

# Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie



[www.rfre.org](http://www.rfre.org)

ISSN : 2297-0533

Avec le soutien de



**SUPSI**



---

## SOMMAIRE

### Editorial

- Objectiver le sujet de recherche sans l'assujettir** 3-4  
Rozenn Béguin Botokro
- 

### Portrait de chercheur

- Samuel Pouplin** 5-7  
Sylvie Tétreault
- Antoine Bailliard** 9-12  
Sylvie Tétreault
- 

### Articles de recherche

- Description du déploiement des compétences professionnelles durant la première année de pratique en ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes novices** 13-29  
Karine Simard, Martine Brousseau
- Comorbidité santé mentale et trouble lié à l'utilisation de substance : le rôle de l'ergothérapeute** 31-55  
Aude Vignola-Mir, Julie Desrosiers, Caroline Morin
- 

### Méthodologies

- Voulez-vous participez à mon étude ? Exploration d'un document essentiel, le formulaire de consentement** 57-66  
Sylvie Tétreault
- 

### Lu / Vu pour vous

- Occupational Therapy for People Experiencing Illness, Injury or Impairment. Promoting Occupation and Participation*, un manuel paru en 2017 sous la direction de Michael Curtin, Mary Egan et Jo Adams** 67-70  
Martine Brousseau
- Le 4<sup>ème</sup> Congrès Européen sur le trouble de personnalité limite et les troubles associés – Viennes 2016** 71-76  
Julie Desrosiers
- 

### Le point sur mes travaux

- Le point sur les travaux de développement de l'Algo, un outil d'aide à la décision pour la sélection des aides techniques pour l'hygiène corporelle des québécois vivant à domicile** 77-90  
Manon Guay



## OBJECTIVER LE SUJET DE RECHERCHE SANS L'ASSUJETTIR

Avec ce nouveau numéro de la RFRE, je continue d'égrener les précieuses perles qui, assemblées, forment ce que j'appellerai le collier de la recherche. Ainsi, après l'éditorial de Sorita et Caire (2016) qui aborde l'action de « Se questionner » et celui de Brousseau et Tétreault (2016) qui insiste sur la nécessité de « S'engager dans le changement en exploitant les données probantes », je voudrais explorer maintenant les sujets de nos recherches, c'est-à-dire les populations et personnes pour qui et avec qui (parfois, souvent, jamais ?) ces études sont effectuées.

Alors que l'objet de la recherche est une question et une supposition, l'individu, souvent désigné par le terme « sujet », est par excellence vivant, changeant, toujours surprenant. Comment « objectiver » des comportements, des choix, des attitudes effectués par des personnes humaines dans des contextes toujours particuliers ? Comment observer, mesurer, décrire des événements liés à des personnes vivantes sans que celles-ci sachent qu'elles sont l'objet de nos études ? Poursuivons cette réflexion : Comment dans nos dispositifs de recherche respectons-nous l'intrinsèque liberté de l'humain, le sujet en tant qu'il est fondamentalement unique ?

Ces questions se posent tout particulièrement pour les ergothérapeutes qui travaillent avec des personnes vulnérables.

En effet, les situations de vie de ces personnes vulnérables ont déjà une forte tendance à les rendre objets de leur contexte, des organismes de « prise en charge », « d'aide », « d'éducation »...

En prenant des exemples qui me sont proches, être une personne handicapée adulte dans un camp de réfugiés en Ouganda ou bien un enfant souffrant de malnutrition sévère aigue au Sahel les positionne déjà dans une situation où la tendance forte est de devenir « objet » des programmes des organismes gouvernementaux et d'aide humanitaire.

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.v3n1.73

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



À première vue, il est possible de penser qu'oser effectuer des recherches sur ces « terrains » là va dans le même sens, celui de l'assujettissement de l'être humain à une science dont les contours ne sont pas toujours bien connus.

Pourtant, si ces programmes de prise en charge et d'aide sont basés sur le questionnement et les données probantes issues de la recherche, elle-même conçue dans un cadre éthique alors je pense qu'ils contribuent, au contraire, à limiter l'aliénation humaine.

Rentrer des comportements humains dans des cases, catégoriser des attitudes, effectuer des statistiques afin de contribuer au développement humain, voilà un véritable paradoxe de la recherche qui méritait d'être souligné !

À la lecture de la production scientifique en ergothérapie, je désire que la recherche francophone et cette revue puissent prospérer, dans le cadre éthique nécessaire pour que ce monde soit plus juste et équitable. Ce souhait est réalisable grâce à des programmes d'actions conçus à partir de recherches qui élèvent l'être humain et permettent aux plus vulnérables d'entre nous de prendre en charge leur destin.

Rozenn Béguin Botokro (Ergothérapeute à Handicap International, Lyon)



## PORTRAIT DE CHERCHEUR



### SAMUEL POUPLIN

Propos recueillis par Sylvie Tétreault

À la lecture du portrait de Samuel Pouplin, il est facile de reconnaître les caractéristiques d'une personne ingénieuse, curieuse, déterminée et avide de savoirs. Dans ses différents travaux destinés aux personnes ayant des limitations fonctionnelles, il utilise sa créativité, son originalité et son esprit inventif. Bref, bien des qualités compatibles au métier d'ergothérapeute et de chercheur !

Suite à des études à Rennes, Samuel a obtenu son diplôme d'ergothérapeute en 1994. Puis, il a complété en 2008 un master en sciences humaines et sociales, avec une concentration sur les sciences de la motricité et une spécialisation sur le thème vieillissement et handicap : mouvement et adaptation. C'est en février 2016 qu'il a soutenu avec succès sa thèse de doctorat en sciences du sport, de la motricité et du mouvement humain à l'Université Paris Saclay.

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.v3n1.72

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



Comme ergothérapeute, Samuel a été employé dans plusieurs établissements en France (Hôpital Inter-Armées Percy, Centre National pour la Réadaptation des Handicapés). Il travaille actuellement à l'hôpital Raymond-Poincaré (Garches). Depuis 2009, il est associé à une plate-forme consacrée aux nouvelles technologies (PFNT) appliquées au handicap moteur, qui est un site de conseil, de formation et de recherche. Par exemple, des dossiers thématiques de veille technologique sont disponibles en ligne, gratuitement sur le site internet de la PFNT (<http://handicap.org/spip.php?rubrique16>). Il est possible de citer, entre autres, l'accessibilité des OS Mac et Windows, les contrôles d'environnement, les outils de communication alternative améliorée. Au plan de la recherche, plusieurs projets sont développés, comme un clavier virtuel pour des personnes en situation de handicap (CIVIKEY), avec divers partenaires (Alcatel Lucent, Fondation Garches, Fondation Steria, Intech, Invenietis, Université François-Rabelais de Tours). Ce clavier, entièrement personnalisable, est disponible gratuitement à l'adresse suivante : <http://www.civikey.fr/>. Il y a aussi le projet ROBIK, qui vise le développement d'une interface cerveau-ordinateur robuste pour un clavier virtuel et destiné aux personnes présentant une déficience motrice (partenaires : DixiMicrotechniques, Gipsa-LAb, Leti, Association Française contre la Myopathie). Suite à l'obtention de son doctorat, Samuel est également rattaché à une équipe de recherche, financée par l'INSERM, qui s'intéresse aux thérapies innovantes et aux technologies appliquées aux troubles neuromoteurs.

Au fil des ans, Samuel a développé une expertise pour les outils technologiques de suppléance (robotique, communication, domotique) et pour les tâches fonctionnelles avec les membres supérieurs. Pour faciliter l'occupation humaine, il intègre la réalité virtuelle et les *serious games*. Il mentionne que le fait de s'impliquer dans des projets de recherche liés à sa fonction sur la Plate-Forme Nouvelles Technologies lui a donné l'envie d'aller plus loin dans le monde de la recherche. En effet, pourquoi ne pas être l'initiateur d'un projet ? La rencontre avec plusieurs personnes significatives, comme des médecins et autres professionnels dans son entourage, l'a amené à reprendre des études supérieures, tout en ayant en tête la promotion de l'ergothérapie. Pour réussir dans son travail, il recommande d'avoir différents livres sur la recherche et il mentionne son appréciation pour le *Guide pratique de recherche en réadaptation* de Tétréault et Guillez paru en 2014 chez De Boeck-Solal

Au fur et à mesure des études supérieures qu'il a menées, Samuel a développé une connaissance des évaluations cliniques et des échelles de participation sociale. Lorsqu'il regarde le parcours réalisé, il s'estime encore junior. Malgré cela, il est satisfait d'être arrivé au bout de son doctorat et il se déclare fier de ses réalisations, particulièrement de ses publications. En examinant la liste de ses articles, il faut constater sa contribution à des revues scientifiques de haute qualité :

Pouplin, S., Roche, N., Antoine, J-Y., Vaugier, I., Pottier, S., Figère, M., et Bensmail, B. (2016). The effect of word prediction settings (frequency of use) on text input speed in persons with cervical spinal cord injury: A prospective study. *Disability and Rehabilitation*, 39(12), 1215-1220.

Pouplin, S., Roche, N., Vaugier, I., Jacob, A., Figère, M., Pottier, S., Antoine, J-Y., et Bensmail, B. (2016). Influence of the number of predicted words on text input speed in

participants with cervical spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97 (2), 259-265. doi: 10.1016/j.apmr.2015.10.080.

Pouplin, S., Roche, N., Vaugier, I., Cabanilles, S, Hugeron, C., et Bensmail, B. (2016). Text input speed in persons with cervical spinal cord injury. *Spinal Cord*, 54(2),158-162. doi: 10.1038/sc.2015.147.

Pouplin, S., Roche, N., Hugeron, C., Vaugier, I., et Bensmail, B. (2016). Recommendations and settings of word prediction software by health-related professionals for people with spinal cord injury: a prospective observational study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(1), 48-56.

Pouplin, S., Robertson, J., Antoine, J., Blanchet, A., Kahloun, J.L., Volle, P., Bouteille, J., Lofaso, F., et Bensmail, D. (2014). Effect of dynamic keyboard and word-prediction systems on text input speed in persons with functional tetraplegia. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 51(3), 467-479. doi: /10.1682/JRRD.2012.05.0094

Selon Samuel, le plus grand défi est de se lancer dans l'aventure de la recherche. Pouvoir répondre au Pour Quoi ! Quel est l'intérêt d'investir autant d'énergie ? Comment valoriser ses acquis par la suite ? Un problème concret qu'il pose concerne la recherche de financement et d'un accompagnement de qualité. Considérant l'état actuel de la recherche en ergothérapie dans le monde francophone, il suggère de travailler sur l'après... En effet, s'il n'y a pas de postes de chercheurs disponibles pour les jeunes ergothérapeutes doctorants, cette situation ne favorise pas leur intégration dans les équipes de recherche. De plus, cela ne donne pas envie aux professionnels de se lancer dans l'aventure. En somme, il y a un travail politique à faire pour augmenter les postes universitaires, que ce soit maîtres de conférences ou professeurs de carrière. Un autre défi vise à donner aux ergothérapeutes le goût à l'écriture scientifique et à l'enseignement. Quand il est interrogé sur ce qu'il fait pour atteindre et maintenir un équilibre occupationnel, il répond que cela prend énormément d'organisation et de la « zénitude ». D'un point de vue professionnel, il précise aussi que le fait de pouvoir partager son temps entre la recherche et la pratique représente une situation idéale.

Ses prochains projets sont multiples. Entre autres, il faut mentionner le développement d'une table tactile avec *serious games* et objets connectés : ERGOTACT avec comme partenaires le Commissariat à l'Énergie Atomique et Genius. Il s'agit de la conception d'une table tactile avec des objets connectés pour l'évaluation et la rééducation du membre supérieur chez la personne AVC. Ces outils technologiques permettront de favoriser leur rééducation et d'augmenter leur participation sociale en permettant le jeu avec les membres de leur famille demeurant à l'extérieur des centres hospitaliers.

Les travaux de Samuel Pouplin vous intéressent ? Vous pouvez communiquer avec lui : [samuel.pouplin@aphp.fr](mailto:samuel.pouplin@aphp.fr)





## PORTRAIT DE CHERCHEUR



### ANTOINE LUC BAILLIARD

Propos recueillis par Sylvie Tétreault

C'est au Japon, en 2014, lors du congrès mondial en ergothérapie que nous avons croisé Antoine Luc Bailliard parmi la foule des congressistes. Il s'agit d'un chercheur francophone qui travaille à la prestigieuse *University of North Carolina at Chapel Hill* et qui s'intéresse à la recherche en ergothérapie auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Cette chronique vous permettra de le découvrir et d'avoir un aperçu du monde de la recherche aux États-Unis.

Antoine a obtenu en 2006 une maîtrise en science de l'occupation, puis, en 2011, il a complété un doctorat en science de l'occupation de l'*University of North Carolina at Chapel Hill*.

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.v3n1.84

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



Comme ergothérapeute, il a travaillé dans un hôpital psychiatrique aux États-Unis avec des personnes immigrantes sans papiers, qui ne parlaient pas anglais. Il rapporte que les professionnels éprouvaient des difficultés, car malgré leurs bonnes intentions, ils ne savaient pas comment intégrer les différences culturelles de ces patients lors de leurs interventions. Par conséquent, ceux-ci présentaient peu de progrès et leurs besoins étaient rarement satisfaits. Cette situation ainsi que ses observations sur l'altération de qualité de vie à l'hôpital l'ont incité à entreprendre une carrière comme chercheur. Son souhait est d'améliorer les services thérapeutiques afin de favoriser une meilleure intégration communautaire et la participation à des occupations indispensables et valorisantes pour tous les adultes ayant une maladie mentale.

Antoine s'est spécialisé dans les recherches qualitatives et parfois mixtes. Il peut s'agir d'appliquer des méthodes ethnographiques, de faire des entretiens ou de l'observation participante ou encore d'utiliser des vidéos. Il a aussi réalisé des études quasi expérimentales. En fait, le programme de recherche d'Antoine se divise en trois parties, toutes aussi importantes. D'abord, il a entrepris des recherches en lien avec les expériences sensorielles, qui remettent en cause les suppositions normatives de la médecine portant sur la façon dont le corps humain reçoit et traite les stimulations sensorielles. Il observe que plusieurs interventions sensorielles se basent sur l'hypothèse que le corps reçoit la simulation d'une manière mécanique et passive ou encore que chaque sens opère indépendamment des autres. Ses recherches tendent à démontrer que le corps est très actif au plan sensoriel et qu'il s'ouvre sur le monde dans le but de le percevoir d'une manière sélective basée sur les expériences passées de la personne. Autrement dit, nous apprenons à percevoir le monde à travers nos expériences occupationnelles dans un monde social. Nous sommes nés avec des capacités sensorielles différentes, mais la médecine semble ignorer trop fréquemment que ces capacités s'affinent en fonction de nos expériences occupationnelles.

Deuxièmement, il s'agit de recherches faites auprès de personnes ayant un problème de santé mentale, qui visent leur intégration communautaire et leur participation sociale. Actuellement, Antoine collabore avec des chercheurs en psychiatrie et travail social, afin de créer une communauté spécialisée de *Tiny Homes* ou mini-maisons. L'objectif est d'offrir un environnement dans lequel les résidents auraient les moyens financiers de vivre dans leurs propres domiciles. Ils pourraient alors développer un sentiment d'appartenance et se sentir intégrés à la société en général, tout en recevant les soins nécessaires pour se maintenir en santé.

Le troisième groupe de recherches concerne la justice occupationnelle. Il s'agit d'explorer comment l'ergothérapie et la discipline des sciences occupationnelles peuvent incorporer davantage le concept de *capability approach* lors de délibérations autour de la justice occupationnelle. Antoine estime que si les ergothérapeutes désirent travailler davantage dans le domaine de la justice, il faut éviter d'utiliser un jargon inaccessible pour les collaborateurs provenant d'autres disciplines ou professions. Les études, qu'il a réalisées, suggèrent que la conceptualisation actuelle de la justice occupationnelle n'est pas suffisamment différente de celle de *capability approach* pour

être utile. Il estime que la *capability approach* est davantage reconnue à travers le monde et qu'elle est en synergie avec la justice occupationnelle.

À partir de son expérience américaine, Antoine relève que le plus grand défi consiste à bien expliquer aux autres le point de vue de l'ergothérapie et à faire ressortir le caractère unique de sa profession. Actuellement, il observe qu'il y a de plus en plus d'intervenants provenant d'autres disciplines médicales qui prétendent faciliter la participation aux activités. Au plan médical, le rétablissement par la réalisation d'activités significatives est maintenant considéré comme un résultat important. Par conséquent, il est essentiel que les chercheurs en ergothérapie sachent comment se distinguer des autres et qu'ils soient capables de démontrer la valeur de leur contribution. Antoine souligne qu'il s'agit d'un enjeu crucial aux États-Unis, car il faut travailler au sein d'équipes interdisciplinaires et cela devient difficile si nos collègues ne perçoivent pas la valeur de la perspective particulière de l'ergothérapie. Il encourage fortement les chercheurs francophones à s'associer à des équipes interdisciplinaires pour démontrer leur valeur et pour accéder à des fonds importants de recherche. Par exemple, il s'avère très difficile d'obtenir des fonds de recherche d'organismes subventionnaires de haut niveau (par exemple : *National Institute of Health*), si l'on n'a pas participé au préalable à des projets dirigés par un chercheur expérimenté. Par conséquent, le fait de faire partie d'une équipe de chercheurs interdisciplinaires permet d'acquérir de l'expérience et d'être plus compétitif lors des demandes de fonds importants.

Les lectures qui l'ont le plus inspiré sont surtout des livres de philosophie. Par exemple, les textes de John Dewey, Pierre Bourdieu, Maurice Merleau-Ponty, de l'économiste Amartya Sen, de la philosophe américaine Martha Nussbaum, et d'Iris Marion Young ont eu une influence très importante dans l'orientation de ses recherches. Encore aujourd'hui, ils continuent à l'influencer et à soutenir sa réflexion sur la façon de concevoir l'activité humaine et sa relation à la société.

Antoine prépare deux nouveaux projets. Le premier est rattaché à une demande faite à l'organisme américain *National Institute of Mental Health* (NIMH). Cette étude, avec un devis mixte, a pour objectif d'explorer comment les déficits sensoriels des adultes avec la schizophrénie affectent leur participation aux diverses activités. Bien qu'il existe de nombreuses recherches en neuroscience qui indiquent que cette population a des déficits sensoriels significatifs au plan de la vision et l'audition, peu d'informations existent sur la façon dont cela altère leur participation ou comment ils arrivent à gérer ces déficits.

Son deuxième projet est mené en collaboration avec des équipes offrant un suivi intensif auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Souvent, il n'y a pas d'ergothérapeutes dans ces équipes, bien que les professionnels en reconnaissent le besoin. Il a été embauché pour améliorer la capacité des équipes à évaluer et à modifier les compétences de leurs patients. Il espère utiliser cette opportunité pour prouver au gouvernement l'importance de l'ergothérapie dans l'intégration communautaire des adultes ayant des maladies psychiatriques.

Antoine estime qu'il bénéficie d'une position lui offrant de nombreuses occasions de s'engager dans des projets très intéressants. Or, pour atteindre un équilibre de vie, il a dû apprendre à en refuser certaines et à sélectionner les autres prudemment, car cela lui permet de ne pas avoir trop d'obligations à la fois. Il rapporte que la chose la plus importante pour atteindre son équilibre est d'avoir un emploi du temps très strict. Rapidement, il a appris que son travail ne sera jamais fini et qu'il pourrait toujours en faire plus. Il constate qu'il est plus efficace au travail lorsqu'il est bien reposé. Donc, au travail, il ne perd pas de temps et il se consacre à fond à ses travaux. Mais à la fin de la journée, il se dédie entièrement aux choses qui lui apportent du bonheur!

Vous voudriez en connaître plus sur les travaux d'Antoine Bailliard ? Voici deux références pertinentes pour le découvrir :

Bailliard, A. (2016). Justice, difference, and the capability to function. *Journal of Occupational Science*, 23(1), 3-16. doi: 10.1080/14427591.2014.957886

Bailliard, A. (2015). Habits of the sensory system and mental health: Understanding sensory dissonance. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 6904250020. doi: 10.5014/ajot.2015.014977



## DESCRIPTION DU DÉPLOIEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES DURANT LA PREMIÈRE ANNÉE DE PRATIQUE EN ERGOTHÉRAPIE : PERCEPTIONS D'ERGOTHÉRAPEUTES NOVICES

Karine Simard<sup>1</sup>, Martine Brousseau<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Étudiante à la maîtrise en ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

<sup>2</sup> Ergothérapeute, PhD, Professeure titulaire, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

Adresse de contact : [karine.simard@uqtr.ca](mailto:karine.simard@uqtr.ca)

Reçu le 05.02.2016 – Accepté le 16.05.2017

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.v3n1.52

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



## RÉSUMÉ

**Problématique :** Les connaissances présentement disponibles quant au déploiement des compétences professionnelles des ergothérapeutes ont été obtenues dans le cadre d'études réalisées auprès d'ergothérapeutes détenteurs d'un baccalauréat. Alors qu'un diplôme de maîtrise est maintenant exigé au Québec pour accéder à l'exercice de la profession, aucune étude ne s'est intéressée à la perception du déploiement des compétences professionnelles des ergothérapeutes qui en sont détenteurs. **Objectif :** L'objectif est de décrire la perception du déploiement des compétences professionnelles chez de récents diplômés québécois en ergothérapie détenteurs d'une maîtrise professionnelle. **Méthode :** Une étude descriptive a été réalisée par sondage électronique. Les répondants proviennent d'un échantillon de convenance et par réseau. **Résultats :** 27 répondants ont participé à l'étude. De façon générale, la perception du déploiement des compétences est positive. Notamment le fait d'être valorisé et satisfait des réussites des clients, d'obtenir de la reconnaissance des autres professionnels, d'être autonome, de se faire confiance y contribue. Par contre, le fait de ne pas recevoir du soutien d'un ergothérapeute dans le milieu et le fait d'avoir de la difficulté de mettre en pratique la conception idéale de l'ergothérapie, freinent la perception positive des compétences en milieu de travail. Les répondants affirment avoir les compétences pour faire face aux imprévus alors qu'ils perçoivent comme plus difficile de gérer les situations complexes. **Discussion :** La présente étude apporte des résultats inédits et documente comment des novices détenteurs d'une maîtrise utilisent leurs compétences. **Conclusion :** La perception des compétences professionnelles par les récents diplômés en ergothérapie est généralement positive.

## MOTS-CLÉS

Ergothérapeutes novices, Compétences professionnelles, Transition à la pratique, Descriptif, Déploiement des compétences, Savoir-agir

## DESCRIPTION OF PROFESSIONAL COMPETENCIES' DEPLOYMENT DURING FIRST YEAR OF PROFESSIONAL PRACTICE: PERCEPTIONS BY NOVICE OCCUPATIONAL THERAPISTS

### ABSTRACT

**Problem:** So far, few studies have documented the perceptions of professional competencies of occupational therapists with a Master degree. Empirical studies were conducted with occupational therapists with a baccalaureate degree. **Objective:** The objective is to describe the perception of how recent graduates in occupational therapy are using their professional competencies in their work setting. **Method:** A descriptive study was conducted with an online survey. The study's participants were selected by convenience and network sampling. **Results:** 27 respondents participated in the study. In general, professional competencies are perceived positively. Several themes emerged that positively influence the deployment of competencies, including being valued and being satisfied by the therapy outcome, being recognized by other professionals, being autonomous and trusting own competencies. However, the fact of lacking support from an experienced occupational therapist and having difficulty acting upon an ideal occupational therapy conceptual vision restricts acting with full competencies. **Discussion:** This study highlights new realities for novice occupational therapists. **Conclusion:** Professional competencies perception by novice occupational therapists is generally positive.

### KEYWORDS

Novices Occupational Therapists, Professional skills, Transition to practice, Description, skills deployment, Competencies

## INTRODUCTION

Plusieurs auteurs en ergothérapie écrivent que la pratique est devenue de plus en plus complexe au fil des ans (Doherty, Stagnitti et Schoo, 2009; Murray, Turpin, Edwards et Jones, 2015; Naidoo, Van Wyk et Nat Dip, 2014; Toal-Sullivan, 2006). Les ergothérapeutes composent avec des clientèles qui ont des problèmes de santé multiples et interviennent de plus en plus auprès de gens vulnérables. De surcroît, ils sont confrontés à des changements fréquents dans leur contexte de travail. Il apparaît ainsi essentiel pour ces professionnels d'avoir développé des compétences professionnelles pour agir efficacement.

Dans ce contexte, transiter du rôle d'étudiant à celui de professionnel compétent représente aussi un défi considérable (Davis et Rosee, 2015; Murray *et al.*, 2015; Rochette et Scurti, 2013; Waite, 2013). Ces auteurs évoquent les défis nombreux qui confrontent ces ergothérapeutes novices qui n'ont pas l'aisance d'un praticien chevronné. Ces facteurs sont tous susceptibles d'influer sur leur intégration dans la profession ainsi que, par le fait même, sur la qualité du service offert aux clients. Quelques études empiriques abordent cette transition (Doherty *et al.*, 2009; Gray *et al.*, 2012; Nayar, Gray et Blijlevens, 2013; Sutton et Griffin, 2000).

À ce jour, peu d'études s'intéressent à la perception du déploiement des compétences des ergothérapeutes nouvellement diplômés détenteurs d'une maîtrise, étant donné que la maîtrise comme diplôme d'entrée à la profession est une exigence récente (en 2008 au Canada) (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012 ; Lall, Klein et Brown, 2003). Par ailleurs, ce rehaussement des exigences en termes de diplômes vise à outiller ces futurs professionnels pour bien répondre aux impératifs de la pratique, de façon à ce qu'ils soient capables de gérer les imprévus, de gérer des situations complexes et de prendre des décisions basées sur les meilleures pratiques ou sur les résultats probants disponibles (ACE, 2012 ; Horth et Arsenault, 2002 ; Zwanikken, Dieleman, Samaranayake, Akwataghibe et Scherpbier, 2013). Il apparaît donc pertinent de s'intéresser à la perception du déploiement des compétences chez ces nouveaux diplômés. Quand la transition du rôle d'étudiant à celui de professionnel s'avère positive, l'expérience du déploiement de ses compétences a des répercussions sur la qualité des services, la crédibilité de la profession et la rétention dans la profession.

