

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

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

PAR MARIE-JANE CASAUBON

SOUTENIR LE RÔLE D'AGENT DE CHANGEMENT POUR FAVORISER L'INCLUSION SOCIALE DES PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE DANS LA COMMUNAUTÉ :
PERSPECTIVES DE NOUVEAUX DIPLÔMÉS EN ERGOTHÉRAPIE

DÉCEMBRE 2017

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

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice d'essai Valérie Poulin qui a su me transmettre son intérêt pour la recherche. Je te remercie de m'avoir fait confiance dans ce projet et d'avoir cru en moi. Tes idées et tes commentaires judicieux m'ont permis de pousser ma réflexion toujours plus loin. Merci pour ton temps précieux, ta grande générosité et ta guidance tout au long du processus de rédaction ! Je voudrais également remercier mes collègues de séminaire ainsi que Pierre-Yves Thériault pour vos conseils pertinents et vos commentaires constructifs. Vous avez été une équipe agréable et formidable. Merci aux participants de cette étude, qui ont partagé leur expérience avec beaucoup d'humilité. Finalement, je voudrais remercier les membres de ma famille et mes amies de m'avoir supportée et encouragée durant ce parcours universitaire.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vi
RÉSUMÉ	vii
ABSTRACT	viii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1. Démence	3
2.1.1. Conséquences de la démence sur les occupations	4
2.2. Inclusion sociale des personnes atteintes de démence	4
2.3. Stratégies mises en place pour favoriser l'inclusion sociale	5
2.3.1. Ergothérapie et inclusion sociale des personnes atteintes de démence	6
2.4. Le rôle d'agent de changement en ergothérapie	7
2.4.1. Défis vécus en lien avec le rôle d'agent de changement	8
2.4.2. Pertinence de préparer les futurs ergothérapeutes à exercer le rôle d'agent de changement auprès des personnes atteintes de démence	9
3. OBJECTIFS DE RECHERCHE	10
4. CADRE CONCEPTUEL	11
4.1. Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada	11
4.2. Modèle canadien d'habilitation centré sur le client (MCHCC)	12
4.3. Le Cadre de stratégies centrées sur le client	16
5. MÉTHODOLOGIE	20
5.1. Devis de recherche	20
5.2. Participants	20
5.2.1. Critères d'inclusion	20
5.2.2. Critères d'exclusion	20
5.2.3. La méthode d'échantillonnage	21
5.3. La méthode de collecte de données	21
5.4. Analyse des données	22
5.5. Considérations éthiques	22
6. RÉSULTATS	24
6.1. Description des participants	24
6.2. Expériences de formation ayant sensibilisé à l'inclusion sociale de cette population	24
6.3. Expériences personnelles ayant sensibilisé à l'inclusion sociale de cette population	25
6.4. Niveau d'habilitation perçu pour exercer le rôle d'agent de changement	27
6.5. Les moyens d'acquérir des compétences supplémentaires pour agir comme agent de changement	28
7. DISCUSSION	30
7.1. Expériences personnelles et de formation ayant sensibilisé à l'inclusion sociale de cette	

population	30
7.2. Niveau d'habilitation perçu pour exercer le rôle d'agent de changement	31
7.3. Les moyens d'acquérir des compétences supplémentaires pour agir comme agent de changement	32
7.4. Les obstacles perçus pour agir comme agent de changement	33
7.5. Implication pour la pratique en ergothérapie	34
7.6. Limites et forces de l'étude	36
8. CONCLUSION.....	37
RÉFÉRENCES	38
ANNEXE A QUESTIONNAIRE EN LIGNE.....	42
ANNEXE B LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	48

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Compétences et habiletés d'agent de changement pour lesquelles les nouveaux diplômés se sentent assez ou très habilités.....	27
Tableau 2.	Compétences et habiletés d'agent de changement pour lesquelles les nouveaux diplômés se sentent peu ou pas du tout habilités.....	28
Tableau 3.	Moyens d'acquérir des compétences supplémentaires.....	29

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AOTA	American Occupational Therapy Association
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
MCHCC	Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé

RÉSUMÉ

Problématique : La stigmatisation associée à la démence continue d'influencer les comportements envers les personnes atteintes de démence dans la communauté, ce qui peut diminuer leur participation à des occupations signifiantes et mener à des enjeux importants pour leur inclusion sociale. L'ergothérapeute a un rôle essentiel à jouer auprès de cette population en revendiquant ses droits et en promouvant ses opportunités occupationnelles au niveau sociétal. Ce rôle fait référence à la compétence d'agent de changement en ergothérapie, que les étudiants, dès le début de leur formation universitaire, sont invités à développer et à promouvoir auprès des clients. Or, il peut s'avérer difficile pour eux d'assumer ce rôle et d'exercer des actions concrètes dans la société lors de leur entrée dans la profession. Ainsi, il est nécessaire de les outiller afin de développer leurs habiletés pour agir en tant qu'agent de changement auprès de cette population vulnérable dans la communauté.

Objectifs : Cette étude s'adressant aux nouveaux diplômés en ergothérapie au Québec a pour but de documenter leurs perceptions sur leur formation et leurs compétences à exercer le rôle d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté. Pour ce faire, des objectifs spécifiques sont d'explorer leurs perceptions sur : 1) leurs expériences personnelles et de leur formation les ayant sensibilisés à l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence ; 2) leurs compétences perçues pour exercer le rôle d'agent de changement ainsi que 3) les moyens d'acquérir des compétences supplémentaires pour agir en tant qu'agent de changement.

Cadre conceptuel : Le Cadre de stratégies centrées sur le client (Restall, Ripat et Stern, 2003), le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012) et le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client (MCHCC) (Townsend et coll., 2013) sont utilisés.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude descriptive avec un devis de type mixte puisqu'un questionnaire électronique contenant des questions de nature quantitative et qualitative a été envoyé par courriel aux nouveaux diplômés en ergothérapie des différentes universités québécoises.

Résultats : Dix nouveaux diplômés en ergothérapie de quatre universités québécoises ont répondu au questionnaire. Les résultats de l'étude suggèrent que tous les participants se perçoivent assez ou très habiles pour identifier les clients plus vulnérables et atteints de démence, pour communiquer le rôle de l'ergothérapeute et pour adapter les occupations. Par contre, les compétences et habiletés pour lesquelles les nouveaux diplômés se sentent pas du tout ou peu habiles sont davantage associées à des actions et stratégies au niveau de la communauté et des actions politiques.

Discussion et conclusion : Ces résultats soulèvent la pertinence pour les programmes d'ergothérapie d'offrir des opportunités de développer les compétences pour lesquelles les ergothérapeutes se sentent peu habiles en proposant des expériences en communauté, notamment par le biais de stages. L'étude suggère également un ensemble de moyens concrets pouvant être utilisés par les étudiants dans le cadre de leur formation et dans leur pratique pour acquérir des compétences supplémentaires pour agir à titre d'agent de changement. Pour des recherches futures, il serait également pertinent de faire un suivi des nouveaux diplômés, plusieurs années plus tard, afin de vérifier l'évolution des compétences et habiletés pour agir comme agent de changement.

Mots-clés : Stigmatisation, inclusion sociale, communauté inclusive, démence et ergothérapie

ABSTRACT

Background: The stigma associated with dementia continues to influence behavior towards people with dementia in the community, which may reduce their participation in meaningful occupations and lead to significant issues for their social inclusion. The occupational therapist has a vital role to play with this population by claiming their rights and promoting their participation in the community. This role refers to the competence of change agent in occupational therapy, where students, from the beginning of their university education, are invited to develop it and promote it. However, it can be difficult for them to assume this role and to take concrete actions in society when they enter the profession. Thus, it is necessary to equip them to develop their skills to act as a change agent for this vulnerable population in the community. **Objectives:** This study, targeting recent occupational therapy graduates in Quebec, aims to document their perceptions of their training and their skills as change agents to promote the social inclusion of people with dementia in the community. To do this, specific goals are to explore their perceptions about: 1) how their personal experiences and training have made them aware of the social inclusion of people with dementia; 2) their perceived skills to perform the role of change agent; and 3) the means to acquire additional skills to act as change agents. **Conceptual Framework:** The Client-Centered Strategies Framework (Restall, Ripat and Stern, 2003), The Occupational Therapist Practice Profile in Canada (Canadian Association of Occupational Therapists, 2012) and the Client Centered Empowerment Model (MCHCC) (Townsend *et al.*, 2013) are used. **Methods:** This is a descriptive study with a mixed design. An electronic questionnaire containing questions of a quantitative and qualitative nature was emailed to new occupational therapy graduates from the various Quebec universities. **Results:** Ten new occupational therapy graduates from four Quebec universities responded to the questionnaire. The results of the study suggest that all of the participants perceive themselves to have enough or a lot of skills to identify more vulnerable clients with dementia, to communicate the role of the occupational therapist and to adapt occupations. On the other hand, the skills and abilities for which recent graduates feel not at all or poorly qualified are more associated with community-level actions and strategies and political actions. **Discussion and conclusion:** These results support the relevance for occupational therapy programs to provide opportunities to develop competency-related skills for which occupational therapists feel little empowered by providing community-based experiences, including through internships. The study also suggests a set of concrete means that can be used by students as part of their training and in their practice to acquire additional skills to act as change agents. For future research, it would also be relevant to follow up on new graduates several years later to check the evolution of skills and abilities to act as change agents.

Keywords: Stigma, social inclusion, inclusive community, dementia and occupational therapy

1. INTRODUCTION

Les personnes atteintes de démence peuvent vivre divers enjeux tels que l'expérience d'exclusion sociale par les membres de la société (Innes, Bradley et Murphy, 2004). Elles ont ainsi des opportunités limitées de participer à des occupations signifiantes (Brannelly, 2011). Or, plusieurs facteurs liés à l'environnement physique et social peuvent contribuer à favoriser leur participation et leur inclusion sociale tels que l'interaction avec d'autres personnes atteintes de démence, l'utilisation de l'humour et un environnement physique adapté (ex. : sécurité, réduction de stimuli sensoriels et repères visuels favorisant l'orientation) (Fleming, Bennett, Preece et Phillipson, 2016; Innes, Page et Cutler, 2016; Wolverson, Clarke et Moniz-Cook, 2016). L'inclusion sociale des personnes atteintes de démence vise ainsi la poursuite de leurs activités signifiantes dans la communauté le plus longtemps possible, par exemple des loisirs tels que la danse, la marche, la musique et la lecture (Smith, 2016; Wolverson et coll., 2016).

L'ergothérapeute a un rôle essentiel à jouer auprès de cette population vulnérable en plaidoyer dans le but de promouvoir ses droits et ses opportunités occupationnelles au niveau sociétal pour apporter des changements favorisant l'inclusion sociale (Kirsh, 2015). Une des compétences importantes à développer en tant qu'ergothérapeute est d'agir comme agent de changement (ACE, 2012). Or, un défi vécu par les professionnels est la difficulté à assumer le rôle d'agent de changement et d'ainsi exercer des actions concrètes pour soutenir les clientèles marginalisées dans la communauté telles que les personnes atteintes de démence (Finlayson, 2013 ; Hammell et coll., 2015). Ainsi, il s'avère pertinent d'outiller l'ergothérapeute à utiliser son expertise pour reconnaître et revendiquer au nom des clients vivant des situations causant des injustices occupationnelles (ACE, 2012; Polatajko et coll., 2013). La formation universitaire des ergothérapeutes est un moment clé pour le développement des compétences et des habiletés professionnelles. C'est donc pour ces raisons qu'il apparaît pertinent, par cet essai, de documenter les perceptions des nouveaux diplômés en ergothérapie.

Cette étude présente les résultats d'un sondage mené auprès de nouveaux diplômés en ergothérapie afin de documenter leurs perceptions sur leur formation et leurs compétences à exercer le rôle d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté. Pour ce faire, la section suivante abordera la problématique en lien

avec le rôle d'agent de changement en ergothérapie et l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence en communauté. La troisième section présentera le cadre conceptuel guidant cette étude. La quatrième section présentera la méthode utilisée comprenant le devis de recherche, les participants, la méthode d'échantillonnage et de collecte de données, l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques. La cinquième section abordera les résultats de l'étude qui seront ensuite discutés dans la sixième section, soit la discussion, qui met en lien les résultats avec les écrits scientifiques existants. Finalement, la dernière section permettra de conclure cette étude.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section présente le concept de la démence ainsi que les principales conséquences sur les occupations des personnes qui en sont atteintes. Aussi, le concept d'inclusion sociale des personnes atteintes de démence ainsi que les principales stratégies mises en place pour favoriser celle-ci sont abordées. Ensuite, le rôle de l'ergothérapeute en tant qu'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale ainsi que la difficulté à assumer ce rôle y sont présentés, suivis de la pertinence d'outiller les futurs ergothérapeutes dans le cadre de leur formation à adopter le rôle d'agent de changement.

2.1. Démence

La démence est une condition chronique et dégénérative qui se caractérise par une détérioration des capacités cognitives et par l'apparition des problèmes comportementaux (Dodd, Cheston et Ivanecka, 2015). Il est possible d'observer chez les personnes qui en sont atteintes un déclin de la mémoire, de l'orientation, du jugement, de la résolution de problèmes, du langage ainsi que des apprentissages. Aussi, la démence peut avoir des conséquences à divers niveaux chez les individus tels que physique, psychologique, social et économique (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2016). Il existe différents types et stades d'évolution de la démence.

