

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR GABRIELLE DANSEREAU

PERCEPTION D'ERGOTHÉRAPEUTES TRAVAILLANT EN CENTRES
D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE DANS LE CADRE DU RECOURS À
DES MESURES DE REMPLACEMENT AUX CONTENTIONS

DÉCEMBRE 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet de recherche n'aurait pu être possible sans la précieuse collaboration et l'aide de plusieurs personnes. D'abord, je tiens à remercier ma directrice d'essai, Mme Martine Brousseau pour sa disponibilité, ses encouragements, ses précieux conseils et son grand enthousiasme contagieux ! Ce fût un réel plaisir de travailler avec vous.

Je tiens également à remercier les participants qui ont pris leur temps, et ce, en dehors des heures de leur travail, pour participer à mon projet de recherche. Sans eux, ce travail n'aurait pas été possible. Je remercie également Mme Marie-Michèle Lord, erg. et étudiante au doctorat, qui a su m'aider à faire avancer mon projet de recherche lors de débats du cours séminaire ERG-6012, alors qu'elle est venue comme invitée et pour son aide dans la préparation de mon projet pour le congrès gériatrique de Montpellier.

Enfin, merci infiniment à ma famille, mon conjoint, mes amis et mes collègues de classe, qui m'ont soutenue et encouragé pendant le cheminement de ce projet de maîtrise. Je suis fière et heureuse de pouvoir aujourd'hui pouvoir partager la réussite de ce travail avec vous tous.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vi
RÉSUMÉ	1
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1. Constats.....	7
2.2. Objectif de recherche	8
3. CADRE CONCEPTUEL	9
3.1. Taxonomie de l'occupation.....	9
3.2. Les ergothérapeutes et les occupations	9
3.2.1. Adapter.....	10
3.2.2. Revendiquer	11
3.2.3. Coacher	11
3.2.4. Collaborer	12
3.2.5. Consulter	12
3.2.6. Coordonner	12
3.2.7 Concevoir, réaliser	13
3.2.8 Éduquer	14
3.2.9 Engager	14
3.2.10 Exercer une expertise, mettre à profit une expertise.....	15
3.3. Études empiriques.....	15
4. MÉTHODE.....	16
4.1. Devis de recherche	16
4.2. Échantillonnage.....	16
4.3. Méthode de collecte de données	17
4.4. Analyse des données	18
4.5. Critères de rigueur scientifique.....	18
4.6. Considérations éthiques	19
5. RÉSULTATS.....	20
5.1. Description des participants.....	20

5.2. Les mesures alternatives	21
5.2.1. Types de mesures alternatives	21
5.2.2. Les mesures alternatives perçues comme efficaces	22
5.2.3. Distinction entre les mesures alternatives et les mesures de contrôle	23
5.2.4. Les finalités poursuivies par les mesures alternatives	24
5.3. Discours en lien avec les pratiques reliées aux mesures alternatives	24
5.3.1. La perception du rôle de l'ergothérapeute	25
5.3.2. La perception du travail en interdisciplinarité	26
5.3.3. Les vocables utilisés pour rendre explicite aux autres les bienfaits des mesures alternatives	27
5.4. Discours tenu eu égard aux occupations	28
5.4.1. Discours tenu en lien avec les réussites	29
5.4.2. Discours eu égard aux occupations ou portions d'occupations possibles en CHSLD	30
5.4.3. Discours tenu eu égard aux occupations possibles avec les mesures alternatives	32
5.5. Lien entre le discours tenu par les participants à l'étude et les stratégies d'habilitation aux occupations	34
5.5.1. Adapter	34
5.5.2. Collaborer	35
5.5.3. Éduquer	35
5.5.4. Engager	35
6. DISCUSSION	37
6.1. Les mesures alternatives	37
6.2. Discours tenu par les ergothérapeutes eu égard aux mesures alternatives	38
6.3. Discours tenu par les ergothérapeutes eu égard aux occupations possibles	39
6.4. Discours tenu par les ergothérapeutes reflétant l'habilitation aux occupations	41
6.4.1. Stratégie : Adapter	41
6.4.2. Stratégie : Collaborer	42
6.4.3. Stratégie : Éduquer	42
6.4.4. Stratégie : Engager	42
6.5. Forces et limites de l'étude	43
7. CONCLUSION	44
RÉFÉRENCES	46
ANNEXE A	52

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Informations sur les participants.....	22
Tableau 2. Les stratégies d'habilitation reflétant le discours des participants.....	35

LISTE DES ABREVIATIONS

ACE	Association Canadienne des ergothérapeutes
CHSLD	Centre d'hébergement en soins de longue durée
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
TRP	Techniciens en réadaptation physique
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RESUME

Problématique : Quelques études récentes (Cipriani et Haley, 2010 ; Crowe, 2014) font valoir la contribution de l'ergothérapeute en CHSLD pour procurer des opportunités de participation à des occupations par l'analyse de l'environnement et des capacités des personnes âgées. Toutefois, certains problèmes de comportement, de chute ou d'autonomie des personnes âgées font en sorte que des mesures de remplacement aux contentions s'avèrent nécessaires pour la sécurité (tapis sonores, positionnement du fauteuil, moniteur sonore, détecteurs de mouvement). Comment est-il possible alors de favoriser des opportunités d'occupations tout en proposant des mesures de remplacement aux contentions ? À ce jour, ce phénomène a peu fait l'objet d'études empiriques dans les écrits scientifiques. **Objectif :** L'objectif de la présente étude est de décrire la perception d'ergothérapeutes travaillant en CHSLD dans le cadre du recours à des mesures de remplacement aux contentions. Il ciblera la description des mesures de remplacement utilisées, la perception des ergothérapeutes à l'égard de celles-ci et finalement leur perception eu égard aux occupations et comment les rendre possible. **Cadre conceptuel :** Cette étude s'appuie sur le concept d'occupation et d'habilitation aux occupations inhérent au modèle canadien de l'habilitation centré sur le client (MCHCC) qui propose des stratégies d'habilitation (Townsend, Beagan et coll., 2013). **Méthode :** Le présent projet est une étude descriptive exploratoire avec un devis qualitatif où l'expérience des ergothérapeutes concernant leur travail dans le cadre du recours aux mesures de remplacement aux contentions est étudiée. Pour ce faire, des entrevues semi-dirigées ont été effectuées auprès d'ergothérapeutes pratiquant en CHSLD. **Résultats :** L'étude est menée auprès de six ergothérapeutes qui ont entre deux ans et demi et 25 ans d'expérience professionnelle en soins de longue durée et en tant qu'ergothérapeute. Les résultats illustrent leur perception et montrent que lorsque ceux-ci mettent en place des mesures de remplacement aux contentions, ils allient des préoccupations envers des occupations possibles pour les personnes âgées concernées. Ces occupations, ou portions d'occupations, sont parfois très simples comme se maquiller, avoir accès à des objets personnels, se regarder dans le miroir d'une chambre, et/ou faire des transferts seuls. Les participants tiennent un discours faisant ressortir l'habilitation aux occupations. Ce travail se fait par le recours à quatre stratégies d'habilitation aux occupations (adapter, collaborer, éduquer, engager). **Discussion :** Les participants ont recours à diverses mesures de remplacement aux contentions (coussins sonores, des ceintures avec alarme, des coussins de positionnement, des barres d'appui au lit, des tapis sensoriels et des tapis antidérapants). Ceci est l'illustration des lignes directrices de la pratique de l'ergothérapie au Canada. Ces participants tiennent un discours reflétant l'habilitation aux occupations, dont en particulier adapter, collaborer, éduquer et engager. Ces résultats inédits montrent comment il est possible d'avoir une pratique centrée sur les occupations malgré de nombreuses contraintes. **Conclusion :** Les résultats de cette étude font valoir des informations inédites quant au travail des ergothérapeutes dans le recours aux mesures de remplacement aux contentions. Il serait pertinent de reproduire l'étude avec un plus grand échantillon et dans plusieurs régions du Québec.

Mots-clés : Ergothérapie, mesures alternatives, CHSLD, habilitation, occupations

Key words : Occupational therapy, restraint, long-term-care, enabling, occupation

1. INTRODUCTION

La vie en CHSLD pose de nombreux défis pour les ergothérapeutes en raison du déclin fonctionnel des personnes âgées. En effet, celles-ci présentent de nombreuses pertes au niveau physique et cognitif faisant en sorte qu'elles sont moins autonomes dans leur quotidien. Certains écrits font valoir un manque d'opportunités occupationnelles lors du séjour des personnes âgées en CHSLD. À cet effet, Fletcher-Smith et coll. (2013) observent que la majorité des personnes âgées en CHSLD sont dépendantes du personnel au quotidien. Pourtant, les bienfaits des occupations sont documentés selon Townsend, Davis et coll. (2013).

Proposer des mesures de remplacement amène parfois un dilemme, car il faut assurer la sécurité de la personne ainsi que la poursuite de la participation à des occupations. En plus de faire face à ce dilemme, l'ergothérapeute fait face au défi de rester centré sur les concepts centraux de la profession, soit les occupations et l'habilitation aux occupations (Townsend, Beagan et coll., 2013). À ce jour, peu d'écrits empiriques ont investigué le travail des ergothérapeutes auprès des personnes âgées en CHSLD sous l'angle des occupations. Cet essai s'intéresse à la perception d'ergothérapeutes travaillant en CHSLD dans le cadre du recours à des mesures de remplacement aux contentions.

Ce projet de recherche comporte cinq principales sections. Celui-ci débute par l'énoncé de la problématique étudiée, suivi du cadre conceptuel exposant les concepts centraux de la recherche soit les occupations et l'habilitation aux occupations comprenant les dix stratégies clés. Suit alors la méthode, qui comprend le devis de recherche utilisé, la méthode d'échantillonnage, la méthode de collecte de données, l'analyse des données effectuée, les critères de rigueur scientifique ainsi que les considérations éthiques. Ensuite, les résultats sont présentés, suivis de la discussion de ceux-ci ainsi que des forces et limites de l'étude. Finalement, l'essai se termine par une conclusion présentant l'implication de la recherche pour la pratique ergothérapeutique ainsi que des pistes pour de futures recherches.

2. PROBLEMATIQUE

La population du Canada est en constante évolution. Selon Statistique Canada (2010), la proportion de personnes vieillissantes de 65 ans et plus ne cesse d'augmenter. En effet, ceux-ci estiment une proportion de 24 à 28 % pour 2061. Effectivement, selon le dernier recensement de la population canadienne en 2011, le groupe des 65 ans et plus représente une augmentation de 14.6 %, approchant les 5 millions, et ce, en plus de présenter un taux de croissance supérieur à 20% entre 2006 et 2011 (Statistique Canada, 2010). Il s'avère primordial d'étudier le déclinement fonctionnel, la perte d'autonomie en raison d'une altération des capacités physiques ou cognitives chez les personnes âgées (MSSS, 2012). Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2012) définit le déclinement fonctionnel comme la perte d'autonomie pour une personne qui ne réalise plus de façon satisfaisante ses obligations de la vie courante, dont en particulier les activités de la vie domestique (AVD), les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités reliées à la vie en société. La politique *Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté, au Québec*, fait part d'un plan d'action afin d'assurer la qualité des conditions de vie des personnes âgées du Québec compte tenu du déclinement fonctionnel. Elle vise à faire part de moyens afin de maintenir le plus possible les personnes âgées dans leur domicile. Toutefois, il demeure que 2,9 % des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec vont résider dans un centre d'hébergement de type CHSLD (Statistique Québec, 2012). Choinière (2010) fait valoir qu'en considérant le vieillissement de la population québécoise, la proportion de personnes nécessitant des soins de longue durée en CHSLD doublera entre 2006 et 2031.

Les conditions d'accès aux services d'hébergement sont déterminées en fonction du déclinement fonctionnel ou psychosocial de la personne (MSSS, 2003). La demande en soins de longue durée dépend du nombre de personnes qui ont besoin d'aide pour effectuer leurs activités de la vie quotidienne (Choinière, 2010). Elle dépend également de la prévalence des maladies chroniques. Selon Statistique Canada, 67,4 % des personnes âgées de 65 ans et plus du Québec, présentant au moins une maladie chronique et ont besoin d'aide dans leurs AVQ. De plus, ces effets sont jumelés avec ceux de l'augmentation de l'espérance de vie. Avec ce changement populationnel, il est à prévoir une augmentation des problématiques de santé et des phénomènes en lien avec le déclinement fonctionnel associé à la fragilisation des capacités physiques et

cognitives accompagnant le vieillissement faisant en sorte qu'une plus grande proportion des personnes âgées se retrouvera en CHSLD. Cette fragilisation est souvent associée à un déclin fonctionnel se manifestant par une perte d'autonomie à effectuer les activités de base nécessaires à la vie à domicile telles que la préparation des repas, l'entretien ménager et l'accomplissement des loisirs. Selon MSSS (2005), le 2/3 des personnes âgées aurait des limitations fonctionnelles. Ainsi, les professionnels de la santé seront exposés, dans les années à venir, à l'augmentation de la proportion de personnes vieillissantes en CHSLD en lien avec le déclinement fonctionnel de celles-ci et auront à faire face aux défis s'y rattachant.

La vie en CHSLD pose de nombreux défis pour les personnes âgées concernées. Ces personnes voient leur participation dans leurs occupations diminuée en raison de problèmes de santé, de pertes des capacités physiques et cognitives et d'une altération de l'autonomie. La vie en CHSLD met à risque les personnes âgées d'être en situation de manque d'opportunités occupationnelles. Des études anglaises (Green et Cooper, 2000) et norvégiennes (Holthe, Thorsen et Josephsson, 2007) montrent des variations importantes quant aux services pour offrir la possibilité de participer à des activités afin de remplir des rôles occupationnels. Par exemple, Holthe, Thorsen et Josephsson (2007) montrent, dans une étude ethnographique auprès de huit participants venant d'entrer en institution, que malgré que ceux-ci perçoivent les activités sociales comme très importantes pour leur santé mentale et physique et permettent de faciliter la transition, il persiste une culture de rôle passif des résidents, d'un rôle d'invité en CHSLD et d'une dépendance aux préposés pour les occupations quotidiennes de base.

Dans un souci de contrer le manque d'opportunités et de procurer un milieu de vie qui respecte l'identité de la personne, des orientations ministérielles (MSSS, 2003) suggèrent que ces milieux offrent variétés d'activités dans un contexte interdisciplinaire. Une recension des écrits fait valoir l'implication des ergothérapeutes autant au plan d'incorporer des objets variés (Crowe, 2014) que de créer des opportunités d'activités variées (Bower et Green, 1995) ; (Cipriani, Faig et coll., 2006) ; (Cipriani, 2007) ; (Cipriani, Kreider et coll., 2009) ; (Cipriani, Haley et coll., 2010). Crowe (2014) propose que la présence d'objets variés dans l'environnement des CHSLD incite à des interactions sociales entre les résidents. À ce titre, l'étude empirique de Cipriani, Kreider et coll. (2009) montre la pertinence de l'ergothérapeute lors de l'analyse de

l'environnement des résidents en vue de les motiver à s'engager dans des occupations significatives. Cette étude a pour objectif de décrire l'importance des objets dans la chambre d'un résident en CHSLD et fait valoir que ces objets assurent une stabilité pour celui-ci dans sa transition. Les résultats font valoir que trois thèmes principaux représentent l'attachement des résidents à leurs objets dont la relation avec les autres (par exemple une paire de boucles appartenant à leur enfant), la relation avec une source de pouvoir (photo du pape) ou la connexion avec leur passé/leur ancienne performance occupationnelle (trophée). En effet, les auteurs montrent que la majorité des résidents possédaient des objets reflétant une participation à des occupations, par exemple, la photo d'un résident à la pêche. Les résultats font valoir que les ergothérapeutes en CHSLD considèrent les objets contenus dans la chambre des résidents comme des opportunités occupationnelles s'appuyant sur leurs histoires de vie et leurs valeurs.

