait généralement par choix raisonné, c'est-à-dire qu'ils sont choisis de façon intentionnelle, sur la base d'une expertise avérée (scientifique, professionnelle ou expérientielle) en lien avec le concept ou le phénomène à l'étude (Lavrakas, 2008).

Figure 3 : Exemple d'un formulaire de validation de contenu, inspiré du formulaire électronique utilisé dans le cadre du processus de validation de contenu du Répertoire français des valeurs liées à l'ergothérapie

REPertoire FRANÇAIS DES VALEURS LIEES A LA PROFESSION D'ERGOTHERAPEUTE		
Définition du construit à apprécier : les valeurs sont des concepts abstraits de nature évaluative qui agissent tels des idéaux (Drolet, 2014)		
Valeurs	Représentativité	Clarté
Adaptabilité : la faculté de l'ergothérapeute de s'ajuster aux personnes et aux environnements	1 – 2 – 3 – 4 Commentaires :	1 – 2 – 3 – 4 Commentaires :
...	1 – 2 – 3 – 4 Commentaires :	1 – 2 – 3 – 4 Commentaires :
Exhaustivité	Le Répertoire français des valeurs liées à la profession d'ergothérapeute est conçu pour documenter l'importance accordée par les ergothérapeutes aux différentes valeurs de la profession. Nous vous invitons maintenant à évaluer l'exhaustivité du questionnaire.	
Y a-t-il une ou des valeurs propres à l'ergothérapie que vous ne trouvez pas dans la liste précédente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? Veuillez, le cas échéant, la ou les nommer ainsi que la ou les définir.	Commentaires :	
Y a-t-il une ou des valeurs qui ne caractérisent pas l'ergothérapie dans la liste précédente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?	Commentaires :	

Comme on l'a mentionné plus haut, plusieurs cycles de consultation peuvent s'avérer nécessaires. À cet égard, il est recommandé de solliciter un plus grand panel d'experts (entre 8 et 12) pour un premier cycle de consultation et un plus petit (entre 3 et 5) pour les cycles subséquents (Polit et al., 2007). Il convient de préciser qu'une validation de contenu qui ne reposerait que sur deux experts serait non seulement statistiquement injustifiable, mais également soumise à un risque accru de conclure à tort à la validité de contenu des énoncés d'un outil d'évaluation (Lynn, 1986 ; Polit et Beck, 2006).

Porter un jugement sur la validité de contenu – 1^{er} cycle de consultation des experts

Nous recommandons à ceux qui souhaiteraient procéder à une validation de contenu de s'appuyer sur la méthode proposée par Lynn (1986), telle qu'adaptée par Polit et ses collaborateurs (Polit et Beck, 2006 ; Polit *et al.*, 2007). La section qui suit décrit plus en détail les étapes 4 et 5 évoquées dans la figure 1.

Reposant sur le calcul d'indices de validité de contenu (IVC), la méthode proposée par Lynn est particulièrement intéressante étant donné la facilité qui caractérise la quantification qu'elle propose de la validité de contenu, et ce, tant sur le plan du calcul que de l'interprétation, réduisant d'autant plus le risque d'erreurs (Polit *et al.*, 2007). Il s'agit, en fait, d'indices d'accord interjuges représentant le degré suivant lequel un outil repose sur un échantillon approprié d'énoncés pour le concept ou phénomène à documenter ou évaluer (Polit et Beck, 2006).

À la lumière de notre expérience, nous suggérons d'effectuer des calculs d'IVC, en plus de soumettre les commentaires qualitatifs formulés par les experts à des analyses thématiques de leurs propos, ces derniers permettant de mettre en contexte les résultats quantitatifs des IVC, en plus d'orienter les modifications à apporter à l'outil.

Calcul et interprétation des IVC – 1^{er} cycle de consultation

Comme le recommandent Polit et ses collaborateurs (2007), nous suggérons d'analyser les données quantitatives recueillies dans le cadre du premier cycle de consultation au moyen d'indices de validité de contenu pour chaque énoncé (IVC-É), lesquels représentent la proportion d'experts ayant attribué une cote de 3 ou de 4 à chacun des énoncés de l'outil (Polit et Beck, 2006). Puisque nous recommandons que les experts attribuent une cote de satisfaction quant à la clarté et à la représentativité de chaque énoncé, deux IVC-É seront donc obtenus pour chacun des énoncés : l'un pour la clarté et l'autre pour la représentativité.

Le calcul des IVC-É se fait plus concrètement en : 1) additionnant, pour chacun des énoncés, le nombre de cotes de 3 et de 4 qui ont été allouées, puis en 2) divisant la somme ainsi obtenue par le nombre total d'experts s'étant prononcés sur l'énoncé (Lynn, 1986 ; Rubio *et al.*, 2003). Cette façon de procéder conduit à une dichotomisation de l'échelle ordinale utilisée par les experts en énoncés « représentatifs/clairs » (pour les cotes de 3 et de 4) et énoncés « non représentatifs/non clairs » (pour les cotes de 1 et de 2) (Polit et Beck, 2006). À titre d'illustration, dans la figure 4, on peut observer que pour l'énoncé 1, les experts ont attribué des cotes de 2, 4, 4, 3, 4, 4, 4, 4 et 4. On retiendra que 8 experts ont jugé l'énoncé satisfaisant (cote 3 ou 4) sur un total de 9 experts ; et le calcul de l'IVC-É se fera donc comme suit : $8 \div 9 = 0,89$.

S'inspirant des travaux de Lynn (1986), Polit et ses collaborateurs (2007) suggèrent qu'un seuil d'acceptabilité de 0,78 soit utilisé pour juger de la représentativité ou de la clarté des énoncés, suivant la dimension évaluée. Les énoncés dont l'IVC-É est inférieur à ce seuil devraient être révisés et ceux ayant de très bas IVC-É devraient être supprimés (Polit et Beck, 2006). En effet, un IVC-É inférieur au seuil d'acceptabilité signifie qu'un accord interjuges suffisant n'a pas été atteint, ce qui reflétera parfois le fait que le construit sous-jacent n'avait pas été bien opérationnalisé. Un IVC-É inférieur au seuil d'acceptabilité peut également résulter de la transmission de consignes inadéquates aux experts ou de la participation d'experts manquant d'objectivité ou incohérents dans leur processus évaluatif, voire insuffisamment compétents (Polit *et al.*, 2007). Qui plus est, les IVC-É représentent, pour chacun des énoncés, la proportion d'accord entre les experts consultés. Or, l'accord mesuré pourrait s'avérer exagéré, simplement du fait du hasard (Lynn, 1986 ; Polit et Beck, 2006). Pour pallier cette possibilité, Lynn (1986) a développé des seuils d'acceptabilité qui, largement cités, tiennent compte de l'erreur type relative à la proportion d'experts (Lynn, 1986). Poussant plus loin la réflexion et revoyant les calculs initiaux de Lynn, Polit et ses collaborateurs (2007) se sont, quant à eux, intéressés à la probabilité qu'un accord ou un désaccord soit observé par hasard entre les experts.