En raison du vieillissement de la population au niveau mondial, l'incidence de la démence devrait augmenter rapidement au cours des prochaines années (McGrath et O'Callaghan, 2014). En effet, Prince, Bryce, Albanese, Wimo, Ribeiro et Ferri (2013) ont réalisé une méta-analyse sur la prévalence globale de la démence dans le monde. Ils rapportent qu'en 2010, plus de 35,6 millions de personnes vivaient avec une démence. Ce nombre devrait presque doubler tous les 20 ans, soit à 65,7 millions en 2030 et à 115,4 millions en 2050. Au Canada, environ 564 000 personnes vivent avec la démence. D'ici 2031, ce nombre devrait augmenter à 937 000 (Société Alzheimer Canada, 2016).

2.1.1. Conséquences de la démence sur les occupations

Les personnes atteintes de démence peuvent présenter des difficultés à réaliser des occupations signifiantes en raison d'une diminution des capacités cognitives (Greenwood et Smith, 2016). Les auteurs Mitchell, Burton et Raman (2004) suggèrent que les personnes atteintes de démence sont beaucoup plus limitées dans l'utilisation de leur environnement de façon indépendante que les personnes qui ne sont pas atteintes de démence. Par exemple, le recours en croissance à la technologie pour payer des factures, à la banque ou dans les commerces peut rendre la réalisation des occupations davantage difficile. La difficulté à réaliser les occupations peut entraîner l'isolement social. En effet, les personnes peuvent sentir qu'elles ne sont pas en mesure de participer aux occupations signifiantes en raison d'une diminution des capacités, accélérant l'isolement ainsi que la perte de sens de participer à des activités sociales (Greenwood et Smith, 2016).

2.2. Inclusion sociale des personnes atteintes de démence

Les personnes atteintes de démence peuvent vivre divers enjeux tels que l'expérience d'exclusion sociale par les membres de la société (Innes, Bradley et Murphy, 2004). Ces personnes, vivant de l'isolement social, ont ainsi des opportunités limitées de participer à des occupations signifiantes. Elles ont moins d'opportunités de faire des choix et ont moins de contrôle sur leur propre vie. Elles peuvent éprouver des difficultés à participer à la prise de décisions et cela peut affecter leur rôle de citoyen dans la communauté (Innes et coll., 2004).

Aussi, les personnes atteintes de démence mentionnent de nombreux besoins en lien avec la participation aux occupations. En effet, une revue systématique réalisée par Von Kutzleben et ses collaborateurs (2012) et traitant de l'expérience des personnes vivant avec la démence, mentionne qu'un besoin essentiel est le « maintien de la normalité », en étant considérées comme des gens normaux vivant dans la société et non comme des personnes différentes. De plus, ces personnes rapportent comme besoin de base, pour maintenir leur sentiment d'identité et d'appartenance au sein de sa communauté, d'être en mesure de maintenir leurs occupations signifiantes (Clarke et Bailey, 2016).

Or, ces besoins sont difficiles à combler actuellement puisqu'il est souvent rapporté qu'il y a un manque de compréhension des membres de la société en lien avec les symptômes de la maladie, ce qui contribue à favoriser des pratiques stigmatisantes comme l'évitement ou la discrimination ainsi qu'un environnement inadapté (OMS, 2016). En effet, dans une étude menée auprès de citoyens issus de la Grande-Bretagne, la majorité des participants reconnaissaient le manque d'inclusion dans la communauté des personnes atteintes de démence et percevaient que l'inclusion sociale de ces personnes était de faible à très faible dans leur communauté (Alzheimer's Society, 2012).

Ainsi, tous ces constats reflètent bien les importants enjeux entourant l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence. Le concept d'inclusion sociale des personnes atteintes de démence vise la poursuite de leurs activités signifiantes dans la communauté le plus longtemps possible, par exemple des loisirs tels que la danse, la marche, la musique et la lecture (Smith, 2016; Wolverson et coll., 2016). En d'autres mots, l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence vise à leur offrir des opportunités de participer à des activités dans leur communauté, de s'engager dans des activités sociales significatives et d'avoir accès aux services en société (Cook, 2008). Ainsi, face à ces enjeux auxquels font face les personnes atteintes de démence quant à leur inclusion sociale, la communauté scientifique reconnaît l'importance de développer des stratégies pour favoriser celle-ci.

2.3. Stratégies mises en place pour favoriser l'inclusion sociale

En effet, il est possible de remarquer qu'au cours des dernières années, des mesures ont été mises en place afin de créer des environnements inclusifs sur le plan physique, mais aussi sur le plan social en ce qui concerne les personnes atteintes de démence. En effet, dans certains pays comme l'Australie et la Grande-Bretagne, de récentes initiatives nommées *dementia-friendly-communities* sont créées dans le but d'impliquer les personnes atteintes de démence dans la vie quotidienne et dans la communauté (Crampton, Dean et Eley, 2012). Les *dementia-friendly-communities* offrent du soutien aux différents professionnels, aux municipalités et aux gens de la communauté tels que les policiers, les commerçants et les chauffeurs d'autobus, afin que chacun puisse participer à la création d'environnements accessibles et inclusifs pour les personnes

atteintes de démence. À ce sujet, des trousseaux d'informations sont offertes aux municipalités et aux services professionnels concernés (Society Alzheimer British Columbia, 2016). Ainsi, plusieurs facteurs au niveau de l'environnement physique et social peuvent contribuer à favoriser l'inclusion sociale de cette population. Entre autres, des approches novatrices visant à favoriser l'interaction avec d'autres personnes atteintes de démence, soient le *BUDI Orchestra* et le programme *Memory Lane Cafe* sont des initiatives qui permettent d'utiliser les habiletés et les talents des personnes atteintes de démence (par exemple par la musique) pour les engager dans une activité signifiante et de passer du temps en compagnie de personnes dans une situation semblable à la leur (Alzheimer's Australia, 2016; Dow, 2016; Reynolds, Innes, Poyner et Hambidge, 2016). De plus, l'utilisation de l'humour et un environnement physique adapté (ex. : sécurité, réduction de stimuli sensoriels et repères visuels favorisant l'orientation) dans la communauté représentent des stratégies pertinentes pour favoriser la participation de ces personnes dans leurs occupations (Fleming, Bennett, Preece et Phillipson, 2016; Innes, Page et Cutler, 2016; Wolverson et coll., 2016). Les mesures mises en place afin de favoriser la participation aux occupations peuvent ainsi accroître l'estime de soi, mais aussi permettre de répondre aux besoins et de continuer à se sentir « normal ». Ainsi, ces nouvelles mesures mises en place dans différents pays semblent prometteuses pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence. Actuellement, au Canada certaines régions de provinces telles que la Colombie-Britannique et l'Ontario adoptent ce type d'intervention (Wiersma et Denton, 2016). Ainsi, il pourrait être avantageux, pour le Québec, d'explorer l'utilisation de ces mesures. Or, ces récents développements nécessitent d'être davantage étudiés afin de vérifier l'efficacité de ces approches pour l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence.

2.3.1. Ergothérapie et inclusion sociale des personnes atteintes de démence

L'un des principaux professionnels de la santé susceptible d'intervenir auprès des personnes atteintes de démence et de mettre en place différentes stratégies pour faire face aux enjeux d'inclusion sociale est l'ergothérapeute. En effet, l'ergothérapeute a un rôle essentiel à jouer auprès des personnes atteintes de démence. Il intervient auprès de cette clientèle en perte d'autonomie par l'adaptation de l'activité et de l'environnement, favorisant la poursuite des occupations signifiantes dans la communauté et des soins personnels tels que l'hygiène, l'habillage et l'alimentation à un stade avancé de l'évolution de la maladie (American Occupational Therapy

Association [AOTA], 2017; Arbesman et Lieberman, 2011; Gauthier et Poirier, 2013; Padilla, 2011). Aussi, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) (2016) rapporte l'importance pour l'ergothérapeute d'élargir l'évaluation des besoins des personnes atteintes de démence, notamment sur le plan des occupations réalisées dans la communauté, dans une perspective de maintenir une participation sociale satisfaisante, à long terme. En effet, les ergothérapeutes sont des acteurs pivots dans la communauté par leurs actions préventives et de promotion de la santé, en s'appuyant sur des modèles théoriques propres à leur profession et ayant une vision plus large des problématiques vécues (Carrier et Raymond, 2016). Ainsi, pour être en mesure d'appliquer des stratégies visant la poursuite des occupations signifiantes des personnes atteintes de démence dans la communauté et d'offrir des actions préventives, l'ergothérapeute doit utiliser ses compétences professionnelles pour plaider auprès de cette clientèle. La compétence principale à utiliser pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence est celle d'agent de changement (ACE, 2012).

2.4. Le rôle d'agent de changement en ergothérapie

Ainsi, l'ergothérapeute a un rôle essentiel à jouer auprès des personnes vulnérables atteintes de démence en plaideur pour promouvoir leurs droits et leurs opportunités occupationnelles au niveau sociétal pour apporter des changements favorisant l'inclusion sociale (Kirsh, 2015). Dans le Profil de la pratique des ergothérapeutes du Canada (ACE, 2012), le rôle de plaideur fait référence à la compétence d'agent de changement. Celle-ci fait partie des sept compétences professionnelles attendues d'un ergothérapeute dans sa pratique. La compétence d'agent de changement vise l'exercice de revendications de l'ergothérapeute au nom des clients dans la communauté dans le but d'améliorer les programmes, les services, le financement, la gestion et l'effet sur les occupations quotidiennes des clientèles vulnérables (ACE, 2012). Les stratégies de changement appliquées par l'ergothérapeute sont utilisées à la fois pour aborder les changements individuels, des populations et des systèmes, ce qui peut entraîner éventuellement des changements individuels et sociaux (Cyr, 2015).

Le modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC) propose aussi une gamme d'habiletés que l'ergothérapeute et l'étudiant en ergothérapie, dans le cadre de la

formation, développent et utilisent dans des contextes et avec des clientèles spécifiques, pour soutenir ces compétences professionnelles, telle que celle d'agent de changement (Townsend et Polatajko, 2013). En effet, l'étudiant et l'ergothérapeute, agissant en tant qu'agent de changement, peuvent utiliser leurs habiletés à revendiquer auprès d'instances supérieures, à éduquer les membres de la communauté, à communiquer et à collaborer avec les associations, entre autres, pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence.

2.4.1. Défis vécus en lien avec le rôle d'agent de changement

Or, un défi vécu par les ergothérapeutes est d'assumer le rôle d'agent de changement. En effet, Carrier et Contandriopoulos (2016) rapportent que l'agent de changement est une compétence importante, mais difficile à adopter. Les auteurs proposent des stratégies de communication pour outiller les ergothérapeutes dans la façon de transmettre des connaissances auprès des organisations ou des autres instances auxquelles ils vont plaider pour favoriser le changement. Pour sa part, Finlayson (2013) mentionne l'inconfort à porter « l'étiquette » d'agent de changement au quotidien dans la pratique. Elle rapporte également le manque de constance, de cohérence et de compréhension de la conception de ce rôle en ergothérapie au courant de l'histoire. Cette étude fait ressortir également la possibilité qu'a l'ergothérapeute de posséder des habiletés, des qualités personnelles et des compétences à exercer le rôle d'agent de changement. Cependant, cela ne veut pas dire qu'il va être en mesure d'assumer ce rôle et d'exercer un changement réel dans la communauté. De plus, Finlayson (2013) présente également des pistes pour outiller l'ergothérapeute à développer les compétences à titre d'agent de changement. En effet, l'auteure apporte des connaissances à approfondir dans d'autres disciplines pour assumer le rôle d'agent de changement telles que la planification, l'organisation, la résolution de problèmes et la théorie sur le changement. De plus, les auteurs Restall, Gayle, et Ripat (2008), ayant effectué une étude auprès de 230 ergothérapeutes canadiens, mentionnent que les ergothérapeutes connaissent des difficultés pour assumer les compétences d'agent de changement, particulièrement celles réalisées au niveau communautaire. Ainsi, ces études fournissent des indices sur l'importance d'outiller l'ergothérapeute et que celui-ci aille chercher les connaissances et acquiert les compétences nécessaires pour assumer le rôle d'agent de changement.

2.4.2. Pertinence de préparer les futurs ergothérapeutes à exercer le rôle d'agent de changement auprès des personnes atteintes de démence

Parmi les études recensées sur les stratégies favorisant l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence, une seule portait sur la sensibilisation et la formation de futurs professionnels, soit des étudiants en soins infirmiers ayant reçu deux heures de formation sur le programme novateur *dementia-friendly-communities* (qui porte sur les environnements social et physique inclusifs et l'enseignement sur les symptômes de la maladie). Suite à cette formation, les étudiants ont rapporté une amélioration significative de leurs connaissances en lien avec les symptômes de la démence et de leur confiance pour intervenir auprès de ces personnes (Mitchell et coll., 2016). Cette étude peut fournir des indices sur l'importance de l'éducation aux professionnels dans le cadre de leur formation. Cependant, aucune étude n'aborde les compétences et les habiletés acquises et à développer par les ergothérapeutes dans le cadre de leur formation pour être davantage habilités à revendiquer pour les personnes vivant avec la démence. Or, l'ergothérapeute a un rôle important à jouer comme agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale de cette population vulnérable. La formation universitaire des ergothérapeutes est un moment clé pour le développement des compétences et habiletés professionnelles (Kirsh, 2015).

3. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Ainsi, l'objectif général de la recherche est de documenter les perceptions des nouveaux diplômés en ergothérapie sur leur formation et leurs compétences à exercer le rôle d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté. Dans le but de répondre à cet objectif général, trois objectifs spécifiques sont élaborés :

- 1) Explorer leurs expériences personnelles et de formation les ayant sensibilisés à l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence.
- 2) Explorer leurs compétences et habiletés perçues afin d'exercer le rôle d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence.
- 3) Déterminer les moyens d'acquérir des compétences supplémentaires pour agir en tant qu'agent de changement.

4. CADRE CONCEPTUEL

Cette section présente les principales notions théoriques et conceptuelles qui ont guidé la réalisation de cette étude. Le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2012) et le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC) (Townsend et coll., 2013) seront présentés et utilisés pour faire ressortir les habiletés et les compétences nécessaires au rôle d'agent de changement en ergothérapie. Aussi, le Cadre de stratégies centrées sur le client (Restall et coll., 2003) guidant les professionnels et les étudiants à résoudre des problèmes dans la communauté, tels que ceux liés à l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence, sera abordé en faisant ressortir les liens avec la présente étude.

4.1. Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada

Les programmes de formation en ergothérapie visent le développement de connaissances, d'habiletés et de compétences, telles que décrites dans le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (2012) (ACE, 2012). Dans le cadre de cet essai, ce modèle a guidé l'élaboration de questions sur les compétences perçues par les nouveaux diplômés en ergothérapie afin d'exercer le rôle d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté.

Le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada présente un modèle de pratique qui est composé d'un large éventail de compétences. Les compétences sont issues d'un ensemble de connaissances et d'habiletés obtenues par l'apprentissage formel, c'est-à-dire dans un contexte d'établissement d'enseignement ou de formation, et informel, soit par l'acquisition de compétences dans un milieu de pratique (ACE, 2012). Celles-ci permettent de réaliser des tâches liées à une occupation donnée (ACE, 2012). Les compétences à acquérir par les ergothérapeutes touchent sept rôles principaux soit l'expert en habilitation de l'occupation, rôle central de l'ergothérapeute, ainsi que les rôles de communicateur, de collaborateur, de professionnel, de praticien érudit, de gestionnaire de sa pratique et, enfin, celui d'agent de changement. Certaines de ces compétences sont attendues des ergothérapeutes diplômés au début de leur carrière, alors que d'autres peuvent être associées à des niveaux d'expérience plus avancés. En effet, pour un ergothérapeute finissant, les compétences d'agent de changement attendues font référence à des attentes en lien avec une pratique dite « compétente » de l'ergothérapie (ACE, 2012). En tant

qu'agent de changement, l'ergothérapeute pourrait être amené à revendiquer les droits et les possibilités occupationnelles des personnes atteintes de démence, de présenter leur rôle et d'adapter les occupations.

4.2. Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC)

Le MCHCC propose, quant à lui, une gamme d'habiletés que l'ergothérapeute et l'étudiant, dans le cadre de la formation, développent et utilisent dans des contextes et avec des clientèles spécifiques, pour soutenir les compétences professionnelles, telle que celle d'agent de changement (Townsend et coll., 2013). Dans le cadre de cet essai, ce modèle a guidé l'élaboration des questions du sondage de façon complémentaire au Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2012), concernant les habiletés perçues par les nouveaux diplômés en ergothérapie afin d'exercer les compétences d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté. Dans le MCHCC, l'habilitation est décrite comme la compétence primordiale de l'ergothérapeute. Elle s'articule autour de différentes habiletés d'habilitation qui sont déployées afin de favoriser l'engagement et la participation aux occupations (Townsend et coll., 2013). Les dix habiletés d'habilitation représentées dans le modèle sont les suivantes : adapter, revendiquer, coacher, collaborer, consulter, coordonner, concevoir, éduquer, engager et mettre à profit l'expertise. L'ergothérapeute utilise les différentes habiletés d'habilitation de façon simultanée et dans diverses situations en fonction des besoins et des demandes du client dans son contexte propre. Les clients peuvent être des individus (par exemple les personnes atteintes de démence), des familles, des groupes, des communautés, des populations ou des organisations. Dans une perspective communautaire, l'ergothérapeute vise à habiliter les membres de la société afin de favoriser l'inclusion sociale pour que tous puissent s'engager, selon leur plein potentiel, dans les occupations signifiantes (Townsend et coll., 2013).

Cinq compétences incluses dans le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2012) sont comparables aux habiletés d'habilitation, soit agent de changement, collaborateur, communicateur, gestionnaire de la pratique et expert en habilitation de l'occupation. Les habiletés d'habilitation permettent d'identifier les actions concrètes des ergothérapeutes dans l'un ou l'autre des rôles relevant de compétences spécialisées. En effet,

comme agent de changement dans un contexte d'inclusion sociale des personnes atteintes de démence, l'ergothérapeute peut utiliser, entre autres, des habiletés pour adapter les occupations, pour revendiquer les opportunités occupationnelles et pour collaborer auprès d'associations (Townsend et coll., 2013). Dans le cadre de cet essai, l'utilisation du MCHCC a permis de faire ressortir les habiletés, c'est-à-dire les actions concrètes des ergothérapeutes, pour agir comme agent de changement. Ainsi, l'analyse de données permet de faire ressortir le niveau d'habilitation perçu en lien avec les habiletés du MCHCC concrètement pour exercer le rôle d'agent de changement.

Les prochains paragraphes décrivent chacune des dix habiletés d'habilitation en faisant également des liens avec le rôle d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence.

La première habileté incluse dans le MCHCC est celle d'adapter les occupations en fonction de l'analyse des composantes de l'occupation signifiante de la personne (Townsend et coll., 2013). Auprès des personnes atteintes de démence, les ergothérapeutes peuvent adapter les occupations en identifiant les obstacles à la participation occupationnelle et la façon dont ces obstacles pourraient être abordés afin de maximiser les opportunités pour les personnes atteintes de démence (ACE, 2012; Townsend et coll., 2013). Aussi, l'ergothérapeute pourrait adapter l'environnement des personnes atteintes de démence dans la communauté (ex.: recommandations d'aménagement physique plus inclusif dans les commerces pour favoriser la sécurité, l'orientation et diminuer les distractions) (Fleming et coll., 2016; Innes et coll., 2016; Wolverson et coll., 2016).

La deuxième habileté est celle de revendiquer des changements locaux ou des changements politiques dans le but de permettre au client (incluant aussi les communautés, organismes et populations) de s'engager dans des occupations signifiantes ou de réorganiser les possibilités occupationnelles ainsi que les ressources nécessaires à l'inclusion sociale des clientèles marginalisées (Townsend et coll., 2013). Ainsi, auprès des personnes atteintes de démence, l'ergothérapeute peut revendiquer les droits et les possibilités occupationnelles pour faciliter leur participation à des occupations signifiantes dans la communauté telles que le magasinage, la marche ou le chant (Alzheimer's Australia, 2016; ACE, 2012; Dow, 2016; Reynolds et coll., 2016).

La troisième habileté est celle de consulter des individus, des familles et des groupes en tenant compte de leur perspective similaire ou différente, en les accompagnant, en les encourageant et en leur offrant des conseils quant aux options possibles afin d'adapter ou de revendiquer la possibilité de changements (Townsend et coll., 2013). Dans le contexte de la population à l'étude, l'ergothérapeute peut consulter les personnes atteintes de démence dans la communauté (et/ou leurs proches) sur leurs perceptions, leurs besoins et leurs attentes ainsi que d'autres groupes et associations pertinentes pour favoriser la participation occupationnelle de cette population (Townsend et coll., 2013).

La quatrième habileté est celle de *coachier* et d'accompagner de façon personnalisée le client et les membres de sa famille dans leur réflexion personnelle en lien avec leurs besoins et leurs désirs occupationnels (Townsend et coll., 2013). Ainsi, l'ergothérapeute peut coacher les personnes atteintes de démence, leur famille et les membres d'associations spécialisées dans l'établissement de leurs priorités et dans leurs efforts pour obtenir les services requis, et par la suite, choisir et concevoir un plan d'action pour atteindre les objectifs convenus (ACE, 2012).

La cinquième habileté est celle de collaborer faisant référence à un partage de pouvoir avec le client, les organismes et les membres de la communauté afin de travailler sur les défis occupationnels (Schaeffer, 2002; Townsend et coll., 2013). Ainsi, auprès des personnes atteintes de démence, l'ergothérapeute peut collaborer avec d'autres associations professionnelles ou organismes communautaires (ex. : Société Alzheimer) afin d'établir un partenariat pour la mise en place de projets inclusifs (Restall et coll., 2003).

La sixième habileté est celle de coordonner visant à prendre les mesures appropriées pour mettre en lien les personnes et les ressources nécessaires, en encourageant le réseautage, pour faciliter l'habilitation à l'occupation (Townsend et coll., 2013). Auprès des personnes atteintes de démence, l'ergothérapeute peut coordonner les efforts par l'organisation de forums communautaires avec d'autres ergothérapeutes pour accroître leur niveau de connaissances et apporter des solutions concernant les enjeux d'inclusion sociale de cette population (Restall et coll., 2003).

La septième habileté est celle de concevoir faisant référence à la réalisation de programmes, de politiques, de services ou d'adaptations environnementales. Cette habileté nécessite la planification, par l'ergothérapeute d'échéanciers, de ressources matérielles et financières, ainsi que des lieux requis pour la réalisation du projet ou d'un programme (Townsend et coll., 2013). En lien avec les clientèles marginalisées, l'ergothérapeute peut concevoir des programmes novateurs pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence par la participation à des activités signifiantes dans des environnements adaptés (Crampton, Dean et Eley, 2012).

La huitième habileté est celle d'éduquer les personnes, les communautés et les organismes afin de favoriser la participation et l'engagement dans les occupations signifiantes (Townsend et coll., 2013). Dans le cadre de la thématique de ce projet, l'ergothérapeute peut éduquer sur la démence les membres de la communauté (ex. : les policiers, les commerçants, les chauffeurs d'autobus) et les organismes afin de favoriser l'inclusion sociale des personnes touchées, par l'utilisation de médias électroniques, par exemple (Society Alzheimer British Columbia, 2016).

La neuvième habileté est celle d'engager et s'avère essentielle dans la création de l'alliance thérapeutique avec le client de sorte que celui-ci puisse exprimer sa propre perspective. Cette habileté vise l'engagement de la personne par des actions concrètes, au-delà des discours, afin de favoriser le changement (Townsend et coll., 2013). L'ergothérapeute peut accompagner les personnes atteintes de démence à s'engager dans la communauté (et/ou leurs proches) afin que celles-ci communiquent entre elles, qu'elles s'apportent un soutien mutuel et qu'elles identifient les problèmes et enjeux importants pour elles. Aussi, l'ergothérapeute peut s'engager dans la planification communautaire pour influencer la façon dont les structures du système, les politiques et l'affectation des ressources peuvent soutenir la pleine participation occupationnelle des personnes atteintes de démence dans la communauté (Restall et coll., 2003).

La dixième habileté est celle de mettre à profit l'expertise à l'aide de connaissances spécialisées dans un domaine, en se basant sur les résultats probants, les cadres conceptuels et les notions théoriques relatives aux connaissances à partager dans un contexte particulier (Townsend et coll., 2013). L'ergothérapeute peut mettre à profit son expertise auprès des membres de la société en offrant des formations sur les signes et les répercussions de la démence dans le quotidien, les environnements sociaux et physiques inclusifs ainsi que les interventions

appropriées pour optimiser la participation occupationnelle (AOTA, 2017; Arbesman et Lieberman, 2011; Gauthier et Poirier, 2013; Padilla, 2011).

4.3. Le Cadre de stratégies centrées sur le client

Dans cet essai, le Cadre de stratégies centrées sur le client a permis de faire ressortir différents moyens d'acquérir des compétences supplémentaires pour agir en tant qu'agent de changement, en fournissant des exemples concrets de stratégies touchant la réflexion personnelle, le processus axé sur le client, le contexte de pratique, l'organisation communautaire ainsi que le plaidoyer et l'action politique (Restall et coll., 2003). Au besoin, il est possible de consulter la figure 1 de la page 106 de l'article de Restall et ses collaborateurs (2003) qui résume les composantes de ce modèle.

Le Cadre de stratégies centrées sur le client est d'ailleurs un outil développé pour soutenir les ergothérapeutes novices et expérimentés ainsi que les étudiants en ergothérapie pour leur permettre de relever les défis dans la résolution de problèmes auprès de clientèles marginalisées, par l'identification de stratégies et d'actions pertinentes. Ce cadre conceptuel peut aussi être utilisé pour les guider dans le développement de leurs connaissances, leurs compétences et leurs attitudes à l'égard de la pratique auprès des populations marginalisées. Les stratégies utilisées et décrites dans ce modèle ont pour but d'influencer le changement et d'outiller les thérapeutes au plan personnel, dans leurs interactions avec leurs clients ainsi qu'au sein des milieux de pratique (Restall et coll., 2003; Restall et coll., 2008). En complémentarité, l'étude de Restall et ses collaborateurs (2008) propose d'autres stratégies, comme mentionnées dans cet essai, pour outiller les étudiants et les professionnels à agir comme agent de changement.