L'objectif de cette étude est donc de décrire la perception du déploiement des compétences professionnelles chez de récents diplômés en ergothérapie détenteurs d'une des qualifications requises pour l'entrée en pratique (au Québec, la maîtrise).

## RECENSION DES ÉCRITS

La première année de pratique est reconnue comme une période de développement professionnel intense. En ce sens, l'étude de Tryssenaar et Perkins (2001) fait valoir quatre étapes pendant la première année de travail. Celles-ci sont la transition d'étudiant à thérapeute, l'étape d'euphorie et d'angoisse, l'étape de la réalité à la pratique ainsi que l'étape de l'adaptation à la vie professionnelle. Plusieurs facteurs dans les écrits mettent en évidence des composantes ayant un impact sur l'intégration au travail des ergothérapeutes novices. Les études font valoir que la confiance en ses compétences, la satisfaction de son rendement professionnel, l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée, l'obtention d'un emploi congruent avec ses attentes ou ses valeurs et du soutien dans cette transition favorisent le bien-être dans le milieu de travail et le désir de demeurer dans la profession (Scanlan, Meredith et Poulsen, 2013; Sutton et Griffin, 2000; Toal-Sullivan, 2006).

La méta-analyse de Murray *et al.* (2015) (recension de 24 études qualitatives) met en évidence neuf types de difficultés rencontrés par des novices ou des diplômés récents en ergothérapie lorsqu'ils amorcent leur pratique professionnelle dont: 1. gérer des situations complexes en démontrant une expertise dans plusieurs contextes et en utilisant une variété d'habiletés et de types de raisonnement; 2. être responsable et imputable de ses actions en tenant compte de la vulnérabilité des clients et du milieu de la santé; 3. agir comme ergothérapeute lorsque le but, la complexité de l'ergothérapie ou la valeur de l'occupation sont difficilement compris par la culture du milieu de travail et les membres de l'équipe; 4. appliquer des connaissances théoriques et les mettre en pratique dans un environnement de travail; 5. établir des limites entre sa vie personnelle et sa vie professionnelle; 6. s'ouvrir aux autres (par exemple, aller chercher de l'aide, partager ses émotions); 7. construire une relation thérapeutique efficace avec des clients ayant des problématiques multiples; 8. faire face à des collègues qui ébranlent ou qui outrepassent les frontières professionnelles, entravant ainsi l'autonomie de l'ergothérapeute et 9. constater le manque d'unité ainsi que les conflits entre les membres de l'équipe. Tous ces défis sont susceptibles de nuire à une intégration positive dans la profession.

D'abord, les études empiriques montrent que les nouveaux diplômés en ergothérapie se sentent bien préparés pour : effectuer les tâches administratives dans un temps adéquat; avoir une pratique centrée sur le client et collaborer avec celui-ci; planifier des interventions fondées sur une vision globale; s'adapter à la réalité socioculturelle des clients; modifier leur pratique par l'engagement dans une pratique réflexive; avoir recours au raisonnement clinique (Gray *et al.*, 2012). Par ailleurs, l'étude de Nayar *et al.* (2013) fait ressortir que les nouveaux diplômés néo-zélandais perçoivent positivement leurs compétences en communication et qu'ils savent être attentifs à des occasions de formation continue, malgré la difficulté de gérer avec compétence les ressources du milieu. Doherty *et al.* (2009) informent que la majorité des répondants se sentent préparés pour l'emploi, ont confiance en leurs décisions cliniques, en leur habileté à travailler de façon autonome, à résoudre des problèmes, à être créatif.

Toutefois, ces études démontrent des aspects pour lesquels les nouveaux diplômés se sentent moins bien préparés dont : écrire des rapports d'évaluation clairement ; faciliter le processus dans les interventions de groupes ; mettre en œuvre une pratique basée sur les résultats probants et identifier les impacts sociaux et politiques des services ergothérapeutiques (Gray *et al.*, 2012). Il en ressort aussi que leur pratique ne correspondait pas aux attentes qu'ils avaient au départ; ils ne se sentaient pas préparés pour agir dans des situations complexes; ils se sentaient peu soutenus; ils avaient des difficultés à adopter une approche holistique; ils étaient débordés par les lourdeurs administratives et plusieurs avaient à faire du temps supplémentaire (Toal-Sullivan, 2006). Il en ressort que les défis rencontrés sont variés et impliquent leurs compétences professionnelles pour réussir à répondre efficacement à ces obstacles.

Face aux nombreuses nouveautés et aux défis que représentent les situations complexes de leur pratique et le contexte administratif, ces nouvelles expériences les inquiètent vis-à-vis des services qu'ils offrent à des clients, de leur confiance professionnelle, de leur intégration et, du fait même, de leur rétention dans la profession (Trysenaar et Perkins, 2001). Cela dit, certaines qualités émergent des ergothérapeutes plus jeunes. Entre autres, Rassafiani, Ziviani, Rodger et Dalglish (2009) ont montré que la qualité du raisonnement clinique des ergothérapeutes n'est pas nécessairement liée au nombre d'années d'expérience. Il y a lieu de penser que les récents diplômés récemment formés à la maîtrise ont développé des compétences suffisantes pour faire une transition positive d'étudiants à diplômés.

## Cadre conceptuel de l'étude

Le cadre conceptuel choisi se base sur des notions inhérentes aux compétences selon Tardif (2006) et au développement et au déploiement des compétences professionnelles telles que décrites par Wittorski (1998; 2007) ainsi que par Le Boterf (2006). Pour Tardif (2006), reprenant Gillet (1991, p.69), la compétence est « un système de connaissances déclaratives (le quoi) ainsi que conditionnelles (le quand et le pourquoi) et procédurales (le comment), organisées en schémas opératoires qui permettent, à l'intérieur d'une famille de situations, non seulement l'identification des problèmes, mais également leur résolution par une action efficace » (Tardif, 2006). La compétence, considérée comme « un savoir-agir complexe fondé sur la mobilisation et l'utilisation efficace d'un ensemble de ressources internes (connaissances) et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (Tardif, 2006, p. 22), permet de considérer les compétences comme un ensemble de connaissances, d'attitudes et d'habiletés utiles pour gérer des activités et des situations professionnelles.

Par ailleurs, pour Wittorski (2007), le développement des compétences passe par cinq composantes, soit les composantes cognitive, affective, sociale, culturelle et praxéologique (opératoire). Ainsi, il explique que : 1. la composante cognitive réfère aux représentations et aux connaissances que l'individu acquiert; 2. la composante affective de la construction des compétences renvoie « au rapport affectif avec ses actions (se voit-on capable de faire) et à l'investissement affectif dans l'action »; 3. la composante

sociale renvoie à l'affirmation sociale de l'identité professionnelle; 4. la composante culturelle renvoie à la façon dont le professionnel pourra agir en harmonie avec ses conceptions professionnelles et les attentes exprimées et que 5. la composante praxéologique correspond aux actions en situation réelle est composée de plusieurs opérations.

Pour Le Boterf (2006), le déploiement des compétences appliquées au monde professionnel dans le contexte du travail est la résultante de trois facteurs : savoir-agir, vouloir-agir et pouvoir-agir. Cet auteur explique ainsi que : 1. le savoir-agir veut dire savoir mobiliser et combiner ses ressources internes et externes dans une situation spécifique ; il peut être développé par des formations, de l'entraînement et des mises en situation (il a aussi été développé en formation initiale); 2. le vouloir-agir réfère à la motivation et à la propre responsabilité de la personne à agir avec compétence ; il est encouragé par une image positive et réaliste de soi, un contexte de travail reconnaissant, confiant et qui incite l'individu à agir avec compétence ; et 3. le pouvoir-agir est le contexte et l'organisation de travail qui permettent de mettre en œuvre le savoir-agir de l'individu, en facilitant l'utilisation des moyens nécessaires pour aider la construction des compétences et en ayant accès à des réseaux ou des ressources.

Lors de la formation initiale, les compétences se développent par l'acquisition de connaissances, par le développement de savoirs d'action, par l'anticipation des situations cliniques et par l'actualisation des compétences professionnelles (Wittorski, 1998). La compréhension des notions de savoir-agir, vouloir-agir et pouvoir-agir aide à départager ce qui relève de la formation initiale (du développement des compétences) de ce qui relève du déploiement des compétences en situation de travail, ce que Wittorski (1998) a aussi appelé professionnalisation. Cette distinction repose sur le fait que, lors de leur formation initiale, les étudiants développent leurs compétences, soit le savoir-agir, alors qu'en milieu de travail, les diplômés et les professionnels déploient en plus le vouloir-agir et le pouvoir-agir. C'est en s'appuyant sur les composantes affective, sociale, culturelle, cognitive et praxéologique que le travailleur en situation de travail agit en ayant recours à ses compétences et les déploie pleinement.

## MÉTHODE

Une étude descriptive simple a été réalisée à partir d'un sondage électronique conçu à partir de la recension des écrits qui s'appuie sur les notions inhérentes aux compétences professionnelles telles que décrites par Le Boterf (2006) et Wittorski (2007). Le sondage comprend un bloc de questions visant à décrire les participants, leur milieu de pratique, le domaine de pratique et leur statut au travail. Un deuxième bloc comprend huit énoncés avec des échelles de type Likert associés au vouloir-agir, au pouvoir-agir et au savoir-agir. Il comprend aussi huit questions ouvertes servant à illustrer des situations de vouloir-agir, pouvoir-agir et savoir-agir. Les questions et énoncés du sondage ont fait l'objet de validation de la clarté des énoncés, d'une mise à l'essai auprès de 2 personnes. Le tableau 1 qui suit contient les énoncés du sondage électronique.

**Tableau 1 : Correspondance entre les notions inhérentes aux compétences et les énoncés du questionnaire**

Pôles Le Boterf (2006)	Composantes Wittorski (2007)	Notions	Énoncés
<b>Vouloir-agir</b>	<b>Affective</b>	Satisfaction de l'expérience	É.10 Jusqu'à présent, à quel point êtes-vous satisfait de votre expérience de travail d'ergothérapeute ?
		Attentes envers la profession	É.11 Jusqu'à quel point votre expérience de travail comme ergothérapeute rencontre-t-elle les attentes que vous aviez au départ ?
		Motivation à la compétence	É.17 Qu'est-ce qui vous motive à agir avec compétence dans votre milieu de travail ?
		Stratégies de développement des compétences	É.22 Quels conseils donneriez-vous à un étudiant en ergothérapie qui va commencer à travailler ?
<b>Pouvoir-agir</b>	<b>Sociale</b>	Soutien du milieu	É.13 Jusqu'à quel point, vous sentez-vous soutenu dans votre milieu ?
		Soutien à l'extérieur du milieu	É.14 Au près de qui, obtenez-vous du soutien dans votre milieu pour exercer vos compétences d'ergothérapeute ? É.15 Au près de qui, obtenez-vous du soutien à l'extérieur de votre milieu pour exercer vos compétences d'ergothérapeute ?
		<b>Culturelle</b>	Conception de l'ergothérapie
<b>Savoir-agir</b>	<b>Cognitive</b>	Apprentissage quant aux compétences professionnelles	É.23 Au cours des derniers mois, qu'avez-vous le plus appris à propos de vos compétences professionnelles ?
		<b>Praxéologique</b>	Valorisation dans son travail
	Réussite face aux contraintes		É.18 Vos compétences professionnelles vous aident-elles à faire face aux contraintes de votre milieu de travail ?
	Réussite des demandes		É.19 Parvenez-vous à rencontrer les attentes du milieu ?
	Gestions des imprévus	É.20 Parvenez-vous à gérer les imprévus ?	
Gestion des situations complexes	É.21 Parvenez-vous à gérer des situations complexes ?		

L'étude a eu recours à un échantillon de convenance. Pour ce faire, un courriel d'information a été acheminé aux directeurs des programmes en ergothérapie au Québec, c'est-à-dire à l'Université McGill (UMcGill), à l'Université de Montréal (UdeM), à l'Université de Sherbrooke (UdeS), à l'Université Laval et à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Il a été demandé de transmettre par courriel une lettre d'information et de sollicitation à leur dernière cohorte de diplômés. Les données recueillies ont fait l'objet d'analyses quantitatives descriptives et d'une analyse de contenu pour

les données qualitatives visant à faire ressortir les thèmes les plus fréquents. Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

## RÉSULTATS

Les principaux résultats sont ici présentés. Dans un premier temps, les caractéristiques des répondants sont décrites. Ensuite, les résultats sont rapportés en regroupant les résultats obtenus au moyen de l'échelle de Likert et ceux aux questions ouvertes du sondage. Ceux-ci sont regroupés sous les rubriques vouloir-agir, pouvoir-agir et savoir-agir.

### Caractéristiques des répondants

Un total de 27 répondants a participé à l'étude. Ces ergothérapeutes avaient entre deux et douze mois de pratique et travaillaient en moyenne depuis quatre mois. La majorité des répondants proviennent de l'UQTR. Ils travaillent principalement à temps plein avec une clientèle ayant des problématiques de santé physique dans un système public. Le tableau 2 illustre les caractéristiques des répondants.

**Tableau 2 : Université de provenance et situation de travail des répondants**

Université de provenance	Répartition des répondants (n=27)	
	Proportion	Nombre
UQTR	74,1%	20
U McGill	18,5%	5
UdeS	7,4%	2
UdeM et ULaval	0,0%	
<b>Domaine</b>		
Santé physique	66,7%	18
Santé mentale	11,1%	3
Santé physique et mentale	18,5%	5
Aucune réponse	3,7%	1
<b>Temps d'activité</b>		
Plein	55,5%	15
Partiel	37,0%	10
Plusieurs milieux	3,7%	1
Aucune réponse	3,7%	1

### Perception du déploiement des compétences

Huit énoncés du sondage impliquent des résultats à une échelle de Likert en 10 points (E.10, E. 11, E.13, E. 12, E. 18, E.19, E. 20 et E. 21 du tableau 1) pour documenter la perception du déploiement des compétences. Les cotes de l'échelle Likert ont été regroupées pour présenter les résultats ; 10, 9 et 8 de l'échelle Likert comme étant très

satisfait ; 7 et 6 moyennement satisfait et 5, 4 et 3 faiblement satisfait. Aucun résultat 2 et 1 n'a été obtenu. Le tableau 3 expose les résultats obtenus quant à la perception du déploiement des compétences eu égard à plusieurs situations de travail. De façon générale, les ergothérapeutes novices estiment pouvoir rencontrer les attentes du milieu à leur égard, que leur travail rencontre les attentes qu'ils avaient au départ, que la perception de la gestion des imprévus est très satisfaisante et qu'ils très satisfaits de leur travail et ont une perception positive du fait de rencontrer les attentes du milieu.

**Tableau 3 : Perception du déploiement des compétences dans plusieurs situations de travail**

Énoncés du sondage impliquant une échelle de réponse de type Likert	Niveau de satisfaction (n=27)		
	Élevé	Moyen	Faible
Perception de rencontrer les attentes du milieu	74,0%	25,9%	0,0%
L'expérience de travail rencontre les attentes du départ	66,7%	18,5%	14,8%
Perception de la gestion des imprévus	66,6%	29,6%	3,7%
Satisfaction de l'expérience de travail	59,3%	25,9%	14,8%
Perception des compétences à faire face aux contraintes du milieu	55,5%	37,0%	7,4%
Perception de mettre en pratique la conception idéale de l'ergothérapie (n=26)	44,4%	33,3%	18,5%
Perception de se sentir soutenu	40,7%	44,4%	14,8%
Perception de la gestion des situations complexes	37,0%	55,5%	3,7%

Les réponses aux questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse de contenu en faisant ressortir les thèmes les plus fréquents. Ces résultats sont présentés sous les rubriques vouloir-agir, pouvoir-agir et savoir-agir.

### Vouloir-agir

Les réponses fournies par les répondants viennent documenter le vouloir-agir perçu par les ergothérapeutes novices. La récurrence de certains thèmes a permis de produire des pourcentages. Plusieurs éléments contribuent à ce que les ergothérapeutes novices soient satisfaits de leur travail. Ce sont la collaboration avec les membres de l'équipe (51,9 %), le fait de travailler avec la clientèle désirée (44,4 %) et l'autonomie professionnelle (37,0 %). Par exemple, le répondant 1 affirme que : « ... *la chef de service nous laissant une grande latitude par rapport à nos démarches [...]* ». En revanche, le fait d'être peu en contact avec des ergothérapeutes d'expérience (29,6 %), d'avoir de la pression du milieu sur leur performance (29,6 %) ainsi que de manquer de confiance en leurs compétences (25,9 %) sont ce qui contribue à leur insatisfaction. Ces thèmes peuvent être illustrés par : « *Je travaille seule et le partage d'informations avec d'autres ergothérapeutes chevronnés me manque.* » (Répondant 2) ; « *Le nombre de clients à l'heure qui peut parfois être élevé* » (Répondant 16) ; « *...l'analyse demande beaucoup de réflexion, ... manque de confiance dans mes analyses et les recommandations proposées* » (Répondant 9).

Plusieurs éléments contribuent à ce que leurs attentes envers leur travail soient satisfaites. Ce sont le fait de travailler avec la clientèle désirée (40,7 %), le fait d'avoir de l'autonomie professionnelle (29,6 %) et le fait d'obtenir du soutien de l'équipe (25,9 %). Les extraits suivants en sont des exemples : « *Mon supérieur m'octroie l'autonomie nécessaire pour mener de front ma carrière ; je me considère très choyée* » (Répondant 1) ; « *Je suis bien entourée depuis mon début de carrière de personnes (ergothérapeutes et autres professionnels) qui m'aident à cheminer* » (Répondant 8). Par contre, les répondants expriment qu'ils ne s'attendaient pas aux contraintes administratives (37,0 %), qu'ils doutent de leurs compétences (22,2 %) et qu'ils occupent un rôle peu défini au sein de l'équipe (18,5 %). Les extraits suivants sont des exemples : « *... on voudrait parfois beaucoup pour nos clients, mais les interventions sont limitées par le manque de ressources financières et matérielles* » (Répondant 5) ; « *...le fait que d'autres membres de l'équipe (infirmière) animent des groupes ayant un contenu très ergothérapeutique (ex : équilibre de vie, routine)* » (Répondant 8).

Quant à la motivation à agir avec compétence, les répondants expriment que la réussite des clients en thérapie (44,4 %), la motivation intrinsèque d'offrir le meilleur service (33,3 %) et le fait d'avoir une bonne réputation auprès de leurs collègues (29,6 %) en sont les facteurs principaux. Par exemple : « *La satisfaction des clients lorsqu'ils sont en mesure de recommencer des activités qui leur tenaient à cœur ...* » (Répondant 9) ; « *Le fait d'offrir des services professionnels de qualité a la possibilité de changer le quotidien de familles* » (Répondant 1). Pour développer leurs compétences, ils comptent principalement sur les discussions avec des collègues (55,6%), sur des études de données probantes (40,7%) et sur leur engagement dans une forme de pratique réflexive (37,0 %). Par exemple : « *Lorsque je vis une situation problématique, m'arrêter et réfléchir à la situation* » (Répondant 8) ; « *Je participe à des regroupements d'ergothérapeutes pour m'informer sur les nouvelles données probantes et ainsi valider ou modifier ma pratique. Je participe à plusieurs formations de perfectionnement personnel* » (Répondant 26).

## Pouvoir-agir

Les répondants expriment que la possibilité d'obtenir du soutien dans le milieu de travail est plutôt limitée. Ce soutien provient principalement de collègues ergothérapeutes ou de collègues d'une autre profession. Par exemple : « *J'ai une collègue ergothérapeute avec qui je partage mon bureau ... elle est donc consciente du défi que comporte le début d'une carrière !* » (Répondant 1). Les répondants disent qu'ils peuvent obtenir de l'aide auprès d'anciens collègues de classe et de professeurs d'université ou de superviseurs de stage lors de leur formation initiale. Par exemple : « *De plus, je sais que, si j'ai des questions, je peux contacter un professeur ...* » (Répondant 5) ; « *Divers contacts ergothérapeutes que je me suis faits avec mes expériences de stage et autres contacts, anciens collègues de classe* » (Répondant 17).

De surcroît, la majorité des répondants s'avouent moyennement satisfaits de la façon dont leur pratique s'accorde à leur conception idéale de l'ergothérapie. Ils expli-

quent que l'autonomie professionnelle et la compréhension du milieu du rôle de l'ergothérapeute les aident. Par exemple : « *Le fait que j'aie l'opportunité d'être autonome dans la réalisation de mon travail contribue fortement au fait que je puisse bâtir une pratique à mon image...* » (Répondant 1). Cependant, la raison de la référence en ergothérapie et les limites quant à la préparation de matériels d'intervention nuisent à la mise en pratique de leur conception idéale de l'ergothérapie. Par exemple, « *... je suis parfois limitée en raison du mandat, du rôle défini au sein de l'établissement et des motifs administratifs. Peu de possibilité d'interventions ergo[thérapeutiques] directes* » (Répondant 6) ; « *J'aimerais avoir plus de temps pour préparer mes thérapies et offrir des fiches de travail pour les clients. Aussi, j'aimerais faire des capsules santé plus fréquemment qui permettraient aux clients de mieux intégrer les apprentissages* » (Répondant 2).

## Savoir-agir

La première question ouverte en lien avec le savoir-agir porte sur ce que le répondant mentionne avoir appris au cours des derniers mois. 48,1 % affirment avoir appris qu'ils ont les moyens pour agir avec compétence contrairement à ce qu'ils auraient cru au départ. À l'opposé, 37,0 % affirment qu'il leur reste de l'expérience et des connaissances à acquérir avant de devenir des ergothérapeutes chevronnés. Par exemple : « *... en y réfléchissant, je prends conscience ... par un processus réflexif rigoureux ... J'en sais plus que je le pense !* » (Répondant 1).

De plus, les répondants estiment que ce qui les valorise dans leur travail, ce sont la reconnaissance des clients (40,7%), le fait de voir des améliorations dans la thérapie des clients (40,7 %) et leur propre sentiment d'accomplissement (29,6 %). Par exemple : « *Je trouve valorisant lorsque les personnes et leurs familles sont reconnaissantes envers mon travail, que ça soit par des "mercis" ou d'autres petits mots ou gestes* » (Répondant 20) ; « *interventions réussies, progrès que font les clients* » (Répondant 10).

Les répondants ont une perception positive que leurs compétences les aident à surmonter les contraintes. Ils expliquent que leur habileté à plaider pour le client (37,0 %) et leur capacité d'adaptation (18,5 %) sont grandement utiles pour faire face aux défis. Par exemple : « *j'utilise ma compétence d'agent de changement et de communicateur pour revendiquer* » (Répondant 6). Les éléments principaux des contraintes sont le manque de ressources matérielles et humaines (44,4 %) ainsi que le manque de temps (37,0 %).

Les répondants perçoivent qu'ils peuvent répondre aux attentes du milieu. Ils expliquent que les principales attentes se rattachent au fait de conserver un rendement approprié quant à la quantité de clients tout en maintenant un service de qualité. Par exemple : « *être en mesure de suivre environ une dizaine de clients dans la semaine en plus des évaluations* » (Répondant 9) ; « *faire des interventions efficaces et de façon compétente et professionnelle (offrir un service de qualité tout en étant efficiente)* » (Répondant 5).

La plupart des répondants se sentent également compétents pour gérer les imprévus. Les principaux imprévus sont les urgences et les modifications de rendez-vous à la dernière minute. Les répondants expliquent que leurs principales stratégies sont d'établir des priorités (55,6 %) et de demander de l'aide (29,6 %). Par exemple : « ... prévoir des périodes tampons à l'horaire, priorisation, ... utilisation de l'horaire flexible (plus d'heures une semaine avec imprévu, reprise de temps la semaine suivante) » (Répondant 6) ; « Me référer à mes collègues physiothérapeutes. Questionner davantage les clients à propos de leur problématique. Écrire des lettres au médecin pour avoir davantage d'informations » (Répondant 2).

Finalement, la majorité des répondants se perçoivent moyennement compétents pour gérer les situations complexes. Ces situations sont les problématiques multiples (37,0 %) et les difficultés à collaborer avec des membres de la famille (18,5 %). Par exemple : « Il y a aussi des cas où les parents ne sont pas très impliqués dans le processus thérapeutique » (Répondant 23). Leurs stratégies consistent à avoir recours à d'autres professionnels pour surmonter ces situations complexes, à adapter son attitude ou son approche et à lire des résultats probants.

## DISCUSSION

La présente étude montre que le déploiement des compétences professionnelles se fait relativement aisément et cela converge avec certains écrits. Pour mettre en lien les résultats avec les notions théoriques du cadre conceptuel, les éléments discutés sont regroupés sous vouloir-agir, pouvoir-agir et savoir-agir.

### Vouloir-agir

La perception du vouloir-agir est bonne comme le fait valoir la perception positive du niveau de satisfaction de l'expérience de travail. Les nouveaux diplômés se sentent compétents pour répondre aux attentes et réussir les interventions, tel qu'attendu par une pratique compétente de l'ergothérapie (ACE, 2012, p. 6). Cela concorde avec l'étude de Doherty *et al.* (2009) dans laquelle les répondants ont une perception positive et ont confiance en leur compétence de raisonnement clinique, en leur savoir et en leur savoir-faire. Le soutien de l'équipe de travail, une bonne compréhension par celle-ci du rôle de l'ergothérapeute, le fait de travailler avec la clientèle désirée et de pouvoir exercer sa profession de façon autonome sont des caractéristiques importantes de la satisfaction des ergothérapeutes novices. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Toal-Sullivan (2006). De plus, les répondants affirment que les réussites que leurs clients vivent dans les thérapies et le désir d'offrir un service de qualité ainsi que d'avoir une bonne réputation auprès des autres professionnels les motivent à agir avec compétence, ce qui rejoint Sutton et Griffin (2000) ainsi que Toal-Sullivan (2006). L'importance de se faire confiance et de s'intégrer à l'équipe afin d'y vivre une bonne expérience lors de la transition sont aussi des facteurs soulevés par les diplômés et sont conformes aux résultats de Scanlan *et al.* (2013) ainsi que de Scanlan et Still (2013). Il y a lieu de croire qu'un bon départ permet le déploiement de ses compétences professionnelles.