Figure 4 : Quantification de validité de contenu de 10 énoncés par 9 experts

Énoncés	Experts									Nombre d'experts jugeant l'énoncé satisfaisant ^a	IVC-É ^b
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Énoncé 1	2	4	4	3	4	4	4	4	4	8	$8 \div 9 = 0,89$
Énoncé 2	3	3	3	4	4	4	4	3	3	9	$9 \div 9 = 1$
Énoncé 3	3	4	4	4	4	4	4	1	4	8	$8 \div 9 = 0,89$
Énoncé 4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	9	$9 \div 9 = 1$
Énoncé 5	3	2	4	4	4	4	4	4	3	8	$8 \div 9 = 0,89$
Énoncé 6	4	3	4	4	4	4	4	4	4	9	$9 \div 9 = 1$
Énoncé 7	3	3	4	4	4	4	4	3	4	9	$9 \div 9 = 1$
Énoncé 8	1	2	3	4	4	4	4	2	3	6	$6 \div 9 = 0,67$
Énoncé 9	3	3	3	2	4	4	4	1	4	7	$7 \div 9 = 0,78$
Énoncé 10	2	3	4	3	4	4	4	4	4	8	$8 \div 9 = 0,89$
IVC-É moyen	$= (0,89 + 1 + 0,89 + 1 + 0,89 + 1 + 1 + 0,67 + 0,78 + 0,89) \div 10 = 0,90$										
Proportion d'énoncés jugés satisfaisants par l'expert^c	0,7	0,8	1	0,9	1	1	1	0,7	1	Moyenne des proportions	$= 0,9$

^a Un énoncé est jugé satisfaisant lorsqu'il s'est vu attribuer une cote de 3 ou de 4

^b Indices de validité de contenu pour chaque énoncé (IVC-É)

^c Nombre d'énoncés auxquels un expert a attribué une cote de 3 ou de 4, divisé par le nombre total d'énoncés évalués.

Ratio de satisfaction par expert

Conformément aux recommandations de Polit et ses collaborateurs (2007), nous suggérons d'établir la proportion des énoncés jugés satisfaisants pour chacun des évaluateurs. Pour ce faire, il s'agit de dénombrer les énoncés jugés satisfaisants par un même expert, puis de diviser la somme obtenue par le nombre d'énoncés évalués. À titre d'illustration, à la figure 4, on peut observer que l'expert 1 a attribué des cotes de 2, 3, 3, 4, 3, 4, 3, 1, 3 et 2. On retiendra que sept énoncés ont été jugés satisfaisants par cet expert (cote 3 ou 4), sur un total de 10 énoncés, et le calcul de l'IVC-É se fera donc comme suit : $7 \div 10 = 0,7$.

La proportion des énoncés jugés satisfaisants par chacun des experts consultés pourra permettre d'orienter le choix des experts à solliciter pour un cycle ultérieur de consultation, selon la pertinence et l'utilité de la rétroaction qualitative fournie. De fait, il est suggéré d'utiliser l'information issue du premier cycle de consultation pour sélectionner les experts à inviter lors d'un second cycle, et ce, afin de ne solliciter ni les experts qui se sont montrés complaisants (et ont attribué des cotes de 4 à tous les énoncés), ni ceux qui se sont montrés tendancieux ou incohérents dans leur appréciation des énoncés, ni ceux qui ont fourni des commentaires incompatibles avec ceux de la plupart des autres experts (Polit *et al.*, 2007).

Analyse thématique de contenu

Comme nous l'avons proposé dans l'adaptation transculturelle du *Répertoire québécois des valeurs liées à l'ergothérapie (RQVE)* (Désormeaux-Moreau et Drolet, 2019a), nous suggérons de soumettre les commentaires apportés par les experts à une analyse de contenu. De façon cohérente avec les visées du processus de validation de contenu, cette analyse pourra se faire de façon déductive, au moyen d'une grille de codage composée de thèmes prédéterminés (c.-à-d. Exhaustivité – ajout ; Exhaustivité – suppression ; Représentativité ; Clarté), lesquels pourront être raffinés de façon inductive, à la lumière des données recueillies.

Réviser au besoin l'outil

Deux phases de validation, voire davantage, peuvent s'avérer nécessaires pour réviser les énoncés qui auraient obtenu des IVC-É inférieurs au seuil d'acceptabilité prescrit ou pour réviser l'outil qui n'aurait pas été jugé suffisamment exhaustif. Ces révisions gagneront à s'inspirer des commentaires qualitatifs fournis par les experts. Une version révisée de l'outil pourra ensuite être de nouveau soumise à un panel d'experts, pour un second cycle de consultation.

Porter un jugement sur la validité de contenu – 2^e cycle de consultation des experts

Lors de la seconde phase (et si nécessaire, des phases subséquentes), des IVC-É sont de nouveau calculés. À l'instar de Polit et ses collaborateurs (2007), nous suggérons également de calculer les IVC-É moyens (Polit et Beck, 2006), à la fois pour la représentativité des énoncés et pour leur clarté. Un seuil d'acceptabilité de 0,9 pourra être utilisé pour juger de la représentativité ou de la clarté des énoncés, suivant la dimension évaluée (Lynn, 1986 ; Polit et Beck, 2006).

Pour terminer, l'encadré 2 illustre la phase d'appréciation-quantification du *Répertoire français des valeurs liées à l'ergothérapie* (Naud-Lepage *et al.*, 2019), réalisée suivant la méthode proposée par Lynn (1986).

Encadré 2 : Phase d'appréciation-quantification de la démarche de validation de contenu

Étape préparatoire : Préparer un formulaire de validation de contenu

Un questionnaire électronique a été conçu à partir de LimeSurvey, un logiciel d'enquête statistique en accès libre (données archivées sur le serveur de l'Université de Sherbrooke). Le formulaire débutait par une brève présentation du RFVE ainsi que du concept de valeurs, dont il vise à documenter l'importance, suivie d'instructions relatives à la démarche de validation de contenu (voir la figure 3). Le formulaire comprenait également une section propre à la validation de contenu du RFVE et où les experts devaient :

- se prononcer sur la représentativité et la clarté des énoncés selon une échelle ordinale à quatre niveaux et fournir une justification pour les cotes inférieures à 4 ;
- se prononcer sur l'exhaustivité, en indiquant les valeurs qu'ils auraient souhaité ajouter ou retirer du répertoire.

Notez que les valeurs étaient présentées aux participants de façon aléatoire, pour éviter un biais d'ordre.

Étape préparatoire : Former un panel d'experts

Les experts recherchés devaient être ergothérapeutes et avoir : une expertise clinique ainsi qu'une vision critique, voire éthique, de la profession et de ses assises théoriques. Ils ont été recrutés au moyen d'un échantillonnage par choix raisonné.

Étapes 4 et 5 : Porter un jugement sur la validité de contenu

Deux cycles de consultation ont été menés dans le cadre de la validation de contenu du RFVE.