Ce cadre conceptuel est composé de cinq catégories de stratégies, soit la réflexion personnelle, le processus axé sur le client, le contexte de pratique, l'organisation communautaire ainsi que le plaidoyer, la coalition et l'action politique.

La première catégorie est la réflexion personnelle, où le clinicien est amené à réfléchir sur ses connaissances, ses compétences, ses valeurs et ses croyances par le moyen de différentes

stratégies ou d'actions. Ce processus réflexif facilite une meilleure compréhension de la façon dont les caractéristiques personnelles de l'ergothérapeute influencent sa pratique personnelle. En effet, la clarification des valeurs personnelles est un processus aidant le clinicien à comprendre ses réactions lorsque les valeurs du client, de groupes ou de communautés diffèrent de la sienne. Ainsi, cela peut faire en sorte que l'ergothérapeute choisisse des actions ou des stratégies en demeurant fidèle à ses propres valeurs, tout en soutenant le client dans l'habilitation des occupations (Restall et coll., 2003). L'ergothérapeute qui agit comme agent de changement auprès des personnes atteintes de démence peut choisir des stratégies permettant le développement et la réflexion personnelle pour l'identification des valeurs, des croyances et des préjugés, par exemple, la tenue d'un journal personnel. Aussi, l'ergothérapeute peut choisir de développer ses connaissances en effectuant des recherches dans la littérature, en assistant à des conférences, en recevant une formation spécialisée (ex. : *advocacy*) et en vivant une expérience en communauté auprès de ces personnes (ex. : bénévolat, membres d'associations) (Restall et coll., 2003).

La deuxième catégorie est le processus axé sur le client qui vise la création d'un environnement sain et propice aux échanges avec le client. Aussi, cela permet de favoriser une relation thérapeutique adéquate par une communication adaptée aux difficultés de la personne qui présente des déficits cognitifs (Hobson, 1999; Restall et coll., 2013). L'ergothérapeute accompagne le client et l'habile de sorte qu'il exprime les choses importantes pour lui et les défis occupationnels vécus (Corring et Cook, 1999). Auprès d'un client atteint de démence, l'ergothérapeute qui agit comme agent de changement, peut utiliser diverses évaluations permettant de discuter avec celui-ci et de documenter les difficultés occupationnelles vécues, les occupations signifiantes ainsi que les principales attentes en ergothérapie. Cela peut se faire par la passation d'une entrevue occupationnelle et d'une évaluation fonctionnelle, de manière à favoriser l'inclusion sociale (Restall et coll., 2003).

La troisième catégorie est le contexte de pratique et fait référence à des stratégies ou à des actions favorisant la création d'environnements physiques inclusifs au sein des organisations où travaille l'ergothérapeute afin de favoriser la pratique axée sur les besoins spécifiques du client. Aussi, dans le contexte de pratique, l'ergothérapeute peut s'impliquer dans les tâches administratives afin de participer à la planification tout en défendant les besoins des clients auprès

de gestionnaires d'établissements (Restall et coll., 2003).

La quatrième catégorie est l'organisation communautaire et fait référence à l'utilisation par l'ergothérapeute de la stratégie de construction communautaire comme moyen d'engagement et d'autonomisation des communautés. Ce groupe de stratégies permet de maximiser l'effort collectif des personnes et des organisations pour prendre des mesures en faveur du changement (Restall et coll., 2003). Walter (1999) conceptualise la pratique de la construction communautaire en y intégrant plusieurs dimensions, y compris le développement et la planification communautaires. En ce qui concerne le développement communautaire, les ergothérapeutes qui s'y engagent sont considérés comme des partenaires égaux envers les autres personnes de la communauté. Les ergothérapeutes peuvent initier, soutenir et fournir leur expertise aux besoins de la communauté, ce qui peut permettre à ses membres d'exprimer leurs priorités et leurs préoccupations. En ce qui concerne la planification communautaire, cette stratégie suppose que les membres d'une organisation possèdent les ressources et la capacité de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre ainsi que d'évaluer les projets. Auprès de la population atteinte de démence, un ergothérapeute pourrait décider d'implanter dans une ville un établissement de café rencontre qui permettrait de réunir les personnes atteintes de démence favorisant la socialisation et la participation à des occupations signifiantes. L'ergothérapeute peut décider de proposer une assemblée via le journal local à la salle communautaire de la ville afin d'obtenir la perspective des gens de la communauté en lien avec ce projet. Aussi, il peut décider d'y inviter des personnes atteintes de démence, concernées directement par le projet, pour proposer l'idée (Restall et coll., 2003).

La cinquième catégorie concerne les actions politiques qui sont des stratégies visant à rassembler des individus et des groupes divers afin de défendre le changement de politique, le développement des ressources et les changements écologiques (McElroy, Bibeau, Steckler et Glanz, 1988). L'ergothérapeute, lorsqu'il est impliqué dans des organisations professionnelles, peut utiliser ses compétences pour plaider auprès du gouvernement afin de défendre les intérêts du client ou de la profession. Les ergothérapeutes peuvent également fournir un leadership et un soutien à l'élaboration de nouvelles organisations (Restall et coll., 2003). Par exemple, l'ergothérapeute peut mener des actions concrètes (ex. : lettre envoyée au gouvernement du

Québec ou effectuer une conférence en public) afin de plaider en faveur de la mise en place au Québec de *dementia-friendly-communities* pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté (Society Alzheimer British Columbia, 2016; Restall et coll., 2003).

5. MÉTHODOLOGIE

Cette section présente le devis de recherche, les participants, la méthode de collecte de données, l'analyse des données et les considérations éthiques.

5.1. Devis de recherche

Le devis de recherche utilisé pour répondre aux objectifs de cette étude est de type descriptif simple dans un paradigme mixte. En effet, dans l'étude, des données qualitatives et quantitatives sont recueillies. Cette étude, qui prend la forme d'un sondage électronique, vise à dresser un portrait du phénomène à l'étude, soit le développement des compétences d'agent de changement perçu par les nouveaux diplômés en ergothérapie (Fortin et Gagnon, 2016).

5.2. Participants

Cette étude visait les nouveaux diplômés en ergothérapie des différentes universités où le programme d'ergothérapie est offert, soient à l'Université du Québec à Trois-Rivières, à l'Université Laval, à l'Université de Sherbrooke, à l'Université de Montréal et à l'Université McGill. Le choix de réaliser l'étude auprès des nouveaux diplômés des diverses universités s'expliquait par l'intention d'obtenir un portrait global et plus représentatif de la population-cible. La taille de l'échantillon visée par cette étude était d'environ 30 personnes, considérant un taux de réponse possiblement modéré.

5.2.1. Critères d'inclusion

Pour être admissibles à participer à cette étude, les participants devaient avoir obtenu leur diplôme de maîtrise en ergothérapie depuis moins d'un an. En effet, ces critères ont été sélectionnés en considérant la pertinence d'avoir vécu récemment les expériences de stages et de formation académique et d'une réflexion suffisamment approfondie des compétences et habiletés professionnelles dans le cadre de leur formation. Aussi, les personnes devaient s'exprimer en français.

5.2.2. Critères d'exclusion

Les personnes inscrites actuellement au baccalauréat ou à la maîtrise en ergothérapie étaient exclues étant donné que certaines notions sur l'*advocacy* vues dans des cours en toute fin

de deuxième année de maîtrise peuvent s'avérer essentielles pour une réflexion davantage complète et approfondie en lien avec la compétence d'agent de changement. De plus, les personnes ne pouvant comprendre la langue française étaient également exclues.

5.2.3. La méthode d'échantillonnage

Il s'agit d'un échantillon de type non probabiliste par réseaux ou boule de neige puisque le but était d'obtenir de façon graduelle un échantillon en utilisant des références obtenues par des répondants recrutés initialement (Fortin et Gagnon, 2016). Concernant le recrutement des nouveaux diplômés en ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, un courriel de sollicitation a d'abord été transmis par la secrétaire du Département d'ergothérapie aux nouveaux diplômés en ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. En ce qui concerne le recrutement des participants provenant des autres universités québécoises, il était réalisé via les réseaux sociaux, soit dans les groupes Facebook des personnes qui répondent aux critères de sélection (c'est-à-dire, les groupes Facebook pour étudiants et diplômés en ergothérapie de chaque université). Ainsi, un message a été transmis aux administrateurs des différents groupes dans le but de les informer de l'étude et de la possibilité que la chercheuse étudiante partage les informations aux membres des différents groupes Facebook pour solliciter leur participation à l'étude. Les personnes ayant participé au sondage ont aussi été invitées à diffuser l'invitation à d'autres participants potentiels qu'ils connaissent.

5.3. La méthode de collecte de données

L'instrument de collecte de données utilisé est un questionnaire développé par l'étudiante chercheuse et révisé par sa directrice afin de répondre aux objectifs de l'étude. Il a été également révisé par un professeur en ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières détenant une expertise en pédagogie et développement des compétences professionnelles, puis pré-testé, préalablement à son envoi, auprès de deux finissants en ergothérapie afin de s'assurer de la clarté des instructions et des questions ainsi que de l'adéquation du format utilisé. Le questionnaire était auto-administré et diffusé en ligne à l'aide de la plate-forme sécurisée Eval&Go. Une période de quinze minutes était estimée pour la complétion du questionnaire. Celui-ci comprenait onze questions, soit des questions à courtes réponses et à choix multiples. Les questions étaient regroupées dans trois sections : 1) description du participant, 2) expériences personnelles et de

formation en lien avec l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence, 3) perception à l'égard de la compétence d'agent de changement. Trois rappels concernant l'invitation à participer au projet ont été transmis, soit deux semaines après l'envoi initial, puis encore deux semaines plus tard à deux reprises (c'est-à-dire, un mois et un mois et demi après l'envoi initial).

5.4. Analyse des données

Deux types d'analyse ont été utilisés, soient qualitative et quantitative. Pour l'analyse qualitative, les données des questions à réponses courtes recueillies directement à l'aide du logiciel Eval&Go ont été analysées en suivant une méthode d'analyse de contenu (Fortin et Gagnon, 2016). Pour ce faire, un processus de codage a été effectué dans le but de faire ressortir les thèmes principaux, guidé par les cadres conceptuels. Pour les analyses quantitatives, une analyse statistique descriptive a été utilisée pour les variables sociodémographiques et les questions à choix de réponses, comprenant les distributions de fréquence, les mesures de tendance centrale et de dispersion (Fortin et Gagnon, 2016). En ce qui concerne spécifiquement les questions sur les dix-huit compétences et habiletés d'agent de changement, pour lesquelles les participants devaient indiquer s'ils se sentaient très, assez, peu ou pas du tout habilités, les pourcentages de participants ayant choisi chacune des cotes (c'est-à-dire, très, assez, peu ou pas du tout) ont été calculés pour chaque compétence ou habileté évaluée. Puis, pour chaque compétence ou habileté, les données ont également été combinées en deux catégories pour identifier le pourcentage de participants qui se sentaient assez ou très habilités versus peu ou pas du tout habilités à exercer ces compétences.

5.5. Considérations éthiques

Cette étude a obtenu l'approbation du comité éthique et possède un certificat portant le numéro CER-17-231-07.09 qui a été émis le 7 février 2017. Le courriel ou le message d'invitation à participer à l'étude a été envoyé aux participants potentiels et comprenait une lettre d'information et de consentement. Les participants ont été informés que le fait de décider de compléter le questionnaire attestait de leur acceptation libre de participer à la recherche. La lettre d'information fournissait aux participants l'information nécessaire pour un consentement libre et éclairé, soit en y intégrant le but de l'étude, les avantages et les risques ainsi que le respect de la confidentialité. La lettre mentionnait également que la participation au projet consistait à remplir

un questionnaire électronique. Il était aussi indiqué qu'étant donné que le questionnaire était en ligne, il s'avérait possible de le remplir à l'endroit désiré et au moment de leur choix. Les participants intéressés étaient invités à remplir le questionnaire en ligne.

6. RÉSULTATS

La section qui suit présente les principaux résultats obtenus. Cette partie de l'essai est divisée en quatre sections, soit la description des participants, les expériences de formation ayant sensibilisé les nouveaux diplômés en ergothérapie à l'inclusion sociale, le niveau d'habilitation pour exercer le rôle d'agent de changement et les moyens d'acquérir des compétences supplémentaires pour agir comme agent de changement.

