

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

PROJET D'INTÉGRATION PRÉSENTÉ A
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC A TROIS-RIVIÈRES

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

PAR
SOPHIE NÉRON

LA PERSPECTIVE DES ERGOTHÉRAPEUTES
SUR LES DÉFIS RENCONTRÉS DANS LEUR PRATIQUE
EN ADAPTATION DOMICILIAIRE

AOÛT 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

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 ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RESUME

Introduction : L'adaptation domiciliaire est une activité professionnelle importante pour un grand nombre d'ergothérapeutes. Ce travail est exigeant et requiert de nombreuses connaissances afin de rendre des services de qualité à la population desservie.

Problématique : L'état des connaissances actuelles quant à ce domaine de pratique met en lumière plusieurs thématiques émergentes de la littérature. Les textes disponibles ne mettent toutefois pas l'emphase sur la pratique de cette expertise particulière par les ergothérapeutes. De plus, aucun texte n'est disponible en lien avec la perspective des intervenants œuvrant dans le domaine.

Objectif : La présente étude vise à documenter la réalité des ergothérapeutes impliqués dans la démarche d'adaptation domiciliaire et particulièrement de faire ressortir les défis vécus par ces intervenants.

Méthode : Pour répondre à l'objectif de recherche, une étude phénoménologique descriptive, approuvée par un comité d'éthique, a été effectuée. Les participants, de la région de la Mauricie ou du Centre du Québec, ont été rencontrés selon une méthode d'échantillonnage non probabiliste accidentelle ou de convenance. Une entrevue semi-structurée d'une durée moyenne d'une heure a été effectuée dans le milieu de travail des participants. L'analyse des données a été effectuée en deux étapes majeures, soit la lecture des verbatim transcrite par une assistante de recherche et le codage manuel de ceux-ci à l'aide d'un système de couleurs. Les codes ont été discutés entre les membres de l'équipe et ont été conservés lors d'un accord de 80% entre les membres. Les données des différents sujets ont ensuite été comparées pour faire ressortir les convergences.

Résultats : Les participants rencontrés sont cinq femmes ergothérapeutes. Celles-ci ont de deux à 15 années d'expériences en adaptation domiciliaire et partagent ce travail avec des collègues de leur milieu de travail. Selon les participants, les défis rencontrés dans la pratique en adaptation domiciliaire sont d'être préoccupés par l'arrimage entre les contraintes du programme subventionnaire et le désir du client, de gérer les contraintes du programme subventionnaire, de faire face à la complexité de la démarche clinique, de comprendre le client dans son individualité et de faire face aux imprévus rencontrés lors de la réalisation des travaux. Ensuite, les thèmes émergents de la description de leur perception de leur travail ont été reliés aux habiletés du Modèle canadien de l'habilitation à l'occupation. Enfin, les objectifs visés par l'adaptation domiciliaire, l'appréciation du travail par les ergothérapeutes et des recommandations pour développer l'expertise ont également été discutées avec les participants afin de documenter leur perspective de la pratique.

Discussion : Plusieurs résultats mettent en lumière une pratique qui correspond aux recommandations émises dans la littérature actuelle. Le lien effectué entre la description du travail en adaptation domiciliaire aux habiletés en habilitation à l'occupation a permis de souligner les habiletés les plus utilisées. Ce projet met aussi en lumière des recommandations à un novice pour qu'il s'approprie l'expertise, ce qui apporte une nouveauté à la littérature disponible.

Conclusion : L'originalité de cette recherche est de l'avoir situé dans un contexte théorique d'habilitation à l'occupation pour une clientèle spécifique.

Mots clés: Adaptation domiciliaire, ergothérapie, habilitation à l'occupation, perspective des ergothérapeutes, défis.

Keys words: *Home modification, occupational therapy, enabling, occupational therapist perspective, challenge.*

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux	v
Table des figures.....	vi
Remerciements	vii
1. Introduction	1
2. Problématique.....	2
2.1. Approche centrée sur le client	7
2.2. Les impacts de l'adaptation domiciliaire.....	7
2.3. Considération lors de l'évaluation.....	8
2.4. Complexité de la pratique.....	9
3. Cadre conceptuel	12
3.1. Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO).....	12
3.2. Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client (MCHCC).....	14
4. Méthode.....	21
4.1. Devis de recherche.....	21
4.2. Méthode d'échantillonnage	21
4.3. Outils de collecte de données	22
4.4. Méthode de collecte de données.....	23
4.5. Analyse des données.....	23
4.6. Critères de rigueur scientifique.....	24
4.7. Considération éthique	25
5. Résultats	26
5.1. Description de l'échantillon.....	26
5.2. Les défis rencontrés dans la pratique en adaptation domiciliaire	28
5.3. Description du travail en adaptation domiciliaire.....	30
5.3.1. Lien entre les thèmes émergents de la description du travail en adaptation domiciliaire avec les habiletés en habilitation à l'occupation.....	33
5.4. Objectifs visés par l'adaptation domiciliaire	36
5.5. Appréciation du travail en adaptation domiciliaire par les ergothérapeutes	38
5.6. Recommandations pour développer l'expertise	39

6. Discussion.....	42
6.1. Les défis rencontrés dans la pratique en adaptation domiciliaire	42
6.2. Lien entre les thèmes émergents de la description du travail en adaptation domiciliaire avec les habiletés en habilitation à l'occupation.....	44
6.3. Objectifs visés par l'adaptation domiciliaire	46
6.4. Appréciation du travail en adaptation domiciliaire par les ergothérapeutes	47
6.5. Recommandation à un novice.....	47
6.6. Forces et limites de l'étude	48
7. Conclusion	49
Références	51
Annexe A Questionnaire	56
Annexe B Lettre d'information	57
Annexe C Formulaire de consentement.....	59
Annexe D Présentation des thèmes émergents de l'analyse de contenu des éléments de réponses des verbatim bruts.....	60

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Description de l'échantillon	27
Tableau 2	Lien entre les thèmes émergents de la description du travail en adaptation domiciliaire et les habiletés en habilitation à l'occupation du MCHCC	34
Tableau I	Thèmes émergents de la description des défis rencontrés en adaptation domiciliaire	60
Tableau II	Thèmes émergents de la description du travail en adaptation domiciliaire	63
Tableau III	Thèmes émergents de la description des objectifs visés par l'adaptation domiciliaire	68
Tableau IV	Thèmes émergents de l'appréciation du travail d'adaptation domiciliaire par les ergothérapeutes	71
Tableau V	Thèmes émergents de la description des recommandations pour qu'un novice s'approprié l'expertise	72

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Présentation des années d'expériences en adaptation domiciliaire des participants.....	27
Figure 2	Nombre d'ergothérapeutes effectuant de l'adaptation domiciliaire dans le même milieu de travail	27

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier Mme Martine Brousseau, superviseure de mon projet d'intégration. Merci pour le temps que vous m'avez accordé et pour les précieux conseils que vous m'avez donnés pour mener à terme ce projet avec succès. Je remercie également Mme Kathleen C. Durand, assistante de recherche, avec qui j'ai eu la chance de collaborer pour effectuer quelques collectes de données et qui m'a également fournis plusieurs conseils pour améliorer mon projet. Mesdames, il m'a été très agréable de réaliser ce projet de recherche à vos cotés. Je remercie également l'assistante de recherche qui a retranscrit mes verbatim. Ton travail ma permis de sauver beaucoup de temps, et j'en suis très reconnaissante. Enfin, un merci spécial à ma famille et à mes proches qui ont su être là pour me supporter tout au long de ce projet et tout au long de mes études. Grâce à cette équipe formidable, j'ai pu mener à terme ce beau projet qui me permettra de mettre un terme à ma vie d'étudiante pour passer à ma vie professionnelle. Merci beaucoup à tous.

1. INTRODUCTION

L'adaptation domiciliaire est une activité professionnelle importante pour un grand nombre d'ergothérapeutes. Ce travail est exigeant et requiert de nombreuses connaissances afin de rendre des services de qualité à la population desservie. L'état des connaissances actuelles quant à ce domaine de pratique met en lumière plusieurs thématiques émergentes de la littérature. Les textes disponibles ne mettent toutefois pas l'emphase sur la pratique de cette expertise particulière par les ergothérapeutes. De plus, aucun texte n'est disponible en lien avec la perspective des intervenants œuvrant dans le domaine. La présente étude vise donc à documenter la réalité des ergothérapeutes impliqués dans la démarche d'adaptation domiciliaire et particulièrement de faire ressortir les défis vécus par ces intervenants.

Plus spécifiquement, la problématique sera présentée afin de soulever la pertinence de la présente étude. Ensuite, le cadre conceptuel utilisé pour traiter l'objet de l'étude, soit le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels et le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client seront présentés, suivi de la méthode de recherche incluant les sous-sections suivantes : le devis de recherche, la méthode d'échantillonnage, les outils de collecte de données, la méthode de collecte de données, l'analyse des données, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthique. Enfin, les résultats de l'étude seront présentés, tout comme la discussion des résultats et la conclusion.

2. PROBLÉMATIQUE

Le domicile est un lieu d'habitation où chacun y développe un lien d'attachement particulier. Bien qu'il puisse être bâti de différentes façons ou contenir différents effets personnels, la plupart des domiciles comprennent des pièces essentielles comme une cuisine, une salle de bain, une chambre à coucher, un salon ou une pièce à détente. Ces pièces permettent aux personnes de réaliser plusieurs occupations. Par exemple, une cuisine inclut des électroménagers nécessaires à la préparation de repas pour s'alimenter ; une salle de bains inclut une baignoire ou une douche et un cabinet de toilette nécessaires aux soins d'hygiène ; une chambre à coucher inclut un lit nécessaire pour le sommeil ; un salon inclut parfois un téléviseur pour se divertir, se détendre ou s'instruire et des aires de circulation pour l'accès aux différentes pièces ainsi qu'au domicile lui-même. Dans certains cas, le domicile peut avoir des pièces aménagées pour des occupations spécifiques, par exemple une salle de couture ou une salle d'exercices. Toutefois, il peut arriver que suite à des pertes de capacités (physiques, visuelles ou auditives), le domicile présente des obstacles importants pour la réalisation de ces activités ou occupations.

Quand le domicile présente des obstacles à la réalisation d'occupations, l'adaptation de celui-ci, fréquemment appelée adaptation domiciliaire, s'avère nécessaire pour plusieurs raisons, notamment pour favoriser l'accessibilité, être en sécurité, réaliser des occupations ou même regagner de l'autonomie (Emlet, Crabtree, Condon, & Treml, 1996, cité dans Cumming et coll., 2001, p. 641; Fänge & Iwarsson, 2005). Cela dit, l'adaptation domiciliaire vise principalement à soutenir le maintien à domicile (Gitlin, Mann, Tomit et Marcus, 2001; Johansson, Lilja, Petersson et Borell, 2007; Lysack et Neufeld, 2003; Petersson, Lilja, Hammel et Kottorp, 2008). L'adaptation domiciliaire, un domaine d'expertise des ergothérapeutes (Ainsworth et de Jonge, 2011 ; Ordre des ergothérapeutes du Québec , 2010), se définit comme une démarche d'aménagement d'un domicile (maison, appartement, condo, etc.) afin de répondre à des besoins individuels et particuliers, et ce, dans le but de modifier l'intérieur du domicile ou l'extérieur immédiat, d'en réduire les demandes environnementales, d'augmenter la performance dans les activités quotidiennes et de promouvoir l'indépendance (Fänge et Iwarsson, 2005; 2007; Hammel, Lai et Heller, 2002). De plus, il est important de

considérer que l'utilisation d'aides techniques est considérée en grande partie comme une intervention reliée à l'adaptation domiciliaire (Hammel et coll.; Johansson et coll.; Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2008 ; Stark, 2004; Stark, Landsbaum, Palmer, Somerville et Morris, 2009; Tanner, Tilse, et de Jonge, 2008). Ainsi, lorsque le terme adaptation domiciliaire est utilisé, celui-ci peut comprendre une combinaison de modifications majeures par le biais de modifications architecturales et de modifications mineures par le biais d'aides techniques.

Au Québec, pour venir en aide aux gens nécessitant de l'adaptation de domicile, il existe jusqu'à présent quelques programmes gouvernementaux d'aide financière qui exigent l'implication des ergothérapeutes. Les programmes subventionnaires sont ceux de la SHQ (Société d'habitation du Québec) via le programme PAD (Programme d'adaptation domiciliaire) et le programme LAAA (Logement adapté pour aînés autonomes), de la SAAQ (Société d'assurance automobile du Québec), de la CSST (Commission santé et sécurité au travail) comprenant IVAC (le programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels) ainsi qu'un programme spécialement dédié aux Anciens combattants (Institut de la statistique de Québec, & ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, 2012 ; Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL), 2008; SHQ, 2009;).

En ce qui concerne les programmes de la SHQ pour l'habitation privée, le programme PAD s'adresse à toutes les personnes handicapées vivant à domicile et qui sont limitées dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes, sans égard au revenu du ménage (SHQ, 2009). L'objectif ultime du programme PAD est d'aider financièrement les personnes handicapées à abolir ou à amoindrir les barrières architecturales qu'elles doivent affronter au quotidien, afin de favoriser leur maintien à domicile (SHQ, p.ii). Les objectifs spécifiques du programme sont de s'assurer que les personnes soient en mesure d'entrer et de sortir du domicile, de circuler de façon sécuritaire dans leur domicile et dans les pièces essentielles, d'utiliser et de contrôler de façon sécuritaire les équipements et les installations (par exemple, évier, lavabo, bain, toilette, etc.) et de vivre à domicile tout en allégeant les inconvénients majeurs causés aux autres occupants (fardeau) (SHQ). L'atteinte de ces objectifs permet donc aux personnes d'accomplir leurs activités quotidiennes à domicile (SHQ). Enfin, ces

adaptations faciliteront leur intégration sociale, professionnelle et scolaire (SHQ). Les étapes de cheminement d'une demande au programme PAD sont généralement initiées par les ergothérapeutes des services de soutien à domicile des CLSC (centre local de services communautaires) (SCHL, 2008). Toutefois, ces étapes sont nombreuses et accompagnées de délais importants (SCHL). Entre autres, la SCHL soulève en 2008 une durée moyenne de trois ans et deux mois entre le début et la fin du processus suite à l'analyse de 34 dossiers subventionnés. De plus, une subvention maximale de 16 000\$ est accessible au propriétaire du domicile, à moins qu'il soit éligible à l'obtention d'une aide additionnelle jugée exceptionnelle (SCHL). Depuis 2009, la SHQ a modifié l'aide financière pour qu'elle soit plus généreuse, allant jusqu'à 33 000\$ par personne sous certaines conditions. Un manuel d'opération publié par la SHQ (2009) est disponible pour avoir accès à ces critères d'éligibilité. Ensuite, le programme LAAA s'adresse aux personnes de 65 ans et plus et à faible revenu. Il subventionne les adaptations mineures d'un domicile, incluant notamment l'installation de petits équipements aidant à la mobilité (SCHL).

Le programme de la SAAQ s'adresse à toute personne ayant une incapacité persistante ou temporaire découlant d'un accident de la route qui la rend incapable d'accéder à son domicile ou d'en faire l'usage (SAAQ, 2013). De façon générale, la Société rembourse la solution au moindre coût appropriée à la condition de la personne, et ce, de façon similaire à une compagnie d'assurance (SAAQ). Ensuite, le programme de la CSST s'adresse à toute personne ayant une atteinte permanente grave de son intégrité due à un accident de travail (CSST, 2013; gouvernement du Québec, 1985). L'adaptation du domicile doit être nécessaire et être la solution appropriée pour permettre à la personne d'entrer et de sortir du domicile, d'avoir accès aux biens et aux commodités de manière autonome (CSST). L'adaptation domiciliaire peut également être réalisée dans le cas où cela lui permet de quitter un établissement de santé pour retourner à domicile (CSST; gouvernement du Québec). Enfin, le programme IVAC, qui relève de la CSST, s'adresse à toute personne blessée à la suite d'un acte criminel au Québec (IVAC, 2012). Les services d'adaptation domiciliaire sont d'ailleurs les mêmes que ceux prévus par la Loi sur les accidents de travail (IVAC; gouvernement du Québec, 1985).

Selon les données actuelles, en 2011-2012, 1293 domiciles ont bénéficié d'une adaptation par le biais du programme d'adaptation domiciliaire (PAD) de la Société d'Habitation du Québec (SHQ), alors que 1109 ont été adaptés au nom du programme de logement adapté pour aîné automne (LAAA) (Institut de la statistique de Québec, & ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, 2012). Par ailleurs, au cours des 10 dernières années, plus de 15 000 logements ont été adaptés en vertu de ces deux programmes (Institut de la statistique de Québec, & ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs). Les domiciles ont été adaptés pour toute personne ayant un handicap et éprouvant des limitations dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes (SHQ, 2009). Ces handicaps physiques, affectant des gens de tous âges (enfants, adultes et personnes âgées), peuvent provenir de conséquences de maladies dégénératives, de traumatismes sévères et de déficiences physiques, visuelles et/ou auditives persistantes ou permanentes.

Les facteurs déclencheurs de l'adaptation domiciliaire sont de trois types chez les adultes et les personnes âgées (SCHL, 2008). D'une part, le vieillissement avec un handicap physique préexistant, notamment lorsque le vieillissement accentue certaines limitations rendant nécessaire l'utilisation d'un fauteuil roulant conventionnel ou un quadriporteur pour les déplacements (SCHL). L'adaptation domiciliaire pour faciliter les déplacements est donc primordiale (SCHL). En ce sens, l'adaptation domiciliaire pour les personnes âgées représente un phénomène important compte tenu du vieillissement de la population. Les données actuelles rapportent que la population âgée du Québec doublera au cours des 30 prochaines années en raison de la taille importante de baby-boomer arrivant à cet âge (l'observatoire de l'administration publique-ENAP, 2006). De nos jours, permettre le maintien à domicile des aînés en leur fournissant des soins à domicile dans un milieu adapté à leur perte d'autonomie représente non seulement une solution de rechange à l'institutionnalisation qui est viable financièrement, mais également une réponse éthique au désir de la majorité d'entre eux à vieillir dans un milieu de vie familial auquel ils sont attachés (SCHL). D'autre part, l'annonce d'une maladie dégénérative est également un type de facteur déclencheur de l'adaptation domiciliaire (SCHL). Il est alors nécessaire de prévoir les adaptations en fonction d'une perte croissante de mobilité et d'autonomie, notamment en éliminant tout obstacle pouvant faire

trébucher la personne dans les premiers stades de la maladie ou en prévoyant le confinement éventuel à un fauteuil roulant (SCHL). Enfin, une maladie inflammatoire sévère est un autre type de facteur déclencheur de l'adaptation domiciliaire (SCHL). Cette pathologie touche plus souvent les articulations des mains et des pieds et s'accompagne de douleur, d'enflure et de déformations (SCHL). Il n'est donc pas rare que la marche et les activités de la vie quotidiennes soient difficiles, rendant nécessaire l'adaptation du domicile (SCHL).