Les études empiriques de (Cipriani, Faig et coll., 2006) ; (Cipriani, 2007) ; (Cipriani, Kreider et coll., 2009) ; (Cipriani, Haley et coll., 2010) montrent l'importance de créer des activités ou de mettre en place des opportunités dans des groupes. En effet, les ergothérapeutes proposent souvent des activités aux résidents. L'étude de Bower et Greene (1995) et de Cipriani (2007) font valoir la pertinence des activités altruistes. Celles-ci se désignent comme étant des activités ayant pour but d'aider l'autre. Entre autres, on fait valoir la pertinence des activités altruistes pour éviter le déclinement fonctionnel chez les personnes âgées. Également, les écrits montrent que ces activités permettent aux résidents de se sentir utiles et permettent un renforcement mutuel avec l'autre (Cipriani et Haley, 2010) ; (Cipriani, Faig et Ayres, 2006). Plus précisément, l'étude de Cipriani et al. (2006) montre que lorsque des résidents en CHSLD s'engagent dans des activités altruistes comme préparer un arrangement de fleurs pour d'autres personnes hospitalisées, ceux-ci se sentent encore utiles. Tout d'abord, ces résidents ont mentionné que ces activités sont importantes pour exprimer leur créativité dans une activité qui a du sens pour eux. Certains ont mentionné que l'activité effectuée faisait un lien avec leur passé (anciennes activités de bénévolat). Finalement, les résidents ont mentionné que ces activités permettent un sentiment d'appartenance avec d'autres personnes. L'étude de Hersch, Hutchinson, Davidson, Wilson, Maharaj & Watson (2012) fait valoir l'importance des interventions de groupe basées sur l'occupation. Ceux-ci montrent que les résidents qui participent à une intervention de groupe qui inclut des activités de bricolage, de la poterie ainsi

que des groupes de discussion, sont bénéfiques pour faciliter l'adaptation des nouveaux résidents en CHSLD ainsi que pour améliorer leur qualité de vie. En somme, tous les auteurs mentionnés ci-haut font ressortir l'importance pour l'ergothérapeute de prendre en considération ces types d'activités puisqu'elles constituent des formes d'occupations.

Les bienfaits des occupations sont documentés dans les lignes directrices de Townsend, Davis et coll. (2013) et dans certains écrits empiriques (Leibold, 2003); (Hocking, 1997); (O'Sullivan, 2005); (Hagen, Armstrong-Esther et Sandilands, 2003); (Gillis, 2007). Hagen et coll. (2003) montrent (n=20) que le fait de participer à des activités physiques a aussi des effets positifs. Cette étude quasi-expérimentale a fait la comparaison de trois groupes, dont un recevant un programme d'exercices d'aérobic sur musique (groupe contrôle), un ne recevant pas l'intervention ainsi qu'un groupe recevant seulement des services en ergothérapie sans programme d'exercices. Les résultats de l'étude montrent une amélioration importante des capacités physiques, cognitives et du niveau de satisfaction des participants recevant le programme d'exercices d'aérobic sur musique (groupe contrôle). Ainsi, il est pertinent pour un ergothérapeute de former des groupes d'exercices d'aérobic musical afin de maintenir les capacités physiques et cognitives des résidents en CHSLD et ainsi maintenir leur autonomie dans leurs activités de la vie quotidienne.

Un autre défi que rencontrent les ergothérapeutes travaillant en CHSLD est celui d'accompagner des résidents à risque de chute ou ayant des problèmes importants de comportement. Pour ce faire, les ergothérapeutes ont recours aux mesures de remplacement aux contentions. Ainsi, l'ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) (2006) propose que dans l'équipe interdisciplinaire, l'ergothérapeute doit prendre des décisions quant aux choix de matériel et des équipements utilisés en tant que mesures de remplacement aux contentions en fonction de la clientèle et du contexte d'intervention.

L'implication de l'ergothérapeute consiste aussi à évaluer et intervenir sur l'environnement physique et humain. Celui-ci se distingue par l'analyse d'activité et l'adaptation de l'environnement. Ainsi, l'ergothérapeute trouve des moyens pour maintenir la sécurité des clients tout en optimisant leur autonomie en prenant soin d'impliquer la famille dans la recherche de solutions ainsi que l'équipe interdisciplinaire et présenter une liste de mesures préventives aux

mesures de contentions. Une mesure de contrôle (ou de contention) se définit comme étant une mesure qui consiste à limiter le mouvement d'une personne par l'utilisation d'un moyen mécanique, par la force humaine ou encore en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap tel que proposé par Delma (2005). Ainsi, une mesure de contrôle limite le mouvement de la personne et l'empêche de participer à des occupations qui lui sont significatives. La mesure de contrôle vise à restreindre, de façon plus ou moins sévère, les initiatives motrices d'un individu (Delma, 2005). Selon cet auteur, plusieurs risques sont associés à de telles mesures. Entre autres, des risques reliés à l'immobilisation du résident tels qu'une altération des capacités physiques et des risques traumatiques comprenant des strangulations, des lacérations et/ou des hématomes. Beaucoup de conséquences psychiques sont également reliées aux mesures de contrôle (dépression, agressivité, stress).

Les mesures de remplacement aux contentions constituent des mesures de remplacement des mesures de contrôle. Ainsi, ces mesures ne visent pas à limiter le mouvement de la personne, mais à utiliser d'autres moyens pour la maintenir en sécurité. Le guide de pratique de l'OEQ (2006) et la proposition de Delma (2005) font part de plusieurs mesures de remplacement sur le marché, dont des dispositifs de sécurité ou d'alarme ou encore un aménagement du milieu de vie. Il existe entre autres des mesures de remplacement liées à l'organisation des soins telles que la révision de la routine ou une surveillance adéquate. Il y a aussi des mesures de remplacement liées aux équipements et à l'environnement physique telles que des alarmes de positionnement (moniteurs sonores), des détecteurs de mouvements et des coussins sonores sur le plancher à côté du lit. De plus, les mesures de remplacement aux contentions de nature psycho-sociale, récréative et occupationnelle comprennent la visite de la famille, le renforcement musculaire ou le positionnement du fauteuil. Finalement, les alternatives aux contentions liées à l'environnement architectural peuvent être des barres d'appui ou de la surveillance visuelle (Delma, 2005). Ackermann (2004) a également répertorié quatre types de mesures de remplacement possibles. D'abord, il y a les mesures de remplacement qui concernent directement la personne âgée. L'ergothérapeute va tenter de développer les capacités de la personne pour réduire les risques de chute. Ensuite, il y a les mesures de remplacement qui concernent l'environnement matériel telle que le positionnement du fauteuil roulant et les alternatives de l'environnement architectural comprenant les systèmes de surveillance

électronique, la configuration de la chambre et/ou les barres d'appui. Également, il y a les alternatives concernant l'environnement humain comprenant l'éducation de l'équipe de soins sur les besoins des personnes âgées et sur l'anticipation de ceux-ci. Celles-ci comprennent également l'éducation à la famille sur les effets bénéfiques des mesures de remplacement.

Proposer des mesures de remplacement amène parfois un dilemme, car il faut à la fois assurer la sécurité de la personne ainsi que la poursuite de la participation à des occupations. Chaque année, près de 1400 chutes surviennent chez des résidents des CHSLD du Québec (Robitaille et Gratton, 2005). 40% des admissions en centre d'hébergement résultent d'une chute (Lemay, 2012). Le risque de chute est la principale raison pouvant justifier l'utilisation d'une contention (Roberge, Bellerose, et Côté, 1987).

En plus de faire face à ce dilemme, l'ergothérapeute fait face au défi de rester centré sur les concepts centraux de la profession, soit les occupations et l'habilitation aux occupations (Townsend, Beagan et coll., 2013). À ce jour, peu d'écrits empiriques ont investigué le travail des ergothérapeutes auprès des personnes âgées en CHSLD sous l'angle des occupations.

2.1. Constats

À la lumière des informations recueillies en lien avec les rôles de l'ergothérapeute en CHSLD et les mesures de remplacement, les constats suivants sont formulés.

- 1- La vie en CHSLD pour les personnes âgées en perte d'autonomie les met à risque d'avoir peu d'opportunités occupationnelles.
- 2- Peu d'études empiriques ont documenté si certains services peuvent prévenir le manque d'opportunités occupationnelles en CHSLD.
- 3- L'ergothérapeute travaillant dans un contexte de soins en CHSLD s'appuie sur l'analyse et la simplification des occupations afin de s'adapter à la perte de capacités d'une personne âgée.
- 4- Très peu d'études empiriques ont documenté le travail des ergothérapeutes en CHSLD quant aux mesures de remplacement.

- 5- Peu d'écrits empiriques ont documenté comment s'actualise le guide de l'OEQ en pratique.
- 6- L'ergothérapeute en CHSLD habilite les personnes âgées au changement de l'environnement physique par l'adaptation d'une chambre (rampes, barres d'appui) ou encore effectuer un changement de l'environnement social en éduquant la famille sur le soutien qu'elle pourrait apporter.
- 7- L'ergothérapeute fait face à un dilemme lorsqu'elle propose une mesure de remplacement en raison des nombreux aspects de sécurité et la préoccupation pour les occupations qui en découle.

2.2. Objectif de recherche

Compte tenu de l'ensemble de ces constats, il s'avère pertinent d'effectuer une étude exploratoire permettant de décrire la perception d'ergothérapeutes de leur travail en CHSLD dans le cadre du recours à des mesures de remplacement aux contentions. Plus précisément, l'objectif principal de la présente étude est de décrire la perception d'ergothérapeutes travaillant en CHSLD dans le cadre du recours à des mesures de remplacement aux contentions. Les sous-objectifs sont de décrire les mesures de remplacement, la perception des ergothérapeutes eu égard aux mesures de remplacement et finalement la perception des ergothérapeutes eu égard aux occupations.

3. CADRE CONCEPTUEL

La présente section vise à définir les principaux concepts à considérer dans le cadre de cette étude. Une définition générale du concept d'occupation et d'habilitation aux occupations est proposée soutenue par le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client (MCHCC) qui propose dix stratégies d'habilitation (Townsend, Beagan et coll., 2013).

3.1. Taxonomie de l'occupation

L'intérêt principal de ce projet de recherche constitue les occupations. Ainsi, il est nécessaire de préciser ce vocable ainsi que ses degrés de complexité par l'utilisation d'une taxinomie. La taxinomie proposée est celle de Polatajko et ses collègues (Polatajko et coll., 2013), qui permet de conceptualiser l'occupation selon un système de classification. Celui-ci comporte cinq niveaux de complexité suivant une structure hiérarchique dont l'occupation est au sommet. L'occupation se définit comme "une activité ou un ensemble d'activités réalisées avec régularité et constance qui apportent une structure à laquelle des individus et une culture accordent une valeur et une signifiante" (Polatajko et coll., 2013, p.22). Ainsi, l'occupation subsume tous les niveaux qui se trouvent en dessous d'elle. Selon cette taxinomie, "les occupations sont composées d'un ensemble d'activités variées, elles-mêmes composées d'une série de tâches, composées, à leur tour, d'une série d'actions qui sont composées d'un ensemble de mouvements volontaires et de processus mentaux" (Polatajko et coll., 2004, p.21). Cette représentation de taxinomie permet de comprendre l'entité d'une occupation. Elle permet de réaliser les possibilités d'occupations, qui augmentent avec la hiérarchie taxinomique. Ainsi, celle-ci soutient l'ergothérapeute dans sa pratique. Le présent projet de recherche vise à comprendre à quelles occupations, activités, tâches, actions ou mouvements volontaires l'ergothérapeute en CHSLD réussit à engager les résidents lorsqu'il propose des mesures de remplacement aux contentions.

3.2. Les ergothérapeutes et les occupations

Les ergothérapeutes ont une conceptualisation de l'humain en tant qu'être occupationnel. Ainsi, ceux-ci défendent le point selon lequel il existe un lien entre l'occupation, la santé et le bien-être tel que démontré dans les travaux de Wilcock (2007). Lorsque la personne réalise des

occupations significatives, elle donne un sens à sa vie et améliore ainsi sa qualité de vie (Wilcock, 2007). Plusieurs auteurs en gérontologie ont observé le lien entre les occupations et la santé physique et mentale (Wilcock, 2007). Selon Polatajko et coll. (2013), les occupations donnent un sens à la vie puisqu'elles sont profondément logées dans l'existence humaine. Les occupations contribuent à l'identité personnelle et sociale d'une personne et permettent d'explorer et d'apprendre de l'environnement qui nous entoure. Elles sont le reflet de divers besoins existentiels tels que ceux du savoir, de chercher, réfléchir, se réaliser ou surmonter des défis (Brousseau, 2001). Selon Law, Steinwender et Leclair (1998), la participation à des occupations est un besoin fondamental pour les humains.

Lorsqu'un ergothérapeute se centre sur les occupations, ses interventions visent l'habilitation aux occupations. Les concepts de base qui guident l'habilitation aux occupations sont le choix, le risque et l'imputabilité ; la participation du client; le partage de pouvoir; le changement; la justice et la vision des possibilités (Townsend, Trentham et coll., 2013). Ces concepts sont axés sur l'implication active de la personne. Le cadre théorique du MCHCC (Townsend, Beagan et coll., 2013) propose aux ergothérapeutes dix stratégies d'habilitation aux occupations. Dans les prochaines lignes, les dix stratégies d'habilitation aux occupations seront définies et expliquées afin de mieux saisir leur pertinence quant à la pratique en CHSLD. L'ergothérapeute se doit d'habiliter les personnes âgées au changement personnel par l'utilisation de plusieurs stratégies tirées du MCHCC comprenant coacher, éduquer, guider, collaborer, adapter, revendiquer, consulter, coordonner, engager et concevoir/réaliser (Townsend, Beagan et coll., 2013).