6.1. Description des participants

Dix-sept nouveaux diplômés en ergothérapie ont participé à l'étude, mais dix ont complété l'ensemble du questionnaire en ligne. Seules les données provenant de ces dix participants sont donc ici présentées. Tous les participants à l'étude étaient des femmes âgées entre 23 et 46 ans. Parmi celles-ci, sept occupaient un emploi en ergothérapie, deux étaient à la recherche d'emploi et une était sans emploi. Les participantes avaient effectué leur formation en ergothérapie dans une université québécoise, soit six à l'Université du Québec à Trois-Rivières, une à l'Université Laval, une à l'Université de Sherbrooke et deux à l'Université de Montréal. De plus, huit des dix participantes ont été témoins de la problématique d'exclusion sociale ou de stigmatisation. De ce nombre, deux ont vécu cette expérience dans leur pratique en tant qu'ergothérapeute, une en tant qu'emploi étudiant, trois dans le cadre d'un stage et quatre dans la communauté (ex. : commerces, restaurants, supermarchés...).

6.2. Expériences de formation ayant sensibilisé à l'inclusion sociale de cette population

La figure 1 présente les expériences vécues par les nouveaux diplômés en ergothérapie dans le cadre de leur formation les ayant sensibilisés à l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté. L'ensemble des participants rapportent que les cours suivis sur les interventions auprès des personnes atteintes de démence sont des expériences les ayant sensibilisés à l'inclusion sociale de cette population. De plus, parmi les autres expériences de formation les ayant sensibilisés à cette problématique, 60% des participants mentionnent les opportunités de stages, 50% les modalités de formation clinique comme l'apprentissage par situations cliniques ou les laboratoires et 40% les cours suivis sur la promotion de la santé. Les cours en lien avec l'*advocacy* et les conférences viennent ensuite avec des pourcentages

respectifs de 30% et de 20%.

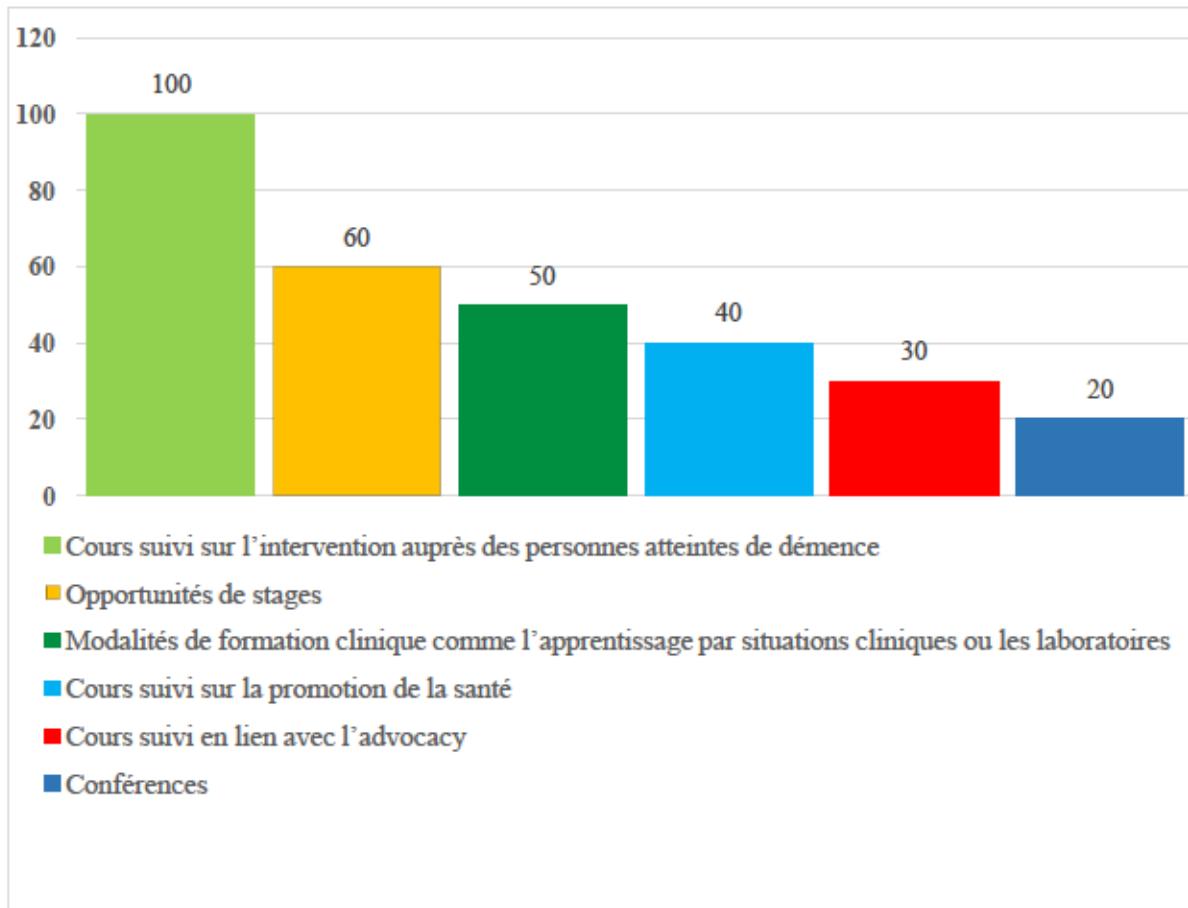


Figure 1. Expériences de formation ayant sensibilisé à l'inclusion sociale de cette population.

6.3. Expériences personnelles ayant sensibilisé à l'inclusion sociale de cette population

L'analyse de contenu a permis d'identifier quatre principaux thèmes en lien avec les expériences personnelles vécues par les nouveaux diplômés en ergothérapie dans le cadre d'un stage, d'un emploi étudiant, d'un emploi comme ergothérapeute ou d'une expérience vécue en communauté. Ces thèmes concernent la diminution des occupations signifiantes, la nécessité d'adapter les activités, l'isolement social ainsi que le manque de ressources des intervenants auprès de ces personnes.

Le premier thème fait référence à la diminution des occupations signifiantes pour les personnes atteintes de démence. Deux participants rapportent des propos en ce sens. En effet, dans un contexte de stage, un participant rapporte : « Une cliente ne participait plus à aucune

activité ou presque car c'était difficile de la sortir de son milieu (devenait plus confuse et ça l'épuisait). ». De plus, dans un contexte de stage en conduite automobile, un participant rapporte : « L'homme n'avait plus les capacités cognitives (début de démence diagnostiquée selon le dossier) pour être sécuritaire en route, mais le permis de conduire lui offrait son autonomie pour être actif en société (commissions, activités, etc). ».

Le deuxième thème identifié concerne l'importance d'adapter les activités aux capacités résiduelles des personnes atteintes de démence pour favoriser l'inclusion sociale. En effet, une participante rapporte que : « J'ai eu la chance de travailler auprès de cette clientèle lors d'un emploi étudiant en récréologie. La clientèle présentait de lourdes problématiques au niveau cognitif (démence principalement) et notre rôle était d'adapter les activités offertes par le centre pour que tous puissent y participer. C'était parfois tout un défi, mais j'ai pu constater que les efforts en valaient le coup suite aux réactions positives de la clientèle et de leurs proches. ».

Le troisième thème est celui de l'isolement social pour lequel trois participants mentionnent cette problématique. L'un rapporte avoir fait le constat suivant en contexte de stage auprès d'une cliente : « Les intervenants refusent qu'elle reçoive de la visite durant ses heures de sieste pour ne pas la réveiller et devoir s'en occuper. ». De plus, une autre participante affirme en contexte d'expériences vécues en communauté : « La personne atteinte d'Alzheimer ne sortait plus de la maison de son fils en raison des symptômes cognitifs. ». Aussi, dans le cadre de son emploi en Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), un ergothérapeute rapporte : « Je vois beaucoup de personnes âgées atteintes d'un trouble neurodégénératif qui sont souvent laissées à elles-mêmes. ».

Le quatrième thème est celui du manque de ressources des intervenants pour adopter des actions concrètes permettant de favoriser l'inclusion sociale. Entre autres, une participante rapporte : « [...] la situation actuelle du système de santé, le personnel insuffisant et le manque de temps pour favoriser une inclusion sociale par le personnel. Bref, je constate que l'inclusion sociale est déficitaire auprès de cette clientèle en CHSLD ».

6.4. Niveau d'habilitation perçu pour exercer le rôle d'agent de changement

Le tableau 1 illustre les compétences et les habiletés d'agent de changement pour lesquelles les nouveaux diplômés en ergothérapie se sentent assez ou très habilités.

Tableau 1.

Compétences et habiletés d'agent de changement pour lesquelles les nouveaux diplômés se sentent assez ou très habilités (n=10 participants)

Compétences et habiletés	% de participants
Identifier les clients atteints de démence et vivant des situations d'exclusion sociale parmi les clients recevant des services.	100
Communiquer le rôle et les avantages de l'ergothérapie aux membres de l'équipe interdisciplinaire, aux instances supérieures des milieux de pratique, aux organismes communautaires et aux membres de la société.	100
Adapter les occupations en identifiant les obstacles à la participation occupationnelle et la façon dont ces obstacles pourraient être abordés afin de maximiser les opportunités pour les personnes atteintes de démence.	100
Consulter les personnes atteintes de démence dans la communauté (et/ou leurs proches) pour leurs perceptions, leurs besoins et leurs attentes ainsi que d'autres groupes et associations pertinentes pour favoriser la participation occupationnelle de cette clientèle.	100
Agir sur les différentes possibilités occupationnelles et de rendement occupationnel, notamment la défense des intérêts, la promotion de la santé et la prévention auprès des personnes atteintes de démence.	80
Chercher à comprendre l'équilibre entre les questions d'éthique et les questions professionnelles inhérentes à la défense des droits du client (l'altruisme, l'intégrité, l'autonomie, la justice sociale et l'idéalisme).	80
Coacher les clients et leur famille dans l'établissement de leurs priorités et dans leurs efforts pour obtenir les services requis, et par la suite, choisir et concevoir un plan d'action pour atteindre les objectifs convenus.	80
Collaborer avec d'autres associations professionnelles ou organismes communautaires œuvrant auprès de personnes atteintes de démence (ex. : Société Alzheimer).	80
Adapter l'environnement des personnes atteintes de démence dans la communauté (ex : recommandation d'aménagement physique plus inclusif dans les commerces pour favoriser la sécurité, l'orientation et diminuer les distractions).	80
Revendiquer les droits et les possibilités occupationnels des clients atteints de démence pour faciliter leur participation à des occupations signifiantes dans la communauté.	70
Déterminer les barrières empêchant l'accès aux services et aux ressources des personnes atteintes de démence dans la communauté.	60

Le tableau 2 présente quant à lui les compétences et les habiletés d'agent de changement pour lesquelles les nouveaux diplômés en ergothérapie se sentent peu ou pas du tout habilités.

Tableau 2.

Compétences et habiletés d'agent de changement pour lesquelles les nouveaux diplômés se sentent peu ou pas du tout habilités (n=10 participants)

Compétences et habiletés	% de participants
Gérer le conflit entre son rôle d'agent de changement auprès du client et celui de gestionnaire de ressources et de services limités.	70%
Concevoir des programmes novateurs pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence.	70%
S'engager dans la planification communautaire pour influencer la façon dont les structures du système, les politiques et l'affectation des ressources peuvent soutenir la pleine participation occupationnelle des personnes atteintes de démence dans la communauté.	70%
Mettre à profit son expertise auprès des membres de la société en offrant des formations sur les signes et les symptômes de la démence, les environnements social et physique inclusifs, et les interventions appropriées pour optimiser la participation occupationnelle.	70%
Éduquer sur la démence les membres de la communauté (ex. : les policiers, les commerçants, les chauffeurs d'autobus) et les organismes afin d'assurer l'inclusion sociale de la clientèle marginalisée.	60%
Engager les personnes atteintes de démence dans la communauté (et/ou leurs proches) afin que ces personnes communiquent entre elles, qu'elles s'apportent un soutien mutuel et qu'elles identifient les problèmes et enjeux importants pour elles.	60%
Coordonner les efforts pour l'organisation de forums communautaires avec d'autres ergothérapeutes pour accroître leur niveau de conscience et apporter des solutions concernant les enjeux des clientèles marginalisées.	60%

6.5. Les moyens d'acquérir des compétences supplémentaires pour agir comme agent de changement

Le tableau 3 illustre les moyens perçus par les nouveaux diplômés en ergothérapie d'acquérir des compétences supplémentaires pour agir comme agent de changement. L'ensemble des participants rapportent que de participer à des forums de discussions ou à des communautés de pratique virtuelles avec d'autres ergothérapeutes seraient des moyens d'acquérir des compétences supplémentaires. De plus, 90% des participants mentionnent que de vivre une

expérience en communauté et d'assister à des conférences seraient des avenues pertinentes au développement des compétences d'agent de changement. Aussi, 80% des participants rapportent que de recevoir une formation spécialisée (ex. : *advocacy*), partager des histoires de cas lors de groupes de discussion avec d'autres professionnels et recevoir du mentorat avec un ergothérapeute chevronné seraient des moyens contribuant au développement des compétences. Par contre, seulement 60% des nouveaux diplômés rapportent que d'effectuer des recherches dans la littérature pourrait être un moyen d'acquérir des compétences supplémentaires.