1^{er} cycle de consultation

Trente-trois (33) valeurs ont été soumises à 8 experts. La figure 5 ci-dessous synthétise les résultats issus du premier cycle de consultation, relatifs aux calculs d'IVC-É, aux ratios de satisfaction par expert et à l'analyse thématique du contenu de la rétroaction formulée par les experts. La figure 6 ci-dessous synthétise, quant à elle, le processus de révision des énoncés de la version préliminaire du RFVE.

Figure 5 : Résultats issus du premier cycle de consultation d'experts mené dans le cadre de la validation de contenu du RFVE

1^{er} cycle de consultation	
Validation de contenu – valeurs soumises	n = 33
<u>Calcul des IVC^a</u>	
Clarté	IVC-É ^b = [0,625 – 1,000]
Représentativité	IVC-É ^b = [0,500 – 1,000]
<u>Ratio de satisfaction par expert</u>	
Clarté	[0,667 – 1,000]
Représentativité	[0,455 – 1,000]
<u>Analyse thématique de contenu – valeurs ayant fait l'objet d'une rétroaction qualitative</u>	
Nature de la rétroaction (nombre de valeurs visées)	Exhaustivité – ajout (n = 13) Exhaustivité – suppression (n = 0) Modification (n = 31)

^a IVC : indice de validité de contenu

^b IVC-É : indice de la validité de contenu pour chaque énoncé.

Figure 6 : Modifications apportées dans le cadre de la révision de la version préliminaire du RFVE, et ce, conformément aux données recueillies dans le cadre du 1^{er} cycle de consultation

1^{er} cycle de consultation	
Valeurs ayant fait l'objet d'une rétroaction qualitative	n = 33
Valeurs ajoutées	n = 13 Adaptabilité, Appartenance, Approche centrée sur l'occupation, Approche humaniste, Bienveillance, Écoresponsabilité, Équilibre occupationnel, Équité, Esprit d'équipe, Humour, Interdépendance, Persévérance, Rigueur
Valeurs renommées	n = 3 Confiance → Alliance thérapeutique ; Empowerment → Autodétermination ; Approche centrée sur le patient → Approche centrée sur la personne
Valeurs reformulées	n = 33 Motif de la reformulation ^a Reformulation (+ générique) ; Reformulation conceptuelle ; Clarification du propos ; Précision linguistique ; Suggestion relative à la représentativité
Valeurs supprimées	n = 0

^a Les changements appliqués aux valeurs ne sont pas mutuellement exclusifs.

2^e cycle de consultation

Sur les 46 valeurs du RFVE, trente-huit (38) valeurs ont été soumises à 7 experts, soit ceux ayant formulé une rétroaction critique pertinente et non complaisante. La figure 7 ci-dessous synthétise les résultats issus du second cycle de consultation, relatifs aux calculs d'IVC-É, aux ratios de satisfaction par expert et à l'analyse thématique du contenu de la rétroaction formulée par les experts. La figure 8 ci-dessous synthétise, quant à elle, le processus de révision des énoncés de la version préliminaire du RFVE.

Figure 7 : Résultats issus du second cycle de consultation d'experts mené dans le cadre de la validation de contenu du RFVE

2 ^e cycle de consultation	
Validation de contenu – valeurs soumises	n = 46
<u>Calcul des IVC^a</u>	
Clarté	IVC-É ^b = [0,714 – 1,000] IVC-É moyen ^c = 0,94
Représentativité	IVC-É ^b = [0,714 – 1,000] IVC-É moyen ^c = 0,93
<hr/>	
Analyse thématique de contenu – valeurs ayant fait l'objet d'une rétroaction qualitative	n = 38
Nature de la rétroaction (nombre de valeurs visées)	Exhaustivité – ajout (n = 2) Exhaustivité – suppression (n = 2) Modification (n = 27)

^a IVC : indice de validité de contenu

^b IVC-É : indice de la validité de contenu pour chaque énoncé

^c IVC-É : moyenne des indices de validité de contenu obtenus pour chacun des énoncés.

Figure 8 : Modifications apportées dans le cadre de la révision de la version intermédiaire du RFVE, et ce, conformément aux données recueillies dans le cadre du 2^e cycle de consultation

2 ^e cycle de consultation	
Valeurs ayant fait l'objet d'une rétroaction qualitative	n = 38
<hr/>	
Valeurs ajoutées	n = 0
<hr/>	
Valeurs reformulées	n = 27
	Motif de la reformulation ^a Reformulation (+ générique) ; Reformulation conceptuelle ; Clarification du propos ; Précision linguistique ; Suggestion relative à la représentativité
<hr/>	
Valeurs supprimées	n = 4
	Appartenance, Bienveillance, Gaîté, Justice sociale

^a Les changements appliqués aux valeurs ne sont pas mutuellement exclusifs.

Version finale de Répertoire français des valeurs liées à l'ergothérapie

Le RFVE a été conçue pour documenter l'importance accordée par les ergothérapeutes ou encore les étudiants en ergothérapie de France aux valeurs liées à la profession. Il se présentait sous la forme d'une série de valeurs (n = 41), suivies de leur définition respective (Désormeaux-Moreau et Drolet, 2019b), dont l'importance pouvait être évaluée sur la base d'une échelle de Likert à sept niveaux (1 = très peu importante ; 7 = extrêmement importante).

CONCLUSION

Cet article méthodologique explique comment procéder à la validation de contenu d'un outil d'évaluation. La procédure, ici expliquée et illustrée par l'expérience de recherche des auteurs, contribue à pallier une lacune constatée dans les écrits francophones sur le sujet en ergothérapie. Il est souhaité que la démarche pas à pas proposée dans cet article puisse soutenir l'ergothérapeute désireux de s'assurer de la validité de contenu d'un nouvel outil d'évaluation ou d'un outil existant.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient chaleureusement les ergothérapeutes-experts consultés dans le cadre de la validation de contenu du *Répertoire français des valeurs liées à l'ergothérapie* (RFVE), processus utilisé pour illustrer la démarche présentée dans le présent article. Ils remercient aussi les réviseurs d'une version antérieure de cet article qui leur ont permis de préciser et clarifier leurs propos.