3.2.1. Adapter

Une stratégie d'habilitation aux occupations en ergothérapie est adapter. Celle-ci s'appuie sur les travaux de Meltzer (2001), Schkade et Schultz (1992) et Townsend, Trentham et coll. (2013). Meltzer (2001) rapporte que "tous les individus vont vivre des changements occupationnels dans leur vie et vont continuellement adapter leurs occupations" p.138. Ainsi, ces changements impliquent un processus d'adaptation par ces personnes afin d'atténuer les défis occupationnels (Schkade et Schultz, 1992). L'ergothérapeute agit à ce stade pour évaluer les exigences occupationnelles afin d'adapter les occupations ou l'environnement, en vue de

permettre à la personne d'atteindre ses buts (Townsend, Trentham et coll., 2013). Dans un contexte de proposition de mesures de remplacement, l'ergothérapeute va adapter l'environnement de la personne afin de lui permettre d'être sécuritaire. Par exemple, l'ergothérapeute va adapter la chambre de la personne en plaçant une chaise près du lit afin d'éviter les déplacements non sécuritaires la nuit. Ainsi, celui-ci discute et collabore avec la famille pour décider des adaptations de la chambre.

3.2.2. Revendiquer

“Revendiquer renvoie aux notions de plaider ou de partage de pouvoir“ p.140 (Townsend, Trentham et coll., 2013). La revendication s'effectue à plusieurs niveaux. Par exemple, l'ergothérapeute revendique pour le client auprès de sa famille, des agents payeurs ou même sur le plan des politiques. Aussi, l'ergothérapeute doit faire valoir auprès des décideurs, la nécessité d'utiliser telle ou telle aide technique. Par exemple, lorsque l'ergothérapeute propose une mesure de remplacement, telle qu'un tapis sonore, celui-ci doit revendiquer les besoins de la personne auprès du CHSLD afin d'avoir un prêt d'aides techniques. De plus, l'ergothérapeute en CHSLD revendique le droit des personnes de participer à des portions de leurs activités quotidiennes sans que le personnel effectue toutes les tâches.

3.2.3. Coacher

Coacher se définit comme un partenariat continu centré sur le client dans le dialogue de l'occupation (Townsend, Trentham et coll., 2013). Ainsi, un ergothérapeute qui agit en tant que coach en CHSLD écoute et encourage les résidents à s'investir dans des activités significatives variées. En effet, celui-ci aide ses clients à produire des résultats satisfaisants dans leur vie personnelle afin d'améliorer leur qualité de vie (Rappin, 1994). La spécificité des ergothérapeutes dans le coaching est reliée à la participation à des occupations. En effet, l'ergothérapeute coach ses clients à prendre une responsabilité quant à l'établissement et à l'orientation d'objectifs signifiants pour eux. Ainsi, l'ergothérapeute en CHSLD coach ses clients à s'investir dans des activités telles que le jardinage ou jouer au bingo.

3.2.4. Collaborer

Collaborer s'appuie sur les travaux de Schaeffer (2002) et se définit comme le partage du pouvoir. L'ergothérapeute collabore ou travaille avec ses clients pour l'établissement d'objectifs communs. Pour ce faire, celui-ci doit partager son pouvoir, respecter les besoins du client et reconnaître l'altérité. L'ergothérapeute en CHSLD tente de collaborer avec ses clients en fonction de leurs besoins spécifiques. Aussi, l'ergothérapeute collabore avec l'équipe de soin en CHSLD afin de proposer des mesures de remplacement aux contentions. Ainsi, la collaboration requiert des stratégies d'écoute, de communication, de respect de l'autre et de collaboration (Townsend et coll., 2013). Tous ces aspects ressortent dans les orientations ministérielles visant à orienter l'utilisation des mesures de remplacement aux contentions (MSSS, 2005).

3.2.5. Consulter

Consulter se définit par un échange de points de vue et une concertation (Townsend et coll., 2013). En effet, l'ergothérapeute a souvent à consulter ses clients, des familles ou des groupes afin d'écouter leurs perspectives qui peuvent être différente de la sienne (Townsend, Trentham et coll., 2013). L'ergothérapeute en CHSLD peut consulter l'équipe de soins de l'étage incluant des préposés, des infirmières, afin d'obtenir leur perspective sur une intervention afin de s'assurer de la pertinence de celle-ci. Par exemple, un ergothérapeute désirant proposer une mesure de remplacement aux contentions pourra consulter les préposés afin de savoir si le client se lève souvent, à quelle fréquence les chutes ont lieu et dans quel contexte. De plus, celui-ci peut être amené à offrir des conseils à l'équipe soignante par rapport à l'application et à la compréhension des mesures de remplacement aux contentions. L'ergothérapeute peut aussi être amené à consulter le récréologue du milieu afin de connaître les intérêts occupationnels de ses clients ainsi que les activités dans lesquelles celui-ci s'engage sur l'étage.

3.2.6. Coordonner

“Coordonner est une stratégie d'habilitation aux occupations permettant d'harmoniser dans un effort commun ou une action commune, de combiner et d'adapter afin d'atteindre un effet particulier“ p.144 (Townsend, Trentham et coll., 2013). En ergothérapie, la coordination permet au client d'avoir une expérience le plus homogène possible puisqu'elle exige aux différents professionnels de la santé de travailler ensemble dans le même sens (Townsend,

Trentham et coll., 2013). Ainsi, cette habilité exige que le client se situe toujours au centre de cette coordination. Les ergothérapeutes vont être amenés à orchestrer des équipes afin que celles-ci puissent agir de concert pour qu'il soit possible pour le client concerné de s'engager dans des occupations (Townsend, Trentham et coll., 2013). L'ergothérapeute en CHSLD, proposant des mesures de remplacement aux contentions, devra harmoniser ses efforts avec la famille, le client et l'équipe de soins pour que l'intervention soit efficace (OEQ, 2006). En effet, la décision des mesures de remplacement aux contentions résulte d'une décision de l'équipe multidisciplinaire dans laquelle l'ergothérapeute contribue de manière significative à la collecte de données afin de guider la décision (OEQ, 2006).

3.2.7 Concevoir, réaliser

“Concevoir/réaliser se définit comme l'élaboration d'un plan, créer ou formuler une stratégie“ p.146 (Townsend, Trentham et coll., 2013). Cette stratégie implique les ergothérapeutes puisque ceux-ci sont reconnus pour imaginer, créer, concevoir et reconstruire des aides techniques ou des adaptations environnementales. Le répertoire de l'ergothérapie pour concevoir/réaliser le plus connu est dans les domaines des aides techniques (Townsend, Trentham et coll., 2013). Dans les décisions des mesures de remplacement aux contentions, l'ergothérapeute participe à la sélection du matériel et de l'équipement nécessaire. Par ses connaissances dans le domaine des aides techniques et de l'adaptation de l'environnement, celui-ci est en position privilégiée pour apporter une opinion éclairée sur le choix du matériel et des équipements pour les mesures de remplacement aux contentions selon les besoins du client (ACE, 2006). De plus, l'ergothérapeute peut concevoir/réaliser des modifications architecturales ou un positionnement ergonomique pour que le client soit sécuritaire dans un contexte de mesures de remplacement aux contentions et ainsi réduire les risques de chutes. L'aménagement de l'environnement tel qu'un positionnement du lit est un exemple de mesures de remplacement conçu/réaliser par l'ergothérapeute pour que la personne soit sécuritaire (OEQ, 2006). La stratégie de concevoir/réaliser comprend également la planification quant aux échéanciers, aux ressources et aux lieux requis pour atteindre des objectifs (Townsend, Trentham et coll., 2013). Ainsi, lorsque l'ergothérapeute propose des mesures de remplacement, celui-ci doit établir un échéancier par rapport à la vérification des mesures avec l'équipe de soins, et ce, afin de s'assurer que les mesures soient efficaces et adaptées (OEQ, 2006).

3.2.8 Éduquer

Éduquer se définit comme des actions visant à favoriser les apprentissages d'une personne (Townsend, Trentham et coll., 2013). En ergothérapie, l'engagement et la participation active des clients aux occupations de la vie quotidienne se font par l'entremise des stratégies en éducation. Les ergothérapeutes utilisent les occupations via l'apprentissage par l'expérience tout au long du processus de pratique (Townsend, Trentham et coll., 2013). L'ergothérapeute en CHSLD se doit d'éduquer le client, la famille et l'équipe de soins sur les conséquences et enjeux des mesures de remplacement aux contentions et des mesures de contention (OEQ, 2006). Celui-ci éduque ces personnes sur les possibles alternatives disponibles afin de prendre une décision éclairée avec la famille. L'ergothérapeute éduque aussi la famille sur le fait que les mesures de remplacement permettent à la personne de participer à des portions d'occupations, ce qui lui permet d'être active au quotidien, ainsi liée à un meilleur bien-être.

3.2.9 Engager

“Engager, se définit comme l'engagement des clients au-delà des discours. Ainsi, s'engager signifie entrer dans, faire contribuer les autres, devenir occupé ou se mobiliser“ p.149 (Townsend, Trentham et coll., 2013). La pratique centrée sur le client est fondée sur la stratégie d'engagement. Les ergothérapeutes favorisent l'engagement des clients grâce à la compétence d'*expert* dans la pratique de l'habilitation aux occupations (Townsend, Trentham et coll., 2013). Les ergothérapeutes engagent les individus, les familles et les communautés par l'occupation. L'engagement occupationnel promeut la santé et le bien-être en incitant les personnes à s'engager dans des occupations quotidiennes (Townsend, Trentham et coll., 2013). Les occupations constituent une composante essentielle du bien-être qui permet aux personnes âgées en centre d'hébergement de maintenir leurs capacités en vue d'être plus autonome au quotidien (Kemoun, Thibaud, Roumagne, Carette, Albinet, Toussaint et Dugué, 2010). C'est pourquoi l'ergothérapeute en CHSLD a un rôle important à jouer dans l'habilitation aux occupations (Cipriani, Kreider et al., 2009). En effet, ce professionnel habilite les personnes âgées en soins de longue durée en analysant l'environnement, les capacités fonctionnelles et en adaptant les occupations. Par exemple, l'ergothérapeute proposant des mesures de remplacement aux contentions peut faire des modifications architecturales dans la chambre d'un résident afin de lui permettre de s'engager dans ses occupations (l'OEQ, 2006). Les stratégies d'habilitation sont

utilisées pour améliorer l'engagement occupationnel des clients (Townsend, Trentham et coll., 2013).

3.2.10 Exercer une expertise, mettre à profit une expertise

“Exercer son expertise/mettre à profit son expertise, réfère à l'emploi de techniques particulières dans des situations spécifiques afin d'habiliter les personnes à s'engager dans des occupations“ p.151 (Townsend, Trentham et coll., 2013). L'expertise relève d'un ensemble de stratégies en habilitation qui relève des compétences associées au rôle d'*expert en habilitation à l'occupation* (Townsend, Trentham et coll., 2013). L'ergothérapeute, devant contribuer à la prise de décision concernant des mesures de remplacement aux contentions, doit utiliser/exercer son expertise par ses connaissances professionnelles spécialisées afin d'identifier la meilleure solution possible pour le client. Par exemple, pour un client à risque de chute lorsqu'il se lève toujours la nuit, l'ergothérapeute utilisera son expertise en aides techniques et proposera un tapis sonore à déposer sous le drap contour du lit afin d'assurer la sécurité.

3.3. Études empiriques

Les études empiriques de Néron (2013), Papineau (2014), Baril-Chauvette (2014), Thibodeau (2014), St-Laurent (2014) et Beaupré (2014) ont documenté des expériences terrains axées sur l'habilitation aux occupations. Entre autres, Néron (2013) met en lien les stratégies d'habilitation aux occupations lorsqu'un ergothérapeute propose des adaptations domiciliaires à ses clients. Papineau (2014) étudie et applique l'habilitation aux occupations avec une clientèle ayant un syndrome du tunnel carpien. Ensuite, Baril-Chauvette (2014) explore les stratégies d'habilitation appliquées à la clientèle arthritique. Également, Thibodeau (2014) fait valoir les stratégies d'habilitation aux occupations dans le cadre des interventions auprès des personnes atteintes de maladies chroniques. St-Laurent (2014) applique les stratégies d'habilitation auprès de jeunes personnes vivant avec une déficience intellectuelle lors de la transition à la vie adulte. Finalement, Beaupré (2014) documente la perception des ergothérapeutes quant aux stratégies d'habilitation aux occupations contribuant à la résilience des clients.

4. METHODE

L'objectif principal de la présente étude est de décrire la perception d'ergothérapeutes travaillant en CHSLD dans le cadre du recours à des mesures de remplacement aux contentions. Les sous-objectifs sont d'abord de décrire les mesures de remplacement, la perception des ergothérapeutes eu égard aux mesures de remplacement et ensuite la perception des ergothérapeutes eu égard aux occupations. La section suivante présente le devis de recherche, la méthode d'échantillonnage, les outils de collecte de données, la méthode de collecte de données, l'analyse de données, les critères de rigueurs scientifiques utilisés pour atteindre l'objectif de l'étude ainsi que les considérations éthiques.

4.1. Devis de recherche

La présente étude est une étude exploratoire avec un devis descriptif qualitatif puisque l'expérience des ergothérapeutes concernant les mesures de remplacement aux contentions est étudiée. À dire vrai, la recherche qualitative se caractérise par la compréhension de phénomènes et cherche à décrire la façon dont les personnes perçoivent leurs propres expériences (Fortin, 2010). Ainsi, le devis de recherche sélectionné est en congruence avec l'objectif de recherche consistant à décrire la perception d'ergothérapeutes travaillant en CHSLD dans le cadre du recours à des mesures de remplacement aux contentions. Donc, le choix de ce devis de recherche permettra de documenter la réalité des ergothérapeutes impliqués dans une démarche de décision de mesures de remplacement aux contentions et particulièrement, faire ressortir les défis vécus par ceux-ci. La recherche descriptive vise à découvrir de nouvelles connaissances lorsque le niveau de celles-ci sur un sujet donné est faible. Le but principal de la recherche descriptive est de définir les caractéristiques d'un phénomène (Fortin, 2010).

4.2. Échantillonnage

L'échantillonnage utilisé est par convenance et par réseau. Cette technique permet la sélection de participants correspondant aux critères de sélection de même qu'en fonction de leur accessibilité et de leur disponibilité (Fortin, 2010). L'échantillonnage par convenance se caractérise par la recherche de volontaire (Fortin, 2010). Ainsi, les participants de ce projet de recherche sont recrutés par l'intermédiaire d'une ergothérapeute directrice adjointe de

l'hébergement d'un CIUSSS du Québec. Cette personne n'est pas en position d'autorité auprès des ergothérapeutes, car elle coordonne les ressources d'hébergement. Toutefois, elle est en lien professionnel avec les ergothérapeutes partageant avec eux connaissances et expériences. Elle agit auprès d'eux comme une mentore, d'où la pertinence de l'inclure dans l'étude pour le recrutement des participants. La méthode d'échantillonnage implique également l'aide des ergothérapeutes participants pour recruter/cibler, à partir de leur réseau professionnel, d'autres ergothérapeutes faisant le même type de travail. Lors de l'approbation éthique du projet, le contact avec la directrice adjointe du Programme d'Hébergement a été fait, ainsi que le contact avec les ergothérapeutes intéressés à participer au projet de recherche. Ces ergothérapeutes intéressés ont été contactés par téléphone pour les informer de l'obtention de leur consentement, du déroulement des activités de l'étude ainsi de la date prévue pour l'entrevue. Un horaire a été fixé avec chaque ergothérapeute. Selon l'horaire fixé, les entrevues ont été réalisées dans le milieu de travail des participants. Lors de la rencontre, le formulaire de consentement a été signé avant le début de l'entrevue. Ces entrevues ont été enregistrées et retranscrites pour procéder à une analyse de contenu. Les critères d'inclusion comprenaient le fait qu'il fallait être ergothérapeute, travailler dans un CHSLD et avoir déjà proposé des mesures de remplacement aux contentions au cours de sa carrière.