Tableau 3.
Moyens d'acquérir des compétences supplémentaires

Moyens perçus	% de participants
Participer à des forums de discussions ou à des communautés de pratique virtuelles avec d'autres ergothérapeutes.	100%
Vivre une expérience en communauté auprès de cette population (ex. : bénévolat, membre d'associations).	90%
Assister à des conférences.	90%
Recevoir une formation spécialisée (ex. : <i>advocacy</i>).	80%
Partager des histoires de cas lors de groupes de discussion avec d'autres professionnels.	80%
Recevoir du mentorat avec un ergothérapeute chevronné.	80%
Effectuer des recherches dans la littérature.	60%

7. DISCUSSION

Cette étude avait pour but de documenter les perceptions des nouveaux diplômés en ergothérapie sur leur formation et leurs compétences à exercer le rôle d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté. Dans cette partie de l'essai, les résultats seront discutés et mis en lien avec les écrits scientifiques disponibles sur le sujet.

7.1. Expériences personnelles et de formation ayant sensibilisé à l'inclusion sociale de cette population

Premièrement, les participants ont relevé plusieurs expériences personnelles les ayant sensibilisés à l'inclusion sociale de cette population dans divers contextes tels que dans le cadre d'un stage, d'un emploi étudiant, d'un emploi d'ergothérapeute ou d'une expérience vécue en communauté. Plus spécifiquement, 80% des participants rapportent avoir été témoins de situations d'exclusion sociale ou de stigmatisation des personnes atteintes de démence, dont la moitié ont été observées directement en communauté, par exemple dans les commerces ou les restaurants. Ces résultats concordent avec d'autres études réalisées dans différents pays tels que l'Australie et la Grande-Bretagne où des stratégies inclusives sont mises en place en communauté étant donné la présence d'une problématique d'inclusion sociale de cette population (ex : transports en commun, magasins et supermarchés) (Alzheimer's Australia, 2016; Crampton et coll., 2012; Dow, 2016; Reynolds et coll., 2016). Les principales problématiques d'inclusion sociales relevées par les participants de la présente étude concernent la présence d'activités inadaptées aux besoins et aux capacités des personnes ainsi que la diminution des activités signifiantes, contribuant à l'isolement social. La revue méta-ethnographique de Greenwood et Smith (2016) suggère également que la difficulté à réaliser les occupations signifiantes chez les personnes atteintes de démence peut faire en sorte que celles-ci s'isolent davantage. Afin de diminuer l'impact négatif des occupations inadaptées, à la source de stigmatisation chez les personnes atteintes de démence, Fleming et ses collaborateurs (2016) proposent d'ailleurs différents types d'adaptations environnementales dont la réduction de stimuli visuels et olfactifs, la présence de repères et la familiarité de l'endroit.

Deuxièmement, les participants ont identifié différentes expériences de formation les ayant sensibilisés à l'inclusion sociale. Tous les participants ont rapporté que les cours en lien avec les interventions auprès des personnes atteintes de démence les avaient sensibilisés à la problématique d'inclusion sociale pour cette clientèle. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Mitchell et ses collaborateurs (2016) suggérant que des ateliers de formation spécifiques aux enjeux et stratégies visant l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté auraient un impact significatif sur les connaissances des étudiants en soins infirmiers concernant la démence et sur leur confiance pour intervenir auprès de cette clientèle.

Les autres expériences de formation ayant contribué à sensibiliser une majorité de participants à l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence incluent les opportunités de stages (60%) et les modalités de formation clinique comme l'apprentissage par situations cliniques ou les laboratoires (50%). Il s'agit d'expériences de formation permettant un apprentissage expérientiel. L'apprentissage expérientiel est un processus qui permet aux étudiants d'apprendre par la réflexion personnelle et la mise en action (Fry et coll., 2015; Kolb, 1984). Hill (2017) rapporte d'ailleurs, dans une revue de la littérature sur ce thème, l'efficacité de l'apprentissage expérientiel comme modalité pédagogique. En effet, lorsque les élèves s'engagent dans le processus d'apprentissage, les acquis et les compétences professionnelles sont davantage intégrés en profondeur (Hill, 2017).

7.2. Niveau d'habilitation perçu pour exercer le rôle d'agent de changement

Les résultats de l'étude suggèrent que le niveau d'habilitation perçu pour exercer les compétences et les habiletés d'agent de changement chez les nouveaux diplômés en ergothérapie est variable chez les participants, dépendamment de la nature des compétences et des habiletés impliquées. D'une part, les compétences et les habiletés pour lesquelles les nouveaux diplômés en ergothérapie semblent se percevoir peu ou pas du tout habilités sont davantage associées à des revendications et à des actions au niveau communautaire ainsi qu'à des actions politiques (ce qui correspond aux niveaux supérieurs, soit quatre et cinq, du Cadre de stratégies centrées sur le client (Restall et coll., 2003). Par exemple, 70% des participants ont rapporté se sentir peu ou pas du tout habilités à concevoir des programmes novateurs, à engager les personnes atteintes de démence en communauté, à s'engager dans la planification communautaire et à mettre à profit leur expertise auprès des membres de la société en offrant de la formation sur la démence, les

environnements social et physique inclusifs, et les interventions appropriées pour optimiser la participation occupationnelle. D'autre part, les résultats suggèrent que les compétences et habiletés pour lesquelles les nouveaux diplômés se sentent assez ou très habilités sont associées, dans le Cadre de stratégies centrées sur le client, à des actions réalisées plus fréquemment dans le processus et le contexte de pratique de l'ergothérapeute au quotidien. En effet, 100% des participants rapportent que d'identifier les clients atteints de démence, leurs besoins, leurs attentes, de communiquer le rôle et les avantages de l'ergothérapeute et d'adapter les occupations s'avèrent des compétences d'agent de changement pour lesquelles ils se sentent assez ou très habilités. Ainsi, les résultats vont dans le même sens que les études de Carrier et Contandriopoulos (2016) ainsi que de Finlayson (2013) suggérant la difficulté à assumer le rôle d'agent de changement, mais suggèrent quelques nuances additionnelles. Il apparaît que les nouveaux diplômés connaissent des difficultés dans la mise en œuvre des compétences d'agent de changement particulièrement en matière d'organisation communautaire et d'action politique, c'est-à-dire des actions situées davantage au niveau du macroéconomique, ce qui concorde également avec l'étude de Restall, Gayle, et Ripat (2008).

7.3. Les moyens d'acquérir des compétences supplémentaires pour agir comme agent de changement

Les résultats de l'étude actuelle suggèrent que les nouveaux diplômés perçoivent qu'un ensemble de moyens seraient pertinents pour acquérir des compétences supplémentaires pour agir en tant qu'agent de changement. Parmi ceux-ci se trouvent d'assister à des conférences, de vivre des expériences en communauté, de participer à des groupes de discussion et de recevoir du mentorat avec un ergothérapeute chevronné. Il est pertinent de noter que tous les participants (100%) ont rapporté la participation à des communautés de pratique virtuelles ou des forums de discussion comme moyen d'acquérir des compétences supplémentaires d'agent de changement. Ce résultat mène à une réflexion sur la pertinence des communautés de pratique dans le développement des compétences d'agent de changement en ergothérapie. Selon les écrits scientifiques, les communautés de pratique peuvent être réalisées de diverses façons et contribuer au développement professionnel. En effet, dans l'étude réalisée par Wilding, Curtin et Whiteford (2012), vingt-cinq ergothérapeutes ont effectué une communauté de pratique pendant une période de douze mois, de façon mensuelle et par vidéoconférence. Il ressort de cette étude l'amélioration

de la pratique réflexive des ergothérapeutes, un perfectionnement professionnel en lien avec leurs compétences et habiletés professionnelles ainsi qu'un sentiment de confiance en leur pratique. Les résultats de la revue de littérature réalisée par Barry, Kuijer-Siebelink, Nieuwenhuis et Scherbier-de Haan (2016) rapportent également la possibilité de réaliser ce type de stratégies en ligne ou en personne. De plus, il est mentionné dans cette étude les effets positifs sur le développement professionnel des ergothérapeutes, notamment par l'acquisition et le partage de nouvelles connaissances et la discussion quant aux actions à réaliser au niveau de la thématique particulière (Barry et coll., 2016). Il est donc possible de penser que la mise en place d'une communauté de pratique sur les stratégies et les actions de l'ergothérapeute pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence serait une avenue intéressante à explorer.

7.4. Les obstacles perçus pour agir comme agent de changement

Enfin, l'étude peut suggérer certains obstacles potentiels à la mise en œuvre des stratégies pour assumer le rôle d'agent de changement dont des obstacles environnementaux (ex. : barrières architecturales) et organisationnels (ex. : contraintes budgétaires, coupures de postes, manque de temps, etc.). Un participant a mentionné comme expérience personnelle, le manque de personnel au travail et de temps favorisant des situations de stigmatisation et d'exclusion sociale en CHSLD. Ainsi, cela amène une réflexion sur le manque de ressources des intervenants sur l'influence de l'inclusion sociale. En effet, selon les données disponibles à l'OEQ (2016), seulement 66% des CHSLD au Québec ont des ergothérapeutes dans leurs établissements. Aussi, il est rapporté que les ressources sont insuffisantes pour que les ergothérapeutes puissent répondre à l'ensemble des besoins, comme ressorti dans l'étude actuelle (OEQ, 2016). De plus, il est mentionné que l'accroissement des besoins dans un contexte de rareté des ressources a transformé les pratiques en ergothérapie. Les pratiques sont davantage centrées sur les problèmes à résoudre plutôt que sur la globalité des besoins de la personne en contexte de temps insuffisant (OEQ, 2016).

7.5. Implication pour la pratique en ergothérapie

La thématique et les résultats de cet essai convergent avec les récentes publications de l'OEQ (2016) qui relèvent l'importance d'élargir l'évaluation des besoins des personnes âgées atteintes de démence, notamment en considérant les occupations signifiantes réalisées dans la communauté, dans une perspective du maintien d'une participation sociale satisfaisante. En effet, l'ergothérapeute peut identifier avec la personne atteinte de démence des occupations signifiantes qui correspondent à ses intérêts et à ses capacités (Han, Radel, McDowd et Sabata, 2016). L'ergothérapeute qui aide une personne atteinte de démence à s'engager dans des occupations signifiantes peut combler un vide, et aider à maintenir des rôles, même dans des environnements hospitaliers difficiles, ce qui a un impact positif sur l'inclusion sociale (Gitlin et coll., 2017; Kolanowski et Buettner, 2008). Pour ce faire, l'ergothérapeute peut mettre en place des programmes de groupes dans des établissements tels que des CHSLD ou offrir de la formation au personnel soignant en agissant à titre de consultant afin de promouvoir les opportunités occupationnelles de la personne atteinte de démence. Ainsi, dans une approche de promotion de la santé, l'ergothérapeute peut rejoindre le plus de gens possible tout en réduisant le coût et le temps nécessaire aux interventions favorisant l'inclusion sociale (OEQ, 2016).

Les résultats de la présente étude fournissent aussi des pistes de réflexion pour favoriser le développement et le déploiement des compétences d'agent de changement des ergothérapeutes. Les résultats peuvent d'ailleurs suggérer certaines recommandations pour les programmes d'enseignement en ergothérapie en misant sur les compétences et les habiletés d'agent de changement pour lesquelles les ergothérapeutes se sentent peu habilités, notamment au niveau des actions communautaires et politiques. Les auteurs Restall, Gayle, et Ripat (2008) mentionnent dans leur étude qu'il s'avère essentiel, pour développer les compétences d'agent de changement au niveau communautaire, d'expérimenter directement, en faisant des actions concrètes dans la communauté, comme le suggèrent les résultats de l'étude actuelle. Ainsi, en se basant sur ces constats, il pourrait s'avérer pertinent d'offrir des opportunités de stage innovantes aux étudiants lors de leur formation et de les inviter à participer à des projets avec des ergothérapeutes ou des professeurs universitaires qui s'engagent dans une organisation communautaire. Les projets de stages pourraient inclure des possibilités de concevoir des projets pour des clientèles vulnérables en communauté telles que les personnes atteintes de démence, d'offrir de la formation en

communauté et de s'engager dans la planification communautaire, entre autres. Ainsi, par le biais d'apprentissage expérientiel, l'étudiant pourrait être invité, dans le cadre de son stage, à élaborer un projet pour favoriser l'inclusion sociale, c'est-à-dire la participation des personnes atteintes de démence dans des occupations signifiantes pour elles. Les récentes initiatives nommées *dementia-friendly-communities*, créées dans le but d'impliquer les personnes atteintes de démence dans la vie quotidienne et dans la communauté dans différents pays, peuvent offrir des sources d'informations pertinentes pour l'élaboration de projets (Crampton et coll., 2012). En effet, des trousseaux d'informations pourraient être élaborées et offertes aux municipalités et aux services professionnels concernés en lien avec l'importance de l'engagement des personnes atteintes de démence dans les occupations signifiantes, l'interaction des personnes atteintes de démence, les signes et symptômes de la maladie et la mise en place d'environnement inclusifs (Society Alzheimer British Columbia, 2016). Ainsi, ces moyens pourraient permettre de travailler les habiletés liées à l'élaboration de projets ainsi que les compétences d'agent de changement en lien avec les actions communautaires tout en favorisant l'apprentissage expérientiel. Notamment, concernant l'élaboration de projet, l'étudiant ou l'ergothérapeute doit utiliser des outils de manière à planifier des échéanciers, des ressources matérielles et financières, ainsi que des lieux requis pour la réalisation du projet ou d'un programme (Townsend et coll., 2013).