La pratique de l'adaptation domiciliaire par les ergothérapeutes est un domaine d'intérêt international (Ainsworth et de Jonge, 2011). Cela dit, un livre de référence récent en adaptation domiciliaire est maintenant disponible afin de guider la pratique des ergothérapeutes réalisant ce travail (Ainsworth et de Jonge). Sachant que cette pratique diffère d'un pays à l'autre, ce livre est tout de même utile, car il est centré sur la théorie, les connaissances et les habiletés requises pour mener à bien cette pratique, internationnellement (Ainsworth et de Jonge). Partout dans le monde, les ergothérapeutes sont préoccupés par l'optimisation de la participation des personnes à des occupations et se soucient à ce que les gens soient sécuritaires, autonomes et confortables à domicile. Ce livre s'attarde donc à ces principes, tout en reconnaissant la législation et le contexte de financement qui influencent la prestation de services selon le pays. Cela dit, il fournit une gamme de ressources et d'outils pouvant être utilisés à différents escients, notamment à titre d'aide à l'enseignement afin de supporter les étudiants, les stagiaires et les ergothérapeutes novices, ou même à titre de manuel de référence pour les praticiens plus expérimentés (Ainsworth et de Jonge). De façon globale, ce livre de référence est divisé en trois principales sections. La première section aborde le domicile, la communauté et le contexte sociétal de l'adaptation domiciliaire, c'est-à-dire le milieu de vie, les approches de prestations de services, les modèles théoriques, la législation, la réglementation, les codes, les standards qui influencent la pratique, l'histoire et le futur des services en adaptation domiciliaire. La deuxième section aborde la prestation de services de modification du domicile, c'est-à-dire le processus d'adaptation; l'évaluation des besoins et des priorités; évaluer la personne et son milieu de vie; dessiner l'environnement bâti; développer et cibler des interventions; approvisionnement, évaluation des produits et des conceptions; les standards d'accessibilité et leur rôle pour guider les interventions; l'aspect éthique, légal et le rapport des variables et finalement l'évaluation des résultats. Enfin, la

dernière section aborde l'aspect de l'applicabilité de l'adaptation domiciliaire en abordant des études de cas.

L'état des connaissances actuelles quant à l'adaptation domiciliaire met en lumière plusieurs thématiques qui seront présentées dans les paragraphes suivants.

2.1. Approche centrée sur le client

Dans un premier temps, plusieurs auteurs mettent l'accent, d'une façon directe ou indirecte, sur l'approche centrée sur le client dans le cadre du processus d'adaptation domiciliaire qui s'avère une approche efficace pour améliorer la performance dans les occupations (Cumming et coll., 2001 ; Johansson, Lilja, Petersson et Borell, 2007 ; Stark, 2004 ; Stark, Landsbaum, Palmer, Somerville et Morris, 2009). D'une part, afin de cibler les besoins en adaptation domiciliaire, il est aussi important d'évaluer la perception des gens face à leurs difficultés que de mesurer leur indépendance fonctionnelle (Johansson et coll.). D'ailleurs, le fait que les personnes perçoivent leurs propres difficultés a plus d'impact que la mesure de leur indépendance fonctionnelle (Johansson et coll.). D'autre part, l'utilisation d'une approche centrée sur le client dans le cadre du processus d'adaptation domiciliaire assure une adhérence aux recommandations d'adaptation de domicile beaucoup plus élevée que lorsque cette approche n'est pas utilisée (Cumming et coll., 2001 ; Stark et coll.). En ce sens, un facteur prédictif d'adhérence aux recommandations est celui que la personne handicapée croit que l'adaptation de son domicile est utile et que celle-ci peut avoir un impact réel sur son fonctionnement ou sa sécurité (Stark et coll.). En somme, les ergothérapeutes, en se préoccupant de répondre aux besoins de leurs clients, doivent adopter une approche centrée sur le client en validant auprès d'eux si les solutions proposées leur conviennent.

2.2. Les impacts de l'adaptation domiciliaire

Plusieurs études se sont penchées sur les différents impacts que peut apporter l'adaptation domiciliaire, soient sur le fonctionnement, le bien-être, la satisfaction des personnes ayant bénéficié d'adaptations et même au niveau de la réduction des chutes (Chase, Mann, Wasek, et Arbesman 2012; Clemson, Mackenzie, Ballinger, Close, et Cumming, 2008; Johansson, Lilja, Petersson, & Borell, 2007; Stark, 2004; SCHL, 2008; Tanner, Tilse et de

Jonge, 2008). D'abord, l'adaptation domiciliaire présente un impact positif au niveau de la personne puisque les changements architecturaux entraînent une réduction des demandes environnementales et du recours aux aidants; une amélioration de la sécurité des lieux, du sentiment de sécurité et du confort à domicile, de la qualité de vie, de l'autonomie dans les AVQ et AVD (Johansson et coll. ; SCHL ; Stark ; Tanner et coll. ; Turner et coll., 2011). Au niveau de la fonctionnalité, les changements ont aussi un impact positif sur la vie privée, le maintien de la dignité, le sentiment d'identité, de contrôle et d'auto-efficacité, la confiance, l'estime de soi et la peur de chuter (Chase et coll.; Johansson et coll. ; SCHL ; Stark ; Tanner et coll. ; Turner et coll.).

2.3. Considérations lors de l'évaluation

Fänge et Iwarsson (2005) insistent sur le besoin de considérer l'interaction personne environnement dans le temps et non seulement les composantes de la personne et de l'environnement de façon séparée. Effectivement, les difficultés rencontrées dans le domicile ne viennent pas seulement des incapacités de la personne ou des risques de l'environnement, mais bien de l'interaction de ces deux composantes lors de la réalisation d'occupations. Plusieurs éléments doivent aussi être considérés lors de l'évaluation, notamment le sexe, l'âge, le statut social, la présence de douleur et le type d'incapacités physiques qui peuvent être des facteurs fortement en interaction avec les problèmes environnementaux (Gitlin, Mann, Tomit et Marcus, 2001). Une attention particulière doit être portée à ces facteurs et à leur représentation actuelle, mais également à leur évolution possible, et ce, sans bannir le désir du client et de son entourage (Szabo, 2013). Il faut donc considérer les attentes du client, ses désirs et explorer ce qu'il est prêt à changer (Szabo). Il est aussi impératif de porter une attention particulière au domicile pour en faire un descriptif détaillé lors de la rédaction du rapport d'évaluation et du début des propositions d'aménagement (Szabo). En outre, selon plusieurs auteurs, les difficultés les plus fréquentes sont rencontrées dans la salle de bain, la cuisine, la chambre à coucher, l'accès aux chambres et à l'entrée (Gitlin et coll. ; SCHL, 2008; Szabo). Une attention particulière devrait donc être portée aux occupations réalisées dans ces pièces afin de cibler la meilleure adaptation qui soit. Pour ce faire, une batterie d'évaluation, conçue pour les ergothérapeutes, a été développée pour évaluer la relation entre la personne et son environnement (le domicile) et identifier les besoins d'aménagement

domiciliaire (Rousseau, 2013). Cette batterie d'évaluation, nommée Évaluation à domicile de l'interaction personne-environnement (ÉDIPE), se présente sous quatre versions de l'instrument d'évaluation basé sur le Modèle de compétence, un modèle explicatif de la relation personne-environnement (Rousseau). L'instrument, ÉDIPE, s'adresse aux adultes et aînés ayant des incapacités motrices permanentes (Rousseau). Les trois autres versions sont inspirées s'adressent aux adultes et aînés ayant des incapacités visuelles permanentes, aux adultes et aînés ayant des incapacités cognitives permanentes et pour les enfants et adolescents ayant des incapacités motrices permanentes (Rousseau). Une autre version s'ajoutera concernant les jeunes adultes schizophrènes (Rousseau).

2.4. Complexité de la pratique

Une constatation importante qui ressort des écrits est que le processus de pratique ergothérapeutique entourant l'adaptation domiciliaire est complexe (Creek, 2003; Fänge et Iwarsson, 2005; 2007; Townsend et Polatajko, 2013). En fait, cette complexité du processus est reconnue par plusieurs (Creek ; Fänge et Iwarsson ; Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), 2010; Townsend et Polatajko). En effet, l'ergothérapie peut être décrite comme une intervention complexe, puisque cette profession tient compte de plusieurs éléments distincts essentiels au fonctionnement approprié des interventions, bien que les ingrédients actifs efficaces des interventions soient difficiles à spécifier (OEQ). Pour illustrer la complexité de la pratique, le processus en ergothérapie comporte de nombreux aspects à considérer et à mettre en place, ce qui est tout aussi applicable à la pratique en adaptation domiciliaire (OEQ).

D'ailleurs, la complexité du travail en adaptation domiciliaire peut aussi être représentée à l'aide des défis rencontrés lors du processus (Fänge et Iwarsson, 2005; 2007). D'une part, effectuer ce travail demande d'établir un lien avec plusieurs metteurs en scène, incluant les programmes subventionnaires, les travailleurs qui réalisent les constructions, le client et sa famille (Fänge et Iwarsson, 2005; 2007). En ce sens, compte tenu de la vaste portée de l'habilitation fondée sur l'occupation, les ergothérapeutes se trouvent dans une position idéale pour orchestrer la complexité des situations (Townsend et Polatajko, 2013). Ainsi, l'ergothérapeute doit tenir compte de plusieurs éléments en évaluant les occupations de tous les jours. D'autre part, ce travail demande également des connaissances bien précises,

notamment au niveau des lois, des critères d'éligibilité aux programmes subventionnaires, etc. Une attention bien particulière devrait d'ailleurs porter sur des recommandations justes et équitables aux personnes dans le besoin, et ce, sans égard au type d'assurance maladie qu'utilise la personne (Lysack et Neufeld, 2003). Au Québec plusieurs programmes subventionnaires sont disponibles pour venir en aide aux personnes nécessitant l'adaptation de leur domicile. Pour avoir accès aux subventions, ces personnes doivent se qualifier selon les critères des organismes, se rattachant aux limitations fonctionnelles. C'est d'ailleurs pour cette raison que l'évaluation d'un ergothérapeute est requise. Le travail d'adaptation domiciliaire demande donc que les ergothérapeutes connaissent ces programmes et leurs critères d'éligibilité. À cet égard, l'ergothérapeute a la responsabilité, d'émettre des recommandations répondant aux besoins du client et à l'habiliter à chercher des ressources alternatives advenant que certaines recommandations ne soient pas couvertes par les programmes subventionnaires. L'ergothérapeute doit alors jongler entre répondre aux besoins du client et considérer les contraintes imposées par les programmes subventionnaires. Aussi, la réalité terrain des ergothérapeutes au Québec est que ceux-ci travaillent en partenariat avec des mandataires, qui sont les personnes ressources pour la réalisation des recommandations émises.

En somme, l'état des connaissances actuelles quant à l'adaptation domiciliaire met en lumière plusieurs thématiques émergeant de la littérature. Les textes disponibles soulignent toutefois davantage l'accent sur l'impact de l'adaptation domiciliaire, alors que très peu de textes sont disponibles en lien avec la pratique de cette expertise particulière et aucun texte ne présente le point de vue des intervenants œuvrant dans le domaine. En effet, tel que mentionné par Creek (2003), Fänge et Iwarsson (2005; 2007), OEQ (2010) et Townsend et Polatajko (2013), l'adaptation domiciliaire est un domaine complexe de la pratique de l'ergothérapie requérant le développement d'une expertise particulière. À juste titre, cette réalité mérite d'être davantage explorée du point de vue de la pratique afin d'améliorer la compréhension de cette situation spécifique. Il est donc approprié d'effectuer une étude exploratoire qui vise à documenter la réalité des intervenants impliqués dans la démarche d'adaptation domiciliaire et particulièrement, faire ressortir les défis vécus par ces intervenants. Ainsi, afin d'améliorer les connaissances en lien avec la pratique et la façon de faire des ergothérapeutes œuvrant dans le domaine de l'adaptation domiciliaire, le présent projet vise à répondre à la question suivante :

selon les ergothérapeutes cliniciens, quels sont les défis de la pratique en adaptation domiciliaire?

3. CADRE CONCEPTUEL

Le maintien ou le soutien à domicile, par l'adaptation domiciliaire, s'appuie sur une analyse approfondie de la relation personne-environnement et ce, avec l'objectif qu'une personne soit en mesure de réaliser des occupations significatives à l'intérieur et à l'extérieur du domicile. Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel et le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client s'avèrent donc deux cadres conceptuels utiles à cette thématique. Les paragraphes qui suivent présentent ces deux modèles et leur pertinence.

3.1. Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO)

Tout d'abord, le MCREO est une version améliorée du Modèle canadien du rendement occupationnel de Law, Polatajko, Baptiste et Townsend (1997). Cette nouvelle version conceptualise le rendement et l'engagement dans des occupations comme l'interaction dynamique entre la personne, ses occupations et l'environnement (Polatajko et coll., 2013). Ainsi, l'accomplissement, l'engagement, voire la participation dans des occupations variées sont tributaires de l'intégrité des dimensions de la personne et de l'environnement. Ces dimensions sont les dimensions affective, cognitive et physique (Polatajko et coll.). L'environnement influence aussi le rendement, l'engagement et la participation d'une personne dans ses occupations. Cet environnement, ou milieu est à la fois culturel, physique, social et institutionnel (Law et coll.). Le concept d'occupation se définit comme une activité (ou une série d'activités) qui est effectuée avec une certaine cohérence et régularité; qui apporte une certaine structure à l'existence et à laquelle sont accordées une valeur et une signification (Townsend et Polatajko, 2013, p. 444). Il comprend tout ce qu'une personne fait pour prendre soin d'elle-même, prendre plaisir à la vie et contribuer à l'édifice social et économique de la communauté (Townsend et Polatajko). Il inclut d'une part, les soins personnels, la productivité et les loisirs et comprend aussi des activités personnelles et significatives (Polatajko et coll.). À l'origine, le MCRO mettait l'accent sur le rendement occupationnel, un construit important de l'occupation humaine et d'intérêt pour les ergothérapeutes. (Polatajko et coll., p.26). Le MCREO va au-delà du rendement en s'intéressant aussi à l'engagement dans les occupations. Ce concept se définit comme l'action de s'impliquer, de se mobiliser, de devenir occupé, de participer à une occupation ou de s'y

engager (Townsend et Polatajko). Le concept de l'engagement va au-delà du rendement et de la satisfaction, car cela implique la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives (Law et coll., p. 34 ; Townsend et Polatajko).

L'adaptation domiciliaire ou l'aménagement domiciliaire est défini comme le fait de modifier un lieu afin de le rendre compatible aux capacités de la personne. L'adaptation du domicile a pour but de permettre à toute personne handicapée d'accomplir ses activités quotidiennes dans son logement et ainsi favoriser son « maintien » à domicile (SHQ, 2009). Compris dans ce cadre conceptuel, l'environnement est modifié afin de rendre possible la participation, le rendement, l'accomplissement, voire aussi l'engagement dans des occupations et ce, en tenant compte des dimensions physique, cognitive et affective de la personne, ainsi que des occupations que le client souhaite ou doit accomplir. Par exemple, plusieurs adaptations domiciliaires peuvent être réalisées pour qu'une personne en fauteuil roulant soit en mesure de s'engager dans les occupations qui lui sont significatives. Des modifications de la salle de bain peuvent être nécessaires afin que la personne réalise ses soins d'hygiène dans ce lieu en s'assurant que la pièce présente une aire de rotation permettant le pivotement du fauteuil roulant (SHQ, 1999, p. 28) pour faciliter les déplacements. Il pourrait également être nécessaire d'ajuster la hauteur du bain, d'ajouter des barres d'appui, d'installer un fini antidérapant et une pomme de douche munie d'un tuyau flexible, un mécanisme facile d'accès pour actionner le bouchon d'évacuation de la baignoire, etc. (SHQ, 1999). Plusieurs options d'aménagement sont possibles en tenant compte des besoins de la personne. Pour ce faire, l'ergothérapeute effectue une évaluation et une analyse approfondie du potentiel d'accomplissement, de participation, voire d'engagement dans des occupations significatives variées des personnes. Ils offrent donc des services personnalisés, adaptés au contexte, holistiques et souples afin de répondre aux conditions changeantes liées aux occupations, aux personnes et aux environnements associés au client (Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), 2007). Pour ce, l'ergothérapeute habilite les personnes à choisir, organiser et réaliser les occupations qu'ils trouvent significatives autant dans le domicile (maintien à domicile) que dans la communauté (soutien à domicile) (ACE, 1997).

3.2. Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client (MCHCC)

Le modèle conceptuel MCHCC guide les ergothérapeutes à habiliter les personnes à s'engager dans des occupations. D'ailleurs, la meilleure pratique en ergothérapie offre une habilitation efficace, centrée sur le client et fondée sur les occupations en matière de santé, de bien-être et de justice (Townsend et coll., 2013). Cela dit, qu'est-ce que l'habilitation aux occupations?

Les termes habiliter (verbe) et l'habilitation (nom), centré (e) sur l'occupation est la compétence primordiale et fondamentale en ergothérapie; ce que font les ergothérapeutes; cette compétence s'articule autour d'une gamme d'habiletés clés d'habilitation pertinentes et entrelacées; elle est fondée sur les valeurs; elle est collaborative, attentive aux inégalités de pouvoir et à la diversité, et chargée de projections de possibilités quant au changement individuel et/ou social (Townsend et coll., 2013, p. 442).

Le concept, habiliter à l'occupation, renvoie à des actions dynamiques chez l'ergothérapeute face à son client telles que définies par des verbes d'action envers, avec et pour le client reflétant une approche centrée sur le client (Brousseau, Désormeaux-Moreau, St-Pierre, 2013).

Les dix habiletés d'habilitation en ergothérapie proposées par le modèle reposent sur six fondements (Townsend et coll., 2013). Ce sont le choix, le risque et l'imputabilité; l'engagement du client; le changement; la justice; la projection des possibilités; et le partage de pouvoir. Premièrement, les ergothérapeutes sont fortement encouragés à collaborer avec le client dans tous les processus les concernant et à prendre ouvertement des dispositions quant aux choix, aux facteurs de risque et à la responsabilité du client (Townsend et coll.). L'objectif en ergothérapie est d'habiliter le client à s'engager dans ses occupations quotidiennes de façon sécuritaire, tout en respectant son droit légitime de prendre des risques. (Townsend et coll.). Deuxièmement, la participation est un concept actif caractérisé par la contribution et l'engagement qui sont gouvernés en partie par les besoins biologiques d'agir, de trouver un sens à sa vie et d'entrer en contact avec les autres par l'action (Wilcock, 2006). Troisièmement, le changement veut tout simplement dire évoluer, prendre une autre position,

une direction ou un parcours différents (Townsend et coll.). Quatrièmement, la justice fait appel aux notions d'équité et de diversité lors du processus d'intervention (Townsend et coll.). Cinquièmement, en s'engageant dans des occupations, les clients peuvent créer et exprimer leur vision quant aux possibilités qui s'offrent à eux pour résoudre des défis occupationnels (Townsend et Landry, 2005). Ainsi, la projection des possibilités est reliée à la vision des possibilités pour résoudre des défis autant du point de vue du client que du point de vue de l'ergothérapeute (Townsend et coll.). Sixièmement, le partage de pouvoir est un des fondements les plus durables de l'ergothérapie. C'est l'engagement quant à la collaboration centrée sur le client.