4.3. Méthode de collecte de données

Un canevas d'entrevue a été élaboré à partir de la recension des écrits effectuée (Voir Annexe A). Puisque l'entrevue semi-structurée permet d'aborder une liste de sujets tout en laissant la personne exprimer son point de vue, cet outil de collecte de données a permis d'obtenir la perception des ergothérapeutes face à la question de recherche à partir d'un schéma d'entrevue. Le canevas d'entrevue se divise en deux sections dont la première consiste en quatre questions d'introduction décrivant le type de pratique des ergothérapeutes. La seconde partie comprend douze questions à développement qui abordent la description du travail des ergothérapeutes travaillant en CHSLD en lien avec l'utilisation des mesures de remplacement aux contentions. Plus précisément, elles portent sur les problématiques pour lesquelles ils proposent des mesures de remplacement, les bienfaits de celles-ci, celles qui sont les plus efficaces et utilisées en pratique ainsi que les portions d'occupations qui sont permises lorsque de telles mesures sont proposées. Les questions portent également sur la singularité du rôle de

l'ergothérapeute en lien avec l'application des mesures de remplacement. Le canevas d'entrevue a fait l'objet d'un essai pilote. Selon Fortin (2010), cette étape est nécessaire pour déceler les défauts des questions d'entrevue et apporter les corrections qui s'imposent. Après l'obtention du consentement écrit à participer à l'étude, l'entrevue, d'une durée d'environ 30 minutes, a été réalisée auprès des six participants. Les entrevues ont été planifiées en fonction des disponibilités de ceux-ci ainsi qu'à l'endroit de leur choix, dans leur milieu de travail. Après les deux premières entrevues effectuées, il s'est avéré que deux questions portant sur les occupations ne sont pas avérées pertinentes car les réponses rejoignaient d'autres questions similaires du canevas (Voir le canevas final à l'Annexe A). Celles-ci touchaient la perception des ergothérapeutes sur ce qu'ils projettent dans leur tête lorsqu'ils proposent des mesures de remplacement et sur des exemples d'occupations possibles pour les personnes vivant en CHSLD.

4.4. Analyse des données

L'analyse qualitative des données issues des entrevues avec chaque participant a été réalisée conformément à une approche d'analyse de contenu afin de permettre de dégager les thèmes importants et les éléments principaux qui émergent des verbatim (Fortin, 2010). Les verbatim de chaque témoignage ont donc été transcrits intégralement. Plus précisément, une méthode d'analyse qualitative de révision de texte a été utilisée puisqu'elle s'avère pertinente pour les analyses de type phénoménologique (Fortin, 2010). Les données narratives ont été divisées en petites unités, associées à un code, pour ensuite être regroupées dans une catégorie précise, correspondant à un thème saillant de la discussion (Fortin, 2010). Cette étape impliquait la condensation et le regroupement des données en thèmes selon les différentes questions d'entrevue. Ensuite, les informations ont été synthétisées afin de pouvoir tirer des conclusions. Les données ont été analysées en fonction des trois thèmes de l'entrevue notamment la description des mesures de remplacement, le discours des ergothérapeutes eu égard aux mesures de remplacement ainsi que le discours eu égard aux occupations possibles en CHSLD.

4.5. Critères de rigueur scientifique

Dans la présente section, quatre critères de qualité sont abordés afin de démontrer la rigueur scientifique de l'étude et des résultats. Notamment, ces critères sont la crédibilité, la

transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité (Fortin, 2010). Ceux-ci sont reconnus comme étant des critères qui rehaussent la qualité des études qualitatives (Fortin, 2010).

Tout d'abord, le critère de crédibilité a été assuré par la triangulation des données obtenues suite à la recension des écrits. Ce critère se définit, selon Fortin (2010), comme la représentation fidèle de la réalité. Celle-ci est en lien avec l'exactitude dans la description du phénomène vécu par les participants en fonction de la réalité interprétée. Ensuite, le critère de transférabilité est assuré par une description complète et détaillée des données dans la section des résultats, ce qui permet au lecteur de se faire une bonne idée de la généralisation de ceux-ci à d'autres contextes cliniques. D'autres éléments ont contribué à rehausser la rigueur scientifique de l'étude tels que la réalisation d'un essai pilote qui a permis de déceler les défauts de l'entrevue et d'estimer le temps de passation. Toutefois, notons qu'il est difficile pour le moment d'assurer la transférabilité de cette étude compte tenu de la nature exploratoire de la recherche et du nombre restreint de participants. De ce fait, l'application des résultats à d'autres contextes est plausible sans toutefois pouvoir admettre qu'ils sont généralisables. La fiabilité des résultats est quant à elle vérifiée par une révision de l'analyse de contenu réalisée par une ergothérapeute experte dans ce domaine. Cette vérification externe a permis de juger de la qualité des résultats obtenus (Fortin, 2010). Cette ergothérapeute d'expérience a été en mesure de vérifier si les résultats, les interprétations et les conclusions ont été solidement appuyés. Finalement, la confirmabilité de l'étude réfère "à l'objectivité dans les données et leur interprétation. Ce critère vise à s'assurer que les résultats reflètent bien les données et non le point de vue du chercheur" (p.285). Pour assurer la confirmabilité de l'étude, un réviseur externe a été en mesure d'évaluer la vraisemblance, la solidité et la certitude des significations qui émergent des données.

4.6. Considérations éthiques

La présente étude est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et un certificat portant le numéro CER-16- 220-07.15 a été émis le 27 janvier 2016. Notons que chaque participant a donné son consentement écrit à participer à l'étude après avoir pris connaissance de la lettre d'information, disponible à l'Annexe B.

5. RESULTATS

Cette section comprend les résultats d'une étude sur la perception d'ergothérapeutes travaillant en CHSLD dans le cadre du recours à des mesures de remplacement aux contentions. En premier lieu, la description des participants est présentée. Ensuite, la description des mesures de remplacement est exposée et comprend les types de mesures de remplacement utilisées, celles perçues comme efficaces, la distinction entre les mesures de remplacement et les mesures de contrôle et les finalités poursuivies par les mesures de remplacement. Par la suite, une section porte sur le discours tenu par les ergothérapeutes eu égard aux mesures de remplacement en lien avec la perception du rôle de l'ergothérapeute, la perception du travail en interdisciplinarité ainsi que les vocables utilisés pour rendre explicite les bienfaits des mesures de remplacement. Une autre section comprend les informations relatives aux réussites vécues par les ergothérapeutes, la description des occupations ou portions d'occupations possibles en CHSLD ainsi que des informations sur le discours tenu eu égard aux occupations possibles avec les mesures de remplacement. La dernière section comprend le lien entre le discours tenu par les participants à l'étude et les stratégies d'habilitation aux occupations.

5.1. Description des participants

La présente étude a été réalisée auprès de six ergothérapeutes. Ce sont toutes des femmes. Celles-ci travaillent dans un CHSLD. Elles ont entre deux ans et demi et 25 ans d'expérience professionnelle en soins de longue durée. De plus, elles ont aussi entre deux ans et demi et 25 ans d'expérience en tant qu'ergothérapeutes. Seulement un participant a un an de plus d'expérience que les années travaillées en CHSLD. Les participants proposent des mesures de remplacement à une fréquence variée : entre à tous les jours et deux fois par mois. Le Tableau 1 suivant présente les informations sur les participants.

Tableau 1.
Informations sur les participants

Participants	Années d'expérience en CHSLD	Années d'expérience en tant qu'ergothérapeute	Fréquence de proposition de mesures de remplacement dans la dernière année (ou semaine)
Ergothérapeute #1	2 ans et demi	2 ans et demi	1 fois par mois
Ergothérapeute #2	16 ans	16 ans	2-3 fois par semaine
Ergothérapeute #3	2 ans et demi	2 ans et demi	En moyenne 6 fois par semaine
Ergothérapeute #4	25 ans	25 ans	À tous les jours
Ergothérapeute #5	13 ans	13 ans	Au moins une fois par semaine
Ergothérapeute #6	2 ans et demi	3 ans et demi	Deux fois par mois

5.2. Les mesures de remplacement

Cette section comprend les informations relatives aux types de mesures de remplacement auxquelles ont recours les participants à l'étude. Elle comprend également des informations concernant les mesures étant considérées comme étant les plus efficaces ainsi que les finalités poursuivies par les ergothérapeutes lorsqu'ils utilisent des mesures de remplacement. La distinction entre les mesures de remplacement et les mesures de contention est également présentée ainsi que des réussites vécues par l'utilisation de mesures de remplacement.

5.2.1. Types de mesures de remplacement

Les participants rapportent plusieurs types de mesures alternatives ou mesures de remplacement, identifiées comme des moyens techniques. Selon le vocabulaire utilisé par ceux-ci, les mesures de remplacement techniques comprennent des coussins sonores, des ceintures avec alarme, des coussins de positionnement, des barres d'appui au lit et des tapis antidérapants. Le commentaire suivant en témoigne (participant 3) :

« Il y a les moniteurs sensoriels, on en a au fauteuil et au lit qui sont de différentes grandeurs, on a les barres d'appui au lit, les ridelles de lit, les demi-tables, mais faut que la personne soit capable de l'enlever, on a des ceintures alarmes velcro, donc quand la personne essaie de se lever, ça se détache, il y a aussi des ceintures alarme à bouton latéral, il y a le moniteur à cordelette, des tapis de sol, on n'en a deux modèles, il y en a un plus épais et un plus mince avec des biseaux, pour empêcher une chute ».

Outre ces moyens techniques, les participants (n=4) ont recours à une modification de l'environnement. Le verbatim suivant (répondant 2) en témoigne: «... [*les mesures alternatives ne sont pas seulement des moyens techniques, mais aussi en lien avec l'organisation de l'environnement et la modification des méthodes de travail*]... ». Ainsi, les participants rapportent des éléments reliés à l'environnement physique : placer le fauteuil roulant de la personne à proximité du lit et du côté où celle-ci se lève, ou mettre une veilleuse dans la chambre de bain du résident pour le diriger ou encore enlever des objets au sol pour éviter les chutes. Également, trois participants ont mentionné que les îlots prothétiques sont une mesure de remplacement souvent proposée pour contrôler le besoin compulsif d'une personne de se déplacer. Les participants mentionnent une modification de l'environnement humain (n=4) soit la modification de l'approche de travail des intervenants. Cette méthode est utilisée auprès des personnes présentant des symptômes psychologiques et comportementaux associés à la démence. Le verbatim suivant (répondant 2) en témoigne :

« Il y a aussi les modifications au niveau du travail, on donne des recommandations par exemple au niveau des soins d'hygiène, au niveau du travail, au niveau de l'approche, au niveau de l'organisation du travail, par exemple diviser les soins en plusieurs étapes ».

Les participants mentionnent que si les besoins de base de la personne sont répondus tels que la faim, la soif et la routine d'élimination, les résidents vont avoir moins tendance à se mettre en danger de chute. Pour se faire, les participants se doivent d'analyser les occupations de la personne telle que rapportée (participant 3) :

« On regarde la personne, si la personne se lève à telle heure, on met le fauteuil roulant à proximité de son côté fort, on enlève les choses dans sa chambre qui peuvent mettre la personne à risque de chute, on va recommander de bons souliers, avoir des lunettes, tout ça sont des mesures qui peuvent faire en sorte que la personne soit plus sécuritaire ».

5.2.2. Les mesures de remplacement perçues comme efficaces

À la question ouverte suivante : « Quelles mesures de remplacement percevez-vous comme efficaces ? », les participants rapportent avoir de la difficulté à faire ressortir les mesures les plus efficaces, car chaque situation est unique. Le participant 3 défend le point que : « ... [*les mesures alternatives peuvent toutes être efficaces si elles sont utilisées à la bonne personne*]... »
« ... [*avec une personne ça va bien fonctionner puis une autre moins ... quelqu'un qui attache ses*

souliers, la cordelette ne sera pas adaptée parce que ça va toujours sonner]... ». Tandis que le participant 5 insiste sur le fait que : « ... [*chaque mesure est adaptée à une problématique donc c'est dur à dire]*... ». Un participant (n=1) a rapporté que l'outil des troubles comportementaux et psychologiques associés à la démence s'avère être efficace pour comprendre les besoins de la personne. Le participant 2 (n=1) quant à lui rapporte l'importance d'effectuer une bonne évaluation pour cibler la bonne mesure à appliquer.

5.2.3. Distinction entre les mesures de remplacement et les mesures de contrôle

Les participants ont identifié une ou plusieurs caractéristiques distinctes entre les mesures de remplacement et les mesures de contrôle. Trois thèmes sont ressortis de l'entrevue dont la liberté de mouvement, le besoin de supervision/d'autonomie ainsi que la compréhension du besoin de la personne. Les résultats montrent que cinq participants (n=5) ont mentionné la liberté de mouvement comme principale distinction entre les deux mesures. Le commentaire suivant illustre ce thème (participant 2) : « ... [*la mesure de contrôle va venir limiter la liberté de mouvement de la personne, ça vient limiter sa mobilité]*... » « ... [*la mesure alternative va permettre à la personne plus de liberté en lien avec son besoin de se mobiliser]*... » Autre exemple de commentaire du participant 4 : « ... [*une mesure de contrôle ça va vraiment contraindre une personne dans un espace, soit assis ou couché au lit]*... ». Quatre participants ont également précisé que les mesures de remplacement palliaient à un besoin de supervision et permettaient à la personne d'être autonome. Le participant 6 mentionne : « ... *on va assurer une surveillance ou une supervision adéquate pour que la personne soit capable de faire son transfert ou ses déplacements et soit autonome...* ». Les participants (n=3) ont également rapporté la distinction des deux mesures en lien avec la compréhension des besoins de la personne. Le verbatim suivant (participant 1) témoigne de ce fait : « ... [*la mesure alternative on va essayer d'intervenir quand la personne se lève]*... » « ... [*on veut essayer de comprendre le besoin de pourquoi elle se lève et on va intervenir au niveau de ce besoin-là]*... ». Le participant 3 lui, rapporte que : « ... [*la mesure de contrôle n'essaie pas de comprendre le besoin de la personne]*... » « ... [*c'est comme si tu mets un plasteur sur un bobo sans le guérir]*... ».