Pour pouvoir développer leurs compétences, la majorité des répondants mentionnent que le savoir théorique est important et le quart des répondants soulignent que l'expérience est utile pour devenir des praticiens chevronnés. Ce dernier aspect concorde avec les résultats de l'étude conduite par Nayar *et al.* (2013) qui montre que des formations supplémentaires et l'apprentissage expérientiel sont nécessaires pour acquérir des compétences avancées. Les résultats de l'étude montrent que s'engager activement dans une critique de sa pratique est utile. Effectivement, les discussions avec d'autres professionnels, la recherche de résultats probants et l'engagement dans une pratique réflexive sont de bonnes stratégies pour y parvenir. Les discussions avec d'autres professionnels aident à faire évoluer les jeunes diplômés en confrontant leurs idées à celles des autres comme le suggéraient Doherty *et al.* (2009), Toal-Sullivan (2006) ainsi que Tryssenaar et Perkins (2001).

### **Pouvoir-agir**

Toutefois, c'est sur le plan du pouvoir-agir que la perception est un peu moins positive. En effet, seulement 40,7 % affirment obtenir du soutien dans leur milieu. Seulement, 44,4 % des répondants affirment parvenir à mettre en pratique leur conception idéale de l'ergothérapie. Ils ne peuvent pas se sentir aussi utiles qu'ils l'auraient désiré, de par les limites auxquelles ils se butent dans leur milieu. Ainsi, bien que les récents diplômés aient une bonne volonté d'agir, certaines limites restreignent le déploiement de leurs compétences. De plus, dans les réponses aux questions ouvertes, ils expliquent recevoir davantage de soutien de leurs anciens camarades de classe, de leurs superviseurs de stage, lors de leur formation initiale, que de collègues. Cela peut s'expliquer par le fait qu'une proportion élevée de répondants travaille en pratique privée et plus fréquemment seuls. D'ailleurs, l'étude de Toal-Sullivan (2006) décrit comment les récents diplômés recevant du soutien d'ergothérapeutes d'expérience se sont sentis appuyés dans leur réflexion ergothérapique, comparé à ceux qui n'ont pas accès à un tel soutien. En particulier, le professionnel novice rencontre diverses problématiques et le fait d'échanger avec d'autres personnes neutres le stimule et le confronte dans ses idées, ses conceptions, ses opinions sur la pratique et l'aide à évoluer (Rassafiani, 2009; Rassafiani *et al.*, 2009).

### **Savoir-agir**

La présente étude évoque un savoir-agir qui est perçu positivement. La majorité perçoit que ses compétences professionnelles l'aide à surmonter les contraintes du milieu, à satisfaire les attentes du milieu et à gérer les imprévus. Leur habileté à plaider, leur capacité d'adaptation, le fait d'établir des priorités et de s'organiser ainsi que d'aller chercher de l'aide auprès d'autres professionnels leur permettent de surmonter les limites de leurs ressources, les limites de temps, le rendement imposé en nombre de clients pour répondre aux exigences du milieu de travail, aux urgences et aux modifications des rendez-vous. Cela rejoint les résultats de Doherty *et al.* (2009) et de Gray *et al.* (2012) qui indiquent que les nouveaux diplômés se sentent suffisamment préparés pour surmonter les défis. La gratitude des clients, l'amélioration de la qualité de vie de ceux-ci et leur sentiment d'accomplissement les encouragent grandement. Tel qu'exprimé

par Toal-Sullivan (2006), les interactions positives avec les clients facilitent leur transition comme professionnel et les renforcent dans l'idée de poursuivre leur développement comme ergothérapeute.

Cependant, la perception du fait de gérer des situations complexes est quant à elle plus mitigée. Une majorité des répondants estiment parvenir moyennement à gérer les situations complexes, comme lorsqu'un client présente diverses problématiques ou qu'il est difficile de collaborer avec des membres de la famille. Ces informations apportent des informations inédites dans l'étude de la transition de diplômé à ergothérapeute et ces difficultés sont semblables à celles reconnues par Toal-Sullivan (2006).

Un des éléments intéressants concerne le fait qu'il n'y a pas de consensus. Environ, la moitié des ergothérapeutes novices estiment avoir de bonnes compétences alors que l'autre moitié mentionne sous-estimer ses compétences. Cela va dans le même sens que certains écrits. L'étude de Doherty *et al.* (2009) avait trouvé que les novices ont une perception positive et ont confiance en leur compétence de raisonnement clinique, en leur savoir et en leur savoir-faire, alors que Tryssenaar et Perkins (2001) mentionnent plutôt le contraire. Dans leur étude, les novices traversaient plusieurs étapes ; celles-ci sont les grandes attentes du début, l'euphorie et l'angoisse quant à leur compétence et aux défis rencontrés. La dernière étape serait finalement de « s'adapter à la pratique » et à leur nouveau monde professionnel après environ six mois. Le fait que les répondants aient une moyenne de quatre mois de pratique concorde avec le fait que leur confiance en leur compétence varie.

## Forces et limites de l'étude

L'étude dont il est question dans cet article présente certaines forces. Celle-ci est une des seules études empiriques réalisées auprès de récents diplômés québécois détenteurs d'une maîtrise et vient combler une lacune dans les connaissances sur les effets du rehaussement de la formation de futurs professionnels. Malgré un échantillon restreint, elle fait valoir des résultats inédits au plan du déploiement des compétences, car elle permet de constater que les ergothérapeutes novices perçoivent leurs compétences assez positivement.

Une des limites de la présente étude se rattache au fait que seules des données subjectives du déploiement des compétences ont été obtenues. Il serait pertinent dans une étude future de considérer des aspects objectifs du déploiement de compétences. Une autre limite est liée à la taille de l'échantillon ainsi qu'à la représentation des lieux de formation, compte tenu que l'étude a été réalisée au sein même d'une de ces universités. Il y aurait lieu dans une recherche future de contrevenir à ce biais. Il est aussi possible que les répondants ayant une expérience plutôt positive aient davantage participé à l'étude. Le recours à des questions ouvertes dans un questionnaire électronique présente aussi des limites puisque plusieurs répondants ont peu détaillé leurs réponses. Il y aurait lieu dans le futur de considérer une entrevue permettant d'explorer davantage la perception des répondants.

## CONCLUSION

La perception des compétences professionnelles par les récents diplômés en ergothérapie est généralement positive. Les résultats indiquent que les répondants se sentent en général préparés à exercer leur profession avec compétences. Cependant, le manque de soutien d'ergothérapeutes d'expérience est relevé par un grand nombre parmi eux, ce qui représente un défi à la transition adéquate du rôle d'étudiant à celui de professionnel. Cette étude est un point de départ sur des facilitateurs et des obstacles à la transition d'étudiant à professionnel et permet d'envisager des retombées concernant l'organisation de la formation initiale ainsi que l'accompagnement de l'entrée dans les milieux de travail. Il y a lieu de poursuivre les recherches en ce sens compte tenu du passage à la maîtrise relativement récent.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Association canadienne des ergothérapeutes [ACE]. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa (ON) : CAOT Publications ACE.
- Davis, L., et Rosee, M. (2015). *Occupational therapy student to clinician: making the transition*. Thorofare (NJ) : SLACK Incorporated.
- Doherty, G., Stagnitti, K., et Schoo, A.M.M. (2009). From student to therapist: follow up of a first cohort of Bachelor of Occupational Therapy students. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(5), 341-349. doi: 10.1111/j.1440-1630.2008.00751.x
- Gilkeson, G.E. et Hanten, W.P. (1984). A comparative analysis of occupational therapy graduates from baccalaureate and entry-level master's degree programs. *Occupational Therapy Journal of Research*, 4(2), 67-91.
- Gillet, P. (1991). *Construire la formation*. Paris (France): ESF.
- Gray, M., Clark, M., Penman, M., Smith, J., Bell, J., Thomas, Y., et Trevan-Hawke, J. (2012). New graduate occupational therapists feelings of preparedness for practice in Australia and Aotearoa/ New Zealand. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(6), 445-455. doi: 10.1111/j.1440-1630.2012.01029.x
- Horth, L., et Arsenault, S. (2002). *La scolarité utile à l'exercice de la profession Ergothérapeute au Québec : résultat d'une analyse documentaire*. Québec (QC) : Éduconseil
- Lall, A., Klein, J., et Brown, G.T. (2003). Changing times: trials and tribulations of the move to Master's entry-level education in Canada. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70(3), 152-162.
- Le Boterf, G. (2006). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Eyrolles.
- Murray, C., Turpin, M., Edwards, I., et Jones, M. (2015). A qualitative meta-synthesis about challenges experienced in occupational therapy practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(9), 534-546. doi: 10.1177/030802261556786
- Naidoo, D., Van Wyk, J., et Nat Dip, R.J. (2014). Are final year occupational therapy students adequately prepared for clinical practice? A case study in KwaZulu-Natal. *South African Journal of Occupational Therapy*, 44(3), 24-28.
- Nayar, S., Gray, M., et Blijlevens, H. (2013). The competency of New Zealand new graduate occupational therapists: Perceived strengths and weaknesses. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(3), 189-196. doi: 10.1111/1440-1630.12027
- Rassafiani, M. (2009). Is length of experience an appropriate criterion to identify level of expertise? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(4), 247-256. doi: 10.3109/11038120902795441

- Rassafiani, M., Ziviani, J., Rodger, S., et Dalglish, L. (2009). Identification of occupational therapy clinical expertise: decision-making characteristics. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(3), 156-166.
- Rochette, A., et Scurti, S. (2013). Devenir un ergothérapeute compétent : tout un défi ! *Actualités ergothérapeutiques*, 15(1), 8-10.
- Scanlan, J.N., Meredith, P., et Poulsen, A.A. (2013). Enhancing retention of occupational therapists working in mental health: Relationships between wellbeing at work and turnover intention. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(6), 395-403. doi: 10.1111/1440-1630.12074
- Scanlan, J.N., et Still, M. (2013). Job satisfaction, burnout and turnover intention in occupational therapists working in mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(5), 310-318.
- Sutton, G., et Griffin, M.A. (2000). Transition from student to practitioner: The role of expectations, values and personality. *The British Journal of Occupational Therapy*, 63(8), 380-388.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal (QC) : Chenelière éducation.
- Toal-Sullivan, D. (2006). New graduates' experiences of learning to practise occupational therapy. *The British Journal of Occupational Therapy*, 69(11), 513-524.
- Tryssenaar, J., et Perkins, J. (2001). From student to therapist: exploring the first year of practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(1), 19-27.
- Waite, A. (2013). Joining the workplace. Successfully navigating from student to practitioner. *OT Practice*, 18(4), 8-12.
- Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Éducation permanente*, 135, 57-69. Repéré à Joining the workplace. Successfully navigating from student to practitioner. <https://hal.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/172696/filename/art-edpte-135.pdf>
- Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris, France: L'Harmattan.
- Zwanikken, P.A., Dieleman, M., Samaranayake, D., Akwataghibe, N., et Scherpbier, A. (2013). A systematic review of outcome and impact of master's in health and health care. *BMC Medical Education*, 13(1), 18. doi: 10.1186/1472-6920-13-18





## COMORBIDITÉ SANTÉ MENTALE ET TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION DE SUBSTANCE : LE RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

Aude Vignola-Mir<sup>1</sup>, Julie J. Desrosiers<sup>2</sup>, Caroline Morin<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ergothérapeute M.Sc., Unité de psychiatrie, Cité de la Santé de Laval, Laval, Québec, Canada

<sup>2</sup> Ergothérapeute Ph.D (cand), Professeure associée, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse

<sup>3</sup> Ergothérapeute M.read, Chef de programme santé mentale et dépendance, Centre intégré de santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches, Québec, Canada

Adresse de contact : [aude.vignolamir@outlook.com](mailto:aude.vignolamir@outlook.com)

Reçu le 19.10.2015 – Accepté le 28.04.2017

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.v3n1.49

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



## RÉSUMÉ

**Introduction :** Vivre avec une problématique de santé mentale et un trouble lié à l'utilisation de substances (TLUS) amènent plusieurs difficultés fonctionnelles affectant la vie sociale, la vie productive, les conditions de vie ainsi que la qualité de vie. Les ergothérapeutes interviennent actuellement auprès de cette clientèle présentant de la comorbidité dans les programmes de soins intégrés ou en santé mentale. Malgré tout, il existe peu d'écrits permettant d'identifier leur rôle auprès de cette clientèle.

**Méthodologie :** L'objectif principal est de documenter les pratiques actuelles des ergothérapeutes au Québec auprès d'une clientèle atteinte d'un trouble comorbide de santé mentale et TLUS. Un devis de recherche descriptive interprétative a été choisi. Deux groupes de discussion focalisés ont été tenus avec des ergothérapeutes de différents milieux. Les discussions avaient pour but de documenter les outils, les approches et les modèles utilisés par les participants dans leur processus d'évaluation et d'intervention, mais également leurs recommandations afin d'améliorer leur pratique auprès d'une clientèle atteinte de comorbidité.

**Résultats :** Onze ergothérapeutes de quatre milieux cliniques différents ont participé à ce projet. Les ergothérapeutes consultés apprécient les modèles et outils spécifiques à leur profession, combinés à une approche de réduction des méfaits. De plus, leurs propos offrent une compréhension occupationnelle des TLUS en considérant la consommation comme une activité significative.

**Conclusion :** Cette nouvelle vision permet aux ergothérapeutes qui travaillent auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité d'intervenir de façon simultanée sur les deux problématiques mais surtout d'offrir leur expertise dans l'analyse d'activité et du fonctionnement humain.

## MOTS-CLÉS

Ergothérapie, Santé mentale, Trouble lié à l'utilisation de substances, Toxicomanie, Evaluations, Interventions

## MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE USE DISORDER COMORBIDITIES: THE ROLE OF THE OCCUPATIONAL THERAPIST

### ABSTRACT

**Introduction:** Living with a mental health problem and a substance use disorder (SUD) creates many functional difficulties that affect the social life, productive life, living conditions, and overall quality of life of the individuals involved. Occupational therapists are currently working with this clientele presenting comorbidity, whether it is in programs of integrated care or in mental health. In spite of this, little literature has yet been able to identify their role with this clientele.

**Methodology:** The main objective is to document Quebec's occupational therapists' current practices with the clientele living with a comorbid mental health disorder and SUD. A descriptive-interpretative research design has been chosen. Two focus groups were held with occupational therapists working in different settings. The goals of the discussions were to document the tools, the approaches and the models used by the participants in their evaluation and intervention process; as well as to have their recommendations in order to improve their practice with clientele presenting a comorbidity.

**Results:** Eleven occupational therapists from four different clinical settings participated in this project. These occupational therapists appraised models and tools which are specific to their profession, combined with a harm-reduction approach. In addition, their statements offer an occupational comprehension of SUD by considering substance use as a meaningful activity.

**Conclusion:** This new vision allows occupational therapists working with a clientele presenting a comorbidity to intervene simultaneously on the two problematics, but more importantly it enables them to offer their expertise in the analysis of activities and human functioning.

### KEYWORDS

Occupational Therapy, Mental Health, Substance use disorder, Addiction, Evaluations, Interventions

## INTRODUCTION

L'ergothérapie émerge au sein des institutions de psychiatrie au début du 20<sup>e</sup> siècle en prenant appui sur les bases du traitement moral: pour la première fois, des activités sont proposées pour remplacer les contraintes physiques utilisées auprès de cette clientèle vulnérable (Ferland et Dutil, 2012). Dès son établissement en tant que profession, l'ergothérapie, imprégnée du mouvement humaniste, cherche à répondre aux besoins des personnes souffrant d'un trouble mental (Peters, 2010). Aujourd'hui, les ergothérapeutes, tout en privilégiant les activités qui permettent à une personne de se réaliser, travaillent aussi à l'adaptation de la personne à une nouvelle condition, à la réappropriation de ses rôles sociaux et à la recherche d'un sens à son histoire de vie (Briand, Manidi et Panchaud Mingrone, 2005). De sorte qu'en un peu plus d'un siècle, les ergothérapeutes ont développé une expertise axée sur le fonctionnement global d'une clientèle en santé mentale et ont publié de nombreux guides de pratique à ce sujet (Bonder, 2010a; Brown et Stoffel, 2010; Cara et MacRae, 2005; Creek et Lougher, 2014; Crouch et Alers, 2005; Hernandez, 2016). Actuellement, les ergothérapeutes interviennent auprès des clientèles de tous âges (enfants, adolescents, adultes et aînés), présentant différents diagnostics (troubles anxieux, troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles de personnalité, troubles alimentaires et différents troubles cognitifs), et ce, à tous les paliers de soins (institutionnalisés, médicaux et communautaires).

### Problématique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) évalue qu'une personne sur quatre souffre de troubles mentaux (2001). Chez les hommes et les femmes de 15 à 44 ans, la dépression unipolaire, les troubles liés à l'alcool et la schizophrénie sont les trois premières causes d'incapacité au niveau mondial (OMS, 2001). Le trouble affectif bipolaire et le trouble panique se classent respectivement aux 5<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> rang des incapacités (OMS, 2001). Les troubles mentaux et ceux liés à l'abus de substances psychoactives sont responsables de près de 23 % des années de vie perdues en raison de l'incapacité (OMS, 2016). L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies évalue que de 30 à 50 % des patients actuellement admis en psychiatrie ont une maladie mentale associée à des problèmes d'abus de substances (Fridell et Nilson, 2004). Même constat du côté de l'Amérique du Nord où Drake et ses collaborateurs estiment que la moitié des patients atteints de troubles graves de maladie mentale présentent aussi des troubles liés à l'utilisation de substance (Drake *et al.*, 2001). L'inverse est aussi vrai : environ 80% des patients présentant un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances souffrent également de troubles psychiatriques comorbides (Fridell et Nilson, 2004).

### Troubles comorbides

L'OMS définit un trouble comorbide par la présence simultanée d'un trouble (ou de plusieurs) de santé mentale et d'au moins un trouble lié à l'utilisation de substances (2008). Un trouble lié à l'utilisation de substances (TLUS) réfère à une consom-

mation récurrente d'alcool et/ou de drogues causant un impact cliniquement significatif, incluant des problèmes de santé, des limitations fonctionnelles et l'incapacité de remplir ses responsabilités au travail, à l'école ou à la maison (traduction libre, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2015). Pour cette étude, les troubles de santé mentale font référence autant aux troubles graves que transitoires (troubles anxieux, troubles psychotiques, troubles de l'humeur et troubles de personnalité).

### Impact fonctionnel

Il est maintenant reconnu que la gravité de cette comorbidité ne provient pas seulement de l'addition des multiples troubles, mais plutôt de l'interaction qui se développe entre eux (Acier et Nadeau, 2005; Rahioui, Vinurel, Louppe, et Benyamina, 2014). En effet, les troubles de consommations sont plus difficiles à traiter chez les personnes souffrant d'un trouble mental (Rush *et al.*, 2008). Cette comorbidité est associée à une plus grande chronicité, manifestée par des épisodes psychiatriques plus sévères et des rémissions plus lentes (Cloutier, Barabé, Potvin, et Noël, 2016; Khazaal et Zullino, 2012; Rahioui *et al.*, 2014). Elle est également reliée à un plus haut niveau de détresse psychologique, à un moins bon fonctionnement psychosocial, à une adhésion moindre aux traitements biopsychosociaux, à un taux plus élevé de problèmes familiaux, médicaux, légaux, de violence et de suicide ainsi qu'à une plus grande utilisation des ressources en santé, et ce, d'une manière moins efficace (Cloutier *et al.*, 2016; Donald, Dower et Kavanagh, 2005; Khazaal et Zullino, 2012; Mills *et al.*, 2012; Rush et Koegl, 2008).

### Traitement intégré

Des deux côtés de l'Atlantique, le constat est le même : dans les centres de toxicomanie, la composante psychiatrique est sous-estimée et, à l'inverse, en psychiatrie, il y a une négligence des TLUS et de leurs effets physiologiques (Acier et Nadeau, 2005; Malapert, 2009). En effet, l'échec des approches traditionnelles de traitement, où les soins sont administrés en parallèle dans deux milieux de soins différents ou encore de façon séquentielle, à des moments différents, est reconnu depuis plusieurs années (Drake, Mueser, Clark et Wallach, 1996; Mueser et Gingerich, 2013; O'Neill et Lapalme, 2016). Tous s'entendent pour recommander des programmes de soins intégrés pouvant enfin répondre aux besoins de cette clientèle en offrant un suivi étroit et cohérent (Mueser, Noordsy, Drake et Fox, 2001). Ces programmes dits intégrés visent à offrir des services de soins continus où une même équipe interdisciplinaire intervient simultanément sur les deux problématiques. Il existe plusieurs guides de pratiques issus de différents pays concernant les troubles comorbides de santé mentale et TLUS. De ceux-ci, une recension des écrits de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESS) rapporte que peu de programmes de soins intégrés existent actuellement, que ce soit au Canada, aux États-Unis ou encore en Australie (O'Neill et Lapalme, 2016). De plus, peu de ces guides de pratique démontrent une efficacité conjointe sur les deux problématiques, soit l'amélioration de la santé mentale et des TLUS (Perron, Bunger, Bender, Vaughn et Howard, 2010). Ces données démontrent

l'importance de concevoir la comorbidité comme une problématique complexe et unique et non comme deux conditions parallèles.

## RECENSION DES ÉCRITS

Dès les années 1950, des ergothérapeutes se sont questionnés sur leur rôle auprès d'une clientèle atteinte de TLUS, en s'intéressant d'abord aux troubles liés à l'alcool (Lindsay, 1983; Rotert, 1989). À cette époque, Hossack cité dans Rotert (1989) estime que l'ergothérapie vise, par le passage obligé à une sobriété permanente, un certain équilibre occupationnel permettant aussi aux consommateurs de remplir un rôle fonctionnel dans la société. Les ergothérapeutes Doniger et Marston cités dans Cassidy (1988) suggèrent alors l'utilisation d'activités artisanales ou encore l'enseignement de techniques de relaxation auprès d'une clientèle atteinte d'alcoolisme. Lindsay (1983) encourage l'utilisation de la liste d'intérêts dans un processus d'évaluation afin d'identifier des objectifs en lien avec leurs intérêts et leurs occupations significatives (Klyczek, Bauer-Yox et Fiedler, 1997). Deux auteurs reconnaissent utiliser les méthodes projectives ou les activités créatives dans leurs interventions, sous la forme de collages, de dessins ou d'écritures créatives afin d'aider leurs patients à mieux identifier et exprimer leurs émotions (Cassidy, 1988; Lindsay, 1983).

Ce n'est qu'à la fin des années 1990 que les ergothérapeutes commencent à se positionner sur leur rôle auprès d'une clientèle atteinte de TLUS incluant l'alcool et les drogues. Un article démontre l'efficacité d'un programme basé sur les arts et l'artisanat en ergothérapie auprès d'une clientèle atteinte de TLUS en centre de désintoxication (Stensrud et Lushbough, 1988). En 1997, l'American Occupational Therapy Association (AOTA) publie un premier guide de pratique spécifique à une clientèle TLUS qui encourage, entre autres, l'utilisation de l'intervention brève, l'enseignement aux proches, l'adaptation de l'environnement et la prévention de la rechute (Stoffel et Moyers, 1997).

Actuellement, la majorité des guides de pratique en santé mentale publiés par des ergothérapeutes incluent un chapitre sur les TLUS (Bonder, 2010b; Crouch, 2005; Sells, Stoffel et Plach, 2010; Stoffel et Moyers, 2005; Walters, Sherwood et Mason, 2014; Wegner, 2005). Ces chapitres offrent une compréhension plus spécifiquement ergothérapique des TLUS en décrivant leur impact sur le fonctionnement de la personne ainsi que sur la performance occupationnelle. Malgré cela, la grande majorité de ces écrits encouragent l'utilisation d'approches non spécifiques à l'ergothérapie telles que : l'approche cognitivo-comportementale, l'entretien motivationnel, la réduction des méfaits, la prévention de la rechute ainsi que le modèle transthéorique des stades de changement de Prochaska et DiClemente (Bonder, 2010b; Sells *et al.*, 2010; Stoffel et Moyers, 2004; Stoffel et Moyers, 2005; Walters *et al.*, 2014; Wegner, 2005). Certains de ces auteurs suggèrent de juxtaposer ces approches à un outil du modèle de l'occupation humaine (MOH) de Kielhofner (Sells *et al.*, 2010; Wegner, 2005), le « *Occupational Performance History Interview-II* » (OPHI-II). Seul un guide issu de l'Afrique

du Sud (Wegner, 2005) suggère des outils ergothérapeutiques afin d'évaluer la performance occupationnelle (*Work assessment and Assessment of Motor and Process Skills* (AMPS) (Fisher et Bray Jones, 2010), le niveau de stress (*Stress assessment*) (Crouch, 2008), les loisirs, le travail, les intérêts (*Interest checklist*) (Matsutsuyu, 1969), l'estime et le concept de soi.

De tous les différents guides de pratique en santé mentale publiés en ergothérapie, un seul contient un chapitre consacré aux troubles comorbides (Moyers, 2010). Celui-ci renvoie les lecteurs au guide du Centre pour le traitement d'abus de substances américain (Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), 2005) qui n'y spécifie pas malheureusement le rôle de l'ergothérapeute. Par ailleurs, une seule recension des écrits suggère l'utilisation du MOH de Kielhofner ainsi que du Processus de remotivation de Gloria Las Heras au sein des programmes intégrés en comorbidité (Séguin, 2009).