FINANCEMENTS

La Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke a offert un soutien financier qui a permis la réalisation du stage d'été en recherche dans lequel s'est inscrite la validation de contenu du RFVE.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Baker, J., Lovell, K., et Harris, N. (2006). How expert are the experts? An exploration of the concept of "expert" within Delphi panel techniques. *Nurse Researcher*, 14(1), 59-70.
<https://doi.org/10.7748/nr2006.10.14.1.59.c6010>
- Colquitt, J. A., Sabey, T. B., Rodell, J. B., et Hill, E. T. (2019). Content validation guidelines: Evaluation criteria for definitional correspondence and definitional distinctiveness. *Journal of Applied Psychology*, 104(10), 1243. <https://doi.org/10.1037/apl0000406>
- Corbière, M., et Fraccaroli, F. (2014). La conception, la validation, la traduction et l'adaptation transculturelle d'outils de mesure. Des exemples en santé mentale et travail. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- 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*, 86(1), 8-18.
<https://doi.org/10.1177/0008417418822486>
- Désormeaux-Moreau, M., Drolet, M.-J. (2019). Répertoire des valeurs professionnelles des ergothérapeutes de France. https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=2529&owa_no_fiche=17&owa_bottin=#_ftn1
- Drolet, M.-J. (2014). The axiological ontology of occupational therapy: A philosophical analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 2-10.
<https://doi.org/10.3109/11038128.2013.831118>
- Drolet, M.-J., et Désormeaux-Moreau, M. (2016). The values of occupational therapy: Perceptions of occupational therapists in Quebec. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 272-285.
<http://dx.doi.org/10.3109/11038128.2015.1082623>
- Grant, J. S., et Davis, L. L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, 20(3), 269-274. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199706\)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g)
- Haynes, S. N., Richard, D., et Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, 7(3), 238-247.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.238>
- Laveault, D., et Grégoire, J. (2002). Introduction aux théories des tests en psychologie et sciences de l'éducation (2^e éd.). Bruxelles : De Boeck.
- Lavrakas, P. (2008). Purposive sample. Dans Paul J. Lavrakas (dir.), *Encyclopedia of Survey Research Methods*. Thousand Oaks (CA) : Sage.
- Law, M., Baum, C. M., et Dunn, W. (2005). Occupational Performance Assessment. Dans C. H. Christiansen et C. M. Baum (dir.), *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-Being*. Thorofare (NJ) : Slack Incorporated.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- Mullen, P. M. (2003). Delphi: Myths and reality. *Journal of Health Organization and Management*, 17(1), 37-52. <https://doi.org/10.1108/14777260310469319>
- Naud-Lepage, G., Drolet, M.-J., et Désormeaux-Moreau, M. (2019). *Répertoire des valeurs associées à la profession d'ergothérapeute. Adaptation transculturelle et validation de contenu auprès d'experts français* (communication par affiche ; 9^e Colloque annuel de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec tenu le 26 septembre 2019 à Trois-Rivières).
- Petry, K., Maes, B., et Vlaskamp, C. (2007). Operationalizing quality of life for people with profound multiple disabilities: A Delphi study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(5), 334-349.
[doi:https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00882.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00882.x)
- Polit, D. F., et Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-497.
<https://doi.org/10.1002/nur.20147>

- Polit, D. F., Beck, C. T., et Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459-467. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, E. S., et Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27(2), 94-104. <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>
- Stone-Romero, E. F. (1994). Construct validity issues in organizational behavior research. Dans J. Greenberg (dir.), *Organizational Behavior: The State of the Science*. Mahwah (NJ) : Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., et Cairney, J. (2014). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. Oxford (R.-U.) : Oxford University Press.
- Trochim, W. M. K. (2006). Measurement Validity Types. <https://www.socialresearchmethods.net/kb/measval.php>
- Yusoff, M. S. B. (2019). ABC of content validation and content validity index calculation. *Education in Medicine Journal*, 11(2), 49-54. <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>

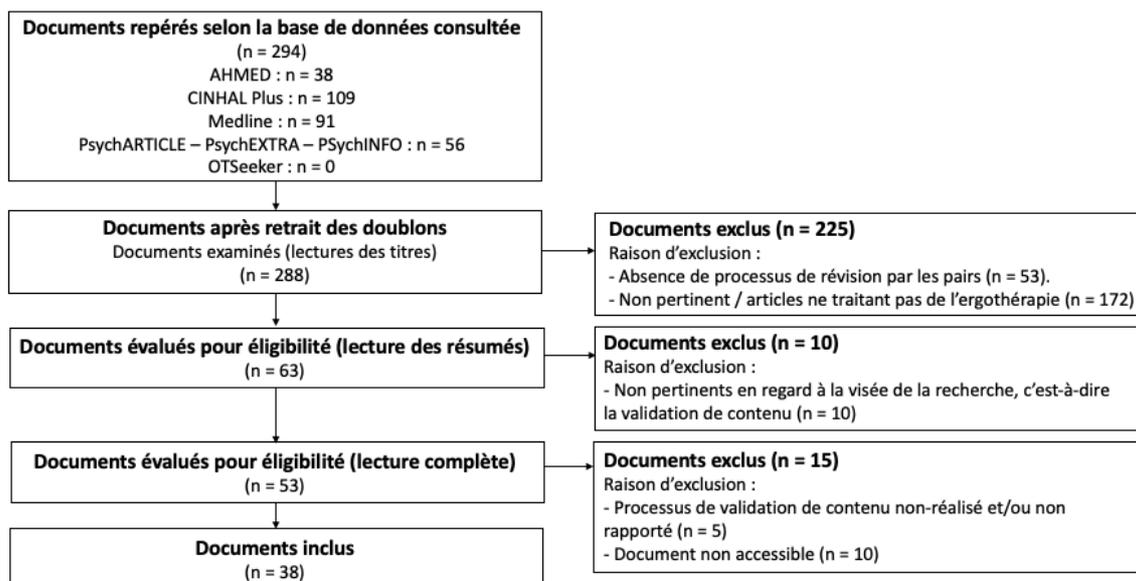
ANNEXE 1

But : Une recherche documentaire a été menée pour explorer de quelle manière la validité de contenu d'outils conçus par et pour des ergothérapeutes est évaluée.

Méthode : La recherche documentaire a été réalisée suivant les lignes directrices du Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Liberati *et al.*, 2009), sans toutefois avoir été enregistrée dans un registre. Celle-ci a été réalisée en août 2019 dans les bases de données suivantes : Amed, Cinahl, Medline, PsycArticle – PsychExtra – PsycInfo et OTSeeker. Les mots-clés « occupational therap* » OR « OT » ont été jumelés à « content validit* ». La recherche s'est limitée aux articles francophones et anglophones révisés par les pairs.

Résultats : Comme l'illustre la figure 9, un premier tri a d'abord permis d'exclure les articles sans processus de révision par les pairs ($n = 53$), ne traitant pas de l'ergothérapie ($n = 172$), ainsi que les doublons ($n = 6$) des 294 articles repérés au départ. Le survol des titres et des abrégés des 63 articles retenus a ensuite permis de juger de la pertinence des écrits restants, dont 10 ont été exclus. Les documents retenus ($n = 53$) ont ensuite été lus dans leur intégralité et ceux qui ne permettaient pas de répondre à la question de recherche documentaire ont été éliminés ($n = 15$). Un tableau d'extraction a permis de dégager : i) l'outil élaboré ; ii) la nature de la démarche de validation de contenu menée (c.-à-d. structurée et soutenue par une référence ou pas) ; iii) les concepts sous-jacents à la méthode employée (p. ex. clarté, pertinence, représentativité, exhaustivité) ; iv) les participants impliqués dans la validation de contenu ; v) les méthodes de collecte et d'analyse des données.