5.2.4. Les finalités poursuivies par les mesures de remplacement

Les participants ont fait ressortir quatre thèmes reliés aux finalités poursuivies par les mesures de remplacement, ce sont : les risques de chute, les problèmes de comportement, l'errance invasive ainsi que les problèmes de posture. Les participants ont mentionné avoir une finalité de sécurité, soit de prévenir les chutes. Le verbatim suivant (participant 2) en témoigne : « ...[*La finalité est principalement de diminuer les risques de chute...*] ». Ainsi, les participants ont mentionné l'importance d'assurer le bien-être physique des résidents par l'utilisation de mesures de remplacement. Tous les participants (n=6) ont également relaté la réduction des problèmes/troubles de comportement comme finalité. Le verbatim suivant (participant 6) en témoigne :

« Les problèmes au niveau comportemental comme les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), moi j'ai eu des cas complexes de gens qui faisaient des attouchements à d'autres résidentes, faut assurer une surveillance adéquate de ce résident-là, donc on a mis des mesures alternatives en place afin d'aviser le personnel, pour dire qu'un résident sort de sa chambre ».

Quatre participants (n=4) ont rapporté réduire l'errance invasive comme finalité des mesures de remplacement ainsi que connaître les habitudes de déplacement des résidents. Le verbatim suivant (participant 6) en témoigne :

« Des fois on a des personnes que quand le soir arrive, ça indique qu'il faut assurer une surveillance à savoir si elle n'est pas retournée dans la chambre de l'autre, pour éviter de réveiller un résident ».

Ces propos sont corroborés par ceux du participant 3 qui affirme que : « ...[*connaître les habitudes de déplacement ... quelqu'un qui fait de l'errance la nuit, on veut savoir s'il se lève, pour aviser le personnel qu'il est debout et répondre à son besoin, ça peut être utilisé au début comme ça*]... ». Le participant 2 (n=1) ajoute également utiliser des mesures de remplacement dans sa pratique pour des problématiques de posture.

5.3. Discours en lien avec les pratiques reliées aux mesures de remplacement

Cette section comprend des informations relatives au discours tenu par les participants en lien avec la perception du rôle de l'ergothérapeute, la perception du travail en interdisciplinarité ainsi que les vocables utilisés pour rendre explicite les bienfaits des mesures de remplacement.

5.3.1. La perception du rôle de l'ergothérapeute

Quatre thèmes émergent du discours des participants en ce qui a trait à leur perception du rôle de l'ergothérapeute les distinguant des autres professionnels de la santé aussi impliqués dans les décisions des mesures de remplacement. Ces thèmes ont permis d'expliquer l'unicité du rôle de l'ergothérapeute avec de telles mesures soient les occupations, la vision globale de la personne, l'expertise au niveau fonctionnelle ainsi que le fait d'être centré sur les besoins du client. Trois des participants ont abordé les occupations pour définir leur rôle. Ceux-ci expliquent que les ergothérapeutes sont toujours interpellés lorsqu'il est question d'occupation. En ce sens, le participant 1 rapporte que même l'errance invasive est considérée comme une occupation en CHSLD. Il dit que : « ...[on est interpellé beaucoup pour l'errance, puisque l'errance est une occupation, c'est vraiment les occupations qui nous distinguent des autres]... ». Ces propos sont corroborés par ceux du participant 2 qui affirme que : « ...[moi je pense que ce qui nous distingue c'est qu'on a un regard holistique par rapport à la personne, on va pouvoir évaluer les différentes occupations]... ». Deux participants ressortent également la vision unique de l'ergothérapeute qui le distingue des autres professionnels en matière de mesures de remplacement aux contentions. Notamment, le participant 2 témoigne du fait que :

« On a une vue d'ensemble sur le rendement occupationnel de la personne, on touche aussi la dimension affective dans la prise de décision, la partie physique et cognitive aussi qui nous distingue, parce que ça l'a un impact sur pas mal toutes les occupations ».

La vision globale de la personne recevant des services en CHSLD est au cœur de leur discours. Le verbatim suivant en témoigne : « ...[on a une vision plus globale qui nous permet d'analyser le besoin de la personne derrière ses initiatives ... on va essayer d'aller chercher plus loin, aller voir le pourquoi]... ».

Un autre terme présent dans le discours est l'expertise au niveau fonctionnel. Un participant le rapporte. Il dit (participant 5) : « ...[on regarde beaucoup qu'est-ce que ça va apporter au niveau fonctionnel]... ». Finalement, le discours est aussi teinté par la spécificité de l'ergothérapeute en lien avec le fait que ce professionnel est centré sur les besoins du client. Le verbatim suivant l'illustre :

« On va essayer de répondre à son besoin soit de circuler, de sensibiliser le personnel, sur le fait qu'elle a peut-être faim, qu'elle a peut-être mal aux fesses, qu'elle a peut-être été sous-stimulée, donc nous, en ergothérapie, on fait des plans d'intervention pour répondre à son besoin, on peut diminuer le trouble de comportement de 70% quand on répond au besoin. Si le personnel a l'initiative de répondre au besoin au lieu de rasseoir la personne, il va avoir moins de trouble ».

5.3.2. La perception du travail en interdisciplinarité

La perception du travail en interdisciplinarité est un autre élément du discours des participants quant à leur travail inhérent aux mesures de remplacement aux contentions. Les participants ont identifié travailler avec quatre professionnels différents : récréologues, techniciens en réadaptation physique, éducateurs spécialisés et l'équipe de soins. Trois participants (n=3) ont mentionné collaborer avec les récréologues dans le cadre de l'utilisation de mesures de remplacement aux contentions. L'énoncé suivant (participant 1) documente cet aspect: *« ...[on travaille avec la récréologie, par exemple avec la dame, elle se levait parce qu'elle n'avait rien à faire, donc on a discuté avec la récréologie pour qu'ils lui offrent des visites d'amitiés]... »* *« ...[en récréologie quand la personne s'ennuie, a un besoin d'attention, la récréologie peut l'aider, au niveau des horaires occupationnels l'on travaille avec la récréo, donc à la place de contentionner la personne on va l'engager dans des activités de loisirs avec la récréo]... »*. Le participant 5 souligne que : *« ...[les récréologues observent les résidents beaucoup pendant les périodes d'activités donc ils peuvent nous apporter des informations pertinentes, ils peuvent faire appel à nous aussi pour les mesures alternatives, ils peuvent nous aider beaucoup au niveau de l'aide humaine]... »* *« ...[si le client participe beaucoup aux loisirs alors les récréologues peuvent nous donner des pistes d'informations]... »*. Deux participants (n=2), ont mentionné travailler également en collaboration avec les TRP comme en témoigne l'énoncé suivant du participant 5 : *« ...[on travaille aussi beaucoup avec les TRP]... »* *« ... [les TRP réévaluent si les risques de chute sont diminués et si la mesure fonctionne]... »* *« ...[les TRP vont être impliqués plus pour les capacités physiques de la personne voir si elle est à risque de chute]... »*. Un participant a aussi mentionné collaborer avec un éducateur spécialisé pour les résidents avec des troubles de comportement en recherche d'attention, comme l'illustre cet énoncé : *« ...[on va consulter les éducateurs spécialisés, ils ont un volet plus d'îlots prothétiques, d'animation, pour les personnes en recherche d'attention]... »*. Finalement, le participant 5 (n=1) rapporte l'importance de consulter les équipes de soins afin d'obtenir des

informations sur les besoins des résidents tel que cet énoncé le témoigne : « ...[on va aussi consulter l'équipe de soins pour voir comment ça se passe de jour et de nuit]... » « ...[on travaille aussi beaucoup avec les infirmières de l'étage pour connaître les besoins des résidents]... »

5.3.3. Les vocables utilisés pour rendre explicite aux autres les bienfaits des mesures de remplacement

Trois thèmes émergent du discours des participants à la question ouverte suivante: « Comment rendez-vous explicite aux autres les bienfaits des mesures de remplacement ? ». Ces thèmes sont : l'explication des bienfaits des mesures de remplacement, la philosophie de soins ainsi que l'explication des risques associés aux mesures de contrôle. Quatre participants affirment rendre explicite les bienfaits des mesures de remplacement aux autres en expliquant l'importance pour une personne âgée de maintenir ses capacités fonctionnelles à l'aide de telles mesures. Les participants ont ainsi relaté tous les bienfaits autant au niveau psychologique que physique des mesures de remplacement tels que la réduction du risque de développer des plaies, une meilleure qualité de vie associée à la réduction des symptômes d'anxiété ainsi que de meilleures capacités résiduelles associées à une meilleure autonomie. Les commentaires suivants témoignent de cet aspect (participant 2) : « ...[je dis qu'est-ce que ça permet de plus à la personne de faire avec la mesure alternative, qu'est-ce que ça va favoriser, comme la diminution de l'anxiété, on veut que la personne maintienne ses capacités résiduelles aussi]... » « ...[moins de risques d'accident avec les mesures alternatives]... » (participant 3) :

« beaucoup de familles vont dire ben moi je veux attacher ma mère, il faut défaire ça cette pensée-là, on va aller exposer tous les bienfaits des mesures alternatives. Ça veut dire que la personne va avoir une meilleure qualité de vie. Elle va maintenir ses capacités, son autonomie, et ce, le plus longtemps possible, puis elle n'est pas brimée dans sa liberté donc il y a moins de réactions négatives au quotidien, il y a moins de chance qu'elle se laisse aller, qu'elle meurt, parce qu'elle n'a pas une belle qualité de vie, plus de risques qu'elle développe des plaies aussi, donc quand ils comprennent tout ça y comprennent qu'il faut essayer les mesures alternatives avant ».

Le participant 1 rapporte également le bienfait des mesures de remplacement en lien avec le fait que l'on répond à un besoin de la personne et donc, nécessairement, que la qualité de vie est aussi tenue en compte. Il dit : « ...[parce qu'on tente de répondre au besoin de la personne, par exemple, quand la personne a un comportement perturbateur c'est parce qu'elle a un

besoin]... ». Également, trois participants (n=3) ont mentionné qu'il était de plus en plus évident de rendre explicites les bienfaits des mesures de remplacement avec la philosophie de soins en CHSLD puisque l'on voit cette institution comme un milieu de vie. Les participants rapportent que c'est de plus en plus rare que les décisions portent sur les mesures de contrôle, car de plus en plus de personnes sont conscientisées à ses effets néfastes. Le verbatim suivant témoigne de cet aspect (participant 5):

« je pense que dans la vision du CHSLD, qui est un milieu de vie, qui est de maintenir l'autonomie, l'estime de soi et le maintien de la dignité des personnes âgées, je pense qu'on a une vision assez commune, on essaie de contenir le moins possible]... »
« ...[il y a un travail de longue date, ça fait longtemps qu'on travaille là-dessus avec le personnel, donc c'est quand même bien intégré maintenant ».

Les participants rapportent qu'utiliser des mesures de contrôle va à l'encontre des valeurs institutionnelles. Autre exemple de verbatim (participant 2) : *« ...[je dirais que dans le quotidien, le travail est de plus en plus facile, les mesures de contrôle sont rarement proposées d'emblée, parce que les gens s'en rendent compte]... ».* De même, trois participants (n=3) défendent les bienfaits des mesures de remplacement en expliquant aux gens les effets néfastes des mesures de contrôle. Ceux-ci relatent donc le risque de strangulation, les risques de chute, le risque de perte des capacités physiques ainsi que les effets négatifs pour le bien-être de la personne tel que le témoigne ce verbatim (participant 1) :

« Les mesures de contrôle il y a des risques, des fois les gens ne s'en rendent pas compte donc il faut expliquer qu'il y a moins de risque de chute, mais plus de risques de strangulation, il y a des risques de tomber avec son fauteuil, la personne peut être agressive face à la mesure de contrôle, on peut diminuer les capacités physiques de la personne, si elle ne fait plus rien]... » *«...[on va aller expliquer les risques associés aux mesures de contrôle parce qu'ils pensent que c'est ça le plus sécuritaire, mais ce n'est pas vrai]».*

5.4. Discours tenu eu égard aux occupations

Cette section comprend des informations relatives au discours eu égard aux occupations. Ces aspects sont abordés sous l'angle des réussites vécues par les participants, des occupations ou portions d'occupations possibles en CHSLD, de la perception des activités de groupe

possibles en CHSLD ainsi que du discours tenu eu égard aux occupations possibles avec les mesures de remplacement.

5.4.1. Discours tenu en lien avec les réussites

Les participants tiennent un discours dans lequel ils identifient une réussite vécue en lien avec l'utilisation des mesures de remplacement aux contentions. Les verbatim suivants illustrent des réussites variées rapportées par les participants. Ces réussites se rattachent au fait de promouvoir des occupations ou des portions d'occupations:

« Une dame à qui on avait mis un moniteur qui disait tout haut de se rasseoir. C'est une dame qui se levait fréquemment et qui était en isolation. Elle se levait parce qu'elle avait beaucoup de douleurs aux fesses. Son besoin était de se lever pour se soulager. On ne pouvait pas la contentionner parce que sinon on empêchait cela. Donc, avec le moniteur, la dame pouvait se lever et lorsque celui-ci disait de se rasseoir, elle s'assoit. La mesure alternative lui a permis de ne pas être contentonnée au lit et lui permettre de se soulager en se levant au besoin. La mesure lui permettait de faire ses activités à elle. Si tu as mal, tu ne peux pas faire tes occupations, donc en lui permettant de se soulager, elle pouvait s'engager dans ses occupations ». (participant 1)

« Une personne qui voulait s'occuper dans sa chambre, avoir accès à ses objets personnels, le fait d'avoir eu un moniteur à cordelette, ça lui a permis de faire ça. Cela a répondu à son besoin de se déplacer et s'occuper. On lui permet de vaquer à ses occupations avec les équipements qu'on a mis en place ». (participant 3)

« ...[oui, je pense à une dame, qui était assez autonome, elle faisait ses soins personnels, se maquillait, s'arrangeait. Le fait d'être contentonnée a eu un impact sur cela, mais aussi au niveau cognitif. Elle avait été attachée au fauteuil. Lorsqu'on l'a décontentonnée et qu'on a proposé une mesure alternative, la dame a recommencé à faire ses activités]... ». (participant 2)

« ...[Il y a des mesures alternatives qui sont des mesures de positionnement qui vont augmenter l'autonomie de la personne, par exemple une personne à qui on a mis une table pour le positionner pour qu'il soit en mesure de manger seul]... ». (participant 4)

« On a eu un cas au niveau d'une problématique du comportement et d'une problématique de chute, car le comportement était de se jeter par terre, les mesures de contrôle ne pouvaient pas être efficaces, car c'était une personne qui cherchait beaucoup d'attention. Avec la récréologie, nous avons utilisé une mesure alternative aux

contentions qui consistait à ce que la personne participe le plus possible à des activités de loisirs avec un accompagnement. Le fait que la personne était occupée a fait en sorte que les problèmes de comportements ont cessé ». (participant 5)

« Un résident qui est beaucoup beaucoup beaucoup à risque de chute puis il arrivait de l'hôpital, c'est un monsieur qui ne demandait pas d'aide pour les transferts, il faisait ses transferts très rapidement. On lui a mis des moniteurs de mobilité, pour qu'il ait une supervision parce qu'il ne pensait pas à mettre les freins de son fauteuil roulant, donc les moniteurs ont fait que le personnel pouvait venir l'aider. Finalement le M. n'aimait vraiment pas ça le bruit des moniteurs alors on a réorganisé sa chambre pour que ce soit sécuritaire pour que M. puisse s'appuyer sur un meuble quand il fait ses transferts seul sans le personnel. On a aussi mis un système de freins auto-bloquants, on a fait beaucoup d'enseignements aussi au niveau du personnel soignant, par exemple, ne jamais laisser les appui-pieds à M. s'il se lève, mettre le fauteuil roulant à côté du lit quand M. est couché. Maintenant sur l'unité ce Monsieur-là marche, parce qu'à force de faire ses transferts seul, il a amélioré et développé ses capacités physiques, il n'a donc plus besoin de son fauteuil roulant. Il a vraiment repris au niveau physique, il peut s'engager dans toutes ses occupations. Je trouve que ça été une belle réussite avec les mesures alternatives aux contentions». (participant 6)

5.4.2. Discours eu égard aux occupations ou portions d'occupations possibles en CHSLD

Les participants tiennent un discours faisant ressortir cinq thèmes d'occupations possibles en CHSLD. Ce sont : les activités de groupes, les activités en récréologie, la participation aux activités de la vie quotidienne, les activités disponibles sur l'unité et dans les aires communes, ainsi que les anciennes occupations réalisées par les résidents à leur domicile.