Le MCHCC énumère ainsi dix habiletés clés relatives à l'habilitation. Ce sont : 1) adapter, 2) revendiquer, 3) coacher, 4) collaborer, 5) consulter 6) coordonner 7) concevoir et réaliser, 8) éduquer 9) engager 10) exercer son expertise/mettre à profit son expertise (Townsend et coll., 2013). Ces dix habiletés clés aident l'ergothérapeute à exercer son rôle d'expert en habilitation de l'occupation, le rôle pivot et central de la profession (ACE, 2007). Cela dit, à quoi se rattache chacune des dix habiletés d'habilitation aux occupations pour l'adaptation domiciliaire?

La première habileté d'habilitation, adapter, s'inspire des travaux de Schkade et Schultz (1992) et de Meltzher (2001). Cette habileté correspond au fait que l'ergothérapeute répond aux défis occupationnels du client en ajustant ou en modifiant les situations. L'habileté en jeu ici, consiste à prendre en considération et à mettre en place différentes formes d'adaptation en vue d'accomplir une occupation (Townsend et coll., 2013). Le processus d'adaptation peut donc s'appliquer à l'occupation et à l'environnement. Dans le contexte de l'adaptation domiciliaire, l'ergothérapeute aura le souci à la fois de considérer la façon de réaliser une occupation en tenant compte de l'environnement de la personne et de ses capacités. À cet égard, l'ergothérapeute s'assure par exemple que le fauteuil roulant de la personne puisse franchir la porte de la cuisine pour qu'elle puisse continuer de participer à la préparation de repas. Il s'assurera également que les électroménagers soient accessibles, à la bonne hauteur. Aussi, dans la situation où le client désire s'investir dans une nouvelle occupation à l'extérieur du domicile (dans la communauté), l'ergothérapeute proposera des

adaptations de l'accès du domicile afin qu'il puisse entrer et sortir du domicile pour avoir accès à des occupations dans la communauté.

La deuxième habileté, revendiquer, renvoie à des notions de partage du pouvoir, de faire du lobbying pour le client, de faire connaître les options disponibles aux décideurs. En ce sens, en plaidoyant, un ergothérapeute parle en faveur et au nom de ses clients auprès de divers interlocuteurs pour faire valoir leurs participations dans des occupations significatives (Townsend et coll., 2013). En adaptation domiciliaire, les ergothérapeutes doivent être en mesure de démontrer en quoi les modifications du domicile favorisent l'autonomie fonctionnelle d'une personne aux organismes payeurs afin d'aider leurs clients à obtenir le financement requis (ACE, 2007). De plus, dans certaines occasions, l'ergothérapeute doit faire valoir auprès des décideurs, la nécessité d'utiliser telle ou telle aide technique ou modification du domicile non conventionnelles et habituellement non défrayées par l'organisme payeur. Par exemple, l'ergothérapeute doit fournir un rapport détaillé au programme d'adaptation de domicile (PAD), démontrant que la déficience du client est significative et persistante, et que ses incapacités limitent la réalisation de ses occupations à domicile, alors que les modifications du domicile pourraient éliminer cette situation de handicap (SHQ, 2012).

La troisième habileté, coacher, correspond à un partenariat continu conçu pour aider les clients à produire des résultats satisfaisants dans leur vie personnelle et professionnelle, et ce, afin que ceux-ci aient une meilleure qualité de vie (International Coach Federation, 2012). En adaptation domiciliaire, l'ergothérapeute fait le suivi auprès du client en ce qui concerne le choix et la réalisation des travaux d'aménagement. Au besoin, il peut également encadrer le travail effectué sans toutefois s'ingérer entre les acteurs responsables de d'autres parties du processus. Par ailleurs, il produit et transmet par écrit, à l'inspecteur mandaté par la SHQ, les recommandations d'adaptation de domicile en vue des travaux à effectuer (SHQ, 2009, p.22). Il doit par la suite apprécier les résultats obtenus après l'exécution des travaux et aviser l'inspecteur de l'adéquation de ces derniers avec le suivi de ses recommandations et l'atteinte de ses objectifs; si des travaux complémentaires sont nécessaires pour atteindre les objectifs fixés, il doit formuler une recommandation en ce sens par écrit à l'inspecteur (SHQ, p.23).

La quatrième habileté, collaborer, signifie travailler ensemble, et ce, particulièrement dans un effort intellectuel conjoint ou vers une finalité commune, c'est-à-dire, collaborer avec les clients, au lieu de faire les choses pour eux ou à leur place (Townsend et coll., 2013). Issue des travaux de Schaeffer (2002), collaborer est l'habileté clé en habilitation des occupations, qui se réfère au partage du pouvoir dans la prise de décision selon une pratique centrée sur le client. D'une part, en adaptation domiciliaire, l'ergothérapeute collabore d'abord avec son client. En effet, il collabore avant tout avec lui en effectuant d'abord une évaluation individualisée incluant notamment son point de vue, ses attentes et en investiguant auprès de lui quelles sont les solutions personnelles qu'il a lui-même envisagées. D'autre part, l'ergothérapeute effectue une visite conjointe à domicile avec l'inspecteur et il travaille avec ce dernier afin de déterminer les solutions les plus fonctionnelles, sécuritaires et les plus économiques (SHQ, 2009).

La cinquième habileté, consulter, permet d'échanger des points de vue et de se concerter (Townsend et coll., 2013). En ergothérapie, la consultation est vaste et généralisée tout au long du processus de pratique avec les clients, voire dans la gestion, l'enseignement ou la recherche (Townsend et coll., p.143). Agir comme consultant peut inclure une gamme d'intermédiaires dont le client, des membres d'une équipe, des organismes, des représentants d'entreprises, etc. (Townsend et coll.). En adaptation domiciliaire, l'ergothérapeute peut consulter des spécialistes en architecture tels les inspecteurs ou les mandataires afin de s'assurer de la faisabilité des propositions d'adaptation. Toutefois, avec le programme PAD au Québec, la coordination est davantage réalisée par un mandataire relevant du réseau municipal. L'ergothérapeute doit également vérifier l'admissibilité des cas particuliers auprès d'organismes payeurs au besoin, notamment la SHQ, la CSST ou la SAAQ (SHQ, 2009). Par ailleurs, l'ergothérapeute utilise une pratique centrée sur le client. Il consulte donc le client tout au long du processus afin de s'assurer qu'il puisse s'engager aux occupations qui lui sont significatives.

La sixième habileté, coordonner, permet d'harmoniser dans un effort commun ou une action commune, de développer un accord, ou de combiner et d'adapter afin d'atteindre un effet particulier (Townsend et coll., 2013, p.144). Les ergothérapeutes mettent en lien les

personnes et les ressources disponibles, ils encouragent le réseautage et ils orchestrent des équipes afin que celles-ci puissent agir de concert afin qu'il soit possible à la personne concernée de s'engager dans des occupations (Townsend et coll.). Effectuer le travail d'adaptation domiciliaire demande d'établir contact avec plusieurs acteurs, tels que : le client et sa famille, les programmes subventionnaires et les travailleurs qui réalisent les travaux de rénovations ou de construction (Fänge & Iwarsson, 2005; 2007). Au Québec, pour le programme d'adaptation de domicile (PAD), la coordination des travaux est davantage réalisée par le mandataire. Toutefois, il est d'une grande importance de ne pas perdre de vue en cours de route que les aménagements visent à s'assurer que la personne puisse s'engager dans des occupations significatives.

La septième habileté, concevoir/réaliser, signifie élaborer un plan, créer ou formuler une stratégie (Townsend et coll., 2013). « Concevoir » et « réaliser » renvoient au fait que les ergothérapeutes mettent en œuvre, imaginent des solutions et voient à ce que certaines conceptions ou aménagements du domicile soient réalisés (Townsend et coll.). Cette habileté englobe la conception et la réalisation de produits tels que la technologie d'assistance ou les orthèses, adapter l'environnement construit et affectif ainsi que réaliser et mettre en œuvre des programmes et des services (Clark et coll., 2001; Rebeiro et coll., 2001). En adaptation domiciliaire, suite à l'évaluation de la personne, l'ergothérapeute doit trouver des solutions individualisées à celle-ci. Par exemple, pour une personne qui circule en fauteuil roulant et qui doit réaliser la préparation de repas pour elle-même et les membres de sa famille, l'ergothérapeute aura le souci de concevoir un plan suggérant un lieu précis dans la cuisine où la personne a un accès à levier, au lave-vaisselle, etc. Elle aura aussi le souci de prévoir un plan de travail pour que les proches puissent eux aussi cuisiner s'ils le désirent. Ces adaptations tiennent compte des membres de la famille pour que ceux-ci puissent continuer à vaquer à leurs occupations, donc dans le même environnement, tout aussi adapté à eux aussi.

La huitième habileté, éduquer, peut se définir comme des actions visant à favoriser les apprentissages d'une personne aux prises avec des changements (Townsend et coll., 2013). Les clients en ergothérapie sont alors dans des situations d'apprentissage. Par exemple, ils doivent apprendre à utiliser des aides techniques ou apprendre à fonctionner avec les

équipements. Ainsi, ils apprennent de différentes façons : par la pratique, en répétant les actions, en recevant de l'enseignement incluant notamment des explications en lien avec la façon d'exercer ou d'organiser les routines des occupations, ou en adaptant l'environnement, par exemple, dans leur résidence, leur communauté ou leur entreprise (Townsend et coll.). Les ergothérapeutes utilisent les occupations pour l'apprentissage par l'expérience tout au long du processus de pratique (Townsend et coll. p.147). En adaptation domiciliaire, l'ergothérapeute éduque le client et ses proches en les encourageant à faire leurs propres expériences en soulignant que chacun est le meilleur juge des situations qu'il vit. Par exemple, l'ergothérapeute encourage les clients à trouver des façons de se débrouiller par eux-mêmes dans certaines situations. Lorsque nécessaire, il doit fournir l'information nécessaire pour bien utiliser les installations ou procurer un entraînement adéquat (SHQ, 2009, p.23). Par exemple, lorsque des barres d'appui sont installées pour faciliter les transferts et l'accès à la toilette, l'ergothérapeute veille à ce que la personne sache et apprenne à fonctionner dans son environnement modifié.

La neuvième habileté, engager, veut dire entrer dans, faire contribuer les autres, se mobiliser ou devenir occupé (Townsend et coll., 2013, p.149). Cette habileté d'habilitation entraîne les clients dans l'agir, c'est-à-dire l'engagement dans l'action au-delà des discours (Townsend et coll., p.149). Elle est essentielle dans l'instauration d'alliances thérapeutiques afin que les clients puissent exprimer leurs perspectives, leurs choix et leurs décisions quant aux processus thérapeutiques (Townsend et coll., p.149). Par exemple, en adaptation domiciliaire, les ergothérapeutes invitent leurs clients à faire des démarches par eux-mêmes. Ceux-ci doivent contacter des entrepreneurs afin d'obtenir des soumissions pour les travaux. Plus le client croit que l'adaptation de son domicile est utile et que celle-ci peut avoir un impact réel sur son fonctionnement ou sa sécurité, plus le client sera engagé (Stark, Landsbaum, Palmer, Somerville et Morris, 2009).

La dixième habileté, exercer son expertise/mettre à profit son expertise, réfère à l'emploi de techniques particulières dans des situations spécifiques afin d'habiliter les personnes à s'engager dans des occupations (Townsend et coll., 2013). En adaptation domiciliaire, les ergothérapeutes attribuent, distribuent ou fabriquent des aides techniques

relatives aux modifications du domicile (Vincent, Weiss-Lambrou, & Levy, 1995). L'ergothérapeute exerce son expertise par ses connaissances professionnelles spécialisées afin d'identifier la meilleure solution pour une personne donnée. Ainsi, il peut justifier des demandes de subventions d'aides techniques pour des besoins particuliers. Par exemple, un ergothérapeute peut se voir recommander une pince à long manche pour qu'une personne en fauteuil roulant puisse avoir accès aux tasses situées dans le bas des armoires de la cuisine.

En somme, les dix habiletés en habilitation de l'occupation du MCHCC sont utilisées par les ergothérapeutes pour habiliter leurs clients à l'engagement occupationnel à domicile (Townsend et coll., 2013). D'ailleurs, un ergothérapeute aura recours à plusieurs des habiletés puisque celles-ci sont complémentaires, s'enchevêtrent et se superposent (Townsend et coll.). Le milieu de vie, adapté aux capacités des clients, fait en sorte que ces personnes ont le choix de s'engager de façon optimale dans les occupations qui leur sont significatives. Enfin, l'ensemble des habiletés d'habilitation des ergothérapeutes individuels évolue avec la formation, l'expérience et les occasions qui se présenteront, et ce, tout au long de leur vie professionnelle (Townsend et coll.).

4. MÉTHODE

L'objectif de cette étude est de documenter la réalité des intervenants impliqués dans la démarche d'adaptation domiciliaire et particulièrement, faire ressortir les défis vécus par ces intervenants permettant ainsi d'améliorer les connaissances en lien avec la pratique et la façon de faire des ergothérapeutes œuvrant dans le domaine de l'adaptation domiciliaire. La section suivante présente donc le devis de recherche, la méthode d'échantillonnage, les outils de collecte de données, la méthode de collecte de données, l'analyse de données, les critères de rigueurs scientifiques utilisés pour atteindre l'objectif de l'étude.

4.1. Devis de recherche

Afin de répondre à la question de recherche, la stratégie de recherche qualitative de type phénoménologique descriptive a été retenue (Fortin, 2010). En effet, la recherche qualitative se caractérise par la compréhension de phénomènes et cherche à décrire la manière dont les personnes perçoivent leurs propres expériences à l'intérieur d'un contexte social particulier (Fortin). Plus précisément, la recherche phénoménologique vise à comprendre un phénomène et à saisir l'essence du point de vue des personnes qui en font l'expérience (Fortin). Ainsi, la stratégie de recherche sélectionnée est en congruence avec l'objectif du présent projet qui consiste à documenter la perspective des ergothérapeutes cliniciens sur les défis de la pratique en adaptation domiciliaire.

4.2. Méthode d'échantillonnage

En recherche qualitative, le recrutement des participants se fait sur la base de l'échantillonnage délibéré ou intentionnel de manière à localiser les personnes les plus susceptibles de fournir des données riches en information par rapport au problème étudié (Patton, 2002). Ainsi, pour cette étude, la méthode d'échantillonnage non probabiliste accidentelle ou de convenance a été retenue dans le but d'obtenir un échantillon qui représente bien le phénomène à l'étude (Fortin, p. 272). Pour ce faire, une liste des ergothérapeutes effectuant de l'adaptation domiciliaire dans leur travail a été répertoriée en juin 2012 à partir du site internet de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (<http://www.oeq.org>). Dans la section répertoire des membres, les mots critères utilisés sont les suivants : 1) recherche par

région : Mauricie ou Centre-du-Québec, 2) type de milieu : centre local de services communautaires (CLSC), maintenant regroupé en centre de santé et des services sociaux (CSSS) et 3) services offerts : soutien/maintien à domicile. Pour les secteurs de la Mauricie, 35 ergothérapeutes ont été répertoriés alors que 22 l'ont été pour le secteur du Centre du Québec. La sélection a ensuite été réalisée sur une base volontaire et selon la disponibilité des participants, et ce, en s'assurant qu'ils avaient au minimum une année d'expérience. Pour ce faire, un premier contact téléphonique ou par courriel a été effectué avec les chefs de programme des établissements dans le but d'obtenir leur consentement à solliciter la participation des ergothérapeutes de leur établissement. À l'obtention du consentement de ces derniers, un contact a été réalisé avec les ergothérapeutes cliniciens à l'aide d'un courriel les invitant à participer à l'étude. Ensuite, à la réception d'un courriel confirmant un désir à y participer, la lettre d'information et le formulaire de consentement à l'ergothérapeute ont été envoyés aux participants par courriel. Ensuite, la chercheuse de l'essai critique a poursuivi les démarches en effectuant un contact téléphonique avec la personne à interviewer afin de préciser le but de l'étude, d'assurer la confidentialité, d'obtenir le consentement et de fixer un rendez-vous dans le milieu de travail du professionnel.

Le recrutement de cinq participants a été réalisé en raison de la nature de l'étude qui consiste à un projet d'intégration de niveau maîtrise et de la limite de temps pour effectuer la collecte de données.

4.3. Outils de collecte de données

Afin de répondre à la question de recherche, une grille d'entrevue a été construite à l'aide d'un raisonnement inductif. Ce type de raisonnement, utilisé en recherche qualitative, est défini comme un raisonnement qui va du particulier au général, c'est-à-dire des faits vers la théorie (Fortin, 2010). Les questions ont donc été élaborées suite à la recension des écrits et à des discussions avec des experts. Elles ont donc été élaborées en tenant compte des éléments recensés entourant la pratique en ergothérapie pour l'adaptation domiciliaire. Le questionnaire contient également des questions ouvertes afin d'obtenir des données qualitatives pouvant être analysées.

Afin de s'assurer de la validité de contenu de la grille d'entrevue, un essai pilote a été fait avec une participante travaillant dans un centre de réadaptation et pour qui l'adaptation domiciliaire fait partie de ses tâches de travail. Cet essai pilote a également été réalisé dans le but de vérifier si d'autres éléments devaient être ajoutés dans la grille d'entrevue. Puisque la grille d'entrevue s'est avérée valide, les données obtenues dans cet essai pilote ont été conservées aux fins de l'étude. La grille d'entrevue est à l'annexe A.

4.4. Méthode de collecte de données

Pour effectuer la collecte de données, une entrevue en face à face d'une durée d'une heure a été réalisée dans une salle fermée et calme dans le milieu de travail de l'ergothérapeute. La grille d'entrevue présentée en annexe A a été utilisée afin de réaliser une entrevue semi-dirigée. De cette façon, l'intervieweur pouvait s'appuyer sur une liste de questions préétablies et les poser selon l'ordre qu'il jugeait à propos et alors que d'autres sujets également à être couverts selon son jugement (Fortin, 2010). Les entrevues ont été enregistrées à l'aide d'une enregistreuse numérique et transcrites à l'ordinateur.