Figure 9 : Diagramme de flux rapportant le processus de sélection d'articles portant sur la validation de contenu d'outils d'évaluation conçus par et pour des ergothérapeutes



Ultimement, 38 documents ont été retenus (voir la figure 1). La majorité de ceux-ci rapportent les résultats d'études ayant fait l'évaluation d'une diversité de propriétés métriques (p. ex. validité de construit, fidélité interjuges, fidélité test-retest), mais peu rapportent les résultats d'un processus formel de validation de contenu. Lorsque c'est

le cas, celui-ci est souvent décrit de façon très sommaire. Ainsi, souvent les construits sous-jacents à la validation de contenu témoignent d'une confusion conceptuelle ($n = 11/38$), voire sont carrément absents ($n = 6/38$). La représentativité des énoncés compris dans l'outil en cours de conception se retrouve au cœur de la démarche de validation de contenu rapportée dans la plupart des articles où les concepts sous-jacents sont spécifiés, mais peu considèrent également la clarté et l'exhaustivité. Dans la majorité des articles retenus, le processus de validation de contenu n'a pas été mené suivant une démarche structurée soutenue par un écrit, une référence publiée ($n = 26/38$). De fait, dans la plupart des documents, la méthode de collecte et/ou d'analyse des données sont insuffisamment, voire pas du tout décrites ($n = 27/38$). Parfois, les auteurs ne font qu'affirmer que l'outil est valide, sans rapporter leurs résultats ($n = 18$). Le tableau 1 présente, pour chacun des documents retenus, la référence associée, l'outil d'évaluation étudié et la nature des précisions apportées dans le document concernant le processus de validation de contenu.

Tableau 1 : Synthèse de la recension rapide des écrits rapportant un processus de validation de contenu

Articles retenus	Outil évalué	Processus structuré et justifié	Précisions relatives à la méthode
Aarts, P. B. M., Jongerius, P. H., Aarts, M. A. G., Van Hartingsveldt, M. J., Anderson, P. G., et Beumer, A. (2007). A pilot study of the Video Observations Aarts and Aarts (VOAA): A new software program to measure motor behaviour in children with cerebral palsy. <i>Occupational Therapy International</i> , 14(2), 113-122. https://doi.org/10.1002/oti.229	Video Observations Aarts and Aarts (VOAA)	Oui	A*, B, C quantitative, D quantitatives
Bejerholm, U., Hansson, L., et Eklund, M. (2006). Profiles of Occupational Engagement in people with Schizophrenia (POES): The development of a new instrument based on time-use diaries. <i>The British Journal of Occupational Therapy</i> , 69(2), 58-68. https://doi.org/10.1177/030802260606900203	Profiles of Occupational Engagement in people with Schizophrenia (POES)	Oui	A*, B, C mixte**
Bottari, C. L., Dassa, C., Rainville, C. M., et Dutil, É. (2010). The IADL Profile: Development, content validity, intra- and interrater agreement [corrected] [published erratum appears in CAN J OCCUP THER 2010 Jun; 77(3): 134]. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> , 77(2), 90-100. https://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.2.5	IADL Profile	Non	A, B, C mixte
Cermak, S. A., et Bissell, J. (2014). Content and construct validity of Here's How I Write (HHIW): A Child's Self-Assessment and Goal Setting Tool. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 68(3), 296-306. https://doi.org/10.5014/ajot.2014.010637	Here's How I Write: A Child's Self-Assessment and Goal Setting Tool	Non	A, B, C mixte**, D mixtes**
Chan, P. L. C., Ng, S. S. W., et Chan, D. Y. L. (2014). Psychometric properties of the Chinese version of the Kid-KINDLR questionnaire for measuring the health-related quality of life of school-aged children. <i>Hong Kong Journal of Occupational Therapy</i> , 24(1), 28-34. https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2014.05.001	Chinese version of the Kid-KINDLR	Non	A, B, C quantitative**, D quantitatives**
Cintas, H. L., Parks, R., Don, S., et Gerber, L. (2011). Brief Assessment of Motor Function: Content validity and reliability of the Upper Extremity Gross Motor Scale. <i>Physical & Occupational Therapy in Pediatrics</i> , 31(4), 440-450. https://doi.org/10.3109/01942638.2011.572148	The Brief Assessment of Motor Function (BAMF): Upper Extremity Gross Motor Scale	Non	A*, B, C mixte, D quantitatives

A Aux concepts sous-jacents au processus employé (p. ex. clarté, pertinence, représentativité, exhaustivité)*

B Aux participants impliqués

C La méthode de collecte de données : qualitative, quantitative ou mixte**

D La méthode d'analyse des données qualitatives, quantitatives ou mixtes**

Tableau 1 : Synthèse de la recension rapide des écrits rapportant un processus de validation de contenu (suite)

Articles retenus	Outil évalué	Processus structuré et justifié	Précisions relatives à la méthode
De Witt, P., Rothberg, A., et Bruce, J. (2014). Occupational therapy manager's role in and perceptions of Clinical Education. <i>South African Journal of Occupational Therapy</i> , 44(1), 9-14.	Exploration du rôle et de la perception de l'ergothérapeute manager dans diverses cliniques éducatives	Non	A*, B, C qualitative**
Dender, A. M., et Stagnitti, K. E. (2017). Content and cultural validity in the development of the Indigenous Play Partner Scale. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 64(4), 283-293. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12355	Indigenous Play Partner Scale (IPPS)	Non	B, C qualitative, D qualitatives
Désormeaux-Moreau, M., et Drolet, M.-J. (2019). Valeurs liées à la profession d'ergothérapeute : les répertoire pour les définir. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> , 86(1), 8-18. https://doi.org/10.1177/0008417418822486	Répertoire valeurs associées à la pratique ergothérapeutique au Qc	Oui	A, B, C mixte, D mixtes
Eklund, M., et Gunnarsson, B. (2008). Content validity, discriminant validity and responsiveness of the Satisfaction with Daily Occupations (SDO) instrument: A screening tool for people with mental disorders. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 71(11), 487-495.	Swedish version of the Satisfaction with Daily Occupations (SDO)	Non	A*, B, C mixte, D mixtes**
Fänge, A., et Iwarsson, S. (1999). Physical housing environment: Development of a self-assessment instrument. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> , 66(5), 250-260. https://doi.org/10.1177/000841749906600507	Develop a self-administered assessment instrument, useful for studying clients' own perception of accessibility and usability in their housing environment	Non	B
Fisher, G. S., Beckwith-Cohen, C., Edwards, S., Howe, C., Smith, L., et Sugrue, T. (2009). Developing and field testing the Pain and Functional Performance Assessment for individuals with chronic pain. <i>Journal of Musculoskeletal Pain</i> , 17(3), 258-270. https://doi.org/10.1080/10582450903088187	The Pain and Functional Performance Assessment (PFPA)	Non	A*, B, C quantitative, D quantitative**

A Aux concepts sous-jacents au processus employé (p. ex. clarté, pertinence, représentativité, exhaustivité)*

B Aux participants impliqués

C La méthode de collecte de données : qualitative, quantitative ou mixte**

D La méthode d'analyse des données qualitatives, quantitatives ou mixtes**

Tableau 1 : Synthèse de la recension rapide des écrits rapportant un processus de validation de contenu (suite)