## Le rôle des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes œuvrant au sein de programmes en santé mentale sont appelés à intervenir auprès d'une clientèle atteinte de TLUS (Stoffel et Moyers, 2004) et ils sont également encouragés à le faire de plus en plus, tout en collaborant avec d'autres professionnels (Stoffel, 2013). À ce jour, il n'existe pas de guide de pratique francophone ni de données scientifiques suffisantes pour la clientèle présentant de la comorbidité dans les services d'ergothérapie qui permettrait à ces professionnels d'avoir une pratique basée sur les données probantes et de répondre à leurs besoins. Au Québec, quelques ergothérapeutes sont maintenant invités à développer leur pratique au sein de programmes de soins intégrés en santé mentale et TLUS. En ce sens, l'objectif principal de cette étude vise à documenter les pratiques actuelles d'ergothérapeutes cliniciens au Québec auprès d'une clientèle présentant un trouble comorbide de santé mentale et de TLUS, que ce soit dans les programmes de soins en santé mentale ou dans les programmes de soins intégrés. L'objectif secondaire est de recueillir les recommandations d'amélioration de la pratique issues de l'expérience clinique des ergothérapeutes consultés.

## MÉTHODES

Un devis de recherche descriptive interprétative a été choisi pour répondre aux objectifs de cette recherche. Ce devis permet de décrire un phénomène émergent (Gallagher, Corbière et Larivière, 2014). Il est aussi particulièrement adapté à la réalité clinique des ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité en permettant de cerner cette réalité complexe, contextuelle et subjective (Gallagher *et al.*, 2014; Thorne, Kirkham et O'Flynn-Magee, 2004). De plus, ce devis permet de capter tous les éléments d'un événement (Sandelowski, 2000), et ce, sans les restrictions de l'utilisation d'un seul modèle théorique (Thorne *et al.*, 2004).

L'échantillonnage des participants a été à la fois systématique et volontaire. Tous les ergothérapeutes œuvrant dans les programmes de soins intégrés connus au Québec ont été approchés. De plus, d'autres ergothérapeutes pratiquant dans des milieux de soins en santé mentale auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité ont été identifiés et contactés grâce à différentes banques de données, soit celle des responsables des milieux de stage provenant du département de la formation clinique de l'Université de Montréal ainsi que celles des ordres et associations des ergothérapeutes du Québec et du Canada. La méthode boule-de-neige a aussi été utilisée lorsque chaque responsable de stage ou ergothérapeute rejoint a été invité à faire connaître le projet à d'autres participants potentiels. L'échantillonnage a été planifié pour s'assurer d'une large représentativité de pratique clinique par la variété des milieux cliniques ciblés ainsi que celle des années de pratique des participants afin d'atténuer les facteurs confondants.

La collecte de données a été effectuée sous la forme de groupes de discussions focalisées dans deux milieux cliniques différents. Une discussion de groupe focalisée convient particulièrement au devis de recherche descriptive en permettant de recueillir les pensées des participants face à un sujet précis mais aussi de comprendre le pourquoi de celles-ci (Ivanoff et Hultberg, 2006). Cette méthode a l'avantage de produire des données empiriques riches, originales et éclairantes afin de mieux comprendre les phénomènes humains ou sociaux (Baribeau et Germain, 2010). Le canevas de l'entrevue a aussi évolué au cours des rencontres grâce à l'analyse des données en continu (voir tableau 1).

Suite à la retranscription du verbatim de la rencontre, l'analyse des données d'entrevues a été réalisée par thématization continue (Paillé et Mucchielli, 2012). Chaque verbatim a alors été relié à un thème (étape de codage) et catégorisé par la suite sous la forme d'un arbre thématique (Paillé et Mucchielli, 2012). Le codage a été effectué manuellement par deux codeurs indépendants soit les deux auteurs principaux. Une association de plus de 80 % des résultats des deux codeurs a permis l'utilisation de l'ensemble des thèmes dérivés des verbatims (Tong, Sainsbury et Craig, 2007). Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.

**Tableau 1 : Canevas d'entrevue**

<b>Canevas d'entrevue</b>
Pouvez-vous décrire un suivi avec un client souffrant aussi de toxicomanie (de la prise en charge à la fin du suivi) ?
Quels sont les éléments que vous abordez le plus souvent ?
Quelle forme d'intervention privilégiez-vous auprès de cette clientèle ? En groupe ou individuelle ? Et pourquoi.
Comment utilisez-vous l'activité dans vos évaluations et/ou interventions ?
Que visez-vous auprès de cette clientèle en termes d'objectifs ?
Qu'est-ce qui différencie le rôle de l'ergothérapeute des autres professionnels auprès de cette clientèle ?
Quelles sont vos recommandations pour les prochaines années au sujet des modèles et des interventions à privilégier auprès d'une clientèle en toxicomanie ?

## RÉSULTATS

### Les participants

Au total, onze ergothérapeutes ont accepté de participer à ce projet. Les participants avaient entre 1 et 30 ans d'expérience de travail auprès d'une clientèle atteinte d'un trouble de santé mentale et d'un TLUS. Les ergothérapeutes étaient issus de quatre milieux cliniques différents : un centre hospitalier universitaire offrant un programme de soins intégrés (CU), un institut universitaire en santé mentale (IU), un centre hospitalier offrant des soins en santé mentale (CH) et un centre de réadaptation en dépendance (CR). Un CU allie la recherche à un continuum de soins allant des urgences psychiatrique et médicale, des lits d'hospitalisation en psychiatrie et toxicomanie jusqu'à un suivi à l'externe (suivi après désintoxication et/ou stabilisation d'un trouble de santé mentale). Un CU est un établissement public au Québec qui, dans un contexte hospitalier, a développé une expertise quant au sevrage sécuritaire de substances à l'interne sous supervision médicale. Un IU regroupe exclusivement des services spécialisés en santé mentale incluant des soins avec ou sans hébergement tout en favorisant la recherche et l'enseignement. Un CH offre, au sein d'un centre hospitalier général, un programme de soins et services en santé mentale au niveau de l'hospitalisation aussi bien que de la clinique externe incluant des suivis dans le milieu de vie des usagers. Un CR regroupe des soins spécialisés en dépendance pour les TLUS qui peuvent être offerts avec ou sans hébergement incluant parfois un volet pour la santé mentale.

### La présentation des données

La compilation des données a permis d'observer une cohérence dans les propos recueillis des différents milieux cliniques, et ce, à plusieurs niveaux. Tout d'abord, les données ont permis de documenter les processus d'évaluation et d'intervention d'ergothérapeutes cliniciens du Québec auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité. Les éléments de ces processus sont synthétisés ici sous forme de tableaux (voir tableau 2 et 3). Les points de convergence dans le discours des différents milieux de soins y sont présentés par ordre d'importance. Les éléments reliés spécifiquement à la pratique auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité sont décrits dans le texte et juxtaposés à des citations des participants. En conclusion, une compilation des principales recommandations suggérées par les ergothérapeutes interviewés pour améliorer leur pratique clinique est proposée (voir tableau 4).

### Le processus d'évaluation

Le processus d'évaluation décrit par les onze ergothérapeutes participants inclut les buts de l'évaluation, les activités et mises en situations privilégiées, les outils utilisés en activité et en entrevue ainsi que les modèles ergothérapeutiques proposés. Ceux-ci sont synthétisés dans le tableau 2.

## Buts de l'évaluation

Un premier but cité par plusieurs ergothérapeutes est celui de créer une alliance thérapeutique par l'utilisation d'activités (voir tableau 2). Ce lien permet par la suite l'adhésion et la participation du patient au processus thérapeutique :

« ...Nous, ce qu'on vise, c'est le lien thérapeutique. Établir un lien significatif en une semaine, c'est notre seul objectif. Et lorsque le patient va rechuter, lorsqu'il va être à l'urgence, on aura un bon lien avec lui. Ça fait toute la différence du monde. (Activité de plein air) » – Participant 2

Plusieurs reconnaissent utiliser l'horaire occupationnel afin d'évaluer le profil de consommation de leurs patients. L'horaire occupationnel correspond ici à l'énumération des activités d'un individu sur un laps de temps défini, soit une journée ou une semaine (Christiansen, Baum et Bass-Haugen, 2005). Les ergothérapeutes apprécient cet outil qui permet au patient de visualiser concrètement le temps consacré à sa consommation et aux activités reliées, de prendre du recul, de faire une prise de conscience de l'ampleur du phénomène et pour certains d'enclencher un processus de changement.

L'importance de l'impact de la consommation sur le fonctionnement a été soulevée par plusieurs ergothérapeutes participants. Les ergothérapeutes rapportent des atteintes au niveau de la santé physique, mais également des troubles cognitifs concernant l'attention et la mémoire reliés à l'abus de substances, et ce, à différents degrés :

« Une dame de 44 ans sera dirigée vers une unité spécifique de CHSLD (Centre hospitalier de soins longue durée). Elle n'est plus capable de trouver la toilette dans sa chambre, elle n'est plus capable de reconnaître le fauteuil ni de s'asseoir dessus. Elle n'est même plus en mesure d'avoir une conversation. » – Participant 4

Ils observent également l'importance de détecter la présence possible d'un délirium lors du sevrage qui peut alors fausser les résultats de l'évaluation fonctionnelle et surtout l'orientation suite à l'épisode de soins.

## Modèles ergothérapeutiques utilisés

Le MOH (Kielhofner, 2008) ainsi que les outils qui y sont rattachés, demeure de loin le modèle privilégié auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité que ce soit dans le processus évaluatif ou d'intervention :

« ... c'est vraiment avec le MOH que je fais mon analyse. Je trouve qu'il est approprié puisqu'il intègre l'aspect de l'habitation, la place que prend la consommation dans les habitudes de vie et aussi la motivation. » – Participant 6

**Tableau 2 : Processus d'évaluation des ergothérapeutes participants auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité**

Processus d'évaluation	
<b>Buts de l'évaluation</b>	Créer un lien thérapeutique (alliance) Évaluer le niveau de fonctionnement de la personne Évaluer le profil de consommation Évaluer l'impact fonctionnel de la consommation Connaître les habiletés de la personne (physiques, cognitives, relationnelles et sociales) Cibler les priorités et les intérêts de la personne Aider à l'orientation suite à l'épisode de soins
<b>Activités et mises en situation utilisées</b>	Préparation d'un repas et visite à l'épicerie Activités dans la communauté (aller à la bibliothèque, à la buanderie ou à la banque, prendre le transport en commun, visiter un dépanneur) Activité de plein air (canot-camping en groupe) Visite à domicile Selon les intérêts : organiser un voyage Activités « maison » : monter un jeu de patience Ménage de la chambre (en hébergement)
<b>Outils utilisés en activité</b>	PRPP ( <i>Perceive, Recall, Plan and Perform</i> ) (Chapparo et Ranka, 2014) MOHOST ( <i>Model of Human Occupation Screening Tool</i> ) (Kielhofner, 2016) Collage (méthode projective) KELS ( <i>Kohman Evaluation of Living Skills</i> ) (résolution de problèmes) (Kohlman Thomson, 1992)
<b>Outils utilisés en entrevue</b>	Reliés au MOH : OPHI-II, OCAIRS ( <i>Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale</i> ), OSA ( <i>Occupational Self Assessment</i> ) (Kielhofner, 2016) Horaire occupationnel
<b>Modèles ergothérapeutiques utilisés</b>	MOH ( <i>Modèle de l'occupation humaine de Kielhofner</i> ) MCRO ( <i>Modèle canadien de rendement occupationnel</i> ) (Townsend et Polatajko, 2008) combiné à l'approche d'Anthony (Anthony, Cohen, Farkas et Gagne, 2002) et évaluations de Mueser (Mueser, 2003)

## Le processus d'intervention

Le processus d'intervention synthétisé dans le tableau 3 décrit les buts visés par les ergothérapeutes participants lors du suivi, les outils et les activités utilisés ainsi que les modèles et approches privilégiés auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité.

### Buts de l'intervention

La motivation au changement (voir tableau 3) est une cible essentielle du processus d'intervention auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité. Certains ergothérapeutes y observent des distinctions entre une clientèle présentant majoritairement un trouble de santé mentale ou plutôt avec un TLUS prépondérant :

« ... en santé mentale la motivation est souvent absente. Il est nécessaire "d'allumer le moteur" pour être capable de les amener vers un changement. Tandis qu'en toxicomanie, le désir de changer est déjà présent, mais ne dure pas

longtemps. Je pense que c'est une grande différence entre les deux clientèles. » – Participant 11

Les ergothérapeutes participants rapportent également l'importance de la gestion des émotions de certains patients lors de l'arrêt de consommation. D'un côté, ils observent le besoin de gérer les émotions fortes reliées à la prise de conscience du risque de mourir si le patient continue de consommer ou encore aux pertes matérielles et sociales causées par leur TLUS. De l'autre, les ergothérapeutes reconnaissent l'importance pour la personne de réapprendre à identifier et à vivre les émotions de la vie quotidienne sans consommation. À cette fin, plusieurs ergothérapeutes apprécient utiliser l'activité qui sert alors de prétexte pour faire ressentir des émotions et du plaisir mais également pour s'observer et expérimenter un changement.

Certains rapportent demander à leurs patients d'identifier une activité plaisante et observer leur difficulté à y répondre. Les ergothérapeutes participants y reconnaissent le vide occupationnel et identitaire laissé par l'arrêt de consommation chez leurs patients. Le vide occupationnel, défini ici comme un manque d'occupations significatives, peut alors être meublé par des activités dites « de substitution », afin de combler le quotidien de la personne dont la consommation pouvait prendre une très grande majorité de son temps. Ces activités de substitution sont importantes, notamment dans les périodes incitant le plus à consommer. Aussi, la reprise d'activités peut alors permettre de renouer avec une autre identité du patient cette fois, sans la consommation :

« ...Quand je l'ai vu jouer au basketball, les deux bras m'en sont tombés. Il était partout en même temps, il courait, il avait du plaisir. C'était comme une autre personne. » – Participant 7

Toutefois, le vide ressenti par plusieurs à l'arrêt de la consommation fait ressortir des deuils occupationnels ainsi que relationnels qui entraînent alors une perte de sens. Le témoignage suivant le démontre bien :

« ... Le client est présent à ses rencontres. Il fait toutes les expertises, les tests qu'il doit faire. Il est même en recherche d'emploi. Mais il dit : "Ne me demandez pas si je suis heureux, parce que je vais vous dire que je ne suis pas heureux." Le sentiment de plaisir qu'il ressentait à consommer, c'était comme s'il donnait un sens à sa vie. C'était une façon pour lui d'exister, d'être en relation. Parce que, lorsqu'il ne consomme plus, il n'est plus en relation avec la bouteille ou la ligne, il n'est plus en relation avec les autres. » – Participant 5

### **Modèles et approches utilisés**

Des interventions inspirées du modèle de l'entretien motivationnel sont abondamment utilisées dans la majorité des milieux des ergothérapeutes participants afin de favoriser l'adhésion au traitement et de créer un pont avec l'approche de réduction des méfaits en dépendance. Par exemple, du côté des milieux de soins en santé mentale, les ergothérapeutes participants observent l'échec des méthodes punitives (telles qu'un internement de sept jours en cas de consommation de substances) et protectionnistes auprès des consommateurs et encouragent plutôt l'autonomisation de ceux-ci :

« ...Parfois les gens réagissent : “Il faut les garder à l’unité, il ne faut pas les faire sortir.” À un moment donné, non, il faut le faire sortir. Si on attend dans deux ans, on ne verra jamais comment on peut travailler cela. » – Participant 7

L’utilisation des méthodes projectives s’est aussi révélée particulièrement utile auprès d’une clientèle atteinte d’un trouble de santé mentale et TLUS en permettant d’éviter les réponses conditionnées suite à plusieurs épisodes de soins :

« ... Ce qui est ressorti grâce à cela, c’est énorme. C’est beaucoup plus que ce qui était ressorti dans les groupes de discussion avant. Les participants se faisaient des plans beaucoup plus concrets en partant de quelque chose d’abstrait qui était le dessin... » – Participant 4

**Tableau 3 : Processus d’intervention des ergothérapeutes participants auprès d’une clientèle présentant de la comorbidité**

Processus d’intervention	
<b>Buts de l’intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser la motivation au changement</li> <li>Comblar les besoins de base</li> <li>Encourager la reprise d’activités/rôles significatifs</li> <li>Viser l’autonomie de la personne (vivre en appartement, travailler)</li> <li>Identifier et s’engager dans des projets de vie à court et long terme</li> <li>Améliorer l’estime de soi, l’affirmation de soi et la gestion de l’anxiété</li> <li>Améliorer la gestion des émotions</li> <li>Prendre en compte la notion de plaisir (redéfinir et ré-approvoiser)</li> <li>Favoriser un volet éducatif : santé mentale, médication et consommation</li> <li>Favoriser une prise de conscience sur la consommation</li> <li>Prévenir la rechute</li> <li>Retrouver une vie qui a un sens (vide occupationnel et identitaire)</li> </ul>
<b>Outils</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Horaire occupationnel</li> <li>Liste d’intérêts</li> <li>PRPP</li> <li>Plan de crise (plan préétabli par le patient et ses proches prévoyant les mesures à prendre en cas de rechute en santé mentale)</li> </ul>
<b>Activités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Groupe de cuisine</li> <li>Atelier de tâches : dessin, peinture, décoration d’objets en bois, fabrication de bijoux, etc.</li> <li>Activités sportives (badminton, basketball...)</li> <li>Relaxation</li> </ul>
<b>Modèles et approches utilisés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MOH</li> <li>Entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2013)</li> <li>Réduction des méfaits (Landry et Lecavalier, 2003)</li> <li>Méthodes projectives</li> <li>Interventions neurosensorielles</li> <li>Groupe IPT (<i>Integrated Psychological Treatment</i>) (Roder, Müller, Brenner et Spaulding, 2011)</li> <li>Autres approches : mentalisation, pleine conscience (<i>mindfulness</i>), le modèle PEO (personne/environnement/occupation), certains outils de Terry Kruppa et l’approche de Yalom pour les interventions de groupe (Yalom et Leszcz, 2005)</li> </ul>

## Recommandations proposées par les ergothérapeutes consultés visant à améliorer leur pratique auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité

La consultation auprès des ergothérapeutes participants a permis de documenter leurs recommandations afin de bonifier leurs interventions auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité, d'améliorer leur pratique professionnelle, de favoriser leur contexte de pratique et de développer leur profession.

### Améliorer leurs interventions auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité

Plusieurs ergothérapeutes participants souhaitent être en mesure d'offrir des activités plus significatives pour la clientèle, notamment dans le but de lui faire ressentir des émotions positives et du plaisir :

« ... Lorsqu'on parle d'activités de substitution, l'idée est d'aller chercher des activités plus stimulantes qu'un atelier de tâches. C'est ce qui nous fait penser que notre activité plein air va accrocher quelques consommateurs. » – Participant 9

Des ergothérapeutes reconnaissent également les bienfaits de l'activité physique et souhaitent pouvoir en proposer à leurs patients :

« ... cela a été écrit dans une revue scientifique en Angleterre. La médication, pour des patients déprimés, cela donnerait le même résultat que 30 minutes de marche. C'est une activité la marche. Imaginez si on pouvait proposer la marche dans l'unité de désintoxication ? » - Participant 2

L'activité physique, telle la marche à l'extérieur des milieux cliniques, permet également d'exposer les clients à leur nouvelle réalité sans consommation :

« La visite au dépanneur, c'est une activité. Entrer dans un dépanneur quand cela fait six jours que tu dis : "Oui, oui, ça va bien aller, je n'ai pas besoin de thérapie, j'ai arrêté de boire." Puis la personne entre dans un dépanneur et voit le frigo avec la bière. C'est tellement fort. Finalement, la personne dit : « "Ouf, je pense que je vais y aller en thérapie..." » - Participant 1

Un ergothérapeute souhaite encourager les programmes d'*outreach* afin de stimuler la motivation au changement des patients où qu'ils soient : là où ils vivent, là où ils passent du temps ou encore là où ils reçoivent des soins. Il faut parfois saisir l'occasion d'une hospitalisation aux soins intensifs, par exemple, pour rencontrer la personne, créer un lien et lui offrir des services même si celle-ci au premier abord ne souhaite pas de service ou n'en demande pas d'emblée :

« Une famille demande de l'aide en toxicomanie pour leur père hospitalisé qui consomme énormément mais se fait répondre qu'on ne peut rien faire tant que la personne touchée ne demande pas elle-même de l'aide. On aurait pu au moins essayer de créer un lien avec la personne qui est sur son lit d'hôpital. Je pense qu'on aurait tout à gagner à aller chercher les gens où ils sont. » – Participant 11

### **Améliorer leur pratique professionnelle**

Plusieurs ergothérapeutes participants expriment leur désir d'améliorer leur pratique auprès d'une clientèle en TLUS ou comorbide en recevant une formation plus poussée à ce sujet qui encouragerait les ergothérapeutes à intervenir simultanément sur les deux problématiques, mais aussi leur désir d'offrir de nouveaux services comme des groupes en TLUS.

### **Favoriser leur contexte de pratique**

Du point de vue organisationnel, certains ergothérapeutes soulignent l'importance d'accueillir le patient à l'endroit où il demande de l'aide (*No wrong door policy* (Queensland Health, 2010)), que cela soit en santé mentale ou en TLUS. En effet, une clientèle présentant de la comorbidité peut demander de l'aide dans différents programmes de soins et nécessiter une approche holistique :

« ... Imaginez qu'une personne arrive dans notre équipe en clinique externe : le patient est toxicomane, déficient et il a des problèmes en psychiatrie. Il est mal pris. Parce qu'il va aller en déficience et ils vont lui dire : "Non, non, c'est de la psychiatrie." Il va se promener et il ne sera pas accepté nulle part. » – Participant 2

### **Développer leur profession**

Enfin, la grande majorité des ergothérapeutes participants s'entendent sur la nécessité de faire valoir l'ergothérapie auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité à tous les paliers de soins :

« ... Dans une unité de désintoxication ou dans une unité en thérapie interne, je pense que le rôle de l'ergothérapeute serait beaucoup au niveau de l'évaluation des capacités lors du séjour des patients. Puisqu'ils sont là au quotidien, on peut les aider à préparer leur retour à domicile avec une aide au besoin. Au niveau de l'externe, je pense que, dans le programme de réinsertion, il pourrait vraiment avoir un ergothérapeute impliqué activement dans ce programme. Il travaillerait avec les éducateurs et pourrait développer des projets et des groupes de thérapie, soit des groupes par l'art ou des groupes d'activités plus sportives, telles les projets de plein air. » – Participant 11

**Tableau 4 : Recommandations des ergothérapeutes participants afin d'améliorer leur pratique auprès d'une clientèle en troubles comorbides**

Recommandations des ergothérapeutes participants	
<b>Améliorer leurs interventions auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité</b>	<p>Offrir une gamme d'activités variées et significatives permettant à la clientèle de ressentir des émotions positives dont le plaisir</p> <p>Intégrer des activités physiques à l'offre de services en ergothérapie</p> <p>Exposer la clientèle à des situations quotidiennes à risque, c'est-à-dire reliées de quelque façon à la consommation (ex : entrer dans une épicerie et les accompagner lors de cette exposition)</p> <p>Adopter des approches proactives dont l'<i>outreach</i> et les interventions dans le milieu de vie des personnes</p>
<b>Améliorer leur pratique professionnelle</b>	Allouer des heures de formation continue aux ergothérapeutes sur tout ce qui entoure les TLUS et ses traitements
<b>Favoriser leur contexte de pratique</b>	<p>Accueillir la clientèle à l'endroit où elle demande de l'aide (<i>No wrong door policy</i>) (Queensland Health, 2010) dans une vision de soins intégrés et une approche holistique</p> <p>Offrir du soutien clinique aux ergothérapeutes des équipes de traitements intégrés</p>
<b>Développer leur profession</b>	Intégrer davantage d'ergothérapeutes dans les équipes spécialisées auprès d'une clientèle présentant des troubles comorbides

## DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude consistait à documenter les pratiques actuelles d'ergothérapeutes cliniciens au Québec auprès d'une clientèle présentant un trouble comorbide de santé mentale et TLUS, que ce soit dans les programmes de soins en santé mentale ou encore dans les programmes de soins intégrés. L'objectif secondaire était de documenter les recommandations d'amélioration de la pratique issues de l'expérience clinique des ergothérapeutes consultés. Le devis de recherche descriptive interprétative de ce projet a permis de recueillir les propos des ergothérapeutes participants afin de documenter les processus d'évaluation, d'interventions ainsi que les recommandations de ces cliniciens auprès d'une clientèle atteinte de comorbidité.

L'analyse des différentes perspectives des participants ainsi que des thèmes abordés a fait émerger trois constats. En premier lieu, les ergothérapeutes participants reconnaissent apprécier les modèles et approches spécifiques à leur profession auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité en santé mentale et TLUS. L'utilisation d'approches ergothérapeutiques met également de l'avant le rôle primordial de l'activité particulièrement adaptée à cette clientèle en offrant une perspective occupationnelle à la consommation. Finalement, la compréhension offerte par les participants sur la motivation au changement explique leur adhésion à une philosophie de réduction des méfaits et de soins intégrés.