Dans un souci de validité, chacun des participants s'est vu retourner un courriel incluant la question principale de l'entrevue « Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile de votre travail en adaptation domiciliaire? », ainsi qu'un bref résumé de la réponse qu'il a émis lors de l'entrevue. Ce courriel a permis que chacun confirme la compréhension de leur réponse ou même de la compléter au besoin.

4.5. Analyse des données

L'analyse des données qualitatives est un processus itératif, c'est-à-dire un processus qui n'est pas linéaire ni prévisible (Fortin, 2010). Ce processus d'aller-retour entre la collecte de données permet d'exprimer la réalité des participants, d'effectuer la description d'un phénomène et même d'élaborer des conceptualisations théoriques qui visent à représenter la réalité (Portney et Watkin, 2009). D'ailleurs, l'analyse des données provenant de la recherche phénoménologique s'effectue en quelques étapes : 1) transcription des données brutes, donc des verbatim enregistrés, 2) lire attentivement toutes les descriptions des comptes rendus intégraux, 3) dégager la signification de chaque énoncé important qui apparaît dans les

phrases, 4) regrouper les segments qui contiennent des significations similaires importantes (thèmes) et 5) fournir une description exhaustive qui rend compte de l'essence du phénomène (Fortin, 2010).

Pour l'étude, l'analyse des données a été réalisée en deux étapes majeures : 1) lecture des verbatim transcrits par une assistante de recherche et 2) codage manuel de ceux-ci à l'aide d'un système de couleur. La stratégie de codification mixte a été utilisée, puisqu'une liste de codes a été établie préalablement à l'aide du questionnaire, alors que l'émergence de nouveaux codes a aussi été réalisée lors de l'analyse des données. De plus, afin de s'assurer de la validité des codes, l'étudiante à la maîtrise a effectué un premier codage pour ensuite effectuer une rencontre conjointe avec la directrice de maîtrise et l'assistante de recherche et discuter de ces derniers. Les codes ont été conservés lors d'un accord de 80 % entre les membres de l'équipe.

Par ailleurs, l'analyse a été effectuée en deux temps : 1) l'analyse simple et 2) l'analyse multiple. Premièrement, à l'étape de l'analyse simple, les données de chaque sujet ont été analysées séparément par la lecture des verbatim. Ensuite, une analyse de contenu a été réalisée afin de dégager les thèmes saillants et les tendances (Fortin, 2010). Deuxièmement, à l'étape de l'analyse multiple, les données des différents participants ont été comparées afin de faire ressortir les convergences. Afin de fournir une vue d'ensemble des données, les résultats sont présentés sous forme de tableaux présentés à l'annexe D.

4.6. Critères de rigueur scientifique

Les critères de rigueur scientifique pour la recherche qualitative sont les critères de crédibilité, de transférabilité, de fiabilité et de confirmabilité (Fortin, 2010, p.284).

Premièrement, afin d'assurer le critère de crédibilité, c'est-à-dire afin d'assurer l'exactitude dans la description du phénomène vécu par les participants en fonction de la réalité interprétée (Fortin, 2010, p. 284), la triangulation a été utilisée. Ainsi, d'autres chercheurs ont été associés à l'étude : un professeur et une assistante de recherche. La vérification externe : communément appelé « débriefing par les pairs » a également été utilisée. Ce moyen implique que le chercheur sollicite des échanges avec des personnes

expérimentées dans les méthodes ou le contenu et qu'il sollicite les opinions des participants sur la crédibilité des interprétations élaborées par le chercheur et sur les résultats obtenus (Fortin, p. 284). Ainsi, un compte-rendu a été remis aux participants afin de vérifier si celui-ci rapporte bien leurs propos et s'il y a des éléments à ajouter. De cette façon, des ajustements ont pu être effectués afin de produire des résultats justes et précis. Deuxièmement, pour assurer le critère de transférabilité, c'est-à-dire assurer que les résultats valent également pour d'autres situations, une description détaillée des résultats permet de juger de l'application des résultats à un autre contexte (Fortin, p. 285). Troisièmement, pour s'assurer du critère de confirmabilité (neutralité) qui réfère à l'objectivité dans les données et leur interprétation (Fortin, p. 285), deux personnes autres ont évalué la qualité des résultats obtenus (une professeure et une assistante de recherche). Quatrièmement, afin de s'assurer de la fiabilité, c'est-à-dire de la constance dans les résultats (Fortin, p. 285), une personne indépendante (lecteur externe) a vérifié si les résultats, les interprétations et les conclusions sont solidement appuyés.

4.7. Considération éthique

Un certificat au comité d'éthique de la recherche auprès d'êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières a été obtenu pour le projet : l'expérience lors de l'adaptation du domicile : point de vue des intervenants, dans lequel s'insère la présente étude (CER-12-185-07.02 émis le 16 novembre 2012). De plus, avant de commencer l'étude, un accord de principe a été obtenu auprès des chefs de programme qui ont donné leur autorisation pour s'adresser aux ergothérapeutes du milieu. Enfin, chaque participant a donné son consentement écrit à participer à l'étude après avoir pris connaissance de la lettre d'information (voir annexes B et C).

5. RÉSULTATS

L'objectif de cette étude est de documenter la réalité de la pratique des ergothérapeutes impliqués dans la démarche d'adaptation domiciliaire. La section suivante présente les résultats obtenus suite aux entrevues et à l'analyse des verbatim. Ils seront donc présentés selon l'ordre suivant : les défis rencontrés dans la pratique en adaptation domiciliaire; la description du travail en adaptation domiciliaire et le lien entre les thèmes émergents avec les habiletés en habilitation de l'occupation; les objectifs visés par l'adaptation domiciliaire; l'appréciation du travail en adaptation domiciliaire par les ergothérapeutes et les recommandations pour qu'un novice s'approprie l'expertise.

5.1. Description de l'échantillon

Les participants rencontrés sont cinq ergothérapeutes ayant de deux à 15 années d'expérience en adaptation domiciliaire (figure 1). Ce sont toutes des femmes, de la région de la Mauricie ou du Centre du Québec, qui partagent le travail d'adaptation de domicile avec des collègues de leur milieu de travail. Ce partage du travail s'étend toutefois entre deux et 17 autres ergothérapeutes selon le milieu (figure 2). En ce qui concerne la proportion d'adaptation domiciliaire dans la charge de travail des participantes, deux volets ont émergé de l'analyse de contenu. Le premier volet, adaptations mineures, inclut par exemple les modifications environnementales telles que la réorganisation de l'environnement physique déjà présent, la recommandation d'aides techniques ou de l'installation de barres d'appui. Le deuxième volet, adaptations majeures, inclut les modifications environnementales telles que de nouvelles constructions ou des changements architecturaux. Selon les données obtenues, trois participants (n=3) effectuent 100 % d'adaptations mineures à domicile dans le cadre de leur travail, alors que la réalisation d'adaptations majeures varie entre 4 % à 100 % de la charge de travail des participants. Dans la situation où 100 % de la proportion du travail est consacrée à de l'adaptation majeure de domicile, l'adaptation domiciliaire constitue la tâche principale du participant, alors que les autres en font de manière occasionnelle. De surcroît, les clientèles principales rencontrées par les participants sont les personnes âgées en perte d'autonomie (n=3) et les adultes présentant une déficience physique (n=2). Se référer au tableau 1 pour la description de l'échantillon de manière plus détaillée.

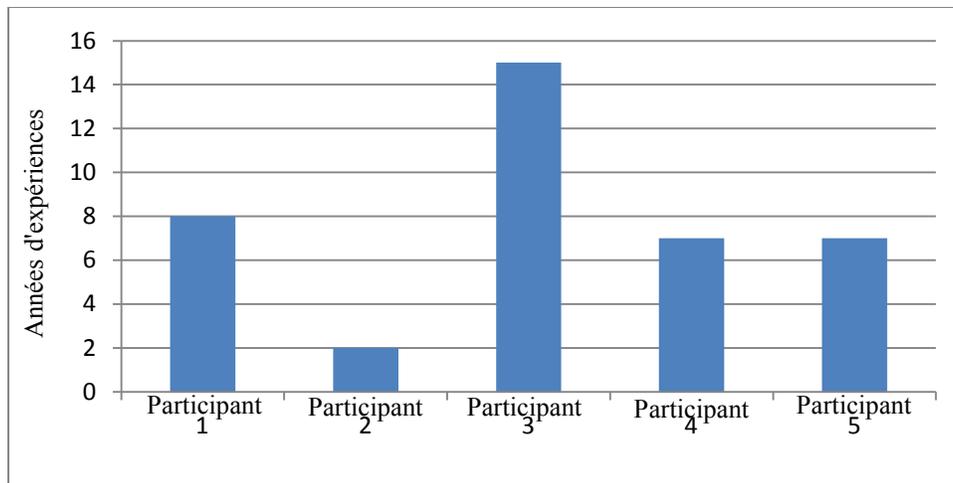


Figure 1. Présentation des années d'expérience en adaptation domiciliaire des participants

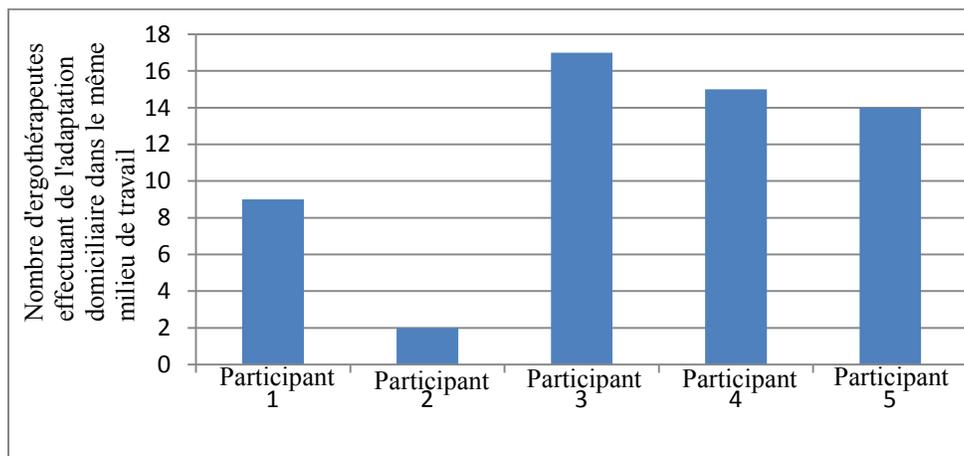


Figure 2. Nombre d'ergothérapeutes effectuant de l'adaptation domiciliaire dans le même milieu de travail

Tableau 1
Description de l'échantillon (n=5)

Participant	Description de l'échantillon à l'étude		
	Adaptations mineures	Adaptations majeures	Clientèle principale
#1	variable	variable	Déficience physique
#2	100 %	14 %	Personnes âgées en perte d'autonomie
#3	-	100 %	Personnes âgées en perte d'autonomie
#4	80 à 100 %	15 à 20 %	Déficience physique adulte
#5	100 %	4 %	Personnes âgées en perte d'autonomie

5.2. Les défis rencontrés dans la pratique en adaptation domiciliaire

Les réponses obtenues à la question « qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile de votre travail en adaptation domiciliaire ? » ont généré un nombre important de verbatim. Les éléments de réponses ont été listés dans le tableau I de l'annexe D. L'analyse de contenu a permis de mettre en lumière les thèmes suivants en lien avec les défis rencontrés dans la pratique en adaptation domiciliaire des participants. Ces thèmes sont : 1) d'être préoccupé par l'arrimage entre les contraintes du programme subventionnaire et le désir du client, 2) de gérer les contraintes du programme subventionnaire, 3) de faire face à la complexité de la démarche clinique, 4) de comprendre le client et ses proches dans leur individualité, et 5) de faire face aux imprévus rencontrés lors de la réalisation des travaux.

Dans un premier temps, quatre des cinq participants (n= 4) ont mentionné rencontrer un défi dans leur pratique en adaptation domiciliaire par leur préoccupation de l'arrimage entre les contraintes du programme subventionnaire et le désir du client. Les verbatim suivants illustrent comment les participants ont mentionné ce défi : *« ça me limite parce qu'on a les idées, [...] le désir du client est là, mais on ne peut pas le mettre en place »*; *« faut se rasseoir avec les clients puis cibler, encore là, essayer de découper ou de diminuer ou de faire des choix [...] négocier »*; *« les délais, l'argent, les désirs du client versus qu'est-ce qui peut être exécuté. Des fois, ça peut être divergent alors, il faut essayer de trouver un juste milieu »*.

Dans un deuxième temps, trois des cinq participants (n=3) ont mentionné rencontrer un défi dans leur pratique en adaptation domiciliaire lors de la gestion des contraintes du programme subventionnaire. Les verbatim suivants illustrent comment les participants ont mentionné ce défi : *« le temps d'attente »*; *« il faut trouver des solutions temporaires »*; *« tu as des montants maximums alloués, donc quand ça dépasse, il faut que le client paye »*; *« mais ça, c'est la déception face au manque de ressources financières »*; *« on est impuissant, c'est le sentiment d'impuissance parce qu'on manque d'argent là. C'est ça qui est un peu frustrant, décevant pour le client »*. *« Des défis des fois, on n'a pas de solution. Ça peut arriver »*; *« des fois on a ce défi-là de trouver, une*

adaptation quasiment miracle»; et «que je sais que le client n'est pas capable de fonctionner, mais je n'ai rien à lui offrir en attendant qu'on ait des budgets ».

Dans un troisième temps, trois des cinq participants (n=3) ont mentionné rencontrer un défi dans leur pratique en adaptation domiciliaire en raison de la complexité de la démarche clinique. Les verbatim suivants illustrent comment les participants ont mentionné ce défi : *« des fois de justifier certaines choses qui sont un petit peu plus difficiles, où les normes ne sont pas très [...] comme les cahiers [documents] qu'on utilise [...] ne sont pas à jour dans le fond »; « c'est difficile [...] d'être vraiment 'up to date' si on veut dans le technique »; « de trouver vraiment l'équipement qui va fonctionner tant avec l'environnement qui est présent qu'avec le client pis au meilleur coût possible »; « quand ce sont des maladies dégénératives, c'est surtout dans ces cas-là qu'il faut prévoir à l'avance des fois »* et finalement

Je trouve c'est difficile de vraiment penser dans le détail à tous les petits points [...] si on refait une cuisine, vraiment penser comment organiser la cuisine au complet c'est très technique là puis quand on n'en fait pas souvent, ça peut être difficile.

Dans un quatrième temps, trois des cinq participants (n=3) ont mentionné rencontrer un défi dans la compréhension du client et de ses proches dans leur individualité. Les verbatim suivants illustrent ce défi : *« de gérer les différentes personnalités puis les différentes [...] valeurs. Je dirais ce n'est pas pour tout le monde que l'importance dans la sécurité a la même importance [...] ou [...] avoir à gérer tout ça, les conflits avec les familles [...] la gestion vraiment interpersonnelle si on veut [...] relationnelle avec les clients en fonction de [...] leurs différentes valeurs [...] des fois ça peut être plus difficile »; « qui est pas tant évidente là, avoir à rencontrer les clients, leur dire que leur état va empirer, déjà des fois ils ont de la difficulté à accepter l'état actuel qu'ils ont [...] d'avoir à discuter de ça avec les clients quand ils sont pas nécessairement prêts »*

Dans un cinquième temps, un seul participant parmi les cinq (n=1) a mentionné faire face aux imprévus rencontrés lors de la réalisation des travaux à titre de défi dans sa pratique en adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce défi : *« si ton contracteur fait ça tout croche là [...] si ce n'est pas bien fait, ce n'est pas selon les normes [...] tu avais demandé une porte de 36 pouces et qu'il en a mis une de 34. Toi tu sais que ton 2 pouces est important [...] ça ne marche pas [...] faut que quelqu'un le dise [...] ça peut être problématique de refaire faire les choses ».*

5.3. Description du travail en adaptation domiciliaire

L'analyse de contenu de l'ensemble des verbatim obtenus pour la description du travail a fait émerger plusieurs thèmes. Ces thèmes sont : 1) description des étapes majeures de la démarche clinique, 2) conception de la relation, 3) préoccupation de l'arrimage entre le client et son environnement physique, 4) implication du client dans la démarche, 5) collaboration avec les divers partenaires externes, 6) explication des éléments entourant la pratique, 7) préoccupation face aux proches du client et aux aidants et 8) préoccupation de l'arrimage entre le client et ses proches. L'ensemble des éléments de réponses ont été listés dans le tableau II de l'annexe D.

Dans un premier temps, l'ensemble des participants (n=5) ont décrit les étapes majeures de leur démarche clinique afin de décrire leur travail en adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« il y a la lecture du dossier pour voir qu'est-ce qui a été fait par le passé »; « je contacte la cliente ou le client puis je procède à l'évaluation »; « il y a l'entrevue »; « c'est sûr que là je les mets en situation pour voir [...] c'est quoi la situation d'handicap »; « j'analyse à savoir : est-ce que oui on fait un PAD »; « la majeure partie c'est de trouver des problèmes, de déterminer les problèmes, de trouver des solutions, toujours conjointement avec l'inspectrice. Puis après ça [...] on essaye de laisser aussi plus d'autonomie aux clients »; « faut aller voir, faut aller justifier »; « et là on rédige, je rédige deux rapports [...] : le rapport d'évaluation ergo qui est la partie un, puis ça, ça reste confidentiel [...] ça reste au dossier. Et la partie 2 ça c'est tout ce qui concerne les adaptations de domicile [...] on écrit tous [...] les besoins en ergo » et « mon rôle moi par la suite c'est d'aller valider que tout est*

conforme selon les recommandations que j'ai faites. Puis s'assurer que le client, il fonctionne bien là-dedans aussi là ».

Dans un deuxième temps, l'ensemble des participants (n=5) a également abordé leur conception de la relation avec le client afin de décrire leur travail en adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« de s'asseoir puis d'expliquer [...] de répondre à leurs questions puis comment ça pourrait aider »; « principalement de guider les gens [...] dans chacune des étapes qu'on fait [...] on les accompagne tout le temps »; « pour les aider dans [...] leur acceptation de la condition là aussi. D'essayer de faire voir l'autre côté de la médaille »; « des fois tu peux stimuler à ce que ça se passe plus rapidement »; « accompagner dans le processus de deuil, semer des petites graines »; « c'est beaucoup la discussion puis [...] faire valoir mon point pour la sécurité, mais en même temps essayer d'aller écouter ce que l'autre personne a à dire »; « des fois pour négocier avec les gens »;*

Si je l'abaisse [le comptoir] pour quelqu'un en fauteuil, mais que la conjointe [...] aussi prépare des repas le soir, elle ne veut pas avoir un comptoir trop bas [...] comment on négocie, puis faut que ça soit beau, faut avoir une belle cuisine.