Articles retenus	Outil évalué	Processus structuré et justifié	Précisions relatives à la méthode
Gal, E., Ben Meir, A., et Katz, N. (2013). Development and reliability of the Autism Work Skills Questionnaire (AWSQ). <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 67(1), 1-5. https://doi.org/10.5014/ajot.2013.005066	Autism Work Skills Questionnaire (AWSQ)	Oui	A*, B
Gibson, L., et Strong, J. (2002). Expert review of an approach to functional capacity evaluation. <i>Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation</i> , 19(3), 231-242.	Gibson Approach to Functional Capacity Evaluation (GAPP FCE)	Oui	A, B, C mixte**, D mixte **
Gilboa, Y. (2017). Development and initial validation of the Gilboa functional test (GIFT): A unique measure for preschool graphomotor screening. <i>The British Journal of Occupational Therapy</i> , 80(11), 660-667. https://doi.org/10.1177/0308022617711670	Gilboa functional test (GIFT)	Oui	A, B, C mixte*, D mixtes*
Glässel, A., Kirchberger, I., Linseisen, E., Stamm, T., Cieza, A., et Stucki, G. (2010). Content validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for stroke: The perspective of occupational therapists. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> , 77(5), 289-302. https://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.5.5	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for Stroke	Non	A, B, C mixte, D mixtes
Hansen, T., Lambert, H. C., et Faber, J. (2011). Content validation of a Danish version of "The McGill Ingestive Skills Assessment" for dysphagia management. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 18(4), 282-293. https://doi.org/10.3109/11038128.2010.521949	McGill Ingestive Skills Assessment (MISA)	Oui	A, B, C mixte, D quantitatives
Hansen, T., Steultjens, E., et Satink, T. (2009). Validation of a Danish translation of an occupational therapy guideline for interventions in apraxia: A pilot study. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 16(4), 205-215. https://doi.org/10.3109/11038120802684281	Traduction de «Occupational therapy guideline for assessment and treatment of apraxia in CVA clients»	Non	A, B, C quantitative, D quantitatives
Hidecker, M. J. C., Paneth, N., Rosenbaum, P. L., Kent, R. D., Lillie, J., Eulenberg, J. B., Chester, K. Jr., Johnson, B., Michalsen, L., Evatt, M., et Taylor, K. (2011). Developing and validating the Communication Function Classification System for individuals with cerebral palsy. <i>Developmental Medicine & Child Neurology</i> , 53(8), 704-710. https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.03996.x	Communication Function Classification System (CFCS)	Non	B, C qualitative*

A Aux concepts sous-jacents au processus employé (p. ex. clarté, pertinence, représentativité, exhaustivité)*

B Aux participants impliqués

C La méthode de collecte de données : qualitative, quantitative ou mixte**

D La méthode d'analyse des données qualitatives, quantitatives ou mixtes**

Tableau 1 : Synthèse de la recension rapide des écrits rapportant un processus de validation de contenu (suite)

Articles retenus	Outil évalué	Processus structuré et justifié	Précisions relatives à la méthode
Holmqvist, K., Kamwendo, K., et Ivarsson, A.-B. (2012). Occupational therapists' practice patterns for clients with cognitive impairment following acquired brain injury: Development of a questionnaire. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 19(2), 150-163. https://doi.org/10.3109/11038128.2011.576428	Patron de pratique ergothérapique en déficience cognitive acquise	Oui	A, B, C mixte, D mixtes
Jeong, B., Yoo, E., Jung, M., Kang, D., Park, S., et Park, S. H. (2013). Validity and reliability of the Korean version of the Behaviour Problems Inventory. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities</i> , 26(6), 578-590. https://doi.org/10.1111/jar.12054	Korean Behaviour Problems Inventory (BPI-01)	Non	A*, B, C mixte*
Jewell, V., et Pickens, N. (2017). Psychometric evaluation of the Occupation-Centered Intervention Assessment. <i>OTJR: Occupation, Participation and Health</i> , 37(2), 82-88. https://doi.org/10.1177/1539449216688619	Occupation-Centered Intervention Assessment (OCIA)	Non	A, B, C qualitative**, D qualitatives**
Koenig, K., Johnson, C., Morano, C. K., et Ducette, J. P. (2003). Development and validation of a professional behavior assessment. <i>Journal of Allied Health</i> , 32(2), 86-91.	Development and validation of a Professional Behavior Assessment	Non	A, B
Manee, F., Alotaibi, N., Alobaidly, F., Tariah, H. A., Hamed, R., et Eklund, M. (2015). The psychometric properties of the Arabic version of the Satisfaction with Daily Occupations. <i>The British Journal of Occupational Therapy</i> , 78(4), 260-267. https://doi.org/10.1177/0308022614557629	Satisfaction with Daily Occupations (SDO)	Non	A, C qualitative**, D qualitatives**
Morris, C. (2008). Development of the Gross Motor Function Classification System (1997). <i>Developmental Medicine & Child Neurology</i> , 50(1), 5-5. https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00005.x	Gross Motor Function Classification System (GMFCS)	Non	B
Ngai, E. K. Y., Siu, A. M. H., et Ng, B. F. L. (2011). Reliability of the Chinese VALPAR Pro3000 Modular Assessment System for assessing persons with mental illness. <i>Hong Kong Journal of Occupational Therapy</i> , 21(2), 50-55. https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2011.10.001	Chinese version of three selected modules of the VALPAR Pro3000 Modular Assessment System	Oui	A, B, C mixte** D quantitatives

A Aux concepts sous-jacents au processus employé (p. ex. clarté, pertinence, représentativité, exhaustivité)*

B Aux participants impliqués

C La méthode de collecte de données : qualitative, quantitative ou mixte**

D La méthode d'analyse des données qualitatives, quantitatives ou mixtes**

Tableau 1 : Synthèse de la recension rapide des écrits rapportant un processus de validation de contenu (suite)

Articles retenus	Outil évalué	Processus structuré et justifié	Précisions relatives à la méthode
Riyahi, A., Rassafiani, M., AkbarFahimi, N., Sahaf, R., et Yazdani, F. (2013). Cross-cultural validation of the Persian version of the Manual Ability Classification System for children with cerebral palsy. <i>International Journal of Therapy & Rehabilitation</i> , 20(1), 19-24. https://doi.org/10.12968/ijtr.2013.20.1.19	Manual Ability Classification System (MACS)	Non	A, B,
Rosenblum, S. (2008). Development, reliability, and validity of the Handwriting Proficiency Screening Questionnaire (HPSQ). <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 62(3), 298-307. https://doi.org/10.5014/ajot.62.3.298	Handwriting Proficiency Screening Questionnaire (HPSQ)	Non	A, B, C quantitative**
Rudman, D. L., Tooke, J., Glencross Eimantas, T., Hall, M., et Brennan Maloney, K. (1998). Preliminary investigation of the content validity and clinical utility of the predischage assessment tool. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> , 65(1), 3-11. https://doi.org/10.1177/000841749806500101	Predischage Assessment Tool (PAT)	Non	A*, B, C non spécifiée**
Siu, A. M. H., Lai, C. Y. Y., Chiu, A. S. M., et Yip, C. C. K. (2011). Development and validation of a fine-motor assessment tool for use with young children in a Chinese population. <i>Research in Developmental Disabilities</i> , 32(1), 107-114. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.09.003	Hong Kong Preschool Fine-Motor Developmental Assessment (HK-PFMDA)	Non	A, B, C mixtes**
So, C. T., et Man, D. W. (2008). Development and validation of an Activities of Daily Living Inventory for the rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease. <i>OTJR: Occupation, Participation and Health</i> , 28(4), 149-159. https://doi.org/10.3928/15394492-20080901-04	Activities of Daily Living Inventory (ADLI) for people with COPD	Non	A*, B, C quantitative**
Tan, L., Yap, P., Ng, W. Y., et Luo, N. (2013). Exploring the use of the Dementia Management Strategies Scale in caregivers of persons with dementia in Singapore. <i>Aging & Mental Health</i> , 17(8), 935-941. https://doi.org/10.1080/13607863.2013.768209	Dementia Management Strategies Scale (DMSS)	Non	B, C qualitative**