Les activités de groupe possibles en CHSLD sont reconnues comme étant les activités offertes en récréologie. Chaque participant rapporte des exemples d'activités de groupe offertes. Certaines activités en récréologie peuvent être offertes de manière individuelle telles que la zoothérapie ou les visites d'amitié tel que rapporté dans le commentaire suivant (participant 2) :

« Il y en a beaucoup. Il y a des activités avec des jeux comme le BINGO, OKO, les jeux-questionnaires, les chevaux de course, il y a des jeux avec la musique, les spectacles, il y a les célébrations religieuses, les repas, les brunchs, les BBQ, les soirées bistro. Il y a la zoothérapie puis les visites d'amitié qui sont individuelles ».

Les activités réalisées en récréologie sont considérées pour les participants de l'étude comme des occupations. Ce sont des activités de la programmation disponibles pour les résidents dans le milieu. Entre autres, il y a les activités de BINGO, OKO, des collations spéciales, les

célébrations religieuses, les jeux de pétanque, les chansonniers, les soirées cinéma, les spectacles de musique, les activités de peinture ainsi que les jeux-questionnaires. Le commentaire suivant l'illustre :

« ...[Il y a des activités de loisirs presque qu'à tous les jours là. Bingo, OKO, des chansonniers, il y a de la peinture, des jeux de pétanque, dans le fond les activités occupationnelles sont comme adaptées à la clientèle, ils reçoivent des chanteurs]... ». (participant 3)

Trois participants (n=3) ont rapporté la participation aux AVQ comme de possibles occupations dans lesquelles les résidents peuvent s'engager. Les participants témoignent du fait que l'équipe de soins a un devoir de faire participer les résidents à certaines portions d'AVQ, selon leurs capacités. Par exemple, il est possible pour les résidents de participer à plusieurs portions d'AVQ tels que l'alimentation, les transferts, les déplacements et les tâches d'hygiène. Les participants sont en accord avec le fait que les AVQ sont considérés comme des occupations en CHSLD. Toutefois, le participant 6 soutient le fait que les activités de la vie domestique sont principalement compensées par l'institution. Les verbatim suivants témoignent des propos rapportés ci-haut :

«Plier du linge... Dans le fond c'est sûr qu'en CHSLD, s'ils sont ici c'est parce qu'ils ont besoin d'aide pour leur AVQ, c'est sûr que s'ils sont capables de faire des choses partiellement, ils vont les faire, mais ils ne pourront pas toutes les faire. On va prioriser qu'est-ce qu'on va leur laisser faire, c'est sûr que la marche c'est une priorité, le maintien de la marche, après ça dans l'hygiène, s'ils sont capables de se laver le visage ils vont le faire, ils vont leur faire initier la tâche. La marche c'est la grande priorité, les transferts, la mobilisation au lit, ça c'est les grandes priorités. Après ça si la dame est capable de se mettre du rouge à lèvres, de se laver le visage, se brosser les cheveux, se brosser les dents ». (participant 4)

« ...[Disons qu'on considère les AVQ comme des activités, manger 3 x par jour, la toilette du matin c'est une activité qui permet les interactions sociales avec le préposé, la routine de continence]... » « ...[Au quotidien on essaie de favoriser la marche, ceux qui sont capables il y a le programme de marche. Si on décortique la journée, il y a beaucoup de petites activités]... ». (participant 5)

« C'est sûr que si je parle des AVQ ça va dépendre de leurs capacités physiques, parce que les préposés essaient toujours de les faire participer le plus possible, que ce soit au niveau de l'alimentation, on essaie des stimuler le plus possible selon leurs capacités, la personne va pouvoir participer à ses soins d'hygiène, c'est sûr que les AVD sont principalement compensés». (participant 6)

La possibilité pour les résidents de participer à des activités sur l'unité et dans les aires communes est un autre thème du discours des participants en lien avec les occupations. Un des participants rapporte qu'il n'est pas rare que les résidents s'assoient dans les aires communes pour interagir ensemble ou pour regarder la télévision. Le verbatim suivant en témoigne (participant 1) : « ... [Sur le département il y a des télévisions dans les aires communes. Des fois il y a des gens qui viennent faire des visites d'amitié pour discuter avec les gens]... » « ... [Dans les aires communes, les résidents vont interagir ensemble]... ».

Un participant mentionne aussi que quelques résidents pouvaient parfois participer à leurs anciennes occupations tel que rapporté dans ce commentaire (participant 1) : « ...[Les familles vont aussi amener des choses que les résidents aimaient faire]... ».

5.4.3. Discours tenu eu égard aux occupations possibles avec les mesures de remplacement

Trois thèmes ressortent du discours des participants en ce qui a trait aux occupations possibles avec les mesures de remplacement : les activités de la vie quotidienne (AVQ), les loisirs ainsi les activités d'interaction avec les autres. Quatre participants ont mentionné promouvoir les AVQ avec les mesures de remplacement. Tous les participants ont rapporté favoriser les déplacements lors de l'utilisation de mesures de remplacement. Ceux-ci relatent que les déplacements sont considérés comme une occupation qui permet de maintenir les capacités des résidents en soins de longue durée. De plus, deux des participants ont mentionné que les mesures de remplacement permettaient aux personnes d'être plus autonomes dans leurs transferts. Aussi, ils mentionnent promouvoir l'alimentation et/ou la prise des repas, qui est considérée comme une occupation en CHSLD. Également, deux participants affirment soutenir la continence des résidents lorsqu'ils utilisent des mesures de remplacement. La continence est aussi considérée comme une occupation en CHSLD. Les commentaires suivants illustrent les propos rapportés ci-haut :

« En CHSLD, se déplacer est considéré comme une occupation, donc on va promouvoir cela, faire des transferts, ça l'air banal, mais c'est une occupation qui permet à la personne de maintenir ses capacités, faire de l'errance, c'est une occupation, on va juste essayer de la contrôler ». (participant 1)

« L'autonomie dans les déplacements, que ce soit à la marche ou la propulsion du fauteuil roulant, on maintient les capacités résiduelles pour les transferts aussi, on veut favoriser la tolérance à la posture assise, quand la personne va être mieux positionnée au fauteuil elle va être capable de prendre ses repas au fauteuil, maintenir la continence aussi, c'est banal ». (participant 5)

« ...[l'alimentation, si on assure une bonne posture ça va permettre à la personne de s'alimenter]... » « ...[les déplacements, permettent à la personne de maintenir ses capacités dans les déplacements]... » « ...[au niveau de la continence]... » (participant 2)

Enfin, un participant soutient le fait que plusieurs portions d'occupations en apparence banales, qu'on ne considère pas d'emblée, sont favorisées avec les mesures de remplacement tel que le témoigne ce verbatim :

« l'autonomie de fouiller dans son garde-robe, de s'occuper en allant chercher une revue, de se déplacer pour explorer son environnement, ça fait partie de son occupation, elle est rendue avec ces capacités-là donc ses occupations à elle, c'est les portions d'occupations qu'elle peut faire]... » « ...[si elle va à son évier et elle veut se voir dans le miroir ». (participant 3)

Trois des participants mentionnent promouvoir les loisirs avec les mesures de remplacement tel que rapporté dans le commentaire suivant (participant 2) : *« ...[dans les activités de loisir, c'est la même chose, la personne n'est pas brimée, elle va avoir plus de facilité à s'intégrer dans son milieu]... »*. Le thème des activités d'interaction est aussi présent dans le discours des participants. Les mesures de remplacement permettent aux résidents d'être moins isolés des autres. Les résidents seraient plus en mesure d'interagir avec leur entourage tel que dit dans ce commentaire (participant 2) : *« ...[permet la participation sociale, les interactions, quand la personne est contentionnée ça l'isole des autres et elle ne peut plus interagir avec son entourage]... »*.

5.5. Lien entre le discours tenu par les participants à l'étude et les stratégies d'habilitation aux occupations

L'analyse de contenu du discours tenu par les participants quand il s'agit de rendre possible les occupations des personnes âgées et ce, dans le cadre des mesures de remplacement aux contentions, a permis de le relier aux stratégies d'habilitation aux occupations. Les participants réfèrent à quatre des dix stratégies d'habilitation aux occupations. Ce sont : Adapter, collaborer, éduquer et engager. Le Tableau 2 ci-dessous illustre ces stratégies.

Tableau 2.
Les stratégies d'habilitation reflétant le discours des participants

Stratégies d'habilitation aux occupations	Éléments du discours
#1 : Adapter	Discours relié aux types de mesures de remplacement aux contentions
#2 : Revendiquer	
#3 : Coacher	
#4 : Collaborer	Discours relié à la perception des participants du travail en interdisciplinarité.
#5 : Consulter	
#6 : Coordonner	
#7 : Concevoir/réaliser	
#8 : Éduquer	Discours relié aux finalités poursuivies par les mesures de remplacement, discours relié à comment les participants rendent explicites les bienfaits des mesures de remplacement.
#9 : Engager	Discours relié aux occupations possibles avec les mesures de remplacement.
#10 : Exercer une expertise	

5.5.1. Adapter

Les participants rapportent dans leur discours des éléments en lien avec la stratégie adapter. Dans le cadre de la pratique en CHSLD, les participants ressortent l'adaptation de l'environnement comme une mesure utilisée pour assurer la sécurité des résidents. Que ce soit en plaçant le fauteuil roulant du résident à proximité de son lit, en enlevant les objets encombrés du sol ou en plaçant une lumière dans la chambre du résident, il s'agit tous de mesures de remplacement visant à réduire les risques de chute de la personne.

5.5.2. Collaborer

Les participants rapportent dans leur discours des éléments en lien avec la stratégie de collaborer. La moitié des ergothérapeutes de l'étude rapportent travailler avec les récréologues afin de connaître les occupations des résidents et afin de les faire participer à certaines activités offertes en CHSLD. Les techniciens en réadaptation physique (TRP) semblent également impliqués dans les décisions des mesures de remplacement lorsque ceux-ci sont présents et disponibles dans l'institution. Seulement un ergothérapeute a mentionné avoir collaboré avec un éducateur spécialisé dans les cas de troubles de comportement. Tel que rapporté par les participants, plusieurs professionnels sont impliqués dans les décisions des mesures de remplacement. Ceux-ci collaborent ensemble dans la décision des mesures de remplacement. Que ce soit avec les récréologues, les éducateurs spécialisés, les techniciens en réadaptation physique ainsi que l'équipe de soins, l'ergothérapeute collabore avec ces personnes pour la prise de décision. En effet, par exemple, les techniciens en réadaptation physique peuvent documenter les capacités physiques des résidents tandis que l'équipe de soins possède une bonne connaissance des habitudes de vie du client, ce qui s'avère pertinent pour choisir la mesure de remplacement la plus appropriée.

5.5.3. Éduquer

Les participants rapportent dans leur discours des éléments en lien avec la stratégie d'éduquer. Ceux-ci vont éduquer les résidents, la famille et l'équipe de soins. Entre autres, ils font valoir à ces personnes la pertinence des mesures de remplacement pour répondre au besoin du résident, pour le maintien de son autonomie ainsi que pour son bien-être psychologique. Également, les participants font valoir qu'il y a un travail de longue date par rapport à l'éducation des bienfaits des mesures de remplacement, car la philosophie de soins en CHSLD révèle un milieu de vie. Finalement, les ergothérapeutes, dans le cadre des mesures de remplacement, vont favoriser les apprentissages des autres intervenants ainsi que des familles sur les effets néfastes des mesures de contrôle.

5.5.4. Engager

Les participants rapportent dans leur discours des éléments en lien avec la stratégie d'engager. Notamment, les ergothérapeutes vont engager les individus dans des occupations

variées telles que des activités de la vie quotidienne, des loisirs ainsi que dans la participation sociale. Ces occupations sont parfois très simples comme se maquiller, avoir accès à des objets personnels, se regarder dans le miroir de leur chambre et/ou faire des transferts seuls.

6. DISCUSSION

La présente étude amène des résultats inédits pour répondre à l'objectif de recherche qui est de décrire la perception d'ergothérapeutes dans le cadre du recours à des mesures de remplacement, et ce, en lien avec le fait de favoriser les occupations. La discussion des résultats porte sur les mesures de remplacement utilisées, le discours tenu par les ergothérapeutes eu égard aux mesures de remplacement et eu égard aux occupations possibles en CHSLD. Elle aborde le discours tenu par les ergothérapeutes reflétant l'habilitation aux occupations. En dernier lieu, les forces et limites de l'étude ainsi que l'implication pour la pratique sont présentées.

6.1. Les mesures de remplacement

Les résultats de l'étude viennent documenter les types de mesures de remplacement utilisés par des ergothérapeutes du Québec. Plusieurs mesures de remplacement techniques ont été documentées telles que des coussins sonores, des ceintures avec alarme, des coussins de positionnement, des barres d'appui au lit et des tapis antidérapants. Ces mesures, se rattachant à l'environnement physique, rejoignent celles discutées dans l'environnement matériel par Ackermann (2004). Les participants rapportent également la modification de l'environnement, ce qui va dans le même sens qu'Ackermann (2004) qui documente les mesures de remplacement de l'environnement architectural. De plus, l'étude met en lumière la modification de l'approche de travail de l'équipe de soins comme une mesure alternative. Ce résultat complète ce qu'Ackermann (2004) avait documenté concernant l'environnement humain. La présente étude soulève l'aspect de porter attention à l'approche du travail auprès des intervenants lors de propositions de mesures de remplacement.

Les résultats de l'étude documentent également les mesures de remplacement perçues comme efficaces. Les participants exposent la difficulté de répondre à la question puisque chaque mesure alternative peut s'avérer efficace selon les besoins de la personne. Toutefois il ressort l'importance de faire une bonne évaluation et de comprendre les besoins de la personne afin de choisir la mesure alternative la plus adaptée à une situation. Malgré l'importance du phénomène, aucun écrit empirique ne révèle les mesures les plus efficaces dans la pratique.