Dans un troisième temps, l'ensemble des participants (n=5) a aussi abordé leur préoccupation face à l'arrimage entre le client et son environnement physique afin de décrire leur travail en adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« essayer d'améliorer le plus possible l'environnement pour que ça concorde avec les besoins de mon client [...] regarder les besoins [...] l'environnement physique [...] qu'est-ce qui existe sur le marché »; « des équipements ou des recommandations d'adaptation. Installer des barres d'appui, installer un siège de toilette »; « souvent il y a aussi des aides techniques [...] plus des modifications à l'environnement »*

Faire l'évaluation de mon client puis après ça regarder ses besoins vraiment au niveau fonctionnel, c'est quoi les tâches qui fonctionnent pas, puis [...] aller voir comment on est capable d'adapter l'environnement [...] on fait des essais, plusieurs équipements pour arriver vraiment au meilleur fonctionnement pour le client là ».

Dans un quatrième temps, la majorité des participants (n=4) ont abordé l'implication du client dans leur description de leur travail en adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« voir en gros selon lui, c'est quoi ses attentes puis ses besoins, comment il voit ça »*; *« on essaye de laisser aussi plus d'autonomie aux clients »*; *« il reste quand même une possibilité d'avoir trois solutions possibles [...] puis c'est le client qui choisit quelle solution il préfère »*; *« la personne handicapée puis son réseau aussi sont impliqués là-dedans [...] c'est sûr qu'ils viennent en 3^e étape là parce qu'ils n'ont pas le choix de choisir parmi ce qu'on leur offre »*.

Dans un cinquième temps, quatre des cinq participants (n=4) ont abordé la collaboration avec les divers partenaires externes dans leur description de leur travail en adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« je ne suis pas toute seule [...] il y a les mandataires. Ça ne serait jamais aussi fonctionnel s'ils n'étaient pas là »*; *« que j'aie vérifié avec l'architecte [...] donc il y a toute une entente, un travail d'équipe à faire ensemble »* et *« trouver des solutions, toujours conjointement avec l'inspectrice »*.

Dans un sixième temps, trois des cinq participants (n=3) ont abordé l'explication des éléments entourant la pratique dans leur description de leur travail en adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« expliquer qu'est-ce que c'est l'adaptation domiciliaire [...] qu'est-ce que ça implique [...] comment les aides techniques pourront le rendre autonome »*; *« je leur explique c'est quoi le PAD, les limites du programme, les contraintes budgétaires »*; *« c'est d'expliquer l'impact fonctionnel de chaque solution, l'évolution possible de la maladie »*; *« on fait le compromis. Ils gardent la cuisine, on va adapter l'accessibilité extérieure, on va adapter la salle de bain, mais la cuisine [...] on l'annule. On explique [...] on a pris la décision de l'annuler »*.

Dans un septième temps, deux des cinq participants (n=2) ont abordé la préoccupation face aux proches du client et aux aidants dans leur description de leur travail en adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« faut*

toujours toujours toujours garder en tête les aidants »; « rendre la tâche des aidantes le plus facile possible aussi »; « ça implique aussi tous les membres de la famille parce que mon client peut avoir un besoin X mais la conjointe, les enfants [...] fallait respecter la conjointe »; « faut les [les plans et les devis] faire approuver par le client, la famille ».

Finalement, deux des cinq participants (n=2) ont abordé la préoccupation face à l'arrimage entre le client et ses proches dans leur description de leur travail en adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème :

Si je l'abaisse [le comptoir] pour quelqu'un en fauteuil, mais que la conjointe [...] aussi prépare des repas le soir, elle ne veut pas avoir un comptoir trop bas [...] comment on négocie, puis faut que ça soit beau faut avoir une belle cuisine.

J'essaie de faire ressortir le plus possible les besoins de chacun [...] du client, des aidants, de la mère, essayer de faire un compromis au travers de tout ça puis trouver une solution qui va aller dans le bon sens pour tout le monde.

5.3.1. Lien entre les thèmes émergents de la description du travail en adaptation domiciliaire avec les habiletés en habilitation à l'occupation

Il est possible de faire un lien entre les thèmes émergents de la description du travail en adaptation domiciliaire avec les habiletés en habilitation à l'occupation du modèle MCHCC. L'analyse des verbatim des participants met en lumière l'utilisation de l'ensemble de ces habiletés lors de la pratique de l'adaptation domiciliaire. Le paragraphe suivant présente ces habiletés selon un ordre décroissant de leur utilisation.

Tout d'abord, les habiletés les plus utilisées s'avèrent être « consulter » et « collaborer ». Selon les propos des participants, les ergothérapeutes consultent et collaborent non seulement avec le client et ses proches tout au long du processus d'adaptation domiciliaire, mais également avec les différents partenaires externes afin de profiter de l'expertise de chacun. Ces habiletés sont donc utilisées dans l'ensemble des thèmes émergents de la description du travail, sauf en ce qui a trait à l'explication des éléments entourant la pratique. S'en suivent les habiletés « exercer son expertise/mettre à

profit son expertise », « concevoir/réaliser », « engager », « éduquer », « coacher », « revendiquer », « adapter » et « coordonner ». Le tableau 2 présente l'ensemble des habiletés utilisées pour chaque thème émergent de la description du travail en adaptation domiciliaire.

Tableau 2

Lien entre les thèmes émergents de la description du travail en adaptation domiciliaire et les habiletés d'habilitation à l'occupation du MCHCC

Thèmes	Éléments rattachés à la description du travail en adaptation domiciliaire	Habiletés d'habilitation à l'occupation du MCHCC
Description des étapes majeures de la démarche clinique	Le client et ses proches pour procéder à une évaluation juste de la situation.	Consulter
	Avec le client et ses proches afin d'obtenir un portrait juste de la situation lors de l'évaluation.	Collaborer
	Lorsque l'ergothérapeute justifie des démarches de subvention d'aides techniques ou d'aménagement de domicile pour un besoin particulier.	Exercer son expertise/Mettre à profit son expertise
	Lorsqu'il est question de trouver des solutions individualisées pour adapter l'environnement de chaque client.	Concevoir et réaliser,
	Lorsque l'ergothérapeute se rend à domicile pour valider si les travaux effectués sont conformes aux recommandations d'adaptation faites.	Coacher
	Lorsque l'ergothérapeute justifie la nécessité d'effectuer les adaptations du domicile pour favoriser l'autonomie fonctionnelle dans ses rapports.	Revendiquer
	Car l'évaluation des difficultés à domicile permet de cibler des solutions d'adaptation du domicile pour améliorer l'autonomie.	Adapter
	Lors de la gestion du travail quotidien (évaluation, références, rédaction de rapport, visite conjointe, etc.).	Coordonner
Conception de la relation	Lorsqu'il est question de faire voir son point de vue au client et à ses proches, mais aussi lorsqu'il est question d'être à l'écoute du sien aussi et négocier par la suite une solution. Se concerter.	Consulter
	Lorsqu'il y a partage de pouvoir dans la prise de décision.	Collaborer
	Lorsqu'il est question d'être en mesure de répondre adéquatement aux questions des clients relatives à l'adaptation de domicile.	Exercer son expertise/Mettre à profit son expertise
	Lorsqu'il est question de faire valoir mon point de vue comme ergothérapeute.	Revendiquer
	Lorsque l'ergothérapeute guide ou accompagne les clients dans les différentes étapes de l'adaptation domiciliaire. Ou lorsqu'il est question de guider le client dans sa recherche de soumission	Coacher

Préoccupation de l'arrimage entre le client et son environnement physique	Lorsqu'il est question de s'assurer que le client et ses proches croient que les équipements ou adaptations fournis seront utilisés et ainsi favoriser leur utilisation.	Consulter
	Avec les partenaires externes pour s'assurer de connaître ce qu'il y a sur le marché actuel.	Consulter
	Lorsqu'il est question d'effectuer l'essai d'équipement avec le client	Collaborer
	Lorsqu'il est question de favoriser le meilleur arrimage personne environnement.	Exercer son expertise/Mettre à profit son expertise
	Lorsqu'il est question de trouver des solutions individualisées pour adapter l'environnement de chaque client.	Concevoir
	Lorsqu'il est question d'être ouvert aux propositions du client pour l'engager dans le processus ou lorsque le client s'engage à effectuer la recherche de soumission pour les travaux recommandés.	Engager
	Après du client et ses proches concernant l'importance d'utiliser le bon équipement, ou la façon d'effectuer une activité selon l'environnement physique présent, etc.	Éduquer
	Lorsque l'environnement physique présente des obstacles.	Adapter
Implication du client dans la démarche	Lorsqu'il est question d'obtenir les attentes du client, son point de vue, et ce, afin qu'il puisse s'engager dans des occupations significatives.	Consulter
	Lors de la prise de décision lorsqu'il y a possibilité d'effectuer un choix lorsqu'il y a plusieurs solutions possibles.	Collaborer
	Lors de la démarche, notamment dans la recherche de subventions pour les travaux et dans la prise de décision d'aménagement.	Engager
Collaboration avec les divers partenaires externes	Avec les différents partenaires pour obtenir leurs points de vue et se concerter sur la meilleure adaptation possible selon l'expertise de chacun.	Consulter
	Avec les différents partenaires afin de profiter de l'expertise de chacun (mandataires, inspecteurs, etc.). Par exemple lors des visites conjointes à domicile avec certains partenaires.	Collaborer
Explication des éléments entourant la pratique	Lors de l'explication de l'impact fonctionnel de chacune des solutions envisagées par l'adaptation du domicile et lors de la prévision possible de l'évolution de la maladie.	Exercer son expertise/Mettre à profit son expertise
	Lors de la discussion avec le client et ses proches, concernant les programmes subventionnaires.	Éduquer
Préoccupation face aux proches du client et aux aidants	Lors de l'approbation des solutions envisagées (plans et devis).	Consulter
	Lors de l'approbation des solutions envisagées	Collaborer
	Lorsqu'il faut trouver des solutions individualisées pour adapter l'environnement pour que celui-ci soit adapté au client, mais aussi à ses proches.	Concevoir
	Lorsqu'il est question que le client prenne des décisions face aux adaptations requises.	Engager

Préoccupation de l'arrimage entre le client et ses proches.	Lorsqu'il est question de s'assurer du rôle du client et de ses proches à domicile, par la discussion.	Consulter
	Avec le client et ses proches afin de favoriser l'arrimage entre le désir du client et de ses proches.	Collaborer
	Lorsqu'il est question de trouver des solutions individualisées pour adapter l'environnement pour que celui soit adapté au client, mais aussi à ses proches.	Concevoir et réaliser,

5.4. Objectifs visés par l'adaptation domiciliaire

Suite aux entrevues réalisées avec les participants travaillant en adaptation domiciliaire, l'analyse de contenu des verbatim retranscrits a permis de mettre en lumière les thèmes suivants en lien avec les objectifs visés par l'adaptation domiciliaire. Ces thèmes sont : 1) optimiser l'autonomie de la personne à domicile, 2) optimiser la sécurité à domicile, 3) faciliter l'accessibilité au domicile et dans le domicile, 4) retrouver une occupation qu'une personne désire et doit faire, 5) éliminer les barrières architecturales 6) faciliter le travail de l'aidant et 7) favoriser la maintien à domicile. L'ensemble des éléments de réponses ont été énoncés dans le tableau III de l'annexe D.

Dans un premier temps, l'ensemble des participants (n=5) a mentionné optimiser l'autonomie de la personne comme objectif visé par l'adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« l'objectif principal [...] c'est de toujours favoriser l'autonomie de la personne »*; *« c'est de rendre [...] la personne autonome dans son domicile [...] dans toutes ses activités de la vie quotidienne et domestique, c'est le but ultime; « c'est de la rendre autonome [...] ou c'est de favoriser dans des meilleures conditions»*;

C'est l'optimisation du rendement fonctionnel. La majeure partie du temps, c'est la sécurité au transfert, l'amélioration de la capacité du client, mettons emphase des soins d'hygiène à faire, à son habillage, à préparer ses repas. C'est vraiment au niveau du fonctionnement là dans la maison.

Dans un deuxième temps, quatre des cinq participants (n=4) ont mentionné optimiser la sécurité à domicile comme objectif visé par l'adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« des fois c'est de la [...] et/ou sécuritaire là»*; *« pour le client au bain bien ça serait : que mon client soit capable de faire son transfert*

au bain de manière sécuritaire»; « s'assurer que ça soit fonctionnel et sécuritaire pour ses déplacements puis ses tâches de tous les jours»; « faciliter et rendre sécuritaire le transfert au bain»; « en soutien à domicile ça va souvent être ça là de rendre possible le transfert justement mais qu'il soit fait aussi de façon sécuritaire».

Dans un troisième temps, quatre des cinq participants (n=4) ont mentionné faciliter l'accessibilité au domicile et dans le domicile comme objectif visé par l'adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« que la personne puisse avoir accès à la salle de bain ou l'accès partout dans la maison, quand on pense aux portes qui ne sont pas assez larges»; « le premier objectif actuellement c'est de rendre [...] le domicile accessible à la personne»; « que la personne puisse entrer - sortir de chez elle de façon autonome, de façon sécuritaire».*

Dans un quatrième temps, quatre des cinq participants (n=4) ont mentionné retrouver une occupation qu'une personne désire et doit faire comme objectif visé par l'adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« de permettre au client de faire la tâche qu'il veut faire là »; « qu'il circule dans les cadrages de porte, qu'il ait accès selon ses activités qu'il fait »; «.bien ça dépend. S'il ne cuisinait pas avant, je ne le rendrai pas autonome à cuisiner [...] tout dépendant des rôles ».*

Dans un cinquième temps, trois des cinq participants (n=3) ont mentionné éliminer les barrières architecturales comme objectif visé par l'adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« il faut que l'environnement de travail soit fonctionnel alors on garde les normes de l'ASTASS du PDSB en tête tout le temps, on fait des adaptations »; « l'objectif c'est tout le temps d'éliminer le plus possible les barrières architecturales».*

Dans un sixième temps, deux des cinq participants (n=2) ont mentionné favoriser le travail de l'aidant à titre d'objectif visé par l'adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« des fois faut vérifier la présence de l'aidant. Donc, l'aidante faut qu'elle le [son conjoint] transfère au bain, qu'elle le transfère à la douche,*

faut qu'elle soit capable de le laver [...] faut faciliter le travail de l'aidant » et « rendre la tâche des aidantes le plus facile possible aussi».

Dans un septième temps, deux des cinq participants (n=2) ont mentionné favoriser le maintien à domicile comme objectif visé par l'adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« elle peut rester à domicile pas mal plus longtemps peut-être là»*; *« moi surtout ici c'est de favoriser le maintien à domicile de la personne».*

5.5. Appréciation du travail en adaptation domiciliaire par les ergothérapeutes

L'analyse de contenu a fait émerger les thèmes suivants en lien avec l'appréciation du travail en adaptation domiciliaire par les ergothérapeutes. Ces thèmes sont les suivants : 1) réaliser quelque chose d'important pour le client, 2) prendre conscience de l'évolution de la situation, 3) comprendre le client dans sa réalité, 4) exercer sa créativité et 5) accomplir un projet en entier. L'ensemble des éléments de réponses ont été listés dans le tableau IV de l'annexe D.

Dans un premier temps, quatre des cinq participants (n=4) ont mentionné la réalisation de quelque chose d'important pour le client en lien avec l'appréciation du travail en adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« c'est très gratifiant parce que l'impact est très important puis on le voit là [...] c'est frappant»*; *« je trouve qu'on développe des beaux liens. C'est valorisant, c'est intéressant»*; *« Je trouve ça vraiment stimulant».*

Dans un deuxième temps, deux des cinq participants (n=2) ont mentionné prendre conscience de l'évolution de la situation en lien avec l'appréciation du travail en adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« pour moi de voir le client qui est plus fonctionnel puis qu'il est content des résultats c'est sûr que c'est ça qui nous satisfait le plus»*; *« de voir que : Hey la personne est finalement bien chez elle, puis elle est sécuritaire»* ; *« de voir vraiment l'impact de « je n'étais pas capable d'avoir accès à mon lavabo. J'étais tout le temps mal positionné. Là ça va bien, je rentre, je ne cogne pas dans les murs».*

Dans un troisième temps, deux des cinq participants (n=2) ont mentionné comprendre le client dans sa réalité en lien avec l'appréciation du travail en adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« le fait d'aller chez les gens, de les voir dans leur milieu. On arrive en fin de processus, tout a été essayé»; « le fait [...] d'être vraiment dans l'environnement du client là, de ne pas faire des suppositions».*

Dans un quatrième temps, deux des cinq participants (n=2) ont mentionné exercer leur créativité en lien avec l'appréciation du travail en adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« j'aime beaucoup la diversité des milieux, des besoins»; « le fait aussi de créer quelque chose»; « j'aime beaucoup le côté résolution de problèmes».*

Dans un cinquième temps, deux des cinq participants (n=2) ont mentionné accomplir un projet en entier en lien avec l'appréciation du travail en adaptation domiciliaire. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« c'est toujours le fun voir ton projet sur papier, qui est devenu réalisé»; « quand c'est terminé [...] justement, c'est un long processus; alors quand on aboutit, on est donc content»*

5.6. Recommandations pour développer l'expertise

L'analyse de contenu a fait émerger les thèmes suivants en lien avec les recommandations pour qu'un novice s'approprié l'expertise. Ces thèmes sont les suivants : 1) consulter des collègues de travail, 2) se garder à jour dans ses connaissances par des formations, 3) apprendre de ses expériences concrètes, 4) consulter d'anciens dossiers, 5) consulter des ouvrages de référence et 6) aider le client à anticiper les démarches à venir. L'ensemble des éléments de réponses ont été listés dans le tableau V de l'annexe D.

Dans un premier temps, quatre des cinq participants (n=4) ont mentionné consulter des collègues de travail à titre de recommandation pour qu'un novice s'approprié l'expertise. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« la façon la plus*

facile je pense c'est [...] le mentorat »; « travailler beaucoup avec la mandataire [...] de la voir vraiment comme une partenaire, pas deux professions distinctes »; « la chance d'avoir des ergothérapeutes d'expérience dans le domaine dans mon milieu de travail, alors il est toujours possible de les consulter ».