A Aux concepts sous-jacents au processus employé (p. ex. clarté, pertinence, représentativité, exhaustivité)*

B Aux participants impliqués

C La méthode de collecte de données : qualitative, quantitative ou mixte**

D La méthode d'analyse des données qualitatives, quantitatives ou mixtes**

Tableau 1 : Synthèse de la recension rapide des écrits rapportant un processus de validation de contenu (suite)

Articles retenus	Outil évalué	Processus structuré et justifié	Précisions relatives à la méthode
Wagner, L. V., Davids, J. R., et Hardin, J. W. (2016). Selective Control of the Upper Extremity Scale: Validation of a clinical assessment tool for children with hemiplegic cerebral palsy. <i>Developmental Medicine & Child Neurology</i> , 58(6), 612-617. https://doi.org/10.1111/dmcn.12949	Entitled Selective Control of the Upper Extremity Scale (SCUES)	Non	A*, B, C quantitative**, D quantitatives**
Wästberg, B. A., Haglund, L., et Eklund, M. (2012). The Work Environment Impact Scale–Self-Rating (WEIS-SR) evaluated in primary health care in Sweden. <i>Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation</i> , 42(3), 447-457. http://dx.doi.org/10.3233/WOR-2012-1418	Work Environment Impact Scale–Self-Rating (WEIS-SR)	Non	A, B, C quantitative**, D quantitatives**
Wästberg, B. A., Haglund, L., et Eklund, M. (2009). Psychometric properties of the Worker Role Self-Assessment instrument used to evaluate unemployed people in Sweden. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 16(4), 238-246. https://doi.org/10.3109/11038120902730166	Worker Role Self-Assessment (WRS)	Oui	A, B, C quantitative, D quantitatives
Watson, H., Maclaren, W., et Kerr, S. (2007). Staff attitudes towards working with drug users: Development of the Drug Problems Perceptions Questionnaire. <i>Addiction</i> , 102(2), 206-215. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01686.x	Adaptation of the Alcohol and Alcohol Problems Perceptions Questionnaire	Non	B
Zemina, C. L., Warren, M., et Yuen, H. K. (2018). Revised Self-Report Assessment of Functional Visual Performance (R–SRAFVP)—Part I: Content validation. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 72(5), 1-7. https://doi.org/10.5014/ajot.2018.030197	Revised Self-Report Assessment of Functional Visual Performance (R–SRAFVP)	Oui	A, B, C mixte, D quantitatifs

A Aux concepts sous-jacents au processus employé (p. ex. clarté, pertinence, représentativité, exhaustivité)*

B Aux participants impliqués

C La méthode de collecte de données : qualitative, quantitative ou mixte**

D La méthode d'analyse des données qualitatives, quantitatives ou mixtes**



LU POUR VOUS

***PARTICIPATION: OPTIMISING OUTCOMES IN CHILDHOOD-ONSET
NEURODISABILITY. UN LIVRE PARU EN 2020 DE
C. IMMS ET D. GREEN***

Sandrine Gagné-Trudel¹

¹ *Ergothérapeute, M.erg, PhD (cand), Université du Québec à Trois-Rivières, Université de Montréal, Québec, Canada*

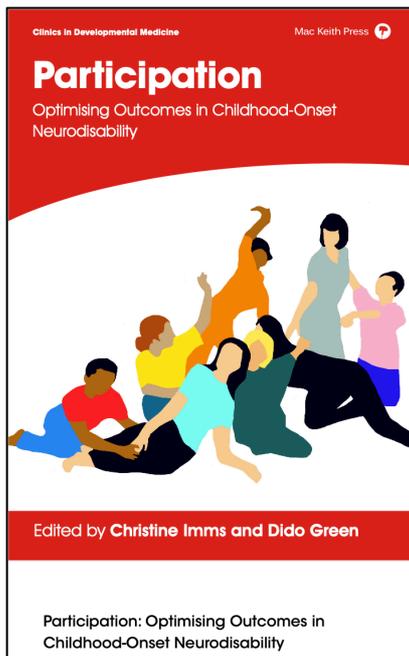
Adresse de contact : sandrine.gagne-trudel@uqtr.ca

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.v6n2.183

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





Comme ergothérapeute œuvrant à l'enfance, je constate souvent le peu d'ouvrages qui existent pour guider les pratiques cliniques afin d'avoir un impact réel sur la participation des enfants en dehors des salles de thérapie, tel qu'à l'école et à la maison. L'annonce de la publication du livre numérique des ergothérapeutes Christine Imms et Dido Green a donc été accueillie avec enthousiasme. Leur livre, paru en 2020, s'intitule *Participation: Optimising Outcomes in Childhood-Onset Neurodisability*. Bien que Imms et Green soient les directrices, cet ouvrage est le fruit de la collaboration interdisciplinaire de cinquante experts internationaux développant des savoirs cliniques, scientifiques ou expérientiels auprès des enfants et des adolescents. Cet ouvrage-clé a comme centre d'intérêt la participation, définie comme l'engagement significatif dans une variété de situations de vie. Son but principal

est de proposer des avenues inspirantes pour la pratique clinique et la recherche en s'appuyant sur les plus récentes avancées issues du domaine de la participation.

Plus précisément, on y aborde des thèmes allant des fondements conceptuels jusqu'aux pratiques cliniques concrètes en matière de participation chez les enfants ayant des atteintes neurologiques, comme un trouble neurodéveloppemental ou une paralysie cérébrale. Il est à noter que le livre adopte une « approche non catégorique », c'est-à-dire que, de façon intentionnelle, les auteurs n'orientent pas leurs réflexions sur la participation en fonction de diagnostics neurologiques particuliers. Ils le répètent : « la participation est pour tous, dans tous les contextes, indépendamment des étiquettes diagnostiques » (Imms et Green, 2020, p. 14 ; traduction libre).

L'ouvrage *Participation: Optimising Outcomes in Childhood-Onset Neurodisability* s'inscrit dans un courant de pensée moderne de la conceptualisation du handicap, où la participation est considérée comme sa pierre angulaire. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a intégré le concept de « Participation » dans sa Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé pour les enfants et les adolescents (CIF-EA ; OMS, 2012). Cela constitue une avancée majeure dans la considération de la participation comme un élément fondamental de la santé des enfants. En appui à ce courant moderne, Imms et Green proposent un ouvrage de référence qui promeut la participation en tant qu'objectif ultime des services en réadaptation ; permettant le passage des pratiques orientées sur les déficiences vers des pratiques orientées sur la participation significative de l'enfant.