## Utilisation de modèles et d'outils spécifiques à l'ergothérapie

Premièrement, les ergothérapeutes participants ont reconnu apprécier des modèles ergothérapeutiques, utilisés en santé mentale, auprès de leur clientèle présentant de la comorbidité. Citons par exemple l'utilisation du MOH et de ses différents outils, où il est possible d'inclure les notions d'habituation et de motivation. L'utilisation privilégiée du MOH et de ses outils par les ergothérapeutes consultés peut s'expliquer par la place primordiale de la motivation (ou volition) dans ce modèle. À cette fin, le MOH de Kielhofner permet d'analyser la motivation selon la perception des capacités du patient (déterminants personnels), ses valeurs, ses convictions, son engagement personnel, ses aspirations ainsi que selon ce qui lui procure de la satisfaction et du plaisir (intérêts) (Kielhofner, 2008; Séguin, 2009). Toutefois, ni l'outil le plus spécifique à mesurer la motivation, le *Volition Questionnaire* (VQ) (Kielhofner, 2016), ni l'approche du Processus de Remotivation de Gloria Las Heras inspirée du MOH, n'ont émergé dans les résultats de cette étude. L'horaire occupationnel se révèle également utile pour travailler la prise de conscience de la place de consommation dans le quotidien du patient tout en lui permettant de créer une nouvelle routine.

## L'activité : un outil adapté à une clientèle présentant de la comorbidité

Le besoin d'activités de substitution observé par les ergothérapeutes participants correspond aux résultats d'une récente recherche qui démontrent une diminution importante des activités (de la vie quotidienne, domestique, sociale et culturelle) d'un individu à l'arrêt de consommation chez les personnes atteintes d'un TLUS et d'un trouble comorbide (Hoxmark, Wynn et Wynn, 2012). De plus, la diminution de la perception du bien-être des participants à l'étude corrélée à la réduction de leurs activités (Hoxmark *et al.*, 2012) encourage la reprise d'activités qu'elles soient thérapeutiques ou non. En effet, l'outil privilégié des ergothérapeutes demeure l'activité. Les consultations révèlent que l'activité est un outil particulièrement adapté à une clientèle atteinte d'un trouble de santé mentale et TLUS. En effet, plusieurs avantages de l'utilisation de l'activité correspondent aux besoins particuliers d'une clientèle présentant de la comorbidité : l'activité, en fournissant un prétexte pour s'observer et expérimenter un changement en passant à l'action, permet de favoriser la motivation à ce changement ou à un autre par la suite. Aussi, l'activité peut également être un bon moyen de s'accomplir, par exemple en réalisant un objet dans les ateliers de tâches. De plus, la réalisation d'une activité plaisante ou significative (Aubin, Hachey et Mercier, 2002) pour la personne est une façon de s'occuper lors des épisodes de manque (*cravings*) mais également de ressentir du plaisir de façon saine et constructive.

La grande utilisation du *Perceive, Recall, Plan and Perform* (PRPP) (Chapparo et Ranka, 2014) par les ergothérapeutes consultés auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité est un résultat inédit de cette étude. Cet outil a été conçu afin d'observer la relation entre la cognition et la performance occupationnelle de la personne dans ses activités (Chapparo et Ranka, 2014). Une étude reconnaît que les personnes ayant un trouble comorbide sont plus affectées cognitivement que celles atteintes d'un TLUS ou d'un trouble de santé mentale seul (Manning *et al.*, 2009). Les ergothérapeutes par-

participants reconnaissent apprécier la flexibilité de cet outil qui permet l'analyse d'une activité significative du patient et non une activité imposée, et ce, en milieu clinique ou réel. Cette flexibilité rejoint leur recommandation d'offrir des activités plus significatives à leurs patients afin qu'ils expérimentent des plaisirs sains. En effet, l'action, le plaisir et le renouveau sont des besoins essentiels à un bien-être occupationnel selon Doble et Santha (2008).

L'utilisation des méthodes projectives par les ergothérapeutes participants rejoint celles d'auteurs des années 1990 (Cassidy, 1988; Lindsay, 1983). Plus récemment, les ergothérapeutes mentionnent apprécier ces méthodes afin d'appuyer l'évaluation des patients en santé mentale ou en dépendance, de promouvoir la relation thérapeutique et de favoriser la communication et l'expression du soi (Lloyd et Papas, 1999; Matto, Corcoran et Fassler, 2003; Thompson et Blair, 1998). De nos jours, ces méthodes sont toujours appréciées des ergothérapeutes, mais certains manuels d'intervention en ergothérapie préfèrent utiliser le thème « d'activités créatives » qui inclut les méthodes projectives (Gunnarsson, Jansson et Eklund, 2006; Thompson et Blair, 1998; Walters *et al.*, 2014).

### **Une perspective occupationnelle de la consommation**

Pour la première fois, la consommation est abordée comme une activité significative, comportant des objets de rituels et des routines qui occupent une grande place dans la vie de la personne. Les participants consultés ont amené une compréhension résolument occupationnelle de l'activité de consommation. Kiepek et Magalhaes (2011) ont démontré par une recension des écrits que l'activité de consommation (*addiction*) correspond aux critères de l'occupation identifiés dans le code d'éthique de l'Association canadienne des ergothérapeutes (Polatajko et Townsend, 2007) : « donnent du sens à la vie, sont des déterminants importants de la santé, du bien-être et de la justice, permettent d'organiser le comportement, se développent et changent au cours de la vie, sont façonnées par les environnements et ont un potentiel thérapeutique » (traduction libre, Kiepek et Magalhaes, 2011). Cette nouvelle perspective occupationnelle nous permet de voir la personne consommatrice non pas comme un malade, un taré ou un faible, mais plutôt comme un être occupationnel, cherchant à répondre à ses différents besoins, à ses aspirations et à ses désirs.

À ce jour, l'essentiel des interventions prônées par les guides de pratique à l'intention des ergothérapeutes sont tirées d'approches basées sur le traitement des symptômes et sont essentiellement constituées d'emprunts faits aux autres professions de la santé. Considérer la consommation comme une occupation permet aux ergothérapeutes de mobiliser leur expertise en analyse de l'activité et en évaluation du fonctionnement humain. Cela permet aussi d'établir l'apport spécifique de l'ergothérapeute, par son approche résolument occupationnelle, au traitement des troubles comorbides. Un récent livre du Dr Nikki Kiepek propose un guide du rôle des ergothérapeutes auprès des personnes présentant des TLUS dans des contextes spécifiques de soins incluant les troubles comorbides et fait écho à la compréhension occupationnelle de la consommation des ergothérapeutes participants (Kiepek, 2016).

## Soins intégrés et réduction des méfaits

Enfin, le discours des ergothérapeutes participants s'inscrit dans une philosophie de soins intégrés visant la réduction des méfaits. Plusieurs se sentent interpellés, notamment par les mesures protectionnistes en psychiatrie, et certains participent à des groupes de travail dans leurs milieux respectifs afin d'encourager une pratique plus centrée sur l'approche de réduction des méfaits. Certains ergothérapeutes d'un milieu en santé mentale ont même élaboré une trousse d'intervention de groupe pour traiter les troubles comorbides chez les adolescents et les jeunes adultes psychotiques.

La philosophie de soins de réduction des méfaits des ergothérapeutes participants est cohérente avec la vision prônée par les guides de pratique auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité (American Psychiatric Association (APA), 2010; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009; Mueser, 2003; Queensland Health, 2010). La réduction des méfaits consiste ici à accepter une personne dans un programme de soins même si celle-ci n'est pas prête à un arrêt immédiat complet d'utilisation de substances psychotropes. Cette philosophie de soins rejoint les valeurs de l'ergothérapie en favorisant le respect des demandes des patients ainsi que des interventions dans leur milieu naturel dans une approche centrée sur le patient.

L'approche de réduction des méfaits des ergothérapeutes participants rejoint leur recommandation d'accepter le patient où qu'il soit physiquement (*No wrong door policy* et activités d'*outreach*) ou encore dans son processus de changement afin d'encourager l'adhésion au traitement. L'importance d'intervenir sur la motivation au changement (reconnaissance du problème, adhésion au traitement et résistance au changement) observée par les participants est en effet largement reconnue dans les écrits scientifiques (Bellack, Bennett, Gearon, Brown, et Yang, 2006; Donald *et al.*, 2005; Dubreucq *et al.*, 2012; Hunt, Siegfried, Morley, Sitharthan et Cleary, 2013; Zuckoff et Daley, 2001). Toutefois, aucun de ces écrits ne différencie la motivation au changement selon une problématique principale en santé mentale ou TLUS, tel que proposée par un ergothérapeute participant. Malgré leur connaissance et leur maîtrise du modèle transthéorique des stades de changement de Prochaska et DiClemente (2005), abondamment recommandé par des auteurs ergothérapeutes auprès d'une clientèle en TLUS (Sells *et al.*, 2010; Stoffel et Moyers, 2005; Walters *et al.*, 2014; Wegner, 2005), aucun ergothérapeute participant n'a rapporté son utilisation lors de cette étude. De plus, ces programmes (*No wrong door policy* et activités d'*outreach*) font écho aux recommandations auprès d'une clientèle en TLUS par différents professionnels de la santé (el-Guebaly, 2012; Queensland Health, 2010). Certains écrits reconnaissent toutefois la difficulté d'implanter la réduction des méfaits dans des milieux de soins fermés (Landry et Lecavalier, 2003), tels que les unités de psychiatrie par exemple. Des participants proposent une façon de contourner cette difficulté en encourageant l'autonomisation du patient en favorisant des sorties ponctuelles lorsque c'est possible.

## Force et limites

La diversité des profils des ergothérapeutes participants par la variété de leurs années d'expériences et de leurs milieux de pratique augmente la richesse des propos recueillis et permet d'amorcer la réflexion sur l'élaboration d'un modèle de pratique. Par contre, l'échantillonnage circonscrit à la pratique professionnelle des ergothérapeutes au Québec peut rendre ces résultats difficilement applicables dans d'autres contextes de pratique. Aussi, ce projet ne permet pas de questionner la qualité ni l'efficacité des pratiques recensées.

## Retombées potentielles

L'identification des thèmes et des concepts communs des approches et des interventions privilégiées auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité permet de mieux connaître et idéalement de promouvoir davantage le rôle des ergothérapeutes dans ce domaine émergent afin qu'ils puissent intervenir de façon simultanée sur les problématiques de santé mentale et de TLUS mais afin surtout que cette clientèle puisse bénéficier d'une approche basée sur les occupations.

## CONCLUSION

Cette étude est la première à recenser en français les modèles et les outils spécifiques à l'ergothérapie utilisés actuellement auprès d'une clientèle présentant de la comorbidité. Cette étude offre des résultats inédits par rapport aux écrits scientifiques en ergothérapie. En effet, ces résultats permettent de constater que non seulement les ergothérapeutes participants favorisent et apprécient l'utilisation de modèles et d'outils spécifiques à leur discipline mais qu'ils s'inscrivent également dans une philosophie de soins intégrés visant la réduction des méfaits. De plus, la compréhension occupationnelle de l'activité de consommation amenée par les ergothérapeutes participants permet de considérer la personne présentant une comorbidité comme un être occupationnel cherchant à utiliser l'activité de consommation pour répondre à ses besoins, à ses aspirations et à ses désirs. Cette vision de la consommation permet à une clientèle atteinte de comorbidité de bénéficier d'une approche occupationnelle non seulement pour répondre à ses besoins, mais aussi pour profiter pleinement de l'expertise des ergothérapeutes dans l'analyse d'activité et du fonctionnement humain.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Acier, M.D., et Nadeau, L. (2005). Troubles mentaux et troubles liés à une substance psychoactive : Revue de la littérature anglophone. *Alcoolologie et addictologie*, 27(4), 315-324.
- Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D., et Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2<sup>e</sup> éd.). Boston (MA): Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- American Psychiatric Association (APA) (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders* (2<sup>e</sup> éd.). Arlington (VA): American Psychiatric Association (APA).
- Aubin, G., Hachey, R., et Mercier, C. (2002). La signification des activités quotidiennes chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 218-228. doi: 10.1177/000841740206900406
- Baribeau, C., et Germain, M. (2010). L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 28-49.
- Bellack, A.S., Bennett, M.E., Gearon, J.S., Brown, C.H., et Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 426-432.
- Bonder, B.R. (2010a). *Psychopathology and Function* (4<sup>e</sup> éd.). Thorofare (NJ): Slack Incorporated.
- Bonder, B.R. (2010b). Substance-related disorders. Dans B.R. Bonder (dir.), *Psychopathology and Function* (4<sup>e</sup> éd., p. 103-124). Thorofare (NJ): Slack Incorporated.
- Briand, C., Manidi, M.-J., et Panchaud Mingrone, I. (2005). Introduction. Dans M.-J. Manidi (dir.), *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* (Vol. 43, p. p.21-42), Lausanne: Les cahiers de l'École d'études sociales et pédagogiques.
- Brown, C., et Stoffel, V.C. (2010). *Occupational therapy in mental health: A vision for participation*. Philadelphie (PA): F.A. Davis.
- Cara, E., et MacRae, A. (2005). *Psychosocial occupational therapy: A clinical practice* (2<sup>e</sup> éd.). Florence (KY): Thomson Delmar Learning.
- Cassidy, C.L. (1988). Occupational therapy intervention in the treatment of alcoholics. *Occupational Therapy in Mental Health*, 8(2), 17-26. doi: 10.1300/J004v08n02\_02
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP 42)*. Rockville (MD): Department of Health and Human Services (DHHS) Publication.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2009). *Troubles concomitants : toxicomanie au Canada*. Ottawa (ON): Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Chapparo, C., et Ranka, J. (2014). The Perceive, Recall, Plan, Perform (PRPP) system of task analysis. Repéré à <http://www.occupationalperformance.com/the-perceive-recall-plan-perform-prpp-system-of-task-analysis/>
- Christiansen, C.H., Baum, C.M., et Bass-Haugen, J. (2005). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. Thorofare (NJ): Slack Incorporated.
- Cloutier, R., Barabé, P., Potvin, S., et Noël, F. (2016). Toxicomanies et maladies mentales. Dans P. Lalonde, et G.-F. Pinar (dir.), *Psychiatrie clinique. Approche bio-psycho-sociale* (4<sup>e</sup> éd.). Montréal : Éducation Chenelière.
- Creek, J., et Lougher, L. (2014). *Occupational therapy and mental health* (5<sup>e</sup> éd.). Édimbourg: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Crouch, R.B. (2005). The recovering alcoholic and occupational therapy intervention. Dans R.B. Crouch et V.M. Alers (dir.), *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health* (4<sup>e</sup> éd., p. 519-536). London: Whurr Publishers Ltd.
- Crouch, R.B. (2008). A community-based stress management programme for an impoverished population in South Africa. *Occupational Therapy International*, 15(2), 71-86.

- Crouch, R.B., et Alers, V.M. (2005). *Occupational therapy in psychiatry and mental health* (4<sup>e</sup> éd.). London: Whurr Publishers Ltd.
- Doble, S.E., et Santha, J.C. (2008). Occupational well-being: Rethinking occupational therapy outcomes. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 184-190.
- Donald, M., Dower, J., et Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science and Medicine*, 60(6), 1371-1383.
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L., . . . Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52(4), 469-476.
- Drake, R.E., Mueser, K.T., Clark, R.E., et Wallach, M.A. (1996). The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 42-51.
- Dubreucq, S., Chanut, F., Jutras-Aswad, D., Lecomte, Y., St-Onge, B., Saucier, J.-F. et Farmer, O. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise. *Santé mentale au Québec*, 37(1), 31-46.
- el-Guebaly, N. (2012). The meanings of recovery from addiction: Evolution and promises. *Journal of Addiction Medicine*, 6(1), 1-9.
- Ferland, F., et Dutil, É. (2012). *Histoire de l'ergothérapie au Québec. Histoire d'une profession*. Montréal (QC) : Presses de l'Université de Montréal.
- Fisher, A. G., et Bray Jones, K. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills* (7<sup>e</sup> éd.). Fort Collins (CO): Three Star Press.
- Fridell, M., et Nilson, M. (2004). *La comorbidité – Consommation de drogue et troubles psychiatriques*. Office des publications officielles des Communautés européennes.
- Gallagher, F., Corbière, M., et Larivière, N. (2014). La recherche descriptive interprétative : description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein. Dans M. Corbière et N. Larivière (Dir), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (pp. 5-28). Québec (QC): Presses de l'Université du Québec.
- Gunnarsson, A.B., Jansson, J.-Å., et Eklund, M. (2006). The tree theme method in psychosocial occupational therapy: a case study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13(4), 229-240. doi : 10.1080/11038120600772908
- Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : De Boeck supérieur.
- Hoxmark, E., Wynn, T. N., et Wynn, R. (2012). Loss of activities and its effect on the well-being of substance abusers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 78-83.
- Hunt, G.E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., et Cleary, M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). *Cochrane Library* 2013(10), 164. doi: 10.1002/14651858.CD001088
- Ivanoff, S.D., et Hultberg, J. (2006). Understanding the multiple realities of everyday life: Basic assumptions in focus-group methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13(2), 125-132. doi: 10.1080/11038120600691082
- Khazaal, Y., et Zullino, D. (2012). Dépendances aux substances et comorbidités psychiatriques : tendances actuelles. Repéré à [http://reha-guide.ch/sites/default/files/document/file/04\\_medinfo0902\\_depndances.pdf](http://reha-guide.ch/sites/default/files/document/file/04_medinfo0902_depndances.pdf)
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation. Theory and application* (4<sup>e</sup> éd.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2016). Model of Human Occupation (MOHO) : Theory and application. MOHO Products. Repéré à <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>
- Kiepek, D.N. (2016). *Licit, illicit, prescribed: substance use and occupational therapy*. Ottawa (ON): Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) Publications.

- Kiepek, N., et Magalhaes, L. (2011). Addictions and impulse-control disorders as occupation: A selected literature review and synthesis. *Journal of Occupational Science*, 18(3), 254-276.
- Klyczek, J.P., Bauer-Yox, N., et Fiedler, R.C. (1997). The interest checklist: A factor analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(10), 815-823.
- Kohlman Thomson, L. (1992). *The Kohlman evaluation of living skills* (3<sup>e</sup> éd.). Rockville (MD): American Occupational Therapy Association (AOTA).
- Landry, M., et Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 2(1).
- Lindsay, W.P. (1983). The role of the occupational therapist treatment of alcoholism. *American Journal of Occupational Therapy*, 37(1), 36-43. doi: 10.5014/ajot.37.1.36
- Lloyd, C., et Papas, V. (1999). Art as therapy within occupational therapy in mental health settings: a review of the literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(1), 31-35. doi: 10.1177/030802269906200109
- Malapert, É. (2009). Comorbidité de l'addiction. *Topique*, 107(2), 9-15. doi: 10.3917/top.107.0009
- Manning, V., Betteridge, S., Wanigaratne, S., Best, D., Strang, J., et Gossop, M. (2009). Cognitive impairment in dual diagnosis inpatients with schizophrenia and alcohol use disorder. *Schizophrenia Research*, 114(1-3), 98-104. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.05.020>
- Matsutsuyu, J.S. (1969). The interest check list. *American Journal of Occupational Therapy*. 23(4), 323-328.
- Matto, H., Corcoran, J., et Fassler, A. (2003). Integrating solution-focused and art therapies for substance abuse treatment: guidelines for practice. *The Arts in Psychotherapy*, 30(5), 265-272. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2003.08.003>
- Miller, W.R., et Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement* (2<sup>e</sup> éd.). Paris: InterEditions.
- Mills, K.L., Deady, M., Teesson, M., Sannibale, C., Proudfoot, H., Burns, L., et Mattick, R. (2012). Guidelines on the management of co-occurring mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings: how useful are they? *Mental Health and Substance Use*, 5(2), 160-172.
- Moyers, P.A. (2010). Co-Occurring Disorders. Dans C. Brown et V.C. Stoffel (dir.), *Occupational therapy in mental health: a vision for participation* (p. 211-224). Philadelphie (PA): F.A. Davis.
- Mueser, K.T. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York (NY): Guilford Press.
- Mueser, K.T., et Gingerich, S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 424-439. doi: 10.1080/19371918.2013.774676
- Mueser, K.T., Noordsy, R.E., Drake, R.E., et Fox, L. (2001). Troubles mentaux graves et abus de substances : composantes efficaces de programmes de traitements intégrés à l'intention des personnes présentant une comorbidité. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 22-46. doi: 10.7202/014524ar
- O'Neill, S., et Lapalme, M. (2016). *Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*. Gouvernement du Québec. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication/modeles-de-dispensation-des-soins-et-services-aux-personnes-presentant-des-troubles-concomitants-d.html>
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (2001). *Rapport sur la santé dans le monde : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (2008). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Genève. Repéré à [http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2\\_fr\\_2008.pdf](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2_fr_2008.pdf)
- OMS (Organisation mondiale de la santé). (2016). Faits et chiffres. Santé mentale : un état de bien-être. Repéré à [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/fr/index1.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/fr/index1.html)

- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd.). Paris: Armand Colin.
- Perron, B.E., Bunger, A., Bender, K., Vaughn, M.G., et Howard, M.O. (2010). treatment guidelines for substance use disorders and serious mental illnesses: Do they address co-occurring disorders? *Substance Use & Misuse*, 45(7-8), 1262-1278. doi: 10.3109/10826080903442836
- Peters, C. (2010). History of mental health: perspectives of consumers and practitioners. Dans C. Brown et V.C. Stoffel (dir.), *Occupational therapy in mental health: a vision for participation*. Philadelphie (PA): F.A. Davis.
- Polatajko, H.J., et Townsend, E.A. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being et justice through occupation*. Ottawa (ON): Canadian Association of Occupational Therapists.
- Prochaska, J.O., et DiClemente, C.C. (2005). The transtheoretical approach. Dans J.C. Norcross et M.R. Goldfried, *Handbook of psychotherapy integration* (2<sup>e</sup> éd., p. 147-171), New York (NY): Oxford University Press.
- Queensland Health (2010). *Dual diagnosis clinical guidelines. Co-occurring mental health and alcohol and other drug problems*. Australie: State of Queensland. Repéré à [http://dovetail.org.au/media/16123/dd\\_guidelines\\_2011.pdf](http://dovetail.org.au/media/16123/dd_guidelines_2011.pdf)
- Rahoui, H., Vinurel, M., Louppe, F., et Benyamina, A. (2014). Les soins intégrés. Dans A. Benyamina (dir.), *Addictions et comorbidités* (p. 315-330). Paris: Dunod.
- Roder, V., Müller, D. R., Brenner, H. D., et Spaulding, W. D. (2011). *Integrated Psychological Therapy (IPT) for the treatment of neurocognition, social cognition, and social competency in schizophrenia patients*. Cambridge (MA): Hogrefe Publishing.
- Rotert, D. (1989). Occupational therapy in alcoholism. *Occupational medicine (Philadelphia, Pa.)*, 4(2), 327-337.
- Rush, B., et Koegl, C. J. (2008). Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 810-821.
- Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T.C., Strike, C., . . . Somers, J. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 800-809.
- Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods—Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health*, 23(4), 334-340.
- Séguin, G. (2009). *Programme intégré pour personnes atteintes d'un trouble concomitant de psychose et toxicomanie : contribution des ergothérapeutes*. (Université de Montréal). Repéré à [http://www.iusmm.ca/documents/C%C3%89RRIS/PI\\_GiseleSeguin.pdf](http://www.iusmm.ca/documents/C%C3%89RRIS/PI_GiseleSeguin.pdf)
- Sells, C.H., Stoffel, V.C., et Plach, H. (2010). Substance-related disorders. Dans C. Brown et V. C. Stoffel (dir.), *Occupational therapy in mental health: a vision for participation* (p. 192-210). Philadelphie (PA): F.A. Davis.
- Stensrud, M.K., et Lushbough, R.S. (1988). The implementation of an occupational therapy program in an alcohol and drug dependency treatment center. *Occupational Therapy in Mental Health*, 8(2), 1-15. doi: 10.1300/J004v08n02\_01
- Stoffel, V., et Moyers, P. (1997). *Occupational therapy practice guidelines for substance use disorders*. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association (AOTA).
- Stoffel, V. C. (2013). Opportunities for occupational therapy behavioral health: A call to action. *The American Journal of Occupational Therapy*, 67(2), 140-145. doi: 10.5014/ajot.2013.672001
- Stoffel, V.C., et Moyers, P.A. (2004). An evidence-based and occupational perspective of interventions for persons with substance-use disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 570-586. doi: 10.5014/ajot.58.5.570
- Stoffel, V.C., et Moyers, P.A. (2005). occupational therapy and substance use disorders. Dans E. Cara et A. MacRae (dir.), *Psychosocial occupational therapy: A clinical practice* (p. 446-474), Australie et États-Unis: Thomson Delmar Learning.

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2015). Substance Use Disorders. Repéré le 11 mai 2016 à <http://www.samhsa.gov/disorders/substance-use>
- Thompson, M., et Blair, S.E.E. (1998). Creative arts in occupational therapy: ancient history or contemporary practise? *Occupational Therapy International*, 5(1), 48-64. doi: 10.1002/oti.67
- Thorne, S., Kirkham, S.R., et O'Flynn-Magee, K. (2004). The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), 1-11. doi: 10.1177/160940690400300101
- Tong, A., Sainsbury, P., et Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Townsend, E., et Polatajko, H.J. (2008). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa (ON): Association canadienne des ergothérapeutes (ACE).
- Walters, J. H., Sherwood, W., et Mason, H. (2014). Creative activities. Dans W. Bryant, J. Fieldhouse et K. Bannigan (Dir.), *Creek's occupational therapy and mental health* (5<sup>e</sup> éd., pp. 439-456), Édimbourg: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Wegner, L. (2005). Occupational therapy intervention for drug-related disorders. Dans R. B. Crouch et V. M. Alers (dir.), *Occupational therapy in psychiatry and mental health* (p. 537-551). London: Whurr Publishers Ltd.
- Yalom, I.D., et Leszcz, M. (2005). *Theory and practice of group psychotherapy* (5<sup>e</sup> éd.). New York (NY): Basic Books.
- Zuckoff, A., et Daley, D.C. (2001). Engagement and adherence issues in treating persons with non-psychosis dual disorders. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 5(1), 131-162.