Dans un deuxième temps, quatre des cinq participants (n=4) ont mentionné se garder à jour dans ses connaissances par des formations à titre de recommandation pour qu'un novice s'approprie l'expertise. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« la formation PAD est bien intéressante »; « il y a aussi [...] l'IFCQ (Institut de Formation Continue du Québec) qui donne des formations [...] ça donne des bons outils de base »; « il est certain qu'il existe plusieurs formations offertes en lien avec l'adaptation domiciliaire dont une formation par l'OEQ ».*

Dans un troisième temps, trois des cinq participants (n=3) ont mentionné apprendre de ses expériences concrètes à titre de recommandation pour qu'un novice s'approprie l'expertise. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« c'est avec la pratique et en faisant de plus de plus d'adaptations domiciliaires qu'on acquiert notre expérience et nos compétences »; « de pas se gêner à poser des questions »; « on apprend de ce qu'on fait, des erreurs »; « en faisant l'analyse de notre propre pratique ».*

Dans un quatrième temps, un seul participant parmi les cinq (n=1) a mentionné consulter d'anciens dossiers à titre de recommandation pour qu'un novice s'approprie l'expertise. Les verbatim suivants illustrent ce thème : *« moi, je donne des anciens dossiers, des rapports d'adaptation domiciliaire que j'ai faits [à des nouveaux ergothérapeutes] »; « faire des visites [...] aller visiter des adaptations domiciliaires qui sont faites, entre clients ».*

Dans un cinquième temps, un seul participant parmi les cinq (n=1) a mentionné consulter des ouvrages de référence à titre de recommandation pour qu'un novice s'approprie l'expertise. Le verbatim suivant illustre ce thème : *« le livre AccèsCible ».*

Dans un sixième temps, un seul participant parmi les cinq (n=1) a mentionné que le fait d'aider le client à anticiper les démarches à venir à titre de recommandation afin qu'un novice s'approprie l'expertise. Les verbatim suivants illustrent ce thème :

Pour éviter à avoir à vivre des déceptions, ce serait justement d'être honnête puis de vraiment expliquer le programme, en quoi il consiste, ses avantages, ses inconvénients [...], de dire vraiment ce qui en est, de prévoir [...] les déceptions.

6. DISCUSSION

L'objectif de la présente étude est de documenter la réalité des ergothérapeutes impliqués dans la démarche d'adaptation domiciliaire et particulièrement de faire ressortir les défis identifiés par ces intervenants. Pour ce faire, une entrevue semi-dirigée d'une durée moyenne d'une heure a été réalisée avec cinq ergothérapeutes de la Mauricie et du Centre du Québec effectuant de l'adaptation domiciliaire dans le cadre de leur travail.

6.1. Les défis rencontrés dans la pratique en adaptation domiciliaire

Au cours des entrevues, les participants ont identifié des défis rencontrés dans leur pratique en adaptation domiciliaire. Ces défis sont d'être préoccupés par l'arrimage entre les contraintes du programme subventionnaire et le désir du client, de gérer des contraintes du programme subventionnaire, de faire face à la complexité de la démarche clinique, de comprendre le client et ses proches dans leur individualité et de faire face aux imprévus rencontrés lors de la réalisation des travaux.

Parmi ces défis, deux se rapportent à exercer son travail d'ergothérapeute en tenant compte des programmes subventionnaires, particulièrement le programme d'adaptation de domicile (PAD) de la Société d'habitation du Québec (SHQ). En effet, les ergothérapeutes rencontrés ont tendance à parler du programme PAD lorsqu'il est question d'adaptation de domicile. Sachant que la majorité des demandes réalisées au programme sont réalisées par les ergothérapeutes et que l'adaptation domiciliaire étant très dispendieuse (SCHL, 2008), les gens le font généralement grâce à l'aide financière accordé par les programmes subventionnaires. Aussi, tel que mentionné par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (2008), les ergothérapeutes ont soulevé les limites budgétaires accordées par le PAD et les délais d'attente à titre de défis vécus dans la pratique en adaptation domiciliaire. De plus, ils doivent non seulement arriver à gérer les différents aspects de la pratique, mais également arriver à jongler avec ceux-ci et les désirs du client afin d'atteindre les objectifs visés.

Par la suite, les ergothérapeutes ont soulevé le fait de faire face à la complexité de la démarche clinique à titre de défi rencontré dans la pratique en adaptation domiciliaire, notamment au plan de la justification auprès du programme subventionnaire et de la mise à jour des connaissances au niveau des normes des programmes subventionnaires ou même de construction. Ils ont également soulevé qu'il est complexe de trouver le bon équipement selon le portrait du client et de faire une projection de la situation du client dans le futur. Ces résultats correspondent à ce que plusieurs auteurs ont identifié en terme de complexité de la pratique (Creek, 2003 ; Fänge et Iwarsson, 2005; 2007; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2010; Townsend et Polatajko, 2013) mettant l'accent sur l'importance de considérer l'interaction personne-environnement lors de l'évaluation (Fänge et Iwarsson, 2005; Szabo, 2013). Les résultats vont également dans le même sens que Szabo (2013) qui rapporte que les ergothérapeutes doivent tenir compte de l'évolution possible de la situation actuelle lors de la mise en place de leurs interventions. Cet élément représente donc un défi pour les ergothérapeutes rencontrés dans le cadre de cette étude.

Ensuite, la compréhension du client et de ses proches dans leur individualité ressort comme un défi notamment au plan de la relation et au plan du respect des valeurs de chacun. Ces résultats corroborent le fait que les changements apportés par l'adaptation domiciliaire ont un impact sur la vie privée, le sentiment d'identité, de contrôle et d'auto-efficacité (Chase, Mann, Wasek, et Arbesman 2012; Johansson, Lilja, Petersson, & Borell, 2007; Stark, 2004; Tanner, Tilse et de Jonge, 2008; SCHL, 2008). Il n'est pas surprenant de constater que les ergothérapeutes se préoccupent du client et de ses proches, dans le cadre de leur travail en adaptation domiciliaire. S'en préoccuper illustre la considération personne-environnement lors de la réalisation des occupations.

Enfin, faire face aux imprévus rencontrés lors de la réalisation des travaux est ressortie comme un défi car ceux-ci doivent alors être réajustés, révisés ou repris en partie lorsqu'ils ne sont pas conformes aux recommandations d'adaptation du domicile. La recension des écrits a aussi montré que le travail de l'ergothérapeute se fait en collaboration avec plusieurs acteurs (Fänge et Iwarsson, 2005; 2007; SHQ, 2009;

Townsend et coll., 2013). En effet, cette collaboration permet de mettre à profit l'expertise de l'ergothérapeute et du mandataire afin de réaliser les adaptations les plus fonctionnelles pour un client. Il est donc essentiel que les travaux effectués par les entrepreneurs soient conformes aux recommandations émises afin d'atteindre les objectifs visés.

6.2. Lien entre les thèmes émergents de la description du travail en adaptation domiciliaire et les habiletés en habilitation à l'occupation

Au cours des entrevues, les participants ont décrit leur travail en adaptation domiciliaire en décrivant les étapes majeures de la démarche clinique, leur conception de la relation avec le client, leur préoccupation de l'arrimage entre le client et son environnement physique, l'implication du client dans la démarche d'adaptation de son domicile, la collaboration avec les divers partenaires externes, l'explication des éléments entourant la pratique, leur préoccupation face aux proches du client et aux aidants et leur préoccupation de l'arrimage entre le client et ses proches. Ces thèmes correspondent dans une certaine mesure aux habiletés de l'habilitation à l'occupation proposée par des ergothérapeutes canadiens stipulant que les interventions des ergothérapeutes visent à habiliter les clients à s'engager dans des occupations (Townsend et coll., 2013). L'association de ces thèmes avec les habiletés en habilitation à l'occupation soulève que l'ensemble des habiletés sont travaillées en adaptation domiciliaire. Ces résultats confirment les données actuelles qui stipulent que l'ensemble des habiletés de l'habilitation centrée sur le client sont travaillées en adaptation domiciliaire et que celles-ci sont complémentaires, s'enchevêtrent et se superposent (Townsend et coll.).

L'analyse des résultats permet de mettre en lumière certaines habiletés davantage utilisées, notamment les habiletés suivantes : « collaborer » et « consulter ». En adaptation domiciliaire, ces habiletés sont utilisées de manière concomitante. Tout d'abord, les ergothérapeutes participant à l'étude utilisent ces habiletés dès l'évaluation initiale avec le client et ses proches, et ce, afin d'obtenir un portrait juste de la situation à domicile. Ensuite, ces habiletés sont également déployées lorsque le client est impliqué dans la démarche d'adaptation domiciliaire pour s'assurer d'obtenir ses attentes, ses désirs et son point de vue ou pour l'aider à effectuer un choix entre plusieurs adaptations possibles.

Ces habiletés sont également utilisées simultanément dans la relation avec le client, notamment lorsqu'il est question de partage de pouvoir lors de la prise de décision, de négociation ou de concertation. En d'autres termes, lorsque l'ergothérapeute est à l'écoute des points de vue du client et de ses proches, il utilise les habiletés « collaborer » et « consulter ». Dans leur préoccupation de l'arrimage entre le client et son environnement, les ergothérapeutes utilisent aussi les habiletés « collaborer » et « consulter » lors du choix d'équipements et lors de l'essai de ceux-ci afin de s'assurer que le client croit que les équipements ou adaptations fournis seront utiles. D'ailleurs, cet élément a été rapporté dans la littérature par Stark, Landsbaum, Palmer, Somerville et Morris (2009), à savoir qu'il est primordial de considérer le client dans le choix des équipements, puisque le fait que le client croit que les adaptations qui lui sont proposées auront un impact réel sur son fonctionnement est un facteur permettant de prédire leur utilisation par la suite.

Les résultats obtenus reflètent une pratique centrée sur le client. Ces données sont en congruence avec les recommandations actuelles véhiculées dans les données probantes qui favorisent l'utilisation d'une approche centrée sur le client en raison des nombreux impacts positifs de cette pratique (Cumming et coll., 2001 ; Johansson, Lilja, Petersson, & Borell, 2007 ; Stark, 2004 ; Stark, Landsbaum, Palmer, Somerville et Morris, 2009). D'autant plus que l'adaptation domiciliaire est un travail de longue haleine et coûteux, il est primordial de considérer les attentes du client, ses désirs ainsi que ceux de ses proches.

Le client est considéré comme une personne capable de prendre des décisions, ce qui justifie l'adoption d'une relation d'accompagnement tout au long de la démarche clinique. On ne fait pas à la place du client, on ne se met pas en position d'expert. Tel que rapporté par la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL) (2008), les ergothérapeutes se soucient d'accompagner le client qui est dans un long processus : celui de l'adaptation domiciliaire. L'habileté « exercer son expertise/ mettre à profit son expertise » est plutôt utilisée lorsqu'il est question d'expliquer au client les différents aspects techniques ou les considérations matérielles. Cette habileté est également utilisée

lorsqu'il est nécessaire de justifier des besoins particuliers aux organismes payeurs, et ce, puisque le travail en adaptation domiciliaire fait appel à plusieurs connaissances spécialisées (critères d'éligibilité, coûts maximaux acceptés, normes, etc.). Ainsi selon les résultats obtenus suite aux entrevues réalisées auprès des ergothérapeutes, l'habileté « exercer son expertise/mettre à profit son expertise » n'est pas l'habileté principale du travail des ergothérapeutes en adaptation domiciliaire. Par ses actions, l'ergothérapeute reste centré sur le client malgré le fait que ce soit lui qui ait l'ensemble des connaissances requises pour mener à bien la démarche d'adaptation de domicile. C'est ce que fait valoir la présente étude.

Il est aussi à noter que tous les participants affirment que le travail d'équipe est primordial en adaptation domiciliaire. Les ergothérapeutes sont de grands collaborateurs tant avec les différents partenaires externes qu'avec le client et sa famille. Ils profitent de l'expertise de chacun dont celle du client qui est expert de sa condition (Townsend et Polatajko, 2013) et celle du mandataire pour la réalisation des plans et des devis (SCHL, 2009; SHQ, 2009)

6.3. Objectifs visés par l'adaptation domiciliaire

Au cours des entrevues, les ergothérapeutes ont fait ressortir quelques objectifs particulièrement visés en adaptation domiciliaire, notamment optimiser l'autonomie de la personne à domicile, optimiser la sécurité à domicile, faciliter l'accessibilité au domicile et dans le domicile, retrouver une occupation qu'une personne désire et doit faire, éliminer les barrières architecturales, favoriser le travail des aidants et favoriser le maintien à domicile. Les objectifs correspondent en partie aux objectifs définis par le programme PAD de la SHQ (2009) puisque ceux-ci se retrouvent dans un ordre différent.

Le discours des ergothérapeutes a reflété l'utilisation de doubles objectifs, notamment en jumelant l'aspect de sécurité à l'ensemble des autres objectifs. Que ce soit au niveau de l'autonomie, de l'accessibilité et du travail des aidants, les ergothérapeutes ont le souci de recommander des adaptations qui amélioreront le rendement et l'engagement occupationnel de manière sécuritaire. Ce discours rejoint l'essence même

du travail d'un ergothérapeute défini par l'Association canadienne des ergothérapeutes (1997).

La majorité des objectifs rapportés correspondent à des pratiques de maintien à domicile. Toutefois, il y a peu d'objectifs de réalisation d'occupation dans la communauté; en effet, des programmes comme le PAD se limitent à des besoins considérés essentiels à l'intérieur du domicile. Pour avoir une « vraie » approche de soutien à domicile et d'intégration sociale, il faudrait avoir des objectifs plus ciblés. Par contre, cette étude ne permet pas d'élaborer plus sur le sujet.

6.4. Appréciation du travail en adaptation domiciliaire par les ergothérapeutes

Le discours des ergothérapeutes rencontrés soulève une appréciation de leur travail en adaptation domiciliaire puisqu'ils réalisent quelque chose d'important pour le client, qu'ils prennent conscience de l'évolution de la situation, qu'ils comprennent le client dans sa réalité, qu'ils exercent leur créativité et qu'ils accomplissent un projet en entier. En effet, tel que rapporté dans la littérature, l'adaptation domiciliaire a plusieurs impacts positifs, tant au niveau de la personne elle-même qu'au niveau de son rendement et de son engagement occupationnels (Chase, Mann, Wasek, et Arbesman 2012; Johansson, Lilja, Petersson, et Borell, 2007; Stark, 2004; Tanner, Tilse et de Jonge, 2008; SCHL, 2008). Il est plausible de croire que les clients sont donc généralement satisfaits du travail des ergothérapeutes à domicile puisque ceux-ci permettent leur maintien à domicile (SCHL, 2008 ; SHQ, 2009). Tel que rapporté par plusieurs auteurs, les clients sont unanimes à dire que les adaptations améliorent leur confort, leur qualité de vie et celle de leur famille, augmentent le sentiment de sécurité à domicile, diminuent le risques de chutes et de blessures, réduisent le confinement à l'intérieur, augmentent l'accessibilité aux pièces et leur permettent de conserver leur dignité dans leur intimité corporelle (Chase et coll. ; Johansson et coll.; Stark, 2004; Tanner et coll.; SCHL.).

6.5. Recommandation à un novice

Au cours des entrevues, les ergothérapeutes ont fait émerger des recommandations pour qu'un novice s'approprie l'expertise en adaptation domiciliaire.

Les recommandations soulevées sont de consulter des collègues de travail, notamment par le mentorat; de se garder à jour dans ses connaissances par la formation, notamment celles de la SHQ et de l'OEQ; d'apprendre de ses expériences concrètes; de consulter d'anciens dossiers, de consulter des ouvrages de référence à titre d'exemples et d'aider le client à anticiper les démarches à venir, notamment en lui expliquant concrètement les étapes à venir, les limites, etc. Ces résultats apportent une nouveauté aux études recensées. Malgré le fait que ces études documentent la complexité de la pratique en l'ergothérapie, la façon de s'approprier cette dernière est peu abordée.

6.6. Forces et limites de l'étude

La présente étude présente certaines forces méritant d'être soulevées. Tout d'abord, elle respecte les critères de rigueur scientifique, notamment, la crédibilité, la confirmabilité, la fiabilité et la transférabilité. De plus, elle fait valoir la richesse du travail de l'ergothérapeute en adaptation domiciliaire. Malgré la grosseur modeste de l'échantillon, les participants font preuve d'un travail centré sur l'habilitation à l'occupation, ce qui donne un caractère original à la présente étude.

Cette étude présente également certaines limites qui se doivent tout autant d'être soulevées. Tout d'abord, le nombre restreint de participants à l'étude limite la transférabilité des résultats. De plus, la saturation des données n'a pas été atteinte. Par conséquent, un nombre plus élevé de participants aurait pu faire émerger d'autres thèmes et enrichir la compréhension du phénomène à l'étude. Tel que mentionné dans la méthode, la nature de l'étude qui consiste à un projet d'intégration de niveau maîtrise explique le choix de se limiter à cinq participants. Enfin, l'étude s'est déroulée dans la région de la Mauricie et du Centre du Québec, il est donc possible que les résultats obtenus soient teintés par certaines particularités du milieu.

7. CONCLUSION

L'objectif de la présente étude était de documenter la réalité des ergothérapeutes impliqués dans la démarche d'adaptation domiciliaire et particulièrement de faire ressortir les défis vécus par ces intervenants.

En premier lieu, une retombée de la présente étude est de faire valoir comment les ergothérapeutes composent avec les nombreuses contraintes imposées par les programmes subventionnaires et savent respecter la réalité du client. Cette étude est une illustration des défis rencontrés dans le travail de l'ergothérapeute qui doit jongler avec l'individualité de chaque situation.

En deuxième lieu, l'originalité de l'étude est de l'avoir située dans un contexte théorique d'habilitation à l'occupation pour une clientèle spécifique : celle ayant recours à l'adaptation domiciliaire. Elle vient documenter l'utilisation d'une approche centrée sur le client par le déploiement des habiletés « collaborer » et « consulter » à titre d'habiletés principales et utilisées de façon concomitante tout au long de la démarche d'adaptation domiciliaire. La relation avec le client est plutôt considérée comme une relation d'accompagnement puisque le client est vu comme une personne capable de prendre des décisions par elle-même. Contrairement à ce que certains peuvent croire, l'ergothérapeute ne se situe pas dans une position d'expert. Il collabore plutôt avec divers partenaires et avec le client et ses proches afin de profiter de l'expertise de chacun.

En troisième lieu, une autre retombée de l'étude est l'illustration de la complexité du travail en adaptation domiciliaire qui requiert le développement d'une expertise particulière. Des recommandations émises par des ergothérapeutes d'expérience ont été présentées afin qu'un novice développe cette expertise.

Toutefois, l'ampleur modeste de l'étude limite la transférabilité des résultats. Il est donc recommandé de poursuivre la présente étude avec un plus grand échantillon afin d'obtenir une saturation des données et augmenter la validité des résultats. Ceux-ci

pourront même être utilisés afin de bâtir un guide de référence à l'intention des novices en ergothérapie.