De plus, les résultats de cette étude font valoir des différences significatives entre les mesures de contrôle et les mesures de remplacement. Cette distinction apparaît claire et est conforme à ce que propose Delma (2005), qui soutient que les mesures de remplacement aux contentions constituent des mesures de remplacement, ne visant pas à limiter le mouvement de la personne, mais à maintenir la sécurité du résident, tandis que les mesures de contrôle visent à restreindre les initiatives motrices d'un individu. Les résultats de l'étude vont dans le même sens et montrent que les mesures de remplacement permettent la liberté de mouvement de la personne.

Les résultats de la présente étude illustrent aussi des dilemmes recensés dans les écrits entre assurer la sécurité du résident et la poursuite des occupations. Les répondants décrivent les finalités pour lesquelles ils utilisent des mesures de remplacement et rapportent, de façon unanime, que les mesures de remplacement sont principalement utilisées pour réduire les risques de chute. Cette finalité avait été rapportée dans les écrits face au fait que les risques de chute constituent la principale raison pouvant justifier l'utilisation d'une contention (Roberge, Bellerose, et Côté, 1987). La présente étude décrit également d'autres finalités non documentées pour lesquelles les ergothérapeutes utilisent des mesures de remplacement dont celles de réduire les problématiques de comportement. Les résidents ont parfois des besoins qu'ils ne sont pas capables d'exprimer. Ainsi, ceux-ci adopteront certains comportements (crier, taper...etc.) pour tenter de les exprimer. L'étude fait valoir que les mesures de remplacement permettent de répondre à un besoin spécifique du résident. Celle-ci montre également la pertinence des mesures de remplacement pour les problématiques de posture. Les finalités mises en lumière par la présente étude montrent que les participants tentent d'assurer la sécurité des résidents tout en essayant de comprendre leurs besoins. Ainsi, le dilemme est toujours présent chez les ergothérapeutes, ce qui fait en sorte que leur pratique en CHSLD s'avère être complexe.

6.2. Discours tenu par les ergothérapeutes eu égard aux mesures de remplacement

Le discours tenu par les participants de la présente étude illustre le travail d'un ergothérapeute inhérent au guide de pratique élaboré par l'OEQ (2006) stipulant que celui-ci est un acteur clé de l'utilisation des mesures de remplacement aux contentions. En plus d'illustrer le guide de pratique, les participants de l'étude ont exposé l'unicité du rôle de l'ergothérapeute

s'appuyant sur le recours aux occupations, à une vision globale de la personne, à l'expertise au niveau fonctionnel ainsi qu'au fait d'être centré sur les besoins du client.

Les participants exposent les bienfaits des mesures de remplacement dans leur milieu de plusieurs façons. Ils évoquent l'aspect du déclinement fonctionnel, du bien-être psychologique, physique et de l'autonomie pour tenter de convaincre leur auditoire des bienfaits des mesures de remplacement. Plusieurs vont également défendre les mesures de remplacement en exposant les conséquences des mesures de contrôle. Les résultats documentent aussi l'aspect de sécurité comme bienfaits des mesures de remplacement. Ces résultats sont en congruence avec la proposition de Delma (2005), qui fait valoir l'aspect sécuritaire des mesures de remplacement comme bienfait de celles-ci.

6.3. Discours tenu par les ergothérapeutes eu égard aux occupations possibles

Les résultats montrent plusieurs réussites exprimées par les participants pour que les mesures de remplacement favorisent des portions d'occupations ou des occupations variées. Ces réussites se rattachent aux occupations et au fait d'habiliter les personnes âgées en CHSLD à certaines occupations ou portions d'occupations. Ces occupations sont parfois très simples comme se maquiller, avoir accès à des objets personnels, se regarder dans le miroir d'une chambre et/ou faire des transferts seuls. Ceci correspond à ce que Townsend, Davis et coll. (2013) et certains écrits empiriques de Leibold (2003), Hocking (1997), O'Sullivan (2005), Hagen, Armstrong-Esther et Sandilands (2003) et Gillis (2007) affirmaient en lien avec l'autonomie et la qualité de vie.

Les résultats de l'étude font valoir que les occupations possibles en CHSLD comprennent les activités de la vie quotidienne, les loisirs ainsi que les activités d'interaction avec les autres. L'étude montre que les AVQ sont considérées comme des occupations en CHSLD et qu'il est possible pour une personne de prendre part à une ou des portions d'occupations. Alors que Greene et Cooper (2000) et Holthe, Thorsen et Josephsson (2007) avaient déploré que parfois l'environnement des CHSLD met à risque un manque d'opportunités occupationnelles, la présente étude fait plutôt valoir comment, malgré ces contraintes, il est possible de maintenir ou de créer des opportunités. Les participants perçoivent le rôle de l'ergothérapeute, centré sur les

occupations, tentant de stimuler les capacités des résidents en rendant possible la participation à des portions d'occupations.

L'étude fait valoir les opportunités de participation des résidents en CHSLD. Les résultats montrent la possibilité d'avoir des interactions sociales avec les autres. D'ailleurs, l'étude de Holthe, Thorsen et Josephsson (2007) rapporte l'importance de ces activités pour les résidents en CHSLD. La présente étude évoque qu'il s'avère nécessaire de laisser les résidents en CHSLD s'engager dans leurs activités de la vie quotidienne en fonction de leurs capacités résiduelles. Ces résultats vont à l'encontre des conclusions de l'étude de Holthe, Thorsen et Josephsson (2007), qui avait montré que les résidents ont souvent un rôle passif, un rôle d'invité en CHSLD, car ils sont dépendants des préposés par rapport à leurs occupations quotidiennes. L'étude a donc été réalisée dans un milieu où il y avait des opportunités occupationnelles pour les résidents. Cette situation est bénéfique pour les résidents, comme stipulé théoriquement par Townsend, Davis et coll. (2013). Les résultats documentent que les opportunités occupationnelles pour les personnes âgées vont varier en fonction de leurs capacités et de leur niveau fonctionnel, tel que le suggèrent Green et Cooper (2000).

Les résultats de l'étude montrent que plusieurs occupations sont possibles en lien avec l'utilisation de mesures de remplacement, qui se reflètent dans les réussites vécues exposées par les participants. Le discours tenu par les ergothérapeutes fait valoir qu'il est possible pour les résidents de participer à des AVQ, des loisirs ainsi que des activités d'interaction avec les autres par l'utilisation de mesures de remplacement. Les résultats documentent le fait que ces mesures permettent aux résidents de se déplacer, d'être continent et d'effectuer des transferts de façon autonome et sécuritaire. Les mesures de remplacement permettent aux personnes d'être autonomes dans plusieurs portions d'occupations telles que fouiller dans sa garde-robe, aller chercher une revue et/ou explorer son environnement. Les mesures de remplacement permettent aux résidents de ne pas être confinés au lit et de participer à des activités de loisirs et des activités de groupe en interagissant avec les autres. Les résultats de la présente étude mettent également en lumière l'importance que les personnes âgées en CHSLD qui bénéficient de mesures de remplacement aux contentions, aient accès à des objets variés leur permettant, dans une certaine mesure, de participer à des portions d'occupations. La présente ajoute à la

proposition de Crowe (2014), qui fait valoir l'importance d'analyser les objets contenus dans les chambres des résidents en vue de créer des opportunités d'activités variées.

De plus, rester centré sur les occupations est aussi possible, selon la vision des participants (ergothérapeutes) grâce aux activités de groupe. Ces groupes, déjà mis en place dans les CHSLD où l'étude a été menée découlent des orientations ministérielles (MSSS, 2003). Ceci laisse croire que si un ergothérapeute travaillant dans un CHSLD où aucune activité de groupe ou sociale ne serait organisée, ce serait une de ses responsabilités de voir à créer des opportunités occupationnelles telles que proposé par Cipriani et al. (2006), Cipriani (2007) et Bower et Greene (1995). Les résultats montrent que les activités de groupe en CHSLD concernent en totalité les activités en récréologie. Les résidents ont accès à des activités de BINGO, de OKO, à des jeux de pétanque, des collations spéciales et des activités de peinture. Selon les résultats de l'étude, les résidents n'auraient pas accès à des activités physiques de groupe en CHSLD. Pourtant, l'étude d'Hagen et coll. (2003) montre l'importance de ces activités pour maintenir l'autonomie des personnes âgées. Les résultats montrent également que les résidents en CHSLD auraient accès à plus d'activités de groupe que d'activités individuelles.

6.4. Discours tenu par les ergothérapeutes reflétant l'habilitation aux occupations

La présente étude fait valoir que les participants appuient leur conception du rôle de l'ergothérapeute sur des notions théoriques relatives aux occupations et dans une autre mesure sur l'habilitation aux occupations. Les participants ergothérapeutes ont entre autres recours à certaines stratégies d'habilitation aux occupations soit adapter, collaborer, éduquer et engager.

6.4.1. Stratégie : Adapter

Les résultats de la présente étude sont en congruence avec la stratégie d'adapter qui implique une évaluation des exigences occupationnelles afin d'adapter les occupations ou l'environnement en vue de permettre à la personne d'atteindre ses buts (Townsend, Trentham et coll., 2013).

6.4.2. Stratégie : Collaborer

Les résultats de la présente étude illustrent, dans une certaine mesure, le travail interdisciplinaire requis pour faire face aux défis posés par le déclin fonctionnel des personnes âgées en CHSLD, ce qui correspond à la stratégie collaborer tel que proposé par (Townsend, Beagan, et coll., 2013). Le travail en interdisciplinarité en lien avec l'utilisation des mesures de remplacement aux contentions varie selon les milieux et la disponibilité des professionnels. Les ergothérapeutes sont amenés à collaborer avec les TRP. Les résultats font valoir que ceux-ci occuperaient un rôle au niveau des capacités physiques des résidents afin de connaître le risque de chute associé à la fragilité de ceux-ci. Les résultats rapportés ci-haut témoignent de la stratégie de collaborer qui se définit comme le partage du pouvoir comme l'indique (Townsend, Beagan, et coll., 2013).

6.4.3. Stratégie : Éduquer

La stratégie d'habilitation aux occupations éduquer en est une très importante puisqu'il s'agit de rendre explicites les bienfaits des mesures de remplacement aux contentions. Les ergothérapeutes éduquent à la fois les résidents, les familles et l'équipe de soins sur les bienfaits des mesures de remplacement mais aussi en rendant explicite aux autres les occupations, parfois simples ou portions d'occupations possibles pour le résident en perte d'autonomie.

6.4.4. Stratégie : Engager

De plus, dans le cadre de proposition de mesures de remplacement aux contentions, les ergothérapeutes engagent leurs clients dans des occupations. L'engagement occupationnel permet la santé et le bien-être des résidents. Lorsqu'une mesure alternative est proposée, cela permet à la personne âgée en soin de longue durée d'être plus autonome puisqu'elle peut s'engager dans ses occupations et maintenir ses capacités, comme l'avait proposé Townsend, Beagan, et coll. (2013). Ainsi, cette étude ajoute aux études empiriques de Néron (2013), Papineau (2014), Baril-Chauvette (2014), Thibodeau (2014), St-Laurent (2014) et Beaupré (2014) qui ont documenté des expériences terrains axées sur l'habilitation aux occupations.

6.5. Forces et limites de l'étude

La présente étude comporte des forces et des limites. La principale force de cette étude est qu'elle amène des résultats inédits quant à la perception d'ergothérapeutes de leur travail en CHSLD dans le cadre du recours à des mesures de remplacement aux contentions tout en y alliant une préoccupation sur les occupations. Plus précisément, l'étude décrit la perception des ergothérapeutes sur les mesures de remplacement et le discours tenu par ceux-ci qui reflète les occupations et l'habilitation aux occupations. Ainsi, cette recherche s'insère parmi les peu nombreuses études portant sur l'habilitation aux occupations. À notre connaissance, aucune étude n'avait documenté l'aspect du discours des ergothérapeutes sur les mesures de remplacement reflétant l'habilitation aux occupations jusqu'à ce jour. Cette étude contribue donc à l'apport de nouvelles connaissances sur le sujet. Une autre force de cette étude est le fait que tous les participants ayant été recrutés ont accepté de participer au projet de recherche et qu'aucun de ceux-ci n'ait abandonné en cours de route. Également, cette étude a été réalisée auprès d'ergothérapeutes ayant des années d'expérience variées et pratiquant dans différents CHSLD, ce qui fait que l'échantillon est hétérogène.

Cette étude présente aussi certaines limites. Les résultats, quoique riches, nécessitent d'être pris avec précaution. D'abord, il est possible que les résultats de cette étude ne soient pas représentatifs de la pratique de l'ergothérapie au Québec en raison du petit échantillon ($n=6$) et du fait que les participants aient été choisis par convenance et par réseau. Du fait du nombre, la saturation des données n'a pas été atteinte, ce qui limite la validité des données. Une autre limite de l'étude est le fait qu'une seule méthode de collecte de donnée ait été utilisée. En effet, il aurait été pertinent de trianguler l'information avec des observations, et ce, en plus des entrevues réalisées, afin de vérifier si le discours tenu concorde avec les actions réalisées.

7. CONCLUSION

Cette étude décrit la perception d'ergothérapeutes de leur travail en CHSLD dans le cadre du recours à des mesures de remplacement aux contentions tout en favorisant la participation à des occupations parfois simples et/ou des portions d'occupations comme se maquiller, avoir accès à des objets personnels, se regarder dans le miroir d'une chambre, et/ou faire des transferts seuls. Les résultats de cette étude ont diverses retombées pour la pratique de l'ergothérapie et illustrent l'application concrète des lignes directrices rédigées par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes. En ergothérapie, avoir une pratique centrée sur le client et ses occupations représente parfois un défi quand des éléments plus pratiques sont en cause, comme des mesures de remplacement qui sont des moyens concrets pour intervenir auprès des personnes concernées. Ces interventions pratiques, rapportées par les participants, n'étaient pas directrices et prescriptives. Elles visaient à permettre aux personnes en perte d'autonomie de retrouver une participation à certaines occupations. La présente étude a des retombées pour la pratique, car elle invite à soutenir les ergothérapeutes dans leur pratique professionnelle lorsqu'il y a un dilemme entre la sécurité du résident et son autonomie. Cet essai apporte des informations nouvelles sur les mesures de remplacement et sur comment intégrer les meilleures pratiques à ces mesures tout en habilitant aux occupations.

Une autre retombée de l'étude est l'illustration de la complexité du travail des ergothérapeutes lors de l'application de mesures de remplacement qui requiert une évaluation complète de la situation. Les résultats montrent également les problématiques pour lesquelles il est pertinent d'utiliser des mesures de remplacement. L'étude fait valoir que les ergothérapeutes utilisent des stratégies d'habilitation aux occupations lorsqu'elles proposent des mesures de remplacement aux contentions qui conduisent les résidents en CHSLD à s'engager dans des activités variées. D'autre part, cette étude a permis de constater le manque d'écrits empiriques sur l'habilitation aux occupations, même si cette compétence est centrale dans la pratique ergothérapique. Évidemment, ces retombées prévues sont effectuées sans prétention. En vue de les optimiser, l'étudiante-chercheuse vise à publier un écrit présentant les résultats de cet essai en collaboration avec sa directrice.