## VOULEZ-VOUS PARTICIPEZ À MON ÉTUDE ? EXPLORATION D'UN DOCUMENT ESSENTIEL, LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Sylvie Tétreault<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ergothérapeute, PhD, Professeure ordinaire HES, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse

Adresse de contact : [sylvie.tetreault@eesp.ch](mailto:sylvie.tetreault@eesp.ch)

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

doi:10.13096/rfre.v3n1.78

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



*Toute activité orientée selon l'éthique peut être subordonnée à deux maximes totalement différentes et irréductiblement opposées : l'éthique de responsabilité ou l'éthique de conviction.*

Max Weber, 1864-1920

De plus en plus d'ergothérapeutes et d'étudiants en ergothérapie entreprennent des recherches dans le cadre de leur travail ou de leurs études. Pour atteindre leurs objectifs et répondre à leurs questions de recherche, ils sollicitent souvent la collaboration d'une variété de personnes. Il peut s'agir d'individus qui reçoivent des services en ergothérapie, de l'entourage, des collègues de travail, des membres d'association, des enseignants ou encore des personnes de la société civile. Habituellement, cette sollicitation se fait généralement par écrit, rarement de façon verbale. Cela est encore plus vrai avec l'abondance des sondages en ligne, qui favorise les contacts avec des personnes déjà regroupées en réseaux (par exemple au travers de listes de discussion comme « ergothérapie francophone » ou « ergonet »).

Or, l'ensemble de la démarche doit être généralement soumise à un comité d'éthique et de la recherche, car il importe de s'assurer que le protocole réponde aux exigences éthiques et que la personne sollicitée donne un consentement libre et éclairé. Que faire si cette structure n'existe pas dans l'environnement de l'ergothérapeute ou de l'étudiant ? Quelles sont les normes à respecter lors de l'élaboration du formulaire de consentement ? Comment adapter le formulaire si la personne est analphabète, a un problème cognitif, visuel ou autre ? Le présent texte explore les différentes composantes du formulaire de consentement et propose des façons de l'adapter en fonction des limites ou difficultés rencontrées par le participant ciblé par la recherche.

## UN PEU DE VOCABULAIRE

D'abord, avant de commencer l'élaboration du formulaire de consentement, il importe de prendre connaissance du code de déontologie dans son pays, de sa profession ou son institution. Selon le dictionnaire Larousse (2017), la déontologie concerne « l'ensemble des règles et des devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs clients et le public ». Par exemple, le code de déontologie de l'Association suisse des ergothérapeutes (2011) stipule dans la section portant sur les qualités personnelles que « l'ergothérapeute fait preuve d'intégrité professionnelle et de discrétion ». Dans la partie 4, qui aborde le développement des connaissances professionnelles, il est mentionné que « Dans ses travaux de recherche, l'ergothérapeute respecte les principes éthiques qui y sont propres ». Pour sa part, Langlois (2008) souligne qu'il n'existe pas de consensus sur la définition de l'éthique. Cet auteur (2008, p. 39) rapporte que l'éthique est liée au choix « qu'une personne responsable peut faire, parce qu'elle est consciente de ses actes et qu'elle sera en mesure de répondre de ceux-ci ». Cette définition implique que le chercheur doive

faire preuve d'une sensibilité éthique. Celle-ci l'amène à effectuer une évaluation morale de ce qu'il demande aux participants potentiels de sa recherche (Langlois, 2008). L'éthique correspond donc à une forme de réflexion sur les valeurs qui sous-tendent nos actions afin de s'assurer de l'honnêteté et de l'intégrité de nos demandes (Ricœur, 2004). Cela signifie qu'il faut clairement préciser à la personne la nature de sa participation à l'étude, l'utilisation des données recueillies, leur durée de conservation et le moment où elles seront détruites.

La confidentialité suppose que les informations restent secrètes, accessibles aux seules personnes autorisées. Selon Wiles et ses collaborateurs (2008), la confidentialité demande de respecter l'autonomie de la personne (libre choix) et de dissimuler les éléments pouvant l'identifier. En fait, le respect de la confidentialité assure à la personne que les informations la concernant ainsi que les réponses fournies sont accessibles uniquement aux responsables de la recherche et, le cas échéant, aux personnels rattachés à l'étude. Une relation de confiance et d'honnêteté réciproque doit s'établir entre le participant et le chercheur (Petrova, Dewing et Camilleri, 2014). Idéalement, aucune divulgation délibérée ou volontaire ne sera faite (Wiles, Crow, Heath et Charles, 2008). L'anonymat, c'est-à-dire la procédure permettant de masquer l'identité d'une personne, est une autre façon d'opérationnaliser la confidentialité (Petrova *et al.*, 2014). D'ailleurs, l'utilisation de codes ou de numéros pour désigner les participants est une façon de garantir la confidentialité et l'anonymat (Petrova *et al.*, 2014). Toutefois, ces auteurs stipulent que les chercheurs peuvent parfois briser la confidentialité si la personne est en danger ou si une menace pour autrui est réellement présente. Cette décision doit être prise à la lumière des meilleurs intérêts pour la personne. Voilà pourquoi Ritchie et Lewis (2003) insistent sur la nécessité de bien informer le participant de cette clause.

## COMPOSANTES DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Il existe une multitude de façons d'écrire un formulaire de consentement. Par exemple, un guide de rédaction<sup>1</sup> fort complet a été proposé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Sherbrooke. Un autre, qui se retrouve sur le site de l'Université Laval<sup>2</sup>, suggère d'informer le participant, dès le début du document, qu'il peut poser toutes les questions sur le projet de recherche et la nature de son implication. L'exemple suivant y est rapporté :

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

---

<sup>1</sup> [https://www.usherbrooke.ca/recherche/fileadmin/sites/recherche/documents/ethique/Guide\\_du\\_consentement.pdf](https://www.usherbrooke.ca/recherche/fileadmin/sites/recherche/documents/ethique/Guide_du_consentement.pdf) (consulté en juin 2017)

<sup>2</sup> <https://www.cerul.ulaval.ca/files/content/sites/cerul/files/Documents/Guide%20FC%20revision%20finale.pdf> (consulté en juin 2017)

En plus du formulaire de consentement, ces deux guides avisent de la nécessité d'avoir une lettre d'information, un feuillet d'information ou un court texte d'introduction qui soit distinct du formulaire de consentement. Ce texte doit être facile à lire et à comprendre, dans un langage simple et adapté à la population ciblée. Si des termes techniques sont utilisés, il importe de les définir. L'ensemble du déroulement du projet doit être aussi décrit. De façon générale, le formulaire de consentement, qui accompagne la lettre ou le message d'accueil, comporte les onze éléments suivants :

### **1. Titre du projet**

Le titre se retrouve au tout début de la première page et idéalement en titre courant des pages suivantes. Il doit être informatif et précis. Si plusieurs catégories de participants sont impliquées dans l'étude et que des formulaires de consentement différents sont élaborés, il faut l'indiquer clairement afin de bien les différencier, comme : « Formulaire de consentement pour les parents » ou « Formulaire de consentement pour les intervenants ».

### **2. Personnes responsables et leur rattachement**

Il est essentiel de nommer les personnes responsables de l'étude, d'écrire leur fonction ou statut et leur institution de rattachement, par exemple « Manon Claudel, étudiante à la Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Haute École de Travail Social et de Santé ». De plus, dans le cas des étudiants, il peut être pertinent de nommer les directeurs ou superviseurs des travaux. Enfin, il faut indiquer le nom de l'organisme subventionnaire, si un financement a été reçu.

### **3. Présentation du projet et des objectifs**

Cette section permet de décrire brièvement le projet, les raisons qui sous-tendent sa réalisation, puis de présenter les objectifs de l'étude. Les organisations ou associations qui collaborent au projet peuvent aussi être mentionnées. Par exemple, voici le texte utilisé par de Lange (2015, p. 59) lors de son essai de maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières :

En 2014, le trouble du spectre de l'autisme (TSA) touchait dans le monde environ 1/88 personnes. Dans plusieurs cas, ce sont les parents et la fratrie qui se dévoueront à temps plein pour répondre aux besoins de l'enfant avec un TSA dans son quotidien. Cette responsabilité aura à long terme un impact sur la structure et le fonctionnement de la famille. Cette étude aura comme objectif principal d'explorer et de décrire les adaptations et aménagements qui sont apportés à l'environnement, aux routines et aux habitudes de la famille afin de faciliter le fonctionnement de l'enfant avec un TSA. Les résultats de cette étude serviront à mieux comprendre comment ces familles ayant un enfant avec un TSA modifient et adaptent leurs occupations au quotidien et permettront aux professionnels et intervenants travaillant auprès de cette clientèle de mieux orienter leur aide pour soutenir cette clientèle.

#### 4. Nature et la durée de la participation

Les attentes vis-à-vis du participant doivent être claires et bien décrites. Par exemple, la durée de la rencontre, le nombre de questions soumises, la répétition des prises de mesure ou les périodes d'observation à faire à la maison doivent être précisés. Il faut aussi noter si des examens supplémentaires sont nécessaires, s'il y aura une consultation du dossier médical ou scolaire. Il faut spécifier s'il y aura un enregistrement sonore ou vidéo, puis préciser la durée de conservation de ce matériel. Il est possible de rappeler ces éléments avant la signature du formulaire de consentement. Voici un exemple de formulation plus générale qui provient de l'Université Catholique de Louvain<sup>3</sup> :

J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'étude et j'ai été informé de ce qu'on attend de ma part. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé, signé et daté, précédé d'un résumé de l'objectif de la recherche.

Lors de son projet de maîtrise en sexologie à l'Université du Québec à Montréal, Lecompte (2013, p. 81) décrit ainsi la nature de la participation attendue des étudiants en ergothérapie :

Cette étude se limite à l'administration de l'Échelle de connaissances, confort et attitudes à l'égard de la sexualité. Ce questionnaire prend environ 15 min. à remplir et porte sur vos connaissances. Le questionnaire portera sur vos connaissances quant aux problématiques de santé sexuelle susceptibles d'être rencontrées en ergothérapie, votre confort à intervenir face à la sexualité des personnes avec un handicap et de la sexualité en général.

#### 5. Utilisation des données

Il est essentiel de préciser l'utilisation des informations obtenues lors de la recherche, tel que le recommande l'École Polytechnique de Montréal<sup>4</sup>. Il faut notamment :

Indiquer clairement si la diffusion des résultats pourrait mener à l'identification directe ou indirecte des participants.

Et mentionner

Les renseignements relatifs à la commercialisation possible des résultats de la recherche et sur l'existence de conflits d'intérêts réels, potentiels ou apparents.

#### 6. Avantages pouvant découler de la participation

Il faut identifier les avantages anticipés pour la personne et son entourage. Ces avantages peuvent être un bénéfice secondaire à la participation ou une indemnité. Par

---

<sup>3</sup> [https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/iepr/documents/Lettre\\_consentement\\_majeur.doc](https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/iepr/documents/Lettre_consentement_majeur.doc)  
(consulté en décembre 2016)

<sup>4</sup> [http://www.polymtl.ca/recherche/doc/Formulaired\\_informationsetdeconsentement.doc](http://www.polymtl.ca/recherche/doc/Formulaired_informationsetdeconsentement.doc)  
(consulté en mai 2017)

exemple, allez-vous offrir une rémunération ou compensation pour les participants à ce projet de recherche ? L'Université Laval<sup>2</sup> propose le texte suivant :

Lorsque la compensation offerte implique le tirage d'un prix de participation, ce tirage devrait être géré en toute transparence, et ce, en précisant au formulaire de consentement les éléments suivants : 1) la description du prix offert ; 2) la présence d'un témoin lors du tirage; 3) le moment (date) ainsi que l'endroit où le tirage sera effectué ; [4]) la façon dont les participants seront informés du prix mérité

## 7. Inconvénients et risques potentiels liés à la participation

Il s'avère plus délicat de présenter les risques prévisibles ou potentiels, que ce soit sur les plans psychologique (stress), physique (fatigue), comportemental (attention et concentration sur une tâche), social (participation à une discussion animée en groupe) ou économique (frais de stationnement). En fonction de ces différents exemples, le chercheur doit proposer des mesures pour les compenser, comme une période de repos ; une alternance entre la réalisation de la tâche et une pause ; une compensation financière pour le transport ; un suivi psychologique optionnel. Pour sa part, Provencher (2012) a réalisé une étude pour savoir s'il existe des différences dans la réalisation d'un repas par des personnes âgées, s'il est évalué par l'ergothérapeute à l'hôpital ou à domicile. Elle a formulé ainsi les risques et inconvénients pouvant découler de leur participation :

À notre connaissance, votre participation à ce projet de recherche ne vous fera courir aucun risque sur le plan médical. Il est également entendu que votre participation n'aura aucun effet sur toute intervention à laquelle vous serez éventuellement soumis. De plus, toutes les précautions nécessaires seront prises pour réduire les risques de brûlure, de coupure et de chute lors de vos déplacements, tant dans la cuisine que pour sortir et revenir chez vous. En effet, vous serez accompagné dans tous vos déplacements par l'évaluateur, de façon à vous offrir l'aide dont vous pourriez avoir besoin (ex : pour sortir de la voiture, pour utiliser un fauteuil roulant en cas de longues distances).

Il n'y a aucun inconvénient direct pouvant découler de votre participation, si ce n'est que vous pourriez ressentir un certain état de frustration, de stress ou de fatigue relié à l'étude, notamment en lien avec l'enregistrement vidéo, le transport et le temps consacré à la recherche.

## 8. Possibilité de se retirer du projet

Dans son formulaire, l'École Polytechnique de Montréal<sup>5</sup> recommande qu'il soit mentionné également :

que le sujet est libre de demander tout éclaircissement ou tout nouveau renseignement au cours du projet et qu'il peut se retirer du projet à tout moment sans subir quelque préjudice que ce soit.

Un autre exemple provient de l'étude sur le développement des habiletés graphomotrices chez les jeunes enfants, réalisée par Coallier en 2011 lors de ses études de maîtrise en sciences cliniques. Afin d'informer les parents de leur droit de retirer leur enfant en tout temps, Coallier (2011, p. 68) a utilisé le texte qui suit :

La participation de votre enfant à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser qu'il y participe. Vous pouvez également retirer votre enfant de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un de ses assistants.

Votre décision de refuser que votre enfant participe à ce projet de recherche ou de l'en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des services de garde auxquels vous et votre enfant avez droit ou sur vos relations avec la chercheuse responsable du projet et les autres intervenants.

## 9. Moyens mis en œuvre pour respecter de la confidentialité

La garantie de confidentialité et le respect de l'anonymat doivent être inscrits dans le formulaire de consentement. Voici un extrait d'un texte proposé par l'Université du Québec à Chicoutimi (2017)<sup>6</sup> :

Toutes les évaluations seront conservées de façon confidentielle. Chaque participant possède un code unique d'accès au système informatisé et les chercheurs seront les seules personnes qui peuvent accéder à cette information codée à l'aide d'un mot de passe. Un seul chercheur possède la clé permettant d'accéder au fichier regroupant les noms et les codes personnels des participants.

Une façon de garantir l'éthique est suggérée par l'Université de Paris Ouest Nanterre<sup>7</sup>, cette fois en précisant la loi qui s'y rattache :

Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de

---

<sup>5</sup> [http://www.polymtl.ca/recherche/doc/Formulaired\\_informationetdeconsentement.doc](http://www.polymtl.ca/recherche/doc/Formulaired_informationetdeconsentement.doc)  
(consulté en mai 2017)

<sup>6</sup> <http://recherche.ugac.ca/wp-content/uploads/2015/05/exemple-consentement.docx>  
(consulté en mai 2017)

<sup>7</sup> [https://www.u-paris10.fr/servlet/com.univ.collaboratif.util.LectureFichiergw?ID\\_FICHER=1259253185286&ID\\_FICHE=176553&INLINE=FALSE](https://www.u-paris10.fr/servlet/com.univ.collaboratif.util.LectureFichiergw?ID_FICHER=1259253185286&ID_FICHE=176553&INLINE=FALSE)  
(consulté en mai 2017)

rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriet-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche biomédicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

## 10. Coordonnées de la personne ressource

Il importe de donner le nom de la personne ressource pour l'étude et, le cas échéant, les coordonnées d'un responsable du comité d'éthique de votre établissement, tel que présenté dans cet exemple provenant de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)<sup>8</sup>:

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez lié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le responsable du projet de recherche aux coordonnées suivantes : (à inscrire)

Pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec un membre du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes : (à inscrire)

Pour sa part, l'Université Catholique de Louvain<sup>9</sup> recommande ce texte, qui précise en même temps la durée de conservation des informations:

Je peux à tout moment demander la consultation des données à caractère personnel collectées ou leur rectification sans frais. Ces données seront conservées durant le temps nécessaire à leur analyse, et ce, jusqu'à un maximum de dix années. Les responsables du traitement de ces données (Nom-prénom du/des étudiant/s) peuvent être contactés à l'adresse suivante :

(Adresse et téléphone du/des étudiant/s)

## 11. Signatures des personnes concernées, incluant le chercheur

Le participant ou son représentant légal doivent signer, ainsi que le chercheur, en précisant la date et l'endroit de la signature. Les signatures se font sous un court paragraphe comme celui proposé par l'UQAC<sup>8</sup> :

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus et j'en comprends le contenu. De ce fait, ma participation à ce questionnaire est volontaire et je consens à ce que mes réponses soient utilisées pour les fins de ce projet de recherche.

---

<sup>8</sup> <http://recherche.ugac.ca/wp-content/uploads/2015/05/exemple-consentement.docx>  
(consulté en mai 2017)

<sup>9</sup> [https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/iepr/.../Lettre\\_consentement\\_majeur.doc](https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/iepr/.../Lettre_consentement_majeur.doc)  
(consulté en décembre 2016)

## ADAPTATION DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Selon les caractéristiques des personnes visées par la recherche, il importe d'adapter le formulaire. Ruel et ses collègues (2011) ont développé un guide de rédaction pour rendre l'information accessible. Il se retrouve facilement à l'adresse suivante : [http://w3.ugo.ca/litteratie/documents/guide2011\\_000.pdf](http://w3.ugo.ca/litteratie/documents/guide2011_000.pdf). Pour leur part, Horner-Johnson et Bailey (2013) ont publié un texte qui décrit une approche permettant de rendre le formulaire accessible afin d'inclure dans la recherche les personnes avec une déficience intellectuelle. De son côté, Saleh (2004) aborde le consentement de la personne aveugle ou ayant une déficience visuelle, tandis que McKee et ses collaborateurs (2013) font plusieurs suggestions concernant l'inclusion de personnes malentendantes. Il faut aussi signaler que l'Organisation mondiale de la santé offre sur son site internet de nombreux exemples de formulaires de consentement, incluant ceux destinés aux recherches avec des enfants :

[http://www.who.int/rpc/research\\_ethics/informed\\_consent/en/](http://www.who.int/rpc/research_ethics/informed_consent/en/)

## CONCLUSION

Ce texte a pour objectif de faire ressortir les principaux éléments à inclure dans un formulaire de consentement. Il permet de constater qu'il existe une variété de façons de présenter la recherche à la personne afin de solliciter sa participation. Néanmoins, un critère demeure incontournable, c'est de lui permettre de faire un choix libre et éclairé. L'ergothérapeute et l'étudiant doivent garder en tête cette priorité lorsqu'ils amorcent la sollicitation.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Association Suisse des Ergothérapeutes [ASE](2011). *Code de déontologie de l'ASE (3<sup>e</sup> version)*. Berne, Suisse : Auteur.
- Coallier, M. (2011). *Effet d'un programme visant à développer les habiletés graphomotrices d'enfants de quatre ans fréquentant un centre de la petite enfance*. Mémoire présenté pour l'obtention de la maîtrise en sciences cliniques, Université de Sherbrooke. Récupéré de <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/4068>
- De Lange, E. (2015). *Étude exploratoire sur les changements dans les occupations et les rôles des membres d'une famille dont l'un des enfants présente un trouble du spectre de l'autisme : Une étude de cas*. Essai, Université du Québec à Trois-Rivières. Récupéré de <http://depote.uqtr.ca/7717/1/031078070.pdf>
- Horner-Johnson, W., et Bailey, D. (2013). Assessing understanding and obtaining consent from adults with intellectual disabilities for a health promotion study. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 10*(3), 260-265. doi : 10.1111/jppi.12048
- Langlois, L. (2008). *Anatomie du leadership éthique. Pour diriger nos organisations d'une manière consciente et authentique*. Québec (QC) : Presses de l'Université Laval.
- Larousse (2017). Définition de déontologie. Récupéré de <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9ontologie/23671>

- Lecompte, M. (2013). *Étude descriptive des besoins de formation sexologique prioritaires des étudiant(e)s en ergothérapie*. Mémoire présenté pour la maîtrise en sexologie. Université du Québec à Montréal. Récupéré de <http://www.archipel.uqam.ca/5508/1/M12860.pdf>
- McKee, M., Schlehofer, D., et Thew, D. (2013). Ethical issues in conducting research with deaf populations. *American Journal of Public Health, 103*(12), 2174-2178.
- Petrova, E., Dewing, J., et Camilleri, M. (2014). Confidentiality in participatory research : Challenges from one study. *Nursing Ethics, 23*(4), 442-454. doi : 10/1177/0969733014564909
- Provencher, V. (2012). *Influence du milieu d'évaluation sur la réalisation de tâches liées à la préparation de repas auprès de personnes âgées fragiles*. Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en sciences biomédicales, Université de Montréal. Récupéré de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8498>
- Ricœur, P. (2004). Éthique. Dans M. Canto-Sperber (dir.) *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (pp. 689-694). Paris, FR : Presses universitaires de France.
- Ritchie, J., et Lewis, J. (2003) *Qualitative research practice*. Londres et Thousand Oaks (CA): Sage publications.
- Ruel, J., Kassi, B., Moreau, A. C., et Mbida-Mballa, S. L. (2011). *Guide de rédaction pour une information accessible*. Gatineau (QC) : Pavillon du Parc.
- Saleh, G.M. (2004). Consent of the blind and visually impaired : A time to change practice. *British Journal of Ophthalmology, 88*(2), 310-311.
- Wiles, R., Crow, G., Heath, S., et Charles, V. (2008). The management of confidentiality and anonymity in social research. *International Journal of Social Research Methodology, 11*(5), 417-428. doi : 10.1080/13645570701622231



LU POUR VOUS

***OCCUPATIONAL THERAPY FOR PEOPLE EXPERIENCING ILLNESS,  
INJURY OR IMPAIRMENT. PROMOTING OCCUPATION AND  
PARTICIPATION, UN MANUEL PARU EN 2017 SOUS LA DIRECTION DE  
MICHAEL CURTIN, MARY EGAN ET JO ADAMS***

**Martine Brousseau<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Ergothérapeute, PhD, Professeure titulaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières, Canada*

Adresse de contact : [Martine.Brousseau@uqtr.ca](mailto:Martine.Brousseau@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.v3n1.81

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



Ce manuel de référence, la septième édition d'*Occupational Therapy and Physical Dysfunction*, manuel qui traitait au départ les dysfonctions physiques rencontrées en ergothérapie, a été complètement revu. Il l'a été à la lumière d'un cadre différent de compréhension de l'ergothérapie abandonnant ainsi la structure traditionnelle des manuels de référence en ergothérapie. Cela se reflète dans le titre *L'ergothérapie pour des personnes aux prises avec la maladie, des blessures ou des incapacités. Favoriser l'occupation et la participation*. Ce manuel a mis à contribution 96 auteur(e)s sous la direction de Michael Curtin, Mary Egan et Jo Adams.

Les sept sections du manuel de référence abordent la pratique de l'ergothérapie avec le cadre du Modèle canadien du processus de pratique qui est un modèle du processus de l'habilitation occupationnelle (Craik, Davis et Polatajko, 2013). Les deux premières sections se rattachent au contexte sociétal et au contexte de la pratique de l'ergothérapie, en abordant d'abord l'évolution de l'ergothérapie dans le contexte des soins de santé et, ensuite, les sciences de base de la profession : les sciences de l'occupation, les sciences biomédicales et les sciences sociales.

La troisième section traite du raisonnement professionnel clinique. Avant d'aborder ce sujet en profondeur, deux chapitres traitent de prémisses importantes en ergothérapie ; en tout premier lieu, le concept de l'approche centrée sur la personne et, en deuxième lieu, la communication. Pour entrer dans le vif du sujet, un chapitre en entier est consacré au raisonnement clinique professionnel en ergothérapie par une auteure qui vient de publier ailleurs une revue systématique sur le sujet. La définition, l'évolution du concept, l'état des connaissances sur le sujet ainsi que les outils de mesure, jusqu'à aujourd'hui utilisés sont abordés. Subséquemment, un chapitre explique en détail ce qu'est et ce que comprend le Modèle canadien du processus de pratique. Par la suite, plusieurs modèles spécifiques à l'ergothérapie sont présentés (le Modèle de l'occupation humaine ; le Modèle australien de la performance occupationnelle, le Modèle Kawa, le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels).

La quatrième section aborde l'évaluation en ergothérapie et onze chapitres y sont consacrés. Quatre de ces onze chapitres sont consacrés aux processus d'évaluation dans une perspective occupationnelle, dont un à la mesure canadienne du rendement occupationnel, un à l'analyse d'activités et un à l'analyse dynamique de la performance. Deux chapitres sont consacrés aux évaluations par mise en situation dans des occupations significatives, dont le AMPS de Fisher et le PRPP de Chapparo et Ranka, évaluations connues en ergothérapie. Ensuite, un chapitre est consacré à l'évaluation de l'environnement. Finalement, cette section se termine par trois chapitres présentant le raisonnement sous-jacent aux évaluations pour des personnes aux prises avec des conditions de santé particulières. Celles-ci sont les conditions neurologiques, musculosquelettiques et médicales et chirurgicales.