RÉFÉRENCES

- Ainsworth, E., & de Jonge, D. (2011). *An Occupational Therapist's Guide to Home Modification Practice*. Thorofare, USA: SLACK incorporated.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2007). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Brousseau, M., Désormeaux-Moreau, M. & St-Pierre, M-J. (2013). Les représentations de l'expert en habilitation des occupations par des ergothérapeutes superviseurs de stage. *Canadian journal of Occupational Therapy*, 80, 28-34. doi: 10.1177/0008417412474220.
- Chase, C. A., Mann, K., Wasek, S., & Arbesman, M. (2012). Systematic Review of the Effect of Home Modification and Fall Prevention Programs on Falls and the Performance of Community-Dwelling Older Adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 284-291. DOI: 10.5014/ajot.2012.005017
- Clark, F., Azen, S. P., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., et coll. (2001). Embedding Health-Promoting Changes into the Daily Lives of Independent-Living Older Adults: Long-term follow-up of occupational therapy intervention. *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*, 56 (1), 60-63
- Clemson, L., Mackenzie, L., Ballinger, C., Close, J.C.T., & Cumming, R.G. (2008). Environmental Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older People: A Met-Analysis of Randomized Trials. *Journal of Aging and Health*, 20, 954-971. DOI: 10.1177/0898264308324672
- Comission de la santé et de la sécurité au travail. (2013). *Accident du travail ou maladie professionnelle : Prestations en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)*. Repéré à http://www.csst.qc.ca/travailleurs/accident_travail_maladie_professionnelle/Pages/prestations-latmp.aspx
- Creek, J. (2003). *Occupational therapy defined as a complex intervention*. Southwark, London; College of Occupational Therapists Ltd.
- Cumming, R., G., Thomas, M., Szonyi, G., Frampton, G., Salkeld, G., & Clemson, L. (2001). Adherence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(6), 641-648.
- Fänge, A., & Iwarsson, S. (2005). Changes in accessibility and usability in housing: An exploration of the housing adaptation process. *Occupational Therapy International*, 12(1), 44-59.

- Fänge, A., & Iwarsson, S. (2007). Challenges in the development of strategies for housing adaptation evaluations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *14*, 140-149. doi : 10.1080/11038120600840150
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Gitlin, L. N., Mann, W., Tomit, M., & Marcus, S. M. (2001). Factors associated with home environmental problems among community-living older people. *Disability Rehabilitation*, *23*(17), 777-787.
- Gouvernement du Québec. (1985). *Loi sur les accidents du travail*. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_3/A3.html
- Hammel, J., Lai, J-S., & Heller, T. (2002). The impact of assistive technology and environmental interventions on function and living situation status with people who are ageing with developmental disabilities. *Disability Rehabilitation*, *24* (1/2/3), 93-105.
- Indemnisation des victimes d'actes criminels. (2012). *Indemnités et services*. Repéré à http://www.ivac.qc.ca/IND_intro.asp
- Institut de la statistique de Québec, & Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs. (2012). Nombre de ménages ayant bénéficié d'une adaptation de logement pour répondre à leurs besoins en raison d'une incapacité physique. Dans, *Indicateur de suivi de la stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013-Fiche d'information et tableaux des données* (p.72). Québec : Gouvernement du Québec, ISQ et MDDEP. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/develop_durable/pdf/IndicStrategie2012.pdf
- Institut de santé publique de Québec. (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- International Coach Federation. (2012). *Overview & FAQ*. Repéré à <http://www.coachfederation.org/about-icf/overview/>
- Johansson, K., Lilja, M., Petersson, I., & Borell, L. (2007). Performance of activities of daily living in a sample of applicants for home modification services. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *14* (1), 44-53.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (1997). Concepts de base de l'ergothérapie. Dans Association Canadienne des ergothérapeutes (Eds),

Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie (pp. 33-64).
Ottawa : CAOT Publications ACE.

L'observatoire de l'administration publique-ENAP. (2006). *L'état québécois en perspective : la prise en charge publique des services de santé destinés aux aînés*. Québec : Les publications du Québec.

Lysack, C. L., & Neufeld, S. (2003). Occupational therapist home evaluations: inequalities, but doing the best we can? *American Journal of Occupational Therapy*, 57(4), 369-379.

Meltzer, P.J. (2001). Using the self-discovery tapestry to explore occupational careers. *Journal of Occupational Science*, 8, 16-24. DOI: 10.1080/14427591.2001.9686485

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2010). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*. Québec : Ordre des ergothérapeutes du Québec.

Patton, M. A. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (2^e éd.) Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Pettersson, I., Lilja, M., Hammel, J., & Kottorp, A. (2008). Impact of home modification services on ability in everyday life for people ageing with disabilities. *Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of The UEMS European Board Of Physical and Rehabilitation Medicine*, 40(4), 253-260.

Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Eds.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^eed. version française Noémi Cantin, pp.15-44). Ottawa, Ont: CAOT Publications ACE.

Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2009) *Foundations of clinical research: Applications to Practices* (3^e éd.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.

Rebeiro, K. L., Day, D. G., Semeniuk, B., O'Brien, M. C., & Wilson, B. (2001). Northern initiative for social action: An occupation-based mental health program. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(5), 493-500.

Rousseau, J. (2013). *Instruments d'évaluation*. Repéré à http://www.criugm.qc.ca/labo/Jacqueline_Rousseau/#Instruments_d'évaluatio

Schaeffer, J. (2002). *Community and communication in a diverse society*. Chicago : University of Chicago Press.

- Schkade, J. K., & Schultz, S. (1992). Occupational adaptation: Toward a holistic approach for contemporary practice: Part 1. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(9), 829-837.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2008). *Adapter le logis pour prolonger l'autonomie : Étude de cas de 13 aînés fragilisés en banlieue de Québec*. Ottawa : Société canadienne d'hypothèques et de logement.
- Société d'habitation Québec. (1999). *Un logis bien pensé j'y vis, j'y reste ! : Guide de rénovation pour rendre un logis accessible et adaptable*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Société d'habitation du Québec. (2009). *Programme d'adaptation de domicile-manuel d'opération*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Société d'habitation du Québec. (2012). *Programme d'adaptation de domicile*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Société de l'assurance automobile du Québec (2013). *L'assurance automobile de tous les Québécois : Adapter son domicile, c'est possible*. Repéré à http://www.saaq.gouv.qc.ca/publications/victime/adapter_domicile.pdf
- Stark, S. (2004). Removing environmental barriers in the homes of older adults with disabilities improves occupational performance. *Occupational Therapy journal of research : Occupation, Participation & Health*, 24(1), 32-39.
- Stark, S., Landsbaum, A., Palmer, J. L., Somerville, E. K., & Morris, J. C. (2009). Client-centred home modifications improve daily activity performance of older adults. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 235-245.
- Szabo, P. (2013). Rôle de l'ergothérapeute dans le cadre d'un aménagement de domicile a Grand Duché de Luxembourg (ADAPTH ASBL). Dans *Actes dans le cadre de la 4e édition des Journées européennes et francophones d'ergothérapie « L'ergothérapeute dans la cité »* (pp. 92-96). Paris, France : Association pour le développement et l'enseignement et la recherche en ergothérapie.
- Tanner, B., Tilse, C., & de Jonge, D. (2008). Restoring and sustaining home: the impact of home modifications on the meaning of home for older people. *Journal of Housing for the Elderly*, 22(3), 195-215.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ... Brown, J. (2013). Habilitier : La compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Eds.), *Habilitier à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2ed. version française Noémi Cantin, pp.103-158). Ottawa: CAOT Publications ACE.

- Townsend, E. A., & Landry, J. (2005). Interventions in a social context: Enabling participation. Dans C. Christiansen, C. Baum, & J. Bass-Haugen (Éd.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (pp. 495-517). Thorofare, NJ: SLACK.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2ed. version française Noémi Cantin). Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Turner, S., Arthur, G., Lyons Ronan, A., Weightman Alison, L., Mann Mala, K., Jones Sarah, J., . . . Lannon, S. (2011). Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). Repéré à <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD003600/frame.html> doi:10.1002/14651858.CD003600.pub3
- Vincent, C., Weiss-Lambrou, R., & Levy, R. (1995). Le processus d'attribution des aides techniques : La perception des obstacles selon la perspective des ergothérapeutes. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 62(2), 82-94.
- Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective on health* (2^e ed.). Thorofare, NJ : SLACK, INC.

ANNEXE A QUESTIONNAIRE

Date de la rencontre :	
Lieu de la rencontre :	
Nom du participant (ergothérapeute) :	
Entrevue réalisée par :	
Durée de l'entrevue :	
Validation faite le :	
Par :	<input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courrier

THÈME 1 : QUESTIONS D'INTRODUCTION	RÉPONSES DU PARTICIPANT
1.1 Combien d'années d'expérience avez-vous en adaptation domiciliaire?	
1.2 Dans votre milieu, y a-t-il un ou d'autre (s) ergothérapeute (s) qui effectuent de l'adaptation domiciliaire?	
1.3 Dans votre charge de travail (<i>caseload</i>), est-ce que l'adaptation domiciliaire représente une proportion importante? (___% approximatif)	
1.4 Quel est l'âge des clients que vous rencontrez pour réaliser de l'adaptation domiciliaire?	
1.5 Quelle est la clientèle principale?	
1.6 Pouvez-vous décrire votre travail d'ergothérapeute en adaptation domiciliaire?	
THÈME 2 : QUESTIONS DE CONCEPTION	
2.1 Quels sont les objectifs visés par l'adaptation domiciliaire? Pouvez-vous donner des exemples?	
THÈME 3 : QUESTIONS DE CLÔTURE	
3.1 Qu'est-ce que vous aimez de votre travail?	
3.2 Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile de votre travail en adaptation domiciliaire?	
3.3 Quelles recommandations un ergothérapeute d'expérience en adaptation domiciliaire peut faire pour qu'un novice s'approprie l'expertise?	
3.4 À des fins de validation du questionnaire, voulez-vous être contacté par courriel, par téléphone ou par courrier?	<input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courrier

QUESTIONNAIRE : Entrevue semi-dirigée auprès d'ergothérapeutes travaillant au CSSS en adaptation domiciliaire
 Projet de recherche de Martine Brousseau, Ph.D. professeure – Certificat d'éthique UQTR : CER-12-185-07.02

ANNEXE B
LETTRE D'INFORMATION



LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche :

L'expérience lors de l'adaptation du domicile : point de vue des intervenants

Martine Brousseau, Ph.D., professeure
Département d'ergothérapie
Kathleen C. Durand, ergothérapeute et assistante de recherche
Sophie Néron, étudiante à la maîtrise en ergothérapie.

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre quelle est l'expérience des intervenants impliqués dans des démarches d'adaptation de leur domicile serait grandement appréciée.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont de décrire cette expérience du point de vue des intervenants lors de l'accompagnement à l'adaptation du domicile. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une rencontre où la chercheuse vous interrogera sur votre expérience. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio afin qu'elle soit retranscrite pour des fins d'analyse. Cette rencontre durera environ 1 heure et au lieu de travail. Si vous le désirez, un compte rendu écrit de l'entrevue vous sera envoyé par la poste afin que vous puissiez y ajouter des commentaires, s'il y a lieu. Dans cette situation, la chercheuse vous téléphonera une semaine après la réception de ce compte-rendu pour prendre note de vos commentaires supplémentaires.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'expérience vécue dans un contexte d'adaptation du domicile est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par un code numérique lors de la transcription des données. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles ou de présentations dans colloques ou congrès ne permettront pas d'identifier les participants. De plus, les intervenants interviewés n'auront pas accès au contenu des entrevues des personnes avec lesquelles elles ont été impliquées dans leur travail.

Les données recueillies seront conservées sous clé au bureau de la chercheuse principale et les seules personnes qui y auront accès seront des assistants de recherche ayant transcrits les verbatim des rencontres. Elles seront détruites cinq ans après la fin du projet et 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 et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Aussi, votre participation ou votre retrait de l'étude n'affectera en aucun moment les services que vous pourriez recevoir à nouveau.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Martine Brousseau, ergothérapeute et chercheuse au 819-376-5011, poste 3726.

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-12-185-07.02 émis le 16 novembre 2012.

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, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

Numéro du certificat : CER-12-185-07.02

Certificat émis le 16 novembre 2012

ANNEXE C
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse

Moi, Sophie Néron, étudiante à la Maîtrise en ergothérapie, 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 intitulé : « *L'expérience lors de l'adaptation du domicile : point de vue des intervenants* ». 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.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant(e) ou participant	Chercheur(e) :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :
	Signature

ANNEXE D
PRÉSENTATION DES THÈMES ÉMERGENTS DE L'ANALYSE DE CONTENU
DES ÉLÉMENTS DE RÉPONSES DES VERBATIM BRUTS

Tableau I

Thèmes émergents de la description des défis rencontrés en adaptation domiciliaire

Thèmes	Description	
Être préoccupé par l'arrimage entre les contraintes du programme subventionnaire et le désir du client	#1	<p>« ...Faut se rasseoir avec les clients pis cibler, encore là, essayer de découper ou de diminuer ou de faire des choix... négocier... »</p> <p>« ...Fa'que c'est d'expliquer, mais des fois sont en maudit fa'que ça revient contre toi... »</p> <p>« ...Fa'que c'est ça, les délais, les délais. L'argent. Les désirs du client VS qu'est-ce qui peut être exécuté, fa'que ça ça peut être, des fois ça peut être divergent fa'que faut essayer de trouver un juste milieu... »</p>
	#2	<p>« ...T'sais on a toujours comme un peu un défi en même temps de dire : « Bin regarde avec ça t'sais ça, ça va être plus facile. T'sais pour les aider dans, dans la condi.. dans leur acceptation de la condition là aussi. D'essayer de faire voir l'autre côté de la médaille T'sais y'a...Oui, oui vous êtes dans telle situation, mais y'a d'autre chose aussi t'sais. Fa'que c'est ça. »</p>
	#3	<p>« ...la contrainte budgétaire... »</p> <p>« ...fa'que des fois bin on est limité, faut faire 2 PAD pour arriver à faire une maison fonctionnelle... »</p> <p>« ...Fa'que ça ça, ça me limite t'sais pcq on a les idées, on... t'sais le désir du client est là mais on peut pas le mettre en place pcq on n'a pas d'argent... »</p> <p>« ...que je ne peux pas tout faire. Je ne peux pas donner de solutions que je voudrais t'sais aux gens, y'ont pas le choix d'avoir des choix à faire puis y'auront pas leur autonomie complète partout. T'sais... Faut faire un choix t'sais... »</p>
	#4	<p>« , y'a une grosse part dans l'fond c'est, t'sais y'a beaucoup de gens qui manquent de moyens financiers, pis les programmes en ce moment c'est pas nécessairement euh rapide là d'avoir les interventions... »</p> <p>« « ...on va s'inquiéter un p'tit peu plus pour le client ou on a vraiment l'impression que, bin t'sais qu'on n'est pas capable de compléter notre travail dans un sens là c'est, c'est... mais c'est plate »</p> <p>« ...pcq ça les limite beaucoup, fa'que t'sais comme ergothérapeute bin j'ai l'impression de pas être capable de faire mon travail, c'est vraiment ça là. Pas être capable de les aider à progresser pcq il nous manque des moyens de l'autre côté... »</p>
Gérer les contraintes du programme subventionnaire	#1	<p>« ...Avec PAD c'est tous les temps d'attente ... »</p> <p>« ...Donc qu'est-ce qu'on fait pendant 3 ans d'temps? Faut trouver des solutions temporaires. Ce n'est pas toujours facile... »</p> <p>« ...Rivières ça peut être très très long. Ça c'est difficile parce que les clients y sont pas contents, pis nous autres ont est impuissants pis on t'sais, faut adapter temporairement... »</p> <p>« ...Trouver des adaptations temporaires. Fa'que là faut se casser la tête pis trouver des solutions... »</p> <p>« ...t'as des montants maximums alloués, donc quand ça dépasse bin faut que le client paye... »</p> <p>« ...- Mais des fois, l'ouvre-porte t'es pas sûre, mais là s'il l'a y'aurait plus d'argent fa'que tu comprends là?! Fa'que là...ouain c'est ça. Tu pourrais justifier mais y'en a tu vraiment besoin?... »</p>

	#2	<p>« ... le fait de, d'avoir à, à vivre des déceptions avec le client bin euh! De ne pas avoir de contrôle sur les délais... »</p> <p>« ...mais ça c'est la déception face au manque de ressources financières... »</p> <p>« ...- De voir, t'sais si on prend l'exemple du PAD qui a dû être annulé bin c'est de voir t'sais t'as tout fait ce que tu pouvais faire là, mais t'sais reste que le client bin c'est sûr y... de voir la déception d'une personne c'est pas, c'est pas... »</p> <p>« ...Des défis euh des fois on a comme pas de solution. Ça peut arriver là.. »</p> <p>« ...t'sais y'a pas vraiment de, pas vraiment d'adaptation qui peut être fait... »</p> <p>« ...- Fa'que des fois on a comme ce défi-là de trouver, on dirait, une adaptation quasiment miracle là pour euh... »</p>
	#3	<p>« ...la contrainte budgétaire... »</p> <p>« ...Fa'qu'on va faire l'accès, on va faire un p'tit peu la salle de bain mais ça sera pas super fonctionnel... »</p> <p>« ...bin c'est plus de la déception là de ne pas pouvoir tout d'suite rendre le client autonome là ça fait longtemps qu'il attend. Moi je le sais là les moyens là, lui aussi pcq j'y dis pis la mandataire aussi mais y'a pas d'argent. On est impuissant, c'est le sentiment d'impuissance pcq on manque d'argent là, c'est ça qui est un peu frustrant, décevant pour le client. »</p> <p>« C'est sûr que pour moi ça change pas grand-chose, je fais ma job tout ça. »</p> <p>« ...Mais j'suis déçue pour le client qui va falloir qu'il attende encore un autre 5 ans.. »</p>
	#4	<p>« ...j'trouve ça plus difficile pcq on se ramasse euh... t'sais que je sais que le client est pas capable de fonctionner mais j'ai rien à lui offrir mettons en attendant que, qu'on ait des budgets qui sortent là... »</p>
Faire face à la complexité de la démarche clinique	#3	<p>« ...des fois de justifier certaines choses t'sais qui sont un petit peu plus difficile, ou les normes sont pas très, ça, t'sais comme les cahiers qu'on utilise sont pas très, sont pas à jour dans le fond... »</p>
	#4	<p>« ...t'sais au niveau de la démarche j'prends vraiment le PAD en tant que tel des fois j'trouve c'est difficile de, t'sais de vraiment penser dans le détail à tous les p'tits points qui t'sais si on refait mettons une cuisine, vraiment penser comment organiser la cuisine au complet t'sais c'est très, justement très technique là pis quand on en fait pas souvent ça peut être, ça peut être difficile là... »</p> <p>« ...c'est difficile ce point-là d'être vraiment "up to date" si on veut dans l'aspect technique pis les termes pis la manière de fonctionner là ça c'est plus, plus difficile un p'tit peu.... »</p> <p>« ...t'sais de trouver vraiment l'équipement qui va fonctionner tant avec l'environnement qui est présent qu'avec le client pis au meilleur coût possible... »</p> <p>« ...j'pense que le défi c'est ça là c'est vraiment de trouver, les environnements sont tellement tous, y'ont chacun une p'tite caractéristique pis les clients aussi c'est dur de faire concorder tout ça là... »</p>
	#5	<p>« ...c'est toujours un p'tit défi pis un p'tit stress là de voir est-ce que je vais penser à tout? Est-ce que, finalement ça va être correct? Une fois que ça va tout être modifié, t'sais c'est le p'tit stress que ça ne fonctionne pas ou qu'on n'ait pas pensé à qqc là... »</p> <p>« ..., quand c'est des maladies dégénératives c'est surtout dans ces cas-là qu'il faut prévoir à l'avance, qu'ils vont diminuer... »</p>
Comprendre le client et ses proches dans leur individualité	#2	<p>« Je trouve également difficile de proposer des adaptations et des aides techniques qui, à mes yeux de professionnelle, sont ce qu'il y a de plus sécuritaire et qui favorise le plus l'autonomie de la personne, mais que le client refuse par souci d'esthétisme. Par exemple, une personne qui refuse d'utiliser une poignée de lit (type M-Rail) parce que sa couette de lit ne se place pas bien entre le matelas et la poignée de lit ou encore, une personne qui refuse d'utiliser un banc de transfert simplement parce qu'il n'est « pas beau », « que ça fait</p>