Différents moyens peu coûteux, identifiés par les participants, pourraient donc être utilisés pour mettre en œuvre ces compétences et habiletés d'agent de changement (ex : participer à des communautés de pratique virtuelles et des forums de discussion). De plus, le Cadre de stratégies centrées sur le client (Restall et coll., 2003) présente d'autres actions et stratégies pertinentes pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté. Il pourrait être pertinent de l'utiliser pour outiller et guider les ergothérapeutes à acquérir des compétences supplémentaires pour agir comme agent de changement afin de favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté dans le cadre de la formation en ergothérapie et de la pratique clinique.

Finalement, divers obstacles sont rapportés dans l'étude par les participants concernant la mise en place des compétences et habiletés d'agent de changement. Ces obstacles peuvent suggérer des pistes d'action aux gestionnaires pour accompagner l'ergothérapeute dans le déploiement des

compétences d'agent de changement (ex. : ressources matérielles, financières, gestion du temps, etc.).

7.6. Limites et forces de l'étude

L'étude comporte des limites à considérer. Les limites principalement identifiées sont en lien avec la faible taille de l'échantillon, les données manquantes pour plusieurs participants et la forme du questionnaire. Tout d'abord, concernant la taille de l'échantillon, dix participants ont participé à l'étude dont six ayant effectué leur formation en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, amenant une surreprésentation dans l'étude de ces diplômés. Ainsi, ces deux éléments font en sorte que la généralisation des résultats de l'étude n'est pas possible. En ce qui concerne les données manquantes, sept des dix-sept participants ayant initié le sondage en ligne n'ont pas terminé la compléTION du questionnaire, notamment pour la portion sur les compétences perçues, de sorte que ces personnes ont été exclues de l'étude. Concernant la forme du questionnaire, certaines questions à choix de réponses ont pu influencer les réponses offertes par les participants. En effet, les questions portant sur les éléments de formation ayant sensibilisé les nouveaux diplômés en ergothérapie à l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence et les moyens d'acquérir des compétences supplémentaires pour agir comme agent de changement ont été présentés aux participants sous forme de questions à choix de réponses. Ainsi, ce type de questions pouvaient offrir des incitatifs aux participants plutôt que par l'utilisation d'une question ouverte où d'autres éléments auraient pu émerger de l'expérience des participants.

En ce qui concerne les forces de l'étude, le sondage a été élaboré à l'aide de différents cadres théoriques et basé sur les résultats probants et a également été révisé par deux personnes (soit la directrice de l'étudiante ainsi qu'une experte dans l'évaluation des compétences) puis pré-testé auprès de deux étudiants finissants en ergothérapie. L'utilisation d'un sondage en ligne anonyme peut aussi limiter le biais de désirabilité sociale. De plus, les critères de sélection des participants ont été élaborés de façon rigoureuse de manière à représenter la population à l'étude, soit les nouveaux diplômés en ergothérapie des universités québécoises. Cette étude permet ainsi une contribution modeste, mais pertinente à l'avancement des connaissances au sujet du développement des compétences d'agent de changement lors la formation en ergothérapie pour favoriser l'inclusion sociale des personnes vivant avec une démence.

8. CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de documenter les perceptions de nouveaux diplômés en ergothérapie sur leur formation et leurs compétences à exercer le rôle d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté. Les résultats suggèrent que les compétences et les habiletés pour lesquelles les nouveaux diplômés se sentent moins habilités sont davantage associées à des actions et des stratégies dans la communauté ainsi qu'à des actions politiques. Ainsi, ces résultats peuvent fournir des pistes de recommandations pour les programmes d'ergothérapie quant à la pertinence d'offrir des opportunités de développer ces compétences en vivant des expériences en communauté, notamment par le biais de stages impliquant des actions communautaires et politiques par l'apprentissage expérientiel. L'étude suggère également un ensemble de moyens concrets pouvant être utilisés par les étudiants dans le cadre de leur formation et dans leur pratique pour acquérir des compétences supplémentaires pour agir à titre d'agent de changement. Certains obstacles proposés par les participants peuvent également devenir des actions concrètes pour les gestionnaires et les institutions pour faciliter le développement des compétences d'agent de changement par la mise en place de ces moyens.

Puisque cette étude aborde un domaine émergent de la pratique en ergothérapie auprès des personnes atteintes de démence, il est possible de considérer plusieurs pistes de recherches futures afin de faire avancer la recherche dans ce domaine. D'abord, il serait possible de reproduire l'étude actuelle avec un plus grand nombre de participants, incluant également un suivi au cours des années subséquentes, afin de vérifier l'évolution des compétences et des habiletés pour agir comme agent de changement chez les nouveaux diplômés. Ensuite, il pourrait s'avérer pertinent de recueillir la perception d'ergothérapeutes chevronnés ainsi que ceux ayant une expertise propre dans le domaine communautaire afin d'obtenir un portrait des habiletés et des compétences d'agent de changement développées après de nombreuses années de pratique, des besoins perçus et des moyens utilisés pour développer ces compétences.

RÉFÉRENCES

- Alzheimer's Australia (2016). Memory Lane Café. Repéré à <https://vic.fightdementia.org.au/vic/support-and-services/services-and-programs-we-provide/memory-lane-cafe>
- Alzheimer's Society (2016). About Dementia. Repéré à <https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents.php?categoryID=200120>
- Alzheimer's Society. (2012). Dementia friends. Repéré à <http://www.alzheimersresearchuk.org/>
- Association canadienne des ergothérapeutes (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. CAOT Publications ACE: Ottawa.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (n.d.). Occupational therapy works . . . Ask for it! Advocacy. Repéré à http://www.caot.ca/askforit/Advocacy_Eng.pdf
- Carrier, A., & Contandriopoulos, D. (2016). Le rôle d'agent de changement des ergothérapeutes : influencer la politique par des idées percutantes. Repéré à <http://www.caot.ca/otnow/sept15/agentdechangement.pdf>
- Carrier, A., & Raymond, M. H. (2016). L'ergothérapie communautaire au Canada : une pratique diversifiée en pleine évolution. Repéré à <https://www.caot.ca/document/5739/Lergotherapie%20communautaire%20au%20Canada.pdf>
- Barry, M., Kuijer-Siebelink, W., Nieuwenhuis, L., & Scherbier-de Haan, N. (2016). Communities of practice: A means to support occupational therapists' continuing professional development. A literature review. *Australian occupational therapy journal*, 64(2), 185-193.
- Boyt Schell, B. A., Blesedell Crepeau, E., & Cohn, E. S. (2003). Professional development. Dans B. A. Boyt Schell, E. Blesedell Crepeau, & E. S. Cohn (Éd.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (pp. 141-146). Philadelphie, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Clarke, C. L., & Bailey, C. (2016). Narrative citizenship, resilience and inclusion with dementia: On the inside or on the outside of physical and social places. *Journal of Dementia*, 15(3), 434-452. doi:10.1177/1471301216639736
- Corring, D., & Cook, J. (1999). Client-centred care means that I am a valued human being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 71-82.
- Crampton, J., Dean, J., & Eley, R. (2012). *Creating a dementia-friendly York*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Dhillon, S. K., Wilkins, S., Law, M. C., Stewart, D. A., & Tremblay, M. (2010). Advocacy in occupational therapy: Exploring clinicians' reasons and experiences of advocacy.

Canadian Journal of Occupational Therapy, 77(4), 241-248. doi: 10.2182/cjot.2010.77.4.6

Dodd, E., Cheston, R., & Ivanecka, A. (2015). The assessment of dementia in primary care. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(9), 731-737. doi:10.1111/jpm.12250

Dow, B., Haralambous, B., Hempton, C., Hunt, S., Calleja, D., Dow, B., ... Calleja, D. (2011). Evaluation of Alzheimer's Australia Vic Memory Lane Cafés. *International Psychogeriatrics*, 23(2), 246-255. doi:10.1017/S1041610210001560

Fleming, R., Bennett, K., Preece, T., & Phillipson, L. (2016). The development and testing of the dementia friendly communities environment assessment tool (DFC EAT). *International Psychogeriatrics*, 29(2), 303-311.

Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives. (3e éd.). Montréal: Chenelière éducation.

Fry, H., Ketteridge, S., & Marshall, S. (2008). *A handbook for teaching and learning in higher education: Enhancing academic practice*. Routledge.

Gitlin, L. N., Marx, K. A., Alonzi, D., Kvedar, T., Moody, J., Trahan, M., & Van Haitsma, K. (2017). Feasibility of the Tailored Activity Program for Hospitalized (TAP-H) Patients With Behavioral Symptoms. *The Gerontologist*, 57(3), 575-584.

Greenwood, N., & Smith, R. (2016). The experiences of people with young-onset dementia: A meta-ethnographic review of the qualitative literature. *Maturitas*, 92, 102-109.

Hammel, J., Magasi, S., Mirza, M. P., Fischer, H., Preissner, K., Peterson, E., & Suarez-Balcazar, Y. (2015). A Scholarship of Practice Revisited: Creating Community-Engaged Occupational Therapy Practitioners, Educators, and Scholars. *Occupational Therapy In Health Care*, 29(4), 352-369. doi:10.3109/07380577.2015.1051690

Han, A., Radel, J., McDowd, J.M., & Sabata, D. (2016). Perspectives of people with dementia about meaningful activities: A synthesis. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(2), 115–123.

Hill, B. (2017). Research into experiential learning in nurse education. *British Journal Of Nursing*, 26(16), 932-938.

Hobson, S. J. G. (1999). Using a client-centred approach with elderly people. Dans T. Sumsion (Éd.), *Implementation issues. Client-centred practice in occupational therapy: A guide to implementation* (pp. 61-74). Londres, Angleterre.

Innes, A., Archibald, C., & Murphy, C. (2004). *Dementia and Social Inclusion : Marginalised groups and marginalised areas of dementia research, care and practice*. Londre et Angleterre : Jessica Kingsley Publishers.

- Innes, A., Page, S. J., & Cutler, C. (2016). Barriers to leisure participation for people with dementia and their carers: An exploratory analysis of carer and people with dementia's experiences. *Dementia, 15*(6), 1643-1665
- Kirsh, B. H. (2015). Transforming values into action. *Canadian Journal Of Occupational Therapy, 82*(4), 212-223. doi:10.1177/0008417415601395
- Kolanowski, A., & Buettner, L. (2008). Prescribing activities that engage passive residents: An innovative method. *Journal of gerontological nursing, 34*(1), 13-18
- Kolb, D. A. (1984). Experimental Learning. Experience as Source of learning and Development, Printice-Hall. Inc. USA.
- McElroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly, 15*(4), 351-377.
- McColl, M. A. (2003). Introduction: A basis for theory of occupational therapy. Dans M. A. McColl, M. Law, D. Stewart, L. Doubt, N. Pollock, & T. Krupa (Éd.), *Theoretical basis of occupational therapy* (pp. 1-6). Thorofare, NJ: SLACK.
- McGrath, M., & O'Callaghan, C. (2014). Occupational therapy and dementia care: A survey of practice in the Republic of Ireland. *Australian Occupational Therapy Journal, 61*(2), 92-101. doi:10.1111/1440-1630.12081
- Mitchell, G., McGreevy, J., Carlisle, S., Frazer, P., Traynor, M., Lundy, H., Diamond, M., & Agnelli, J. (2016). Evaluation of Dementia Friends' programme for undergraduate nursing students: Innovative practice. *Dementia*. doi: 10.1177/1471301216638589
- Organisation mondiale de la santé (2016). La démence. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2016). Réponse de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec à la consultation des partenaires nationaux du ministère de la Santé et des Services sociaux : Priorités du ministre 2016-2017 et Soutien à domicile et CHSLD. Repéré à <http://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/9~v~reponse-de-lordre-des-ergotherapeutes-du-quebec-a-la-consultation-des-partenaires-nationaux-du-ministere-de-la-sante-et-des-services-sociaux.pdf>
- Padilla, R. (2011). Effectiveness of environment-based interventions for people with alzheimer's disease and related dementias. *American Journal of Occupational Therapy, 65*(5), 514-522.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Cantin, N., Dubouloz-Wilner, C.-J., & Trentham, B. (2013). Les éléments essentiels de la pratique fondée sur l'occupation. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Éd.), *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. 103-158). Ottawa, ONT: CAOT Publications ACE.

- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia. The Journal of the Alzheimer's Association*, 9(1), 63–75.
- Restall, G., Ripat, J., & Stern, M. (2003). A framework of strategies for client-centred practice. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 70(2), 103-112.
- Reynolds, L., Innes, A., Poyner, C., & Hambidge, S. (2017). ‘The stigma attached isn’t true of real life’: Challenging public perception of dementia through a participatory approach involving people with dementia (Innovative Practice). *Dementia*, 16(2), 219-225.
- Schaeffer, J. (2002). *Community and communication in a diverse society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Schwartz, K. (1992). Occupational Therapy and education: A shared vision. *American journal of Occupational Therapy*, 46(1), 12-18.
- Smith, K. (2016). Developing a Dementia- Friendly Christchurch: Perspectives of People with Dementia. *Australasian Journal of Aging*, 35(3), 188-92.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *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 Noémi Cantin). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Von Kutzleben, M., Schmid, W., Halek, M., Holle, B., & Bartholomeyczik, S. (2012). A systematic review on the subjective experiences of persons with dementia. *Aging and Mental Health*, 16(3), 378–390.
- Walter, C. (1999). Community building practice: A conceptual framework. Dans M. Minkler (Ed.), *Community organizing and community building for health* (pp.68-83). Nouveau-Brunswick: Rutgers University Press.
- Wiersma, E., & Denton, A. (2016). From social network to safety net: Dementia-friendly communities in rural northern Ontario. *The International journal of Social Research and Practice*, 15(1) 51–68.
- Wilding, C., Curtin, M., & Whiteford, G. (2012). Enhancing occupational therapists' confidence and professional development through a community of practice scholars. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(4), 312-318. doi: 10.1111/j.1440-1630.2012.01031.x
- Wolverson, E. L., Clarke, C., & Moniz-Cook, E. D. (2016). Living positively with dementia: a systematic review and synthesis of the qualitative literature. *Aging & Mental Health*, 20(7), 676-699.

ANNEXE A
QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Soutenir le rôle d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté : perspectives de nouveaux diplômés en ergothérapie

Marie-Jane Casaubon, étudiante à la maîtrise en ergothérapie
Supervisée par Valérie Poulin, professeure
Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Directives

Nous vous remercions de participer à ce sondage. Les questions qui suivent porteront sur le développement des compétences d'agent de changement en ergothérapie pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté.

Le temps approximatif pour la complétion du questionnaire est de 15 minutes. Merci de prévoir le temps nécessaire afin de compléter le questionnaire en une seule fois.

Les réponses au questionnaire demeureront strictement confidentielles et les résultats seront communiqués de façon anonyme.

Pour toute question ou commentaire concernant ce sondage, veuillez contacter Marie-Jane Casaubon, étudiante-chercheuse, par courriel à Marie-Jane.Casaubon@uqtr.ca

Section 1 : Description du participant

1. Quel est votre âge (en années) : _____ ans

2. Sexe
 - a. Féminin
 - b. Masculin

3. Dans quelle université avez-vous suivi votre formation en ergothérapie ?
 - a. Université du Québec à Trois-Rivières
 - b. Université Laval
 - c. Université de Sherbrooke
 - d. Université de Montréal
 - e. Université McGill

4. Quel est votre statut d'emploi ? Vous pouvez cocher plus d'une réponse.

- a. Sans emploi
- b. À la recherche d'un emploi en ergothérapie
- c. Emploi en ergothérapie à temps partiel
- d. Emploi en ergothérapie à temps plein
- e. Emploi dans un autre secteur
- f. Poursuite des études
- g. Autre : _____

Section 2 : Expériences personnelles et de formation en lien avec l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence

La prochaine section porte sur vos expériences personnelles et de formation en lien avec l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence. On entend ici par inclusion sociale le fait de poursuivre les activités significantes, le plus longtemps possible, dans la communauté, par exemple des loisirs tels que la marche, la danse, la musique et la lecture.

5. Avez-vous déjà traité des personnes atteintes de démence dans vos stages en ergothérapie ou dans votre pratique clinique? Vous pouvez cocher plus d'une réponse.

- a. Non
- b. Oui, en stage
- c. Oui, dans le cadre de ma pratique d'ergothérapeute

6. Avez-vous déjà été témoin de problématiques d'exclusion sociale ou de stigmatisation des personnes atteintes de démence ?

- a. Oui
- b. Non

6.1. Si vous avez répondu oui à la question précédente, dans quel contexte cela s'est-il produit ? Vous pouvez cocher plus d'une réponse.

- a. Au travail comme ergothérapeute
- b. Au travail comme emploi étudiant
- c. En stage
- d. Dans la communauté (ex. : commerces, restaurants, supermarchés...)
- e. Autres : _____

7. Quelles sont les expériences vécues vous ayant sensibilisé à l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence (ex : côtoyer un proche, intervenir auprès de cette clientèle en stage ou

en pratique clinique, expérience de bénévolat dans la communauté, emploi étudiant auprès de cette clientèle, etc.) ? N.B. Si vous n'avez vécu aucune expérience en ce sens veuillez simplement l'indiquer.

8. Quels sont les éléments de votre formation en ergothérapie qui ont le plus contribué à vous habiliter pour soutenir l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence ? Vous pouvez cocher plus d'une réponse.
 - a. Cours suivi en lien avec l'*advocacy*
 - b. Cours suivi sur l'intervention auprès des personnes atteintes de démence
 - c. Cours suivi sur la promotion de la santé
 - d. Opportunités de stages
 - e. Conférences
 - f. Modalités de formation clinique comme l'apprentissage par situations clinique ou les laboratoires
 - g. Autres : _____

Section 3 : Perceptions à l'égard du développement des compétences d'agent de changement

Les questions suivantes concernent les compétences et les habiletés liées au rôle d'agent de changement (ACE, 2012 ; Townsend et al., 2013). Par exemple, en tant qu'agent de changement, les ergothérapeutes font des revendications au nom des clients et des communautés et avec eux. Ils travaillent pour améliorer les programmes, les services et la société ainsi que pour favoriser des changements qui ont des effets sur les occupations au quotidien (ACE, 2012).

9. À la suite de votre formation en ergothérapie, jusqu'à quel point vous sentez-vous habilité à déployer les compétences et les habiletés suivantes pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence ? Veuillez cocher la case appropriée.

1= très habilité 2= assez habilité, 3= peu habilité, 4= pas du tout habilité

Compétences et habiletés liées au rôle d'agent de changement	1	2	3	4
1. Identifier les clients atteints de démence et vivant des situations d'exclusion sociale parmi les clients recevant des services.				
2. Déterminer les barrières empêchant l'accès aux services et aux ressources des personnes atteintes de démence dans la communauté.				
3. Agir sur les différentes possibilités occupationnelles et de rendement occupationnel, notamment la défense des intérêts, la promotion de la santé et la prévention auprès des personnes atteintes de démence .				
4. Communiquer le rôle et les avantages de l'ergothérapie aux membres de l'équipe interdisciplinaire, aux instances supérieures des milieux de pratique, aux organismes communautaires et aux membres de la société.				
5. Gérer le conflit entre son rôle d'agent de changement auprès du client et celui de gestionnaire de ressources et de services limités.				
6. Chercher à comprendre l'équilibre entre les questions d'éthique et les questions professionnelles inhérentes à la défense des droits du client (l'altruisme, l'intégrité, l'autonomie, la justice sociale et l'idéalisme).				
7. Coacher les clients et leur famille dans l'établissement de leurs priorités et dans leurs efforts pour obtenir les services requis, et par la suite, choisir et concevoir un plan d'action pour atteindre les objectifs convenus.				
8. Revendiquer les droits et les possibilités occupationnels des clients atteints de démence pour faciliter leur participation à des occupations signifiantes dans la communauté.				
9. Concevoir des programmes novateurs pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence .				
10. Collaborer avec d'autres associations professionnelles ou organismes communautaires œuvrant auprès de personnes atteintes de démence (ex. : Société Alzheimer).				
11. Éduquer sur la démence les membres de la communauté (ex. : les policiers, les commerçants, les chauffeurs d'autobus) et les				

organismes afin d'assurer l'inclusion sociale de la clientèle marginalisée .				
12. Adapter les occupations en identifiant les obstacles à la participation occupationnelle et la façon dont ces obstacles pourraient être abordés afin de maximiser les opportunités pour les personnes atteintes de démence.				
13. Adapter l'environnement des personnes atteintes de démence dans la communauté (ex : recommandation d'aménagement physique plus inclusif dans les commerces pour favoriser la sécurité, l'orientation et diminuer les distractions).				
14. Mettre à profit son expertise auprès des membres de la société en offrant des formations sur les signes et les symptômes de la démence, les environnements social et physique inclusifs, et les interventions appropriées pour optimiser la participation occupationnelle.				
15. S'engager dans la planification communautaire pour influencer la façon dont les structures du système, les politiques et l'affectation des ressources peuvent soutenir la pleine participation occupationnelle des personnes atteintes de démence dans la communauté.				
16. Engager les personnes atteintes de démence dans la communauté (et/ou leurs proches) afin que ces personnes communiquent entre elles, qu'elles s'apportent un soutien mutuel et qu'elles identifient les problèmes et enjeux importants pour elles.				
17. Coordonner les efforts pour l'organisation de forums communautaires avec d'autres ergothérapeutes pour accroître leur niveau de conscience et apporter des solutions concernant les enjeux des clientèles marginalisées.				
18. Consulter les personnes atteintes de démence dans la communauté (et/ou leurs proches) pour leurs perceptions, leurs besoins et leurs attentes ainsi que d'autres groupes et associations pertinentes pour favoriser la participation occupationnelle de cette clientèle.				

10. Quels sont les moyens qui pourraient vous permettre d'acquérir des compétences supplémentaires pour agir comme agent de changement afin de favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence ? Vous pouvez cocher plus d'une réponse.

- a. Effectuer des recherches dans la littérature
- b. Assister à des conférences
- c. Recevoir une formation spécialisée (ex. : *advocacy*)
- d. Vivre une expérience en communauté auprès de cette population (ex. : bénévolat, membre d'associations)
- e. Partager des histoires de cas lors de groupes de discussion avec d'autres professionnels
- f. Participer à des forums de discussions ou à des communautés de pratique virtuelles avec d'autres ergothérapeutes
- g. Recevoir du mentorat avec un ergothérapeute chevronné
- h. Autres : _____

11. Quels sont les obstacles à l'exercice du rôle d'agent de changement dans votre pratique (ex. : facteurs personnels, facteurs environnementaux, contraintes liées au travail, etc...)?

Merci pour votre participation ainsi que le temps alloué à la complétion de ce questionnaire !

Si vous êtes intéressés à obtenir davantage d'informations sur les résultats et les retombées de ce projet de recherche, vous êtes invités à communiquer par courriel avec l'étudiante-rechercheuse pour obtenir une copie de l'essai de maîtrise qui sera déposé en décembre 2017 ou encore à consulter directement cet essai sur le site de la bibliothèque de l'UQTR.



ANNEXE B

LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

LETTRE D'INFORMATION

Soutenir le rôle d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté : perspectives de nouveaux diplômés en ergothérapie

Nom de l'étudiante-rechercheuse : Marie-Jane Casaubon, étudiante à la maîtrise en ergothérapie

Département d'ergothérapie

Sous la direction de Valérie Poulin, professeure au département d'ergothérapie

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre la perspective de nouveaux diplômés en ergothérapie à l'égard du rôle d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence, serait grandement appréciée.

Objectifs

L'objectif général de la recherche est de documenter les perceptions de nouveaux diplômés en ergothérapie sur leur formation et leurs compétences à exercer le rôle d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté. Les objectifs spécifiques sont de :

- 1) Explorer leurs expériences personnelles et de formation les ayant sensibilisés à l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence ;
- 2) Explorer leurs compétences perçues pour exercer le rôle d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence ;
- 3) Déterminer les moyens d'acquérir des compétences supplémentaires pour agir en tant qu'agent de changement.

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement et n'hésitez pas à poser toutes questions que vous jugerez utiles.

Tâche

La participation au projet de recherche consiste à remplir un questionnaire électronique. Étant donné que le questionnaire est en ligne, il est possible de le remplir à l'endroit désiré et au moment qui vous convient. Le temps prévu pour remplir le questionnaire est estimé à quinze minutes. Le questionnaire comprend des questions à choix multiples et à réponses courtes sur vos caractéristiques personnelles (ex. : âge), vos perceptions à l'égard de l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence et vos perceptions à l'égard du développement des compétences d'agent de changement.

Risques, inconvénients et inconforts

Aucun risque n'est associé à la participation à ce projet de recherche. Le temps nécessaire pour compléter le questionnaire, soit quinze minutes, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet du développement des compétences d'agent de changement lors la formation en ergothérapie est le principal bénéfice direct prévu à votre participation. Le fait de participer à l'étude pourrait aussi permettre d'approfondir votre réflexion sur vos compétences et vos habiletés actuelles et celles à développer pour soutenir votre rôle d'agent de changement.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous serez identifié par un code numérique en complétant le questionnaire. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai, de communications ou d'articles, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sur un ordinateur protégé par un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront Marie-Jane Casaubon, étudiante-rechercheuse responsable du projet, et sa directrice d'essai Valérie Poulin. Ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront conservées pour une période de deux ans après la fin du projet estimée en décembre 2017. Les données informatiques seront alors effacées. Les données ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse. Nous l'appréciions et vous en remercions.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Marie-Jane Casaubon, étudiante à la maîtrise en ergothérapie, à l'adresse courriel suivante : Marie-Jane.Casaubon@uqtr.ca.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-17-231-07.09 a été émis le 7 février 2017 .

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse

Moi, Marie-Jane Casaubon, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Soutenir le rôle d'agent de changement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de démence dans la communauté : perspectives de nouveaux diplômés en ergothérapie*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

En cliquant sur le lien du questionnaire, vous indiquez

- **avoir lu l'information**
- **être d'accord pour participer.**

Chercheuse

Signature :

Nom :

Date :