La cinquième section aborde la rédaction des objectifs thérapeutiques visées avec et pour le client. La structure proposée pour concevoir et formuler des objectifs est celle des objectifs centrés sur les besoins d'occupation de la personne. C'est la section la plus courte du manuel

La sixième section, beaucoup plus exhaustive, aborde les interventions et les stratégies d'habilitation en ergothérapie. Cette section comprend 27 chapitres. Les deux premiers couvrent des thématiques plus générales comme le plaidoyer, le lobbying politique. Un autre définit en profondeur les stratégies éducatives ou d'éducation thérapeutique utilisées. Par la suite, les stratégies d'habilitation sont expliquées dans le contexte de la santé publique, du développement communautaire, de la réadaptation à base communautaire. Plusieurs chapitres abordent les fondements théoriques des interventions quand il s'agit de donner du soutien social, de travailler avec des groupes, d'aborder les soins personnels et le travail.

La pratique réflexive en ergothérapie fait l'objet de la dernière section du manuel. Les auteurs soutiennent que c'est en faisant un retour réflexif sur leur pratique que les ergothérapeutes évaluent leur pratique, poursuivent leur développement professionnel et améliorent leurs compétences. Cette section très courte vient clore le manuel et sert d'illustration sur les dernières étapes du Modèle canadien du processus de pratique.

Un manuel de référence est toujours utile en ergothérapie et celui-ci l'est particulièrement pour la formation des étudiants en ergothérapie puisqu'il apporte un cadre nouveau pour comprendre la pratique. Ce manuel qui se voulait au départ la septième édition d'une référence classique en ergothérapie s'éloigne d'un regard centré sur les pathologies et les problèmes physiques auxquels peuvent être confrontés des adultes. Cet apport est fort intéressant et est un premier pas pour se représenter la complexité du travail de l'ergothérapie, élément recherché lors de la formation, tout particulièrement, car il rend explicite le raisonnement clinique professionnel lors des évaluations et des interventions. Ce manuel de référence pourrait aussi être grandement utile pour des ergothérapeutes soucieux de maintenir à jour leurs compétences et désirant être actifs dans leurs activités de formation continue. Le manuel permettra de revisiter les fondements mêmes de la profession. Les nombreux exemples apportés dans la majorité des chapitres sont aussi très explicites et évocateurs. Tellement, qu'il pourrait outiller des ergothérapeutes pour revendiquer de nouvelles possibilités pour l'ergothérapie dans leur milieu de travail. La qualité du livre est donc rafraîchissante pour des formateurs en ergothérapie et pour des ergothérapeutes en première ligne avec la clientèle.

Y aurait-il quelques faiblesses dans ce manuel ? Il y en a peut-être une. Après avoir fini la lecture, le lecteur pourrait être méconduit s'il a en tête le titre « *L'ergothérapie pour des personnes aux prises avec la maladie, des blessures ou des incapacités* ». Le titre est évocateur de plusieurs situations que rencontrent des adultes dans leur vie courante, y compris aux prises avec des difficultés affectives, relationnelles et mentales. Tellement, que le lecteur en ergothérapie, désireux d'y retrouver des illustrations du raisonnement pour des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale reste sur son appétit. Il pourrait avoir oublié que ce manuel se voulait au départ une mise à jour de l'apport de l'ergothérapie pour des dysfonctions physiques. Le cadre de compréhension de la pratique proposé est un modèle du processus de l'habilitation occupationnelle et s'éloigne de la dichotomie santé physique-santé mentale. Ce manuel devient quasi une invitation à envisager autrement les manuels de référence en ergothérapie

utiles pour l'enseignement et davantage l'aborder sous l'angle de la complexité où s'entrecroisent problématiques en santé mentale et en santé physique. En ce sens, ce manuel est inspirant !

La référence du manuel :

Craik, J. Davis, J. et Polatajko, H.J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCPP): déployer le contexte. Dans E.A. Townsend et H.J. Polatajko (dir.) *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd. version française Noémi Cantin, p.269-289). Ottawa (ON) : CAOT Publications ACE.



**LE 4<sup>ÈME</sup> CONGRÈS EUROPÉEN SUR LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ  
LIMITE ET LES TROUBLES ASSOCIÉS – VIENNE 2016**

**Julie Desrosiers<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Ergothérapeute PhD (cand), Professeure associée, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse*

Adresse de contact : [julie.desrosiers@eesp.ch](mailto:julie.desrosiers@eesp.ch)

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

13096/rfre.v3n1.83



Du 8 au 10 septembre 2016, se déroulait à l'Université de Vienne, en Autriche, le 4<sup>e</sup> Congrès International sur le Trouble de Personnalité Limite et les troubles associés. Organisé par la European Society for the Study of Personality Disorder (ESSPD), ce congrès se tient tous les deux ans et alterne avec un autre congrès de plus grande envergure : le Congrès International des Troubles de la Personnalité organisé par la International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD). Cette année, nous étions quatre ergothérapeutes du Québec à traverser l'Atlantique pour participer à ce bel événement.

## ***Des ergothérapeutes dans un congrès sur les troubles de personnalité ?***

Les congrès de l'ESSPD et de l'ISSPD sont officiellement ouverts aux psychiatres, aux psychologues ainsi qu'aux « autres » (tel qu'indiqué sur le site internet de l'ESSPD), ce qui inclut en fait des travailleurs sociaux, des neuropsychologues et des infirmiers. Pourtant, depuis quelques années, des ergothérapeutes, principalement de la Suède et du Québec, ont développé une expertise concernant les répercussions fonctionnelles des troubles de la personnalité limite (TPL). Du côté de la Suède, Falklof et Haglund (2010) ont dressé un portrait très juste des difficultés quotidiennes des personnes ayant un trouble de la personnalité limite en utilisant le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Au Québec, Nadine Larivière, Kathy Dahl, Olivier Potvin et Julie Desrosiers mènent actuellement des études sur les répercussions fonctionnelles des troubles de personnalité limite en collaboration étroite avec des équipes spécialisées de Montréal et de Québec. Ils ont d'ailleurs présenté leurs travaux aux derniers congrès de l'ISSPD s'étant tenus à Copenhague en 2013 et à Montréal en 2015. D<sup>re</sup> Larivière s'est intéressée au processus de rétablissement chez les personnes ayant un TPL (Larivière et Denis, 2015), à l'équilibre de vie de ces personnes (Larivière *et al.*, 2016), et à leur identité occupationnelle (Larivière, Potvin et Vallée, 2017). Kathy Dahl a réalisé son projet de maîtrise sur une intervention axée sur l'intégration, le retour et le maintien au travail et l'équilibre de vie des personnes ayant un TPL (Dahl, Larivière et Corbière, 2017).

Les écrits scientifiques médicaux font de plus en plus état des difficultés fonctionnelles des personnes ayant un TPL. Par ailleurs, la compréhension du fonctionnement dans les écrits en psychiatrie est souvent réduite à la seule capacité d'exercer un travail rémunéré à temps plein (à 100 %). Les ergothérapeutes chercheurs et cliniciens ont encore beaucoup à faire s'ils souhaitent améliorer la compréhension du fonctionnement quotidien chez les autres professionnels et dans les écrits scientifiques. Un point encourageant tout de même : le prochain congrès de l'ISSPD en 2017 aura pour thème « Personality disorders, functioning and health », ce qui montre l'intérêt certain de la communauté scientifique envers les enjeux fonctionnels dans la réadaptation des troubles de personnalité.

## Ce que nous avons vu

Nous ne pouvions aller à Vienne sans visiter l'incontournable château de Schönbrunn, élément significatif de la culture autrichienne. Au XIX<sup>e</sup> siècle, l'empereur François Joseph I<sup>er</sup> d'Autriche laisse sa marque sur Schönbrunn. Il y passa la majeure partie de sa vie et y mourut en 1916. Plusieurs pièces gardent aujourd'hui le souvenir de son épouse, l'impératrice Élisabeth, mieux connue sous le nom de *Sissi*. Nous avons eu l'immense plaisir d'assister à un concert dans les murs du château et n'avons pas manqué de visiter les appartements de l'impératrice, de s'intéresser à sa collection de robes légendaires ainsi qu'aux carrosses impériaux de l'époque.

En plus d'être émerveillées par la ville de l'impératrice Sissi et de l'empereur Franz Joseph, nous avons pu assister à plusieurs conférences et présentations intéressantes de grands noms du monde scientifique autour du TPL, tels que Otto Kernberg, Mary Zanarini, Anthony Bateman, Peter Fonagy et Anthony C. Ruocco, pour ne nommer que ceux-là. Les sujets présentés allaient des avancées psychothérapeutiques au mode de fonctionnement psychologique du trouble ainsi que des impacts cognitifs, relationnels et psychologiques du TPL (mais également du trouble de la personnalité narcissique).

Notamment, voici le résumé de deux présentations qui ont particulièrement attiré notre attention :

### **Neurobiological and epigenetic consequences of adverse childhood experiences**

Anna Braun est professeure de zoologie et de neurobiologie du développement à l'Université Otto von Guericke en Allemagne. Ses principaux domaines de recherche sont l'impact du stress périnatal sur le développement du cerveau et les mécanismes qui sous-tendent la plasticité neuronale induite par le stress et l'apprentissage.

#### *L'essentiel de la présentation*

Le cerveau en développement est façonné par une cascade d'expériences survenant au cours du développement prénatal et postnatal. Au cours de ces périodes, les interactions mère-nourrisson peuvent induire des effets neurobiologiques à long terme qui persistent à l'âge adulte. Dans les espèces bipartites, la présence (ou l'absence) des soins paternels peut également induire des effets sur le développement neuronal. La privation paternelle est associée à une réduction des synapses de la colonne vertébrale excitatrice dans le cortex orbitofrontal, qui est impliqué dans l'intégration sensorielle, la planification et la prise de décision, et les attentes de récompense et de châtement.

La privation paternelle peut avoir des conséquences pour la plasticité synaptique homéostatique, dans laquelle les changements neurochimiques, physiologiques et structurels dans les neurones et les synapses sont induits à maintenir un équilibre approprié de l'activité excitatrice et inhibitrice dans le système nerveux central. À la lumière de la diminution de la densité des synapses de la colonne vertébrale excitatrice, observée dans le cortex orbitofrontal et somatosensoriel de l'animal privé du père, l'hypothèse d'« homéostasie » prédirait que cet effet serait compensé ou con-

trebalancé par une réduction des systèmes neuronaux inhibiteurs. Cependant, dans le cortex orbitofrontal, les animaux privés de père affichent un nombre élevé de neurones qui inhibent principalement l'apport dendritique. Les études de privation paternelle ont également illustré les effets des soins paternels sur le développement des systèmes catecholaminergiques. Ces changements neurobiologiques peuvent avoir des implications pour une variété de manifestations comportementales, y compris l'impulsivité et l'agressivité.

#### *Ce que nous avons retenu*

Outre les présentations du professeur Braun, plusieurs travaux qui étaient présentés lors de ce congrès portaient sur les changements neuro-biologiques consécutifs à l'abandon parental. Des conséquences neurologiques, telles une réduction significative des synapses corticales ont été trouvées et expliquent une grande partie des difficultés cognitives et psychologiques des personnes ayant subi un abandon ou de la négligence parentale.

#### **Predicting treatment outcomes from prefrontal cortex activation for self-harming patients with borderline personality disorder: A preliminary study.**

Le Dr Anthony C. Ruocco est professeur agrégé au Département de psychologie et neuroscience de l'Université de Toronto Scarborough et professeur adjoint au Département de psychologie de l'Université de Toronto. Il est également chercheur associé au Research Imaging Center du Centre de toxicomanie et de santé mentale, et psychologue clinicien autorisé inscrit au Collège des psychologues de l'Ontario. Ses centres de recherche se concentrent sur les phénotypes cognitifs et la neuro-imagerie du trouble de la personnalité limite.

#### *L'essentiel de la présentation*

Dr Ruocco a présenté les résultats de son étude portant sur les facteurs pouvant prédire si la thérapie comportementale dialectique (TCD) peut être efficace chez les personnes ayant un TPL afin de diminuer les comportements d'automutilation, en relation avec la durée du traitement. Dans le cadre de cette étude, 29 patients ayant un TPL et présentant des comportements d'automutilation ont reçu une TCD et ont complété des procédures d'imagerie cérébrale d'activation du cortex préfrontal avant de débuter la thérapie, et 7 mois après celle-ci. Les résultats ont démontré que les patients qui ont réduit leur fréquence d'automutilation ont affichés des niveaux inférieurs d'activation neuronale dans le cortex préfrontal dorsolatéral bilatéral, avant le début du traitement, et ils ont montré les plus fortes augmentations de l'activité dans cette région après sept mois de traitement en comparaison avec les participants qui ont quitté avant la fin de l'étude. Avant d'entreprendre la thérapie, les participants décrocheurs de l'étude ont présenté, quant à eux, une plus grande activation du cortex préfrontal médian et du gyrus frontal inférieur droit. Les résultats suggèrent donc que des schémas d'activation du cortex préfrontal, sous-jacent au contrôle des impulsions, en pré-traitement, peuvent être associés à une diminution des comportements d'automutilation chez les personnes avec un TPL, traitées avec la TCD.

### *Ce que nous avons retenu*

Notre intérêt pour la présentation du D<sup>r</sup> Ruocco était soutenu par notre connaissance de ses multiples travaux ayant porté sur les difficultés cognitives et neurobiologiques des personnes ayant un TPL. D<sup>r</sup> Ruocco est l'auteur des seules méta-analyses portant sur les déficits cognitifs des personnes ayant un TPL. Ses travaux ont posé les bases de différentes approches thérapeutiques pour la réadaptation des troubles de personnalité. Dans le cas de cette présentation en particulier, il était toutefois difficile de voir quelles applications concrètes en réadaptation on pouvait en tirer, si ce n'est que d'être convaincus de l'efficacité des approches couramment utilisées par des ergothérapeutes (la TCD).

### **Le réseautage**

Le congrès nous a aussi permis de développer des contacts à l'international, notamment avec des chercheurs de Wollongong (Australie) et d'Espagne qui s'intéressent au processus de rétablissement des personnes ayant un TPL.

## ***À quand le prochain congrès ?***

Le prochain congrès de l'ISSPD se tiendra à Heidelberg en Allemagne, du 25 au 28 septembre 2017. Julie Desrosiers y présentera les résultats de la validation du nouvel outil de mesure du fonctionnement développé dans le cadre de ses études doctorales (Desrosiers, Larivière, Desrosiers, et Boyer, 2017). D<sup>re</sup> Larivière présentera la traduction et la validation du « borderline personality questionnaire » (BPQ) : un outil pour les cliniciens et les patients francophones (Larivière, David et Pérusse, 2017). D<sup>re</sup> Larivière présentera également une communication sur la contribution des occupations dans le développement de l'identité des personnes ayant un trouble de personnalité (Larivière, Potvin et Vallée, 2017).

## ***Conclusion***

Assister au congrès a été pour nous une expérience des plus enrichissantes mais nous a aussi fait réaliser à quel point notre profession d'ergothérapeute est assez méconnue des autres professionnels en général et des psychiatres en particulier. Notre connaissance du fonctionnement humain et notre expertise dans l'évaluation du fonctionnement quotidien bénéficierait certainement d'une plus large promotion. En tant qu'ergothérapeute nous avons un rôle d'agent de changement et c'est en continuant de faire de la recherche, d'écrire des articles et de présenter à des congrès multidisciplinaires que nous pourrions faire découvrir et faire profiter de notre expertise de l'occupation et du fonctionnement aux autres professionnels.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Dahl, K., Larivière, N., et Corbière, M. (2017). Work participation of persons with borderline personality disorder: A multiple case study. *Journal of Vocational Rehabilitation, 46*(3) : 377-388.
- Desrosiers, J.J., Larivière, N., Desrosiers, J., et Boyer, R. (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 personnalité Borderline (FAB). *Revue francophone de recherche en ergothérapie* (accepté).
- Falklöf, I., & Haglund, L. (2010). Daily occupations and adaptation to daily life described by women suffering from borderline personality disorder. *Occupational Therapy in Mental Health, 26*(4), 354-374.
- Larivière, N., Couture, E., Blackburn, C., Carboneau, M., Lacombe, C., Schinck, S.A., ..., et St-Cyr-Tribble, D. (2015). Recovery, as experienced by women with borderline personality disorders. *Psychiatric Quarterly, 86*(4) : 555-568.
- Larivière, N., Denis, C., Payeur, A., Ferron, A., Lévesque, S., et Rivard, G. (2016). Comparison of objective and subjective life balance between women with and without a personality disorder. *Psychiatric Quarterly, 87*(4) : 663-673. doi 10.1007/s11126-016-9417-3
- Larivière, N., Potvin, O., et Vallée, C. (2017). The contribution of occupations on the identity of persons living with personality disorders. XV International Society for the study of personality disorders congress, Heidelberg, 25-28 septembre.
- Larivière, N., David, P., et Pérusse, F. (2017). Translation and validation of the borderline personality questionnaire: A tool for francophone patients and clinicians. XV International Society for the study of personality disorders congress, Heidelberg, 25-28 septembre.
- Larivière, N., Potvin, O., et Vallée, C. (2017). The contribution of occupations on the identity of persons living with personality disorders. XV International Society for the study of personality disorders congress, Heidelberg, 25-28 septembre.



## LE POINT SUR LES TRAVAUX DE DÉVELOPPEMENT DE L'ALGO, UN OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION POUR LA SÉLECTION DES AIDES TECHNIQUES POUR L'HYGIÈNE CORPORELLE DES QUÉBÉCOIS VIVANT À DOMICILE

Manon Guay<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ergothérapeute, Ph. D., Centre de recherche sur le vieillissement et École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Adresse de contact : [Manon.Guay@USherbrooke.ca](mailto:Manon.Guay@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.v3n1.38



L'algorithme clinique Algo a été développé à l'intention des membres des équipes interdisciplinaires des programmes de soutien à domicile du Québec (Canada) collaborant avec des ergothérapeutes lors de la sélection des aides techniques pour l'hygiène corporelle de leurs clients. Bien que les Québécois soient majoritairement francophones, les écrits scientifiques concernant l'Algo ont principalement été publiés en langue anglaise. Cet article en langue française vise à faire le point sur les recherches ayant mené à l'Algo, et celles suivant son lancement en 2013. Le but poursuivi est de faciliter l'appropriation des connaissances issues de la recherche par les ergothérapeutes et leurs collaborateurs œuvrant dans la francophonie.

## DÉVELOPPEMENT DE L'ALGO

Depuis une vingtaine d'années, différents intervenants non ergothérapeutes (ex. : auxiliaires aux services de santé et sociaux, thérapeutes en réadaptation physique, travailleurs sociaux) ont progressivement été invités à formuler des recommandations aux Québécois concernant l'aménagement sécuritaire de leur salle de bain (Guay, 2012). Pour soutenir ces intervenants dans l'élargissement de leur rôle, des ergothérapeutes ont souvent proposé des outils « maison », tels que des grilles d'observation ou des arbres de décision, révisés et modifiés à l'usage (Guay, Dubois, Desrosiers, Robitaille et Charest, 2010; Mercier et Allard, 2016; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2005).

Constatant la prolifération de ces outils, un groupe de chercheuses a réalisé une programmation de recherche visant l'élaboration d'un outil « commun » d'aide à la décision, c.-à-d. répondant aux besoins de la majorité des membres des équipes interdisciplinaires de soutien à domicile dans la province de Québec (Guay, Ruest et Contandriopoulos, en révision). Une approche intégrée des connaissances a été utilisée. En effet, l'outil « commun » (intitulé Algo) a été élaboré selon un échange de connaissances bidirectionnel entre les membres de l'équipe de recherche et ceux des équipes interdisciplinaires de soutien à domicile (c.-à-d. utilisateurs potentiels de l'Algo).

Premièrement, les écrits scientifiques et professionnels sur la participation des intervenants non ergothérapeutes à la prestation des services d'ergothérapie ont été recensés (Guay, 2012). Deuxièmement, les besoins de soutien du personnel non ergothérapeute ont été explorés par l'observation du travail de trois intervenants non ergothérapeutes, sélectionnant des aides techniques pour l'hygiène corporelle de clients vivant à domicile, suivie d'entrevues semi-dirigées avec eux (Guay, Levasseur, Turgeon-Londei, Dubois et Desrosiers, 2013). Troisièmement, 40 outils maison développés par les ergothérapeutes du Québec ont été répertoriés, puis analysés afin d'identifier les éléments communs (Guay, Dubois, Robitaille et Desrosiers, 2014). Quatrièmement, les caractéristiques des clients pouvant être rencontrés par un intervenant non ergothérapeute ont été établies afin de définir un « cas simple » dans la sélection d'aides techniques pour l'hygiène corporelle (Guay, Dubois, Desrosiers et Robitaille, 2012; Guay, Dubois, Robitaille *et al.*, 2014). Cinquièmement, la sélection des composantes à

considérer lors d'une démarche d'attribution d'aides techniques pour l'hygiène corporelle a été réalisée par les membres de l'équipe de recherche (Guay, Dubois, Robitaille *et al.*, 2014). De cette sélection a découlé la première ébauche d'un outil commun, lequel deviendra l'Algo, utilisée afin d'amorcer l'étude des qualités métrologiques.

## DESCRIPTION DE L'ALGO

L'Algo (Guay, Dubois, Robitaille *et al.*, 2014) guide la prise de décision concernant la sélection d'aide techniques pour l'hygiène corporelle pour un « cas simple », soit un adulte avec une morphologie dans les limites de la normale, qui présente des difficultés prévisibles de rendement occupationnel lors de son hygiène dans sa baignoire standard ou sa cabine de douche. Il permet d'évaluer successivement des éléments relatifs à l'occupation, à la personne et à son environnement, à l'aide de questions simples (oui/non), structurées sous une forme algorithmique. L'Algo s'administre au domicile par un intervenant non ergothérapeute de l'équipe interdisciplinaire, qui doit être soutenu par un ergothérapeute désigné en tant que partenaire (Guay, Dubois, Robitaille *et al.*, 2014; Guay, Levasseur *et al.*, 2013). Le temps d'administration est d'environ 14 minutes (étendue : de 9 à 22 minutes). Durant l'administration de l'Algo, l'utilisateur contacte l'ergothérapeute une fois sur cinq ; la durée moyenne des échanges étant d'une minute (étendu : 30 secondes à 3 minutes) (Guay, Gagnon, Ruest et Bourget, 2016).

L'Algo comporte quatre sections : 1) la clientèle, 2) le choix du siège, 3) les recommandations et 4) les notes (annexe 1). La **section 1** vise l'identification des situations cliniques simples, pour lesquelles l'intervenant non ergothérapeute peut intervenir, et les situations complexes, nécessitant l'intervention d'un ergothérapeute. Les questions de cette section se répondent en partie par téléphone, facilitant ainsi le tri des demandes d'interventions et l'optimisation des déplacements au domicile des clients.

La **section 2** de l'Algo s'administre au domicile du client et guide l'intervenant non ergothérapeute vers l'une des huit recommandations d'aménagement de la salle de bain possibles. Ces recommandations couvrent le lieu où l'hygiène devrait se réaliser (c.-à-d. baignoire ou cabine de douche), la position (c.-à-d. debout ou assise) et, le cas échéant, le type de siège de bain (c.-à-d. tabouret de bain, siège de bain, planche de transfert au bain ou fauteuil de transfert au bain). Par exemple, l'une des huit issues de l'Algo est de recommander au client de se laver assis sur un siège de douche stationnaire dans la baignoire.

L'intervenant non ergothérapeute doit s'abstenir de formuler une recommandation pour deux raisons. D'une part, l'algorithme peut orienter l'intervenant non ergothérapeute vers la consigne « **Arrêt** » dans les situations cliniques complexes ; dans ce cas, l'intervention de l'ergothérapeute s'impose. D'autre part, en cas de **doute**, l'intervenant non ergothérapeute doit discuter avec l'ergothérapeute partenaire afin

d'établir la conduite à tenir avec son client. L'une ou l'autre de ces situations peut se présenter lors de la passation des sections 1 ou 2.

La **section 3** est un coupon détachable remis au client et qui fournit des conseils généraux pour l'aménagement sécuritaire de sa salle de bain, ainsi que le nom et le dessin (illustration) du siège de bain recommandé, le cas échéant. De plus, l'intervenant non ergothérapeute dessine des repères qui précisent visuellement les endroits où doivent être ajoutées deux barres d'appui murales dans la baignoire ou la cabine de douche.

La **section 4** de l'Algo est un espace réservé à l'intervenant non ergothérapeute pour noter ses questions et ses observations. Ces informations constituent un aide-mémoire utile dans la situation où des discussions avec l'ergothérapeute attiré s'avèrent nécessaires.

Depuis février 2013, la version finale de l'Algo est téléchargeable gratuitement sur le site Web de l'outil pour consultation individuelle. La version papier s'achète au coût de l'impression des documents (Guay, Desrosiers, Dubois et Robitaille, 2013). Un **guide d'utilisation** et un **manuel de référence**, respectivement à l'intention des intervenants non ergothérapeutes et des ergothérapeutes, accompagnent l'Algo, et une formation facultative est offerte dans les milieux cliniques (Guay, Desrosiers et al., 2013). Dès son lancement, l'Algo a été traduit en langue anglaise, l'une des deux langues officielles au Canada (Guay, Dubois, Robitaille et al., 2014).

## QUALITÉS MÉTROLOGIQUES DE L'ALGO

Une **validation de contenu** (Guay et al., 2012; Guay, Dubois, Robitaille et al., 2014) a été réalisée grâce à un processus de consensus d'experts (Fitch et al., 2001), comprenant trois vagues de questionnaires entrecoupées d'un groupe de discussion focalisée. Dix (10) ergothérapeutes (experts) provenant de 7 des 16 régions du Québec ont analysé les trois premières versions de l'outil. La troisième ébauche a ensuite été pré-testée auprès d'une dyade composée d'un ergothérapeute et d'une intervenante non ergothérapeute n'ayant pas pris part aux étapes antérieures de développement de l'Algo. Tout au long de ce processus, des clarifications, ainsi que des ajouts et retrats d'éléments, ont amélioré le contenu, la structure et l'apparence de l'Algo (ex. : ajout du coupon détachable à la section 3 lors de la troisième ébauche).