Le lecteur soucieux d'avoir une compréhension approfondie et intégrale de la participation dans le domaine du handicap infantile sera comblé par cet ouvrage de 268 pages. Également, pour les lecteurs curieux, mais ayant peu de temps à consacrer à la lecture, l'ouvrage est conçu de sorte qu'il est possible de lire seulement les parties d'intérêt. À la fin de chaque partie, il est aussi possible de consulter les résumés des points

saillants sous forme de puces. En plus, chacune des parties est accompagnée d'histoires réelles d'enfants, de familles et de thérapeutes. Comme le rapportent les directrices de ce collectif, certaines histoires partagées dans ce livre peuvent semer l'inconfort, puisqu'elles montrent que nos actions sociétales et nos interventions cliniques ne sont pas toujours réellement favorables aux besoins des familles. Elles ont volontairement été sélectionnées afin de nous inviter à démarrer une réflexion constructive sur ce qui est réalisé, entre autres, dans notre pratique et dans les institutions pour lesquelles nous œuvrons.

Voici un tour d'horizon plus précis des principales parties du livre.

1. La première partie permet de situer le concept de la participation et, plus précisément, d'approfondir sa nature et ses racines théoriques. Par ailleurs, l'histoire de Samuel, un garçon ayant une paralysie cérébrale, permet d'illustrer concrètement ce concept avec éloquence et sensibilité. Cette partie est particulièrement pertinente pour saisir la différence entre la participation et la capacité à réaliser des activités.
2. La deuxième partie explore comment les facteurs contextuels, par exemple les contextes familiaux, scolaires, thérapeutiques, politiques ou sociétaux, peuvent influencer le niveau de participation et l'inclusion de l'enfant. Ce faisant, elle offre une analyse approfondie de l'interaction dynamique entre la participation et le contexte, au-delà de son interaction avec l'environnement physique.
3. Ensuite, la troisième partie se penche sur les méthodes d'évaluation de la participation de l'enfant en situation de handicap. Notamment, elle répond aux questions suivantes : Quoi évaluer ? Quand et où évaluer la participation ? Et, surtout, comment l'évaluer ? On y retrouve un tableau recensant les outils d'évaluation de la participation et leurs caractéristiques. Cependant, selon les auteurs, une entrevue peut parfois être plus pertinente que l'utilisation d'un questionnaire puisque la participation implique une complexité subjective et idiosyncrasique, difficile à saisir avec un outil standardisé.
4. La quatrième partie porte sur l'habilitation à la participation en présentant les dernières innovations dans le domaine. Les auteurs mettent en lumière que la participation peut être à la fois considérée comme le « moyen », soit l'outil thérapeutique utilisé, ou comme le « résultat », soit l'objectif visé à la suite des interventions thérapeutiques. Cette partie présente aussi des approches d'intervention émergentes ayant été développées partout à travers le monde, telle l'approche « Pathways and Resources for Engagement and Participation » (PREP) (Law *et al.*, 2016). En quelques mots, cette dernière vise à aider les enfants à s'engager dans des occupations significatives pour eux, et ce, avec les capacités dont ils disposent. Pour ce faire, l'approche propose une méthode de recherche des solutions afin d'identifier les modifications pertinentes des exigences de l'activité ou de certains aspects de l'environnement.
5. Dans la dernière partie, les auteurs portent un regard aiguisé sur les défis à prévoir en matière de participation à notre époque. L'un des défis discutés est lié aux progrès technologiques et scientifiques en constante évolution. Par exemple, une innovation fréquemment citée dans le domaine de la participation est la réalité virtuelle, puisqu'elle peut faire vivre des expériences similaires aux activités de la vraie vie. Au cours des dernières années, ces progrès majeurs ont conduit à de nouvelles attentes sociétales à l'égard des services de santé et de réadaptation. Cependant, il est difficile d'arrimer les services actuels avec ces nombreux progrès. Effectivement, saisir les opportunités que peuvent offrir les plus récentes innovations est un défi de taille. Les auteurs proposent à cet égard des réflexions visionnaires sur ces défis et les façons de les relever.

Le message général de l'ensemble du livre est clair. Dans l'optique de soutenir la participation, il importe de situer la thérapie dans le contexte de vie réel de l'enfant, en particulier son milieu écologique et ses habitudes de vie. Il est insuffisant de considérer uniquement les capacités de l'enfant dans le cadre artificiel de la réadaptation. D'ailleurs, ce changement des façons de concevoir la thérapie s'observe sur le terrain. De plus en plus, les ergothérapeutes travaillant auprès des enfants changent leur cible d'intervention, allant de la « réparation » des fonctions organiques à la promotion des opportunités favorisant la pleine participation occupationnelle (Anaby *et al.*, 2017).

À travers cet ouvrage, les auteurs réussissent à convaincre du bien-fondé d'un changement vers des politiques organisationnelles plus inclusives et des pratiques cliniques centrées sur la participation. Cependant, des questions importantes demeurent en suspens. Par exemple, comment mettre en œuvre des actions menant à ce changement de pratique clinique lorsque des barrières environnementales, comme la culture et les politiques de l'organisation, n'y sont pas favorables ? Il importe d'identifier et de reconnaître ces barrières afin de compléter les réflexions proposées. La lecture de ce livre demeure pertinente afin d'éveiller la créativité, l'esprit visionnaire et les compétences d'agent de changement des ergothérapeutes permettant l'émergence de solutions à ces barrières et le démarrage d'initiatives locales soutenant la participation occupationnelle d'une population vulnérable.

En somme, je recommande fortement cet ouvrage aux ergothérapeutes qui souhaitent faire la promotion d'espaces environnementaux plus inclusifs, informer des nouvelles façons d'envisager le handicap ou s'inspirer de pratiques thérapeutiques novatrices. Le livre numérique est disponible à l'adresse suivante : <https://www.mackeith.co.uk/shop/participation-optimising-outcomes-in-childhood-onset-neurodisability/>. Deux chapitres sont téléchargeables gratuitement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anaby, D., Korner-Bitensky, N., Steven, E., Tremblay, S., Snider, L., Avery, L. et Law, M. (2017). Current rehabilitation practices for children with cerebral palsy: focus and gaps. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 37(1). <https://doi.org/10.3109/01942638.2015.1126880>
- Imms, C. et Green, D. (2020). *Participation: Optimising Outcomes in Childhood-Onset Neurodisability*. Mac Keith Press.
- Law, M., Anaby, D., Teplicky, R. et Turner, L. (2016). *Pathways and Resources for Engagement and Participation (PREP): A Practice Model for Occupational Therapists*. Hamilton : CanChild. Repéré le 5 décembre 2020 à : <https://www.canchild.ca/en/shop/25-prep>
- Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Geneve: OMS.