Bien que les résultats de cet essai constituent un point de départ quant à l'étude du travail des ergothérapeutes dans le cadre du recours aux mesures de remplacement aux contentions, il serait pertinent de poursuivre les travaux scientifiques à cet égard d'autant plus que la saturation des données n'a pas été atteinte. Il est d'abord proposé de tenter de rejoindre un plus grand nombre de participants. L'échantillon devrait également couvrir plusieurs régions du Québec, dans différents CIUSSS afin qu'il soit possible de comparer les résultats. Le chercheur pourrait avoir recours à des groupes de discussion pour faciliter sa collecte de données. Notons que la présente étude a été menée dans un seul CIUSSS d'une région spécifique. Il serait aussi judicieux de recourir à une autre méthode de collecte de données en plus de l'entrevue. Par exemple, il serait intéressant, dans une future recherche, d'utiliser l'observation afin de vérifier si le discours tenu par les ergothérapeutes concorde avec les actions réalisées en pratique.

REFERENCES

- Ackermann, M. (2004). Ergothérapie et alternatives à la contention physique au fauteuil du sujet âgé en milieu gériatrique. *Travail écrit de synthèse*. Repéré à : <http://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/contention.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Baril-Chauvette, K. (2014). *Le suivi des personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde : interventions et perceptions d'ergothérapeutes*. Essai publié. Université du Québec à Trois-Rivières. Trois-Rivières. Repéré à : <http://depot-e.uqtr.ca/7437/1/030803438.pdf>
- Beaupré, E. (2014). *Habilitation aux occupations et résilience : description de ce qu'en pensent des ergothérapeutes*. Essai publié. Université du Québec à Trois-Rivières. Trois-Rivières. Repéré à : <http://depot-e.uqtr.ca/7437/1/030803438.pdf>
- Bower, M. D., & Greene, D. (1995). Altruistic activity and older adults in long term care facilities. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 13(3), 47-61.
- Brousseau, M. (2001). Relations entre le rendement occupationnel subjectif, l'efficacité cognitive et l'efficacité personnelle chez des personnes de 60 ans et plus aux prises avec des modifications abruptes des capacités physiques. (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Brown, D. (2013). Occupational Therapy's Important Role in the Future of Long-Term Care. *OT Practice*, 18(19), 6-6.
- Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (2011). Hébergement de longue durée (CHSLD). Repéré à : <http://servicespouraines.com/centre-dinformation/vue-detaillee/fiche/detail/News/hebergement-de-longue-duree-chsld.html>
- Choinière, R. (2010). Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_VieillessePop.pdf
- Cipriani, J., Faig, S., Ayres, K., Brown, L., & Johnson, N. C. (2006). Altruistic activity patterns among long-term nursing home residents. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 24(3), 45-61.
- Cipriani, J., Haley, R., Moravec, E., & Young, H. (2010). Experience and meaning of group altruistic activities among long-term care residents. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(6), 269-276-268.

- Cipriani, J., Kreider, M., Sapulak, K., Jacobson, M., Skrypski, M., & Sprau, K. (2009). Understanding object attachment and meaning for nursing home residents: an exploratory study, including implications for occupational therapy. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 27(6), 405-422 doi:10.3109/02703180903183164
- Cipriani, J. (2007). Altruistic activities of older adults living in long term care facilities: a literature review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 26(1), 19-28.
- Crowe, J. (2014). Creating Relational Communities in Long-Term-Care Environments Using Objects to Facilitate Social Interaction. *Gerontology Special Interest Section Quarterly*, 37(4), 1-3.
- David, P. et Ménard, G. (2005). *Protocole d'utilisation des mesures de contrôle : isolement et contentions*. Montréal, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Repéré à : http://www.iusmm.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/protocole_isolement.pdf
- Delma, Y., (2005). *Les mesures de contrôle en soutien à domicile: les alternatives et l'utilisation exceptionnelle des contentions*. Montréal. Repéré à : www.centreinterval.qc.ca/client/documentation/Contention_FINAL_05_01_15.pdf
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd. ed.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Gallinagh, R., Nevin, R., McAleese, L., & Campbell, L. (2001). Adult/elderly care nursing. Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal of Nursing*, 10(13), 852-859.
- Gillis, J. (2007). Occupations from home: continuing to have a purpose in long-term care. *Occupational Therapy Now*, 9(5), 16-17.
- Green, S et Cooper, B. A. (2000). Occupation as a Quality of Life Constituent: A Nursing Home Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 17-24.
- Hagen, B., Armstrong-Esther, C., & Sandilands, M. (2003). On a happier note: validation of musical exercise for older persons in long-term care settings. *International Journal of Nursing Studies*, 40(4), 347-357.
- Hägglom-Kronlöf, G., Hultberg, J., Eriksson, B. G. & Sonn, U. (2007). Experiences of daily occupations at 99 years of age. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14 (3), 192- 200, doi : 10.1080/11038120601124448.

- Hersch, G., Hutchinson, S., Davidson, H., Wilson, C., Maharaj, T., & Watson, K. B. (2012). Effect of an occupation-based cultural heritage intervention in long-term geriatric care: A two-group control study. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 224-232.
- Hocking, C. (1997). Promoting occupational performance for entering residents in long term care... help people make choices between a lifetime's worth of possessions. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 14(4), 61-73.
- Holthe, T., Thorsen, K., & Josephsson, S. (2007). Occupational patterns of people with dementia in residential care: an ethnographic study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(2), 96-107.
- Hovbrandt, P., Fridlund, B. & Carlsson, G. (2007). Very old people's experience of occupational performance outside the home : Possibilities and limitations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 77-85, doi : 10.1080/11038120600773013.
- Kergoat, M.-J., & Brazeau, S. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: cadre de référence*. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications.
- Kemoun, G., Thibaud, M., Roumagne, N., Carette, P., Albinet, C., Toussaint, L., & Dugué, B. (2010). Effects of a physical training programme on cognitive function and walking efficiency in elderly persons with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29(2), 109-114. doi:10.1159/000272435
- Law, M., Steinwender, S., & Leclair, L. (1998). Occupation, health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 81-91.
- Laudy, D. (2008). Les enjeux éthiques du vieillissement: autonomie, solitude ou sollicitude? *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 10(2). Repéré à : <http://ethiquepublique.revues.org/1432>
- Leibold, M. L. (2003). Occupation at home in long-term care. *Gerontology Special Interest Section Quarterly*, 26(3), 3-4.
- Lemay, A. (2012). Perspective sur la prévention des chutes et l'impact sur les dimensions de la performance. Repéré à : <http://www.aqesss.qc.ca/docs/dossiers/Performance/PerspectiveChutesPerformance.pdf>
- ZMeltzer, P.J. (2001). Using the self-discovery tapestry to explore occupational careers. *Journal of Occupational Science*, 8, 16-24. DOI: 10.1080/14427591.2001.9686485.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-812-01.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux sociaux (2012). *Déclin fonctionnel dans les AVQ* (2e éd., avril 2012. ed.). Québec] Repéré à : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2107975>
- Ministère de la santé et des services sociaux sociaux (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Autonomie. Agitation dans les démences*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-09W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux sociaux (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD—Orientations ministérielles*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>
- Néron, S. (2013). *La perspective des ergothérapeutes sur les défis rencontrés dans leur pratique en adaptation domiciliaire*. Essai publié. Université du Québec à Trois-Rivières. Trois-Rivières. Repéré à : <http://depot-e.uqtr.ca/6896/1/030583943.pdf>
- Öhman, A. & Nygård, L. (2005). Meanings and Motives for Engagement in Self-Chosen Daily Life Occupations Among Individuals With Alzheimer's Disease. *OTJR : Occupation, Participation and Health*, 25(3), 89-97.
- O'Sullivan, G. (2005). Protocols for leisure activity programming. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 52(1), 17-25.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2006). *Les mesures de contention : de la prévention à leur utilisation exceptionnelle Guide de l'ergothérapeute*. Montréal : Publications OEQ
Repéré à : http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/Lignes_directrices_Contention.pdf
- Papineau, K. (2014). *Pour avoir tous les atouts en main : proposition d'un suivi en ergothérapie auprès de personnes atteintes du syndrome du canal carpien basé sur l'approche participative du patient partenaire de soins, l'habilitation aux occupations centrée sur le client et les données probantes*. Essai publié. Université du Québec à Trois-Rivières. Trois-Rivières. Repéré à : <http://depot-e.uqtr.ca/7455/1/030803466.pdf>
- Polatajko, H., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E.A Townsend, et H.J. Polatajko (Eds). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed., version française N. Cantin, pp.159-167). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE

- Rappin, B. (1994). Occupational Therapy and Long-Term Services and Supports. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(11), 1035-1036.
- Roberge, R., Bellerose, N., & Côté, L. (1987). Les contentions chez les personnes âgées: barrières à l'autonomie. *Canadian Family Physician*, 55(33), 27-59.
- Robitaille, Y., & Gratton, J. (2005). *Les chutes chez les adultes âgés: vers une surveillance plus fine des données d'hospitalisation*: Institut national de santé publique du Québec. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/en/node/2457?themekey-theme=mobile>
- Schkade, J. K., & Schultz, S. (1992). Occupational adaptation: Toward a holistic approach for contemporary practice: Part 1. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(9), 829-837.
- Schaeffer, J. (2002). *Community and communication in a diverse society*. Chicago : University of Chicago Press.
- Silva, R. B., Eslick, G. D., & Duque, G. (2013). Exercise for Falls and Fracture Prevention in Long Term Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 685-689. doi:10.1016/j.jamda.2013.05.015
- Spillman, B.C. (2004). Changes in Elderly Disability Rates and the Implications for Health Care utilization and Cost, *The Milbank Quarterly*, 82(1) : 157-194.
- Statistique Canada (2007). *L'enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : rapport analytique*, Ottawa. Repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-628-x/89-628-x2007002-fra.htm>
- Statistique Québec (2012). *Le vieillissement démographique : de nombreux enjeux à déchiffrer*. Repéré à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/vieillissement.pdf>
- Statistique Québec (2012). *Les aînés du Québec, quelques données récentes*. Repéré à : http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Les_aines_du_Quebec.pdf
- Statistique Canada (2010). *Une population vieillissante*. Repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2010000/chap/pop/pop02-fra.htm>
- St-Laurent, P. (2014). *Le rôle de l'ergothérapie au Québec dans la transition à la vie adulte de jeunes présentant une déficience intellectuelle*. Essai publié. Université du Québec à Trois-Rivières. Trois-Rivières. Repéré à : <http://depot-e.uqtr.ca/7460/1/030817975.pdf>

- Thibodeau, K. (2014). Une perspective occupationnelle de l'autogestion des maladies *chroniques, soit le diabète et la maladie pulmonaire obstructive chronique*. Essai publié. Université du Québec à Trois-Rivières. Trois-Rivières. Repéré à : <http://depot-e.uqtr.ca/7462/1/030803464.pdf>
- Townsend, E.A., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. et Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E.A Townsend, et H.J. Polatajko (Eds). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed., version française N. Cantin, pp.15-44). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., Brown, J. (2013). Habiliter : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E.A Townsend, et H.J. Polatajko (Eds). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed., version française N. Cantin, pp.103-112). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A., Trentham, B., Clark, J., Duboulos-Wilner, C-J., Pentland, W., Doble, S., Rudman, D. (2013). Habiliter au changement personnel. Dans E.A Townsend, et H.J. Polatajko (Eds). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed., version française N. Cantin, pp.159-167). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Wilcock, A.A. (2007). Occupation and Health: Are They One and the Same? *Journal of Occupational Science*, 14 (1). 3-8.

ANNEXE A

Canevas d'entrevue



Canevas d'entrevue semi-dirigée¹

Questions d'introduction

Question #1 : Vous travaillez en CHSLD depuis combien d'années ?

Question #2 : Vous êtes ergothérapeute depuis combien d'années ?

Question #3 : À quelle fréquence pendant la dernière année, avez-vous proposé des mesures alternatives aux contentions ?

Question #4 : Plus particulièrement pour quelle problématique ?

Questions suivantes

Question #5 : Quelle est, selon vous, la distinction entre les mesures de contrôle et les mesures alternatives à la contention ?

Question #6 : Décrivez les diverses mesures alternatives à la contention que vous utilisez en pratique ?

Exemple de mesures alternatives que je vais cocher si l'ergothérapeute l'utilise :

Alternatives à la contention liées à l'organisation des soins :

- surveillance adéquate
- intégration des membres de la famille
- révision de la routine

Alternatives à la contention liées aux équipements et à l'environnement physique :

- moniteur sonore
- détecteur de mouvement
- coussin sonores sur le plancher près du lit
- installation de bandes antidérapantes

¹ Canevas basé sur les études de Cipriani & Haley, 2010 ; Crowe, 2014 ; Hocking, 1997 ; MSSS, 2005.

Alternatives à la contention de nature psycho-sociale, récréative ou occupationnelle :

- visite de la famille
- participation de la personne à des activités ménagères
- encouragement des comportements adéquats
- Renforcement musculaire : équilibre postural
- Prise en charge des troubles de fonctions cognitives
- Positionnement du fauteuil

Alternative sur l'environnement architectural :

- configuration de la chambre
- barres d'appuies
- surveillance visuelle
- tapis sonores

Question #7 : Laquelle percevez-vous comme efficace ?

Question #8 : Quand vous proposez des mesures alternatives quelle finalité (but) visez-vous ?

Par exemple :

- Prévention des chutes
- Réduction des comportements perturbateurs

Question #9 : Outre la prévention des chutes et la réduction des comportements perturbateurs, quel genre d'occupations pensez-vous promouvoir en proposant des mesures alternatives ?

Question #10 : Pouvez-vous me raconter une réussite où vous avez proposé des/une mesure(s) alternative(s) et que cela a conduit une personne âgée à participer à des activités sur l'étage ou dans le centre ?

Question #11 : Selon vous, en quoi votre travail d'ergothérapeute dans la décision des mesures alternatives se distingue-t-il des autres professionnels de la santé aussi impliqués ?

Question #12 : Pouvez-vous me donner des exemples d'occupations ou portions d'occupations possibles pour des personnes qui vivent en CHSLD ?

Question #13 : Ya-t-il des activités de groupe possibles dans votre CHSLD ?

Question #14 : Comment travaillez-vous en interdisciplinarité ? (Avec les récréologues par exemple) ?

Question #15 : Comment rendez-vous explicite aux autres professionnels le bienfait des mesures alternatives à la contention ?

Question #16 : À partir de votre réseau professionnel, est-ce qu'il vous serait possible d'informer d'autres ergothérapeutes du présent projet de recherche afin de me permettre de recruter d'autres ergothérapeutes ?