L'Algo (ébauche 4) a subi une épreuve de **validité de critère** (Guay, Dubois et Desrosiers, 2014) avec la participation de 51 clients correspondant à la définition d'un cas simple. Ceux-ci ont été sélectionnés parmi les 158 clients ayant fait une demande d'évaluation en ergothérapie pour l'aménagement de leur salle de bain dans l'un des quatre milieux cliniques participants par l'entremise d'une stratégie d'échantillonnage par convenance. Ces clients ont été rencontrés par l'un des huit intervenants non ergothérapeutes, des auxiliaires aux services de santé et sociaux formés et outillés de l'Algo, ainsi que par un ergothérapeute, représentant la mesure critère. Les recom-

mandations formulées par les intervenants non ergothérapeutes utilisant l'Algo ont été comparées à celles de l'ergothérapeute (critère). Afin de contribuer à l'interprétation de l'accord observé entre ces recommandations, un deuxième ergothérapeute a évalué un sous-groupe de clients. Les résultats indiquent que les intervenants non ergothérapeutes utilisant l'Algo formulent des recommandations acceptables, c.-à-d. permettant au client de se laver sans engendrer de risque éminent de blessures pour lui ou, s'il y a lieu, pour son aidant. En effet, dans 84 % des cas (intervalle de confiance à 95 % = [75, 93]), les intervenants non ergothérapeutes ont suggéré un équipement acceptable selon l'opinion de l'ergothérapeute. Ce résultat est comparable au taux d'adéquation entre les propositions de deux ergothérapeutes (84 % vs 89,5 %,  $p=0.48$ ).

Pour tester la **fidélité inter-évaluateurs** (Guay, Gagnon *et al.*, 2016), huit intervenants non ergothérapeutes (c.-à-d. 3 travailleurs sociaux, 2 auxiliaires aux services de santé et sociaux, 2 thérapeutes en réadaptation physique et 1 infirmière auxiliaire) ont administré la version finale de l'Algo à 6 patients standardisés, c'est-à-dire des personnes rémunérées et formées pour jouer un rôle précis (May, Park et Lee, 2009). La comparaison de leurs recommandations indique une valeur kappa de 0,43 [0,36; 0,49], soit un accord modéré selon les repères arbitraires de Landis et Koch (1977). Toutefois, dans les situations de désaccord entre évaluateurs, la sécurité du client était préservée, puisque les recommandations formulées étaient cliniquement équivalentes, selon l'opinion d'un ergothérapeute.

Finalement, afin de favoriser la **standardisation** de la démarche des intervenants non ergothérapeutes lors de la passation de l'Algo, le raisonnement des utilisateurs a été exploré à partir d'entretiens d'explicitation, conduit à l'aide de vidéos documentant la passation de l'Algo pour deux des clients standardisés de l'étude de la fidélité inter-évaluateurs (Ruest, Bourget et Guay, 2015). Ces travaux ont mené à trois recommandations principales pour favoriser la standardisation de la passation de l'Algo : (1) préciser aux utilisateurs de l'Algo les informations pertinentes à recueillir ; (2) objectiver la manière dont celles-ci doivent être recueillies ; et (3) encourager la triangulation des informations considérées lors de la passation de l'Algo (Ruest, Bourget, Delli-Colli et Guay, 2016). Les consignes émises dans le guide d'utilisation accompagnant l'Algo ont été bonifiées à la lumière de ces recommandations dans une réédition en 2015 (Ruest, Bourget, Delli-Colli et Guay, 2017).

## PERSPECTIVES D'AVENIR POUR L'ALGO

Un nombre grandissant de milieux cliniques au Québec s'intéressent à l'Algo. En 2015, soit deux ans après son lancement, près de la moitié des ergothérapeutes interrogés ( $n=125$ ) avaient consulté l'Algo et 14 % d'entre eux l'avaient intégré dans leur pratique, constatant des retombées positives et bénéfiques pour la clientèle (Ruest et Guay, 2016; Ruest, Léonard, Thomas, Contandriopoulos et Guay, 2016). Cet essor est exceptionnel, considérant l'écart moyen de 17 ans entre le moment de production d'une connaissance et celui de son utilisation dans les milieux cliniques documentés

par Morris, Wooding et Grant (2011). Le développement de l'Algo basé sur une approche intégrée des connaissances a été rapporté par les ergothérapeutes comme l'une des stratégies ayant le plus soutenu son adoption (Ruest, Léonard, Thomas *et al.*, 2016c). Malgré ces avancées prometteuses, l'étude du **processus d'application des connaissances** de l'Algo révèle aussi la présence de caractéristiques entravant son adoption, principalement de nature organisationnelle (Ruest, Léonard, Thomas *et al.*, 2016a). L'ambiguïté quant à la définition du rôle des ergothérapeutes lors de l'adoption d'une connaissance (Ruest, Léonard, Thomas *et al.*, 2016a) et la réceptivité organisationnelle mitigée des milieux cliniques face à l'implantation d'un changement (Ruest, Léonard, Thomas *et al.*, 2016a, 2016b) freinent notamment le processus d'adoption de cette connaissance. Suivant ces constats, la compréhension du processus d'application des connaissances entourant l'Algo est actuellement approfondie à l'aide d'une étude de cas multiples (Yin, 2013), afin d'adapter les stratégies déployées et, ultimement, de tirer des apprentissages pour la pratique des ergothérapeutes dans ce domaine.

Parallèlement aux échanges tenus avec les ergothérapeutes qui déploient des efforts pour adopter l'Algo, l'idée d'adapter une version « client » a été soulevée. Il semble que l'Algo présente le potentiel de constituer un outil d'éducation précieux pour la population. Or, la structure algorithmique de l'Algo est hautement compatible avec les dispositifs informatisés (ex. : téléphones portables), de nouveaux modes d'intervention expérimentés notamment en Angleterre lors de la sélection d'aides techniques (Tucker *et al.*, 2011). En s'appuyant sur une démarche centrée sur l'utilisateur (De Vito Dabbs *et al.*, 2009), **l'adaptation de l'Algo en une application mobile** est en cours (Guay, Giroux *et al.*, 2016). Considérant l'attente préoccupante vécue par les personnes ayant des difficultés à réaliser leur hygiène corporelle (Raymond, Feldman, Prud'homme et Demers, 2013), cette application présentera plusieurs avantages sur la version papier. Elle mise sur l'autodétermination et l'autonomisation (empowerment) de la clientèle à la recherche d'information et de solutions au moment qui lui incombe. De plus, l'application s'adressera directement aux aînés et à leurs proches, contrairement à la version papier qui est destinée aux membres formés de l'équipe interdisciplinaire. Sur la base des nouvelles possibilités offertes par les technologies de l'information et de la communication, l'Algo prend ainsi un virage pouvant être qualifié d'approche « consommateur », permettant possiblement à un plus grand nombre de personnes de bénéficier des connaissances issues de l'ergothérapie (Chenel, Auger et Guay, 2016).

Or, ces modes d'intervention récents amènent à se questionner. Si des retombées positives peuvent découler de la démocratisation de l'accès aux aides techniques et aux informations de santé, cette approche axée sur le client soulève des **enjeux d'ordres éthiques, déontologiques et organisationnels** (Chenel, Auger, Mortenson *et al.*, 2016). Ces aspects sont étudiés en explorant des outils informatisés d'aide à la décision avec des aînés et leurs proches, des intervenants et des décideurs. Les questions abordées sont, par exemple : Quel est le potentiel de dérive en matière de désensibilisation face à cette population que l'on tente d'outiller, non pas pour elle-même, mais par manque de ressources ? Comment situer la responsabilité professionnelle dans un

contexte où le raisonnement clinique est modélisé sous forme d'algorithme décisionnel ? Enfin, comment repenser l'organisation des services de santé, à l'aube de la multiplication d'interventions en ligne ?

## CONCLUSION

La collaboration entre les ergothérapeutes et les intervenants non-ergothérapeutes (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2005) ou les auxiliaires en ergothérapie (Association canadienne des ergothérapeutes, 2009; Fong-Lee et Gillespie, 2015) est encouragée au Canada afin de répondre aux besoins croissants de la population. Dans ce contexte, les ergothérapeutes du Québec recherchent des façons de faire évoluer leurs pratiques (Carrier et Levasseur, 2015) et l'Algo constitue l'une de ces pistes. Le processus d'application des connaissances entourant l'Algo contribue à un changement fondamental dans la manière de faciliter l'accès aux savoirs ergothérapeutiques. Il permet d'envisager de nouvelles avenues dans ce domaine (Raymond, Feldman et Demers, 2014). Des collaborations internationales en recherche et en clinique permettraient de vérifier l'apport potentiel de l'Algo auprès d'autres populations francophones.

## MESSAGES CLÉS

L'Algo est un algorithme décisionnel développé selon les fondements de l'ergothérapie, à la fois rigoureux sur le plan scientifique et sensible aux impératifs de la pratique clinique, afin de soutenir la prise de décision par des non ergothérapeutes au regard de la recommandation des aides techniques pour l'hygiène corporelle des aînés vivant à domicile.

Près de la moitié des utilisateurs-cibles de l'Algo, soit les membres des équipes interdisciplinaires du soutien à domicile québécois, ont amorcé son adoption deux ans après son lancement, ce qui est un résultat exceptionnel. L'étude du processus d'application des connaissances entourant l'Algo met en lumière la complexité des interactions entre les différentes caractéristiques influant sur l'intégration des connaissances scientifiques dans la pratique des ergothérapeutes.

Une application mobile de l'Algo est actuellement en développement suivant un processus centré sur l'utilisateur, en tenant compte des enjeux éthiques associés à cette démarche de démocratisation de la connaissance.

Faire le point sur les travaux passés, actuels et à venir concernant l'Algo permet, d'une part, aux ergothérapeutes québécois, majoritairement francophones, de s'approprier dans leur langue maternelle les données scientifiques en lien avec un outil leur étant destiné et, d'autre part, de promouvoir son utilisation, en clinique et en recherche, dans la francophonie.

## REMERCIEMENTS

L'auteure salue ses collègues, ainsi que les organismes subventionnaires ayant soutenu la réalisation des études entourant l'Algo. Des remerciements particuliers s'adressent aussi à la Pre Annick Bourget, à la Dre Vanessa Chenel ainsi qu'à Mmes Marilyn Gagnon et Mélanie Ruest pour leur contribution à la préparation de cet article. L'auteure est chercheure boursière du Fonds de recherche du Québec – Santé (2016 – 2020).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*. Ottawa (ON) : CAOT Publications ACE.
- Carrier, A., et Levasseur, M. (2015). Involvement of support personnel in occupational therapy home care services in Québec: Methods that comply with regulations and support prevention and health promotion. *Occupational Therapy Now*, 17(2), 17-18.
- Chenel, V., Auger, C., et Guay, M. (2016). *Les TIC comme outil de transfert de connaissance vers le client et ses proches : Impacts potentiels sur les interventions en santé d'une approche centrée sur le client*. Communication présentée aux 16<sup>es</sup> Journées Francophones d'Informatique Médicale, Campus Biotech, Genève, Suisse.
- Chenel, V., Auger, C., Mortenson, B., Jutai, J., Gore, P., Johnson, G., et Guay, M. (2016). *Reliability and acceptability of an online decision support system for the self-selection of assistive technologies by older Canadians: A research protocol*. Communication présentée au IEEE International Symposium on Ethics in Engineering, Science and Technology.
- De Vito Dabbs, A., Myers, B.A., Mc Curry, K.R., Dunbar-Jacob, J., Hawkins, R.P., Begey, A., et Dew, M.A. (2009). User-centered design and interactive health technologies for patients. *Computers, Informatics, Nursing*, 27(3), 175-183. doi:10.1097/NCN.0b013e31819f7c7c
- Fitch, K., Bernstein, S.J., Aguilar, M.D., Burnand, B., LaCalle, J.R., Lazaro, P., . . . Kahan, J.P. (2001). *The rand/UCLA appropriateness method user's manual*. Santa Monica (CA): RAND.
- Fong-Lee, D., et Gillespie, H. (2015). Celebrating intraprofessional collaboration in occupational therapy. *Occupational Therapy Now*, 17(2), 3-4.
- Guay, M. (2012). Enjeux entourant le recours au personnel auxiliaire en ergothérapie. *Canadian Journal of Occupational Therapy - Revue canadienne d'ergothérapie*, 79(2), 116-127. doi:10.2182/cjot.2012.79.2.7
- Guay, M., Desrosiers, J., Dubois, M.-F., et Robitaille, J. (2013). Algo : un algorithme clinique pour la sélection de l'aide technique. Récupéré de <http://ergotherapie-outil-algo.ca>
- Guay, M., Dubois, M.-F., et Desrosiers, J. (2014). Can home health aids using the clinical algorithm Algo choose the right bath seat for clients having a straightforward problem? *Clinical Rehabilitation*, 28(2), 172-182. doi:10.1177/0269215513494027
- Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J., et Robitaille, J. (2012). Identifying characteristics of 'straightforward cases' for which support personnel could recommend home bathing equipment. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(12), 563-569. doi:10.4276/030802212X13548955545576
- Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J., Robitaille, J., et Charest, J. (2010). The use of skill mix in homecare occupational therapy with patients with bathing difficulties. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17(6), 300-308.

- Guay, M., Dubois, M.-F., Robitaille, J., et Desrosiers, J. (2014). Development of Algo, a clinical algorithm for non-occupational therapists selecting bathing equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 81*(4), 237-246. doi:10.1177/0008417414539643
- Guay, M., Gagnon, M., Ruest, M., et Bourget, A. (2016). Interrater reliability of Algo used by non-occupational therapist members of homecare interdisciplinary teams. *Disability and Rehabilitation, 39*(9), 883-888. doi:10.3109/09638288.2016.1168488
- Guay, M., Giroux, D., Vincent, C., Ahmed, S., Gauthier, J., Genest, C., et Claudine, A. (2016). *Aménagement sécuritaire de la salle de bain des aînés québécois : adaptation d'un outil d'aide à la décision papier (Algo) en version électronique (e-Algo)*. Communication présentée aux 16<sup>es</sup> Journées Francophones d'Informatique Médicale, Campus Biotech, Genève, Suisse.
- Guay, M., Levasseur, M., Turgeon-Londei, S., Dubois, M.-F., et Desrosiers, J. (2013). Exploring support needed by home health aides in choosing bathing equipment: New challenges for occupational therapy collaboration. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation, 46*(3), 263-271. doi:10.3233/WOR-121527
- Guay, M., Ruest, M., et Contandriopoulos, D. (en révision). De-implementing untested practices in homecare services: a pre-post observational design.
- Landis, J.R., et Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*(1), 159-174.
- May, W., Park, J.H., et Lee, J.P. (2009). A ten-year review of the literature on the use of standardized patients in teaching and learning: 1996-2005. *Medical Teacher, 31*(6), 487-492. doi:10.1080/01421590802530898
- Mercier, S., et Allard, J. (2016). Organisation de services d'hygiène à domicile. *Objectif prévention, 39*(3), 14-16.
- Morris, Z. S., Wooding, S., et Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine, 104*(12), 510-520. doi:10.1258/jrsm.2011.110180
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2005). *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie: lignes directrices*. Récupéré du site de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Raymond, M.-H., Feldman, D., et Demers, L. (2014). Waiting list prioritization. *Rehab and Community Care Medicine, 23*(2), 8-10.
- Raymond, M.-H., Feldman, D., Prud'homme, M.-P., et Demers, L. (2013). Who's next? Referral prioritization criteria for occupational therapy in home care. *International Journal of Therapy and Rehabilitation, 20*(12), 580-589.
- Ruest, M., Bourget, A., Delli-Colli, N. et Guay, M. (2016). Recommandations pour favoriser la standardisation de la passation de l'Algo par le personnel non-ergothérapeute. *Actualités ergothérapeutiques, 18.1*, 28-30
- Ruest, M., Bourget, A., Delli-Colli, N., et Guay, M. (2017). Algo used by homecare non-occupational therapists selecting bathing assistive technology: Enhancing standardization by exploring clinical reasoning. *Occupational Therapy in Health Care, 31*(1), 20-33. doi:10.1080/07380577.2016.1270481
- Ruest, M., Bourget, A., et Guay, M. (2015). La recherche qualitative : un vecteur d'innovation pour améliorer la fidélité inter-examineurs d'un outil clinique. *Recherches qualitatives, 17*(Hors-série), 58-77.
- Ruest, M., et Guay, M. (2016). *Niveau d'adoption de l'Algo deux ans après son lancement*. Communication présentée au Congrès annuel (2016) de l'Association canadienne des Ergothérapeutes, Banff (AB).
- Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J., et Guay, M. (2016a). *Knowledge translation process in Quebec homecare services: the example of Algo*. Communication présentée à la 1<sup>re</sup> Conférence nationale en transfert de connaissances en réadaptation, Montréal (QC).

- Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J., et Guay, M. (2016b). *Réceptivité organisationnelle au changement des services de soutien à domicile québécois : étude pilote*. Communication présentée à la 45<sup>e</sup> Réunion scientifique et éducative annuelle de l'Association canadienne de gérontologie, Montréal (QC).
- Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., Desrosiers, J., et Guay, M. (2016c). *Stratégies d'application des connaissances utilisées en ergothérapie communautaire : écart entre celles prônées et celles utilisées*. Communication présentée à la Journée scientifique du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation, Québec (QC).
- Ruest, M., Léonard, G., Thomas, A., Contandriopoulos, D., et Guay, M. (2016). *Algo: a portrait of its adoption in Quebec homecare systems*. Communication présentée au Canadian Knowledge Mobilization Forum 2016, Toronto (ON).
- Tucker, S., Brand, C., O'Shea, S., Abendstern, M., Clarkson, P., Hughes, J., . . . Challis, D. (2011). An evaluation of the use of self-assessment for the provision of community equipment and adaptations in English Local authorities. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(3), 119-128.
- Yin, R.K. (2013). *Case study research: Design and methods* (5e éd.). Thousand Oaks (CA): SAGE Publications.

## ANNEXE 1 : ALGO, UN ALGORITHME CLINIQUE POUR LA SÉLECTION DE L'ÉQUIPEMENT AU BAIN



Algorithme clinique pour la sélection de l'équipement au bain

N° de dossier du client

Nom du client

Visité par

Date

SECTION 1

### La clientèle

- Le client
- est atteint d'une maladie neurologique dégénérative (ex. Parkinson ou sclérose en plaques)
  - OU
  - est en fin de vie
  - OU
  - a une contre-indication médicale, quelle qu'elle soit.

Vérifié par

Date

NON OUI

#### OCCUPATION

- La personne
- se déplace seule jusqu'à la baignoire OU la cabine de douche
  - ET
  - accepte de ne pas aller au fond de la baignoire pour se laver.

OUI NON

#### PERSONNE

- La personne
- est âgée de 18 ans ou plus
  - ET
  - pèse moins de 250 livres
  - ET
  - a la capacité de se lever et se tenir debout durant 5 secondes
  - ET
  - peut prendre appui sur une barre
  - ET
  - comprend les consignes.

OUI NON

#### ENVIRONNEMENT

- La salle de bain utilisée
- comprend une cabine de douche OU une baignoire standards
  - ET
  - permet d'installer deux barres d'appui.

OUI NON

Arrêt

Voir Section 2

Discuter avec un ergothérapeute au besoin

SECTION 2

Le choix du siège

OCCUPATION

La personne peut se transférer d'une chaise à une autre.

NON OUI

Souhaite se doucher dans sa cabine de douche.

NON OUI

Souhaite se doucher dans sa baignoire.

NON OUI

Arrêt

PERSONNE

Peut écarter les pieds d'environ 12" ET  
 Peut lever les pieds à la hauteur du seuil de sa cabine de douche.

NON OUI

En position assise et les yeux fermés, bouge le tronc sans perdre l'équilibre ET  
 N'est pas fatiguée, étourdie ou essoufflée durant la visite.

NON OUI

Atteint ses jambes et ses pieds en position debout ET  
 N'est pas fatiguée, étourdie ou essoufflée durant cette tâche.

OUI NON

Peut écarter les pieds d'environ 12" ET  
 Peut lever les pieds à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire.

OUI NON

En position assise et les yeux fermés, bouge le tronc sans perdre l'équilibre ET  
 En position assise, peut lever les pieds à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire ET  
 N'est pas fatiguée, étourdie ou essoufflée durant la visite.

NON OUI

Peut se relever de la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire + 1".

OUI NON

ENVIRONNEMENT

La largeur du fond de sa baignoire ou de sa cabine de douche mesure 18" ou plus ET  
 Possibilité d'installer un tabouret.

OUI NON

La largeur du fond de sa baignoire ou de sa cabine de douche mesure 18" ou plus ET  
 Possibilité d'installer un siège de douche stationnaire avec dossier.

OUI NON

La largeur du rebord intérieur de sa baignoire mesure 3/4" ou plus ET  
 Possibilité d'installer une planche de transfert.

OUI NON

La hauteur du rebord extérieur de sa baignoire est de 19" ou moins ET  
 Possibilité d'installer un fauteuil de transfert.

OUI NON

RECOMMANDATIONS

Aucun siège

Tabouret de bain / douche

Arrêt

Siège de douche stationnaire avec dossier

Arrêt

Planche de transfert au bain

Fauteuil de transfert au bain

Arrêt



Algorithme clinique pour la sélection de l'équipement au bain

Discuter avec un ergothérapeute au besoin

### Conseils généraux

- Installez des tapis antidérapants à l'extérieur et à l'intérieur de votre baignoire ou de votre cabine de douche.
- Installez une douche téléphone (idéalement avec boyau de 6', support mural et pomme de douche avec coude pivotant).
- S'il y a lieu, achetez des accessoires à long manche pour atteindre plus facilement les parties de votre corps.
- Libérez l'espace dans la salle de bain pour y circuler plus facilement.
- Remplacez vos portes coulissantes par un rideau de douche pour entrer plus facilement dans votre baignoire.
- S'il y a lieu, ajustez le siège de bain à la hauteur de vos genoux.

### Ajout d'un siège\*

\* Illustrations fournies à titre indicatif

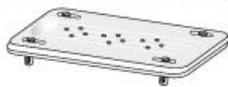
- Tabouret de bain / douche



- Siège de douche stationnaire avec dossier



- Planche de transfert au bain



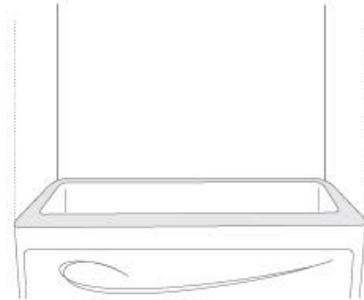
- Fauteuil de transfert au bain



### Ajout des barres d'appui murales\*

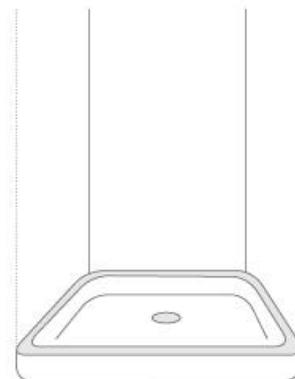
\* Illustrations fournies à titre indicatif : une personne compétente doit faire l'installation

- Baignoire



- une barre antidérapante verticale d'au moins 24" sur le mur de la robinetterie
- une barre antidérapante horizontale OU oblique d'au moins 24" sur le long mur
- le centre des barres devrait se situer environ au niveau de votre taille.

- Cabine de douche



- une barre antidérapante verticale d'au moins 24" près de l'entrée
- une barre antidérapante horizontale OU oblique d'au moins 24" à l'intérieur
- le centre des barres devrait se situer environ au niveau de votre taille.

\_\_\_\_\_

Visité par

\_\_\_\_\_

Tél.

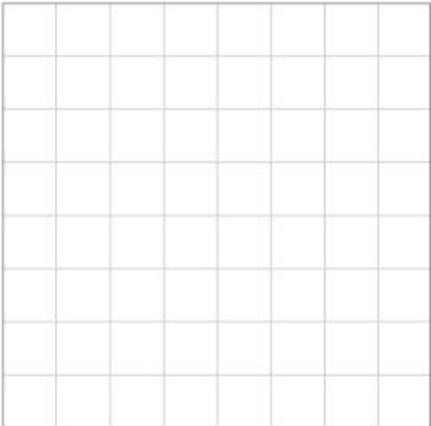
\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

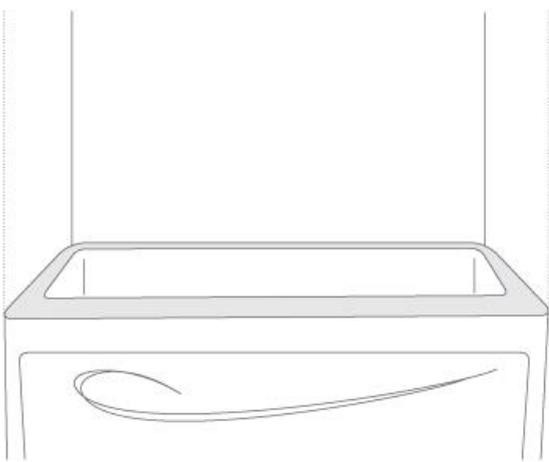
N° de dossier du client

**SECTION 4** *Notes*

_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	

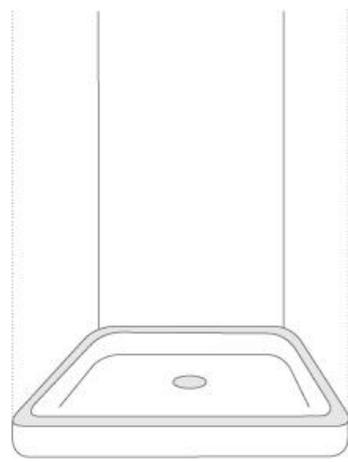
**Baignoire**

- Situation actuelle
- Situation proposée



**Cabine de douche**

- Situation actuelle
- Situation proposée



© Guay et coll. (2011)