		<i>trop handicapé » ou parce qu'elle doit placer son rideau de douche sous sa cuisse durant l'hygiène. »</i>
	#4	<p><i>« ...de gérer les différentes personnalités pis les différentes aussi euh.. bin les valeurs là j'dirais t'sais c'est pas pour tout le monde que la, la, l'importance dans la sécurité a la même importance pour tout le monde ou euh t'sais c'est ça, avoir à gérer tout ça, les conflits avec les familles, les euh t'sais la gestion vraiment inter..interpersonnelle si on veut pis euh relationnelle avec, avec les clients en fonction de leurs différents, leurs différentes valeurs... des fois ça peut être plus difficile. »</i></p> <p><i>« ...j'trouve que t'sais c'est difficile à gérer pcq j'ai pas la vraie version nécessairement, j'ai l'impression qu'elle va un p'tit peu contre nous, qu'elle fait du t'sais du boycottage un petit peu là... »</i></p> <p><i>« ...t'sais on est pris au travers des, des fois des relations t'sais des, voyons des triangles si on veut là comme ça là pis on... c'est difficile de, de décider de quel côté on va pencher t'sais j'vais tu aller du côté de la mère pour lui faire plaisir ou, en laissant un peu la, la sécurité de mon client ou même la sécurité des autres aidants... »</i></p> <p><i>« ...là j'essaie de, j'essaie de faire ressortir le plus possible les besoins pis de chacun là t'sais du client, des aidants, de la mère, essayer de faire un compromis au travers de tout ça pis trouver une solution qui va aller dans le bon sens pour tout le monde là, mais c'est, c'est la discussion pis c'est de prendre le temps d'écouter la personne... »</i></p> <p><i>« ...C'est beaucoup là, la discussion pis euh pis t'sais oui faire valoir mon point pour la sécurité mais en même temps essayer d'aller écouter ce que, ce que l'autre personne a à dire... »</i></p>
	#5	<p><i>« ...qui est pas tant évidente là, avoir à rencontrer les clients, leur dire que leur état va empirer, déjà des fois y'ont de la difficulté à accepter l'état actuel qu'ils ont... »</i></p> <p><i>« ...bin j'pense c'est ça c'est d'avoir à discuter de ça avec les clients quand ils ne sont pas nécessairement prêts... »</i></p> <p><i>« Je n'aime pas ça faire pleurer mes clients disons! »</i></p> <p><i>« le côté plus au niveau personnel avec le client là...pas juste la confrontation en tant que telle mais le fait qu'on ait à mettre à l'évidence que, qui sont rendus là, j'pense que pour moi c'est plus difficile .»</i></p>
Faire face aux imprévus rencontrés lors de la réalisation des travaux	#1	<p><i>« ...Ou si ton contracteur fait ça tout croche là,fa'que woh faut pas que, faut que quelqu'un le dise hein!?! »</i></p> <p><i>« ...Fa'que ça ça peut être problématique de refaire faire les choses. ... »</i></p>

Tableau II
Thèmes émergents de la description du travail en adaptation domiciliaire

Thèmes	Description
Description des étapes majeures de la démarche clinique	<p>#1</p> <p>« ... Des fois là mettons, j'sais pas moi y'a une adaptation, puis euhh bon on a prévu qu'on défaisait le mur mais là finalement y'a quelque chose, on peut pas, ou euh là faut changer, bin là euh faut aller faire un tour, faut aller voir, faut aller justifier... »</p> <p>« ...Fa'que toi tu ne pouvais pas prévoir, le contracteur ne pouvait pas prévoir... Fa'que bon. Qu'est-ce qu'on peut faire ? Faut t'aïlles trouver une solution, une autre solution... »</p>
	<p>#2</p> <p>« ...bin c'est premièrement voir les problèmes en lien avec les..en lien avec l'aménagement, avec les barrières architecturales. De cibler les problèmes ... »</p> <p>« ...de penser à une solution pour que la personne puisse continuer à demeurer chez elle malgré les incapacités ... »</p> <p>« ...la majeure partie c'est de trouver des problèmes, de déterminer les problèmes, de trouver des solutions, toujours conjointement avec l'inspectrice là. Pis après ça, euh un coup que ce travail-là est fait, on essaye de laisser aussi plus d'autonomie aux clients ... »</p> <p>« .. bin là c'est d'aller faire l'évaluation pis de ... »</p> <p>« ... t'as fait une liste de tous les problèmes pis des solutions que t'as envisagées ...»</p>
	<p>#3</p> <p>« ...y'a la lecture du dossier pour voir qu'est-ce qui a été fait par le passé. Souvent y'ont été vus par d'autres ergos ... »</p> <p>« ...je contacte la cliente ou le client puis je procède à l'évaluation... »</p> <p>« ...bin pour faire l'évaluation, la personne je l'évalue euh y'a, y'a l'entrevue... »</p> <p>« ...pis de reconnaître leurs besoins pis de déjà avoir des pistes de solutions là... »</p> <p>« ...c'est sûr que là j'les mets en situation euh pour voir euh dans l'fond c'est quoi la situation d'handicap, et là on évalue dans l'fond j'analyse à savoir : est-ce que oui on fait un PAD ou pas?... »</p> <p>...Et là on rédige, je rédige 2 rapports dans le fond : le rapport d'évaluation ergo qui est la partie 1, puis ça ça reste confidentiel, c'est ici ça reste au dossier. Et la partie 2 ça c'est tout ce qui concerne les adaptations de domicile ... »</p> <p>« ...on écrit tous tous tous tous les besoins en ergo... »</p> <p>« ... quand les travaux sont terminés pour qu'on approuve afin de vérifier si tout est conforme à nos recommandations ... »</p> <p>« ...Fa'que on essaie de penser à long terme aussi en fonction de l'évolution de la maladie.... »</p>
	<p>#4</p> <p>« ...c'est sûr c'est la prise de contact avec le client, je relis comme il faut son dossier voir qu'est-ce qui a été fait antérieurement... »</p> <p>« ...on va débiter tout le temps par faire une bonne évaluation du client pis c'est après ça de regarder qu'est-ce qu'on est capable de faire comme aménagement les, t'sais plus simple à la base pour que ça soit le plus fonctionnel possible ... »</p> <p>« ...faire l'évaluation de mon client pis après ça regarder ces besoins vraiment au niveau fonctionnel, c'est quoi les tâches qui fonctionnent pas, pis c'est après ça d'aller voir comment on est capable d'adapter l'environnement là t'sais mettons faire, on fait des essais, plusieurs équipements pour arriver vraiment au meilleur fonctionnement pour le client là ... »</p> <p>« ...on arrive quelque part, y'a quelque chose qui fonctionne pas, bin on va chercher des solutions, essayer des trucs pour arriver à avoir un meilleur résultat, un meilleur fonctionnement à la fin... »</p> <p>« ...t'sais au travers qu'on attend mettons recevoir des équipements AVQ/AVD des fois les situations changent fa'qu'on doit réévaluer, réorganiser, changer des p'tites choses... »</p>

	<p>« ...Pis en fonctions des objectifs qu'on va déterminer euh avec le client bin après ça on va débiter des essais d'équipements, on va faire t'sais les références si le cas est là, pis on va, on va faire des essais, on va installer des équipements, on va faire suite à ça la, la démarche mettons pour euh du financement, comme par l'aide sociale ou AVQ/AVD, des choses comme ça. Pis euh ouain c'est ça les références, l'inscrire au programme PAD, ces choses là... »</p> <p>« ...l'évaluation des besoins...L'Outil d'évaluation multiclientèle...pis t'sais moi j'veis faire en plus des mises en situation avec le client, vraiment m'assurer voir les transferts mettons comment que c'est fait, euh les mises en situation à la marche, on va faire aussi une évaluation mettons au niveau des, de la force musculaire, l'équilibre, fa'que vraiment plus de la personne.... »</p>
#5	<p>« ...d'aller faire l'évaluation globale du client... »</p> <p>« ..., j'veis faire le tour complet avec lui, autant par rapport à son état de santé, son fonctionnement quotidien là, AVQ/AVD, transferts, vraiment avoir un bon portrait...Pis après ça on fait vraiment le tour en même temps du domicile pour voir en lien avec c'que j'ai fait dans mon évaluation : Ça serait quoi les besoins qu'il pourrait avoir? Ça serait quoi les barrières architecturales principales? ... »</p> <p>« moi j'aime mieux rencontrer plus longuement le client, m'assurer de voir un peu ses attentes là, pis commencer un peu mon rapport... »</p> <p>« ... j'commence déjà à faire mon rapport selon mes recommandations ... »</p> <p>« ...Pis mon rôle moi par la suite c'est d'aller valider que tout est conforme selon mes recommandations que j'ai faites. Pis s'assurer que le client il fonctionne bien là-dedans aussi là ... »</p> <p>« ...là une évaluation globale où est-ce qu'on regarde, on regarde le tout mais par les mises en situations c'est là souvent qu'on va voir que par exemple le transfert au bain est pas sécuritaire, on suggère une installation de, ça peut être un banc là c'est sûr ça c'est un équipement en tant que tel qui s'enlève bien, mais sinon les barres d'appui à fixer au mur, on va faire nos recommandations puis euh mais y'a pas de grosses adaptations majeures à ce moment-là, vu que les gens y'ont pas souvent les, les sous pour le faire ... »</p> <p>« ...Quand même qu'on voudrait dégager la vanité c'est pas toujours possible mais au moins on va faire le minimum pour qu'il puisse quand même fonctionner de façon sécuritaire. Pis parfois là on va suggérer qu'il soit inscrit sur la liste d'attente pour le programme ... »</p> <p>« ...Y'étaient prêts à le payer donc j'ai donné les recommandations selon les normes là pour savoir où exactement l'installer vu que y'avait pas de main courante pis que y'avait un risque dans les marches. Fa'que ça peut être ça aussi là ... »</p> <p>« ...Des fois y'a, c'est déjà arrivé que y'a des gens qui sont prêts à faire des rénovations, la famille est prête pis là ils disent bin : « On aimerait ça avoir les recommandations d'un ergothérapeute là. ... »</p> <p>« ..., quand c'est des maladies dégénératives c'est surtout dans ces cas-là qu'il faut prévoir à l'avance des fois des, qu'ils vont diminuer... »</p>
Conception de la relation	<p>#1</p> <p>« ...Des fois on va les [client] accompagner [dans la recherche de soumission], mais c'est pas nous qui choisissons... »</p> <p>« ...Fa'que c'est souvent pour les accompagner, fa'qu'on fait des p'tites visites de temps en temps durant les travaux ... »</p> <p>« ...T'sais si je l'abaisse [le comptoir de la cuisine] pour quelqu'un en fauteuil , mais que la conjointe préfère aussi prépare des repas le soir, elle veut pas avoir un comptoir trop bas, fa'que... Comment on négocie, pis faut que ça soit beau t'sais faut avoir une belle cuisine euhh... »</p> <p>« ...de s'asseoir pis d'expliquer pis euh pis de répondre à leurs questions pis comment ça pourrait aider... »</p> <p>#2</p> <p>« ...principalement de guider les gens ... »</p> <p>« ...Quand je parle de guider, bin les gens y peuvent nous appeler : ah ça, pour les soumissions, les plate-forme élévatrices, qui j'appelle...Dans ce temps-là on peut</p>

		<p>suggérer plusieurs entrepreneurs sans n'en cibler directement »</p> <p>« ...c'est de guider, euhh c'est aussi d'accompagner les gens dans toute la démarche qui va être faite avec le programme... »</p> <p>« ... dans chacune des étapes qu'on fait avec le client, on a toujours quelque chose à, on les accompagne tout le temps... »</p> <p>« ...De toujours être là en même temps, au cas où il aurait des questions... »</p> <p>« ...les aider à compléter la demande d'inscription là. ... »</p> <p>« ...T'sais pour les aider dans, dans la condi.. dans leur acceptation de la condition là aussi. D'essayer de faire voir l'autre côté de la médaille... »</p> <p>« ... pour pouvoir l'accompagner dans sa démarche... »</p> <p>« ... des fois tu peux stimuler à ce que ça se passe plus rapidement... »</p>
	#3	<p>« ...c'est dur de leur faire accepter un PAD ... »</p> <p>« ...t'sais c'est des accompagner dans le processus de deuil, t'sais de semer des p'tites graines... »</p> <p>« ...Fa'qu'il faut aussi être, aspect t'sais affectif là... »</p> <p>« ...Fa'que c'est d'être humain là-dedans ... »</p> <p>« ...C'est eux autres qui ont monté le programme des 'principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires', le PDSB...Qu'on enseigne. C'est eux autres qui ont monté ça. C'est eux autres qui, qui donnent la formation pour les formateurs que, comme nous on a des formateurs 'PDSB' qui forment notre personnel... »</p> <p>« ...Mais c'est ça, ça sert à ça aussi des fois t'sais pour négocier avec les gens... »</p>
	#4	<p>« ...C'est beaucoup la, la discussion pis euh pis t'sais oui faire valoir mon point pour la sécurité mais en même temps essayer d'aller écouter ce que, ce que l'autre personne a à dire... »</p>
	#5	<p>« ...les aider... »</p>
Préoccupation de l'arrimage entre le client et son environnement physique	#1	<p>« ...regarder les besoins...l'environnement physique..., qu'est-ce qui existe sur le marché ...»</p>
	#2	<p>« ...pis c'est des équipements ou euh des recommandations d'adaptation, installer barre d'appui, installer siège de toilette, installer une poignée de lit euh mais c'est sûr que je rentrais moins ça dans adaptation domiciliaire parce que t'sais on n'a pas vraiment de travaux euh en soi... »</p>
	#3	<p>« ... mais souvent y'a aussi des aides techniques que je fournis ... »</p> <p>« ... Fa'que je fais les demandes AVQ-AVD... »</p>
	#4	<p>«...d'essayer d'améliorer le plus possible l'environnement pour que ça concorde avec les besoins de mon client ... »</p> <p>« ...faire l'évaluation de mon client pis après ça regarder ses besoins vraiment au niveau fonctionnel, c'est quoi les tâches qui fonctionnent pas, pis c'est après ça d'aller voir comment on est capable d'adapter l'environnement là t'sais mettons faire, on fait des essais, plusieurs équipements pour arriver vraiment à, au meilleur fonctionnement pour le client là ... »</p> <p>« ...de faire de l'aménagement, des fois c'est juste de réorganiser un peu les armoires de cuisine pour que, euhh t'sais les outils que le client utilise plus fa..euh plus souvent soient à porter de main au lieu qu'il soit toujours en train de se pencher ou de, de, de s'étirer vers le haut là... »</p>
	#5	<p>« ..., j'veis faire le tour complet avec lui, autant par rapport à son état de santé, son fonctionnement quotidien là, AVQ/AVD, transferts, vraiment avoir un bon portrait...Pis après ça on fait vraiment le tour en même temps du domicile pour voir en lien avec c'que j'ai fait dans mon évaluation : Ça serait quoi les besoins qu'il pourrait avoir? Ça serait quoi les barrières architecturales principales? ... »</p> <p>« ... Ça, ça va être de toute sorte là que ça soit des fois de retirer des meubles dans les corridors pour laisser plus d'espace ou d'enlever des p'tits tapis qui sont là pour éviter des chutes pis c'est sûr que c'est comme une adaptation de domicile mais c'est sûr que ça c'est plus des modifications à l'environnement j'dirais là ... »</p>
Implication du client dans la	#1	<p>« ...j' dois rencontrer le client, voir ses attentes... »</p> <p>« ...regarder ... les attentes ...»</p>

démarche		« ... Faut le [les plans et les devis] faire approuver par le client... »
	#2	« Dès le départ, j'implique le client... Je favorise donc l'empowerment... « Je clarifie les attentes du client dès le départ et j'essaie de demeurer à l'écoute de ses besoins en tout temps. Il faut voir ce qui est important pour la personne. » « ...la majeure partie c'est de trouver des problèmes, de déterminer les problèmes, de trouver des solutions, toujours conjointement avec l'inspectrice là. Pis après ça, euh un coup que ce travail-là est fait, on essaye de laisser aussi plus d'autonomie aux clients ... » « ... trouver ses soumissionnaires, de le laisser faire ses démarches qu'il a à faire... »
	#3	« ...Pis des fois bin y, y reste quand même une possibilité d'avoir 3 solutions possibles. Fa'que ça les 3 solutions possibles sont totalement fonctionnelles – totalement correctes architecturalement parlant, bon bin on va le présenter au client, pis c'est le client qui choisit quelle solution qu'il préfère... » « ...la personne handicapée pis son réseau aussi est impliqué là-dedans pq en, c'est sûr qu'ils viennent en 3 ^e étape là pq y'ont pas le choix de choisir parmi ce qu'on leur offre là. Mais euh eux autres ils créent aussi à partir des matériaux, nous autres on met un prix mais des fois y'en a qui vont plus, plus cher. Pis même si y reste dans la gamme de prix qu'on leur donne c'est eux autres qui choisissent là... »
	#5	« ...c'est sûr qu'on fait, nous on fait des recommandations au client pour voir en gros selon lui c'est quoi ses attentes pis ses besoins, comment qu'il voit ça ... » « moi j'aime mieux rencontrer plus longuement le client, m'assurer de voir un peu ses attentes là, pis commencer un peu mon rapport... »
Collaboration avec les divers partenaires externes	#1	« ...que j'aïlle vérifier avec l'architecte, donc y'a toute une entente, un travail d'équipe à faire ensemble... »
	#2	« ...la majeure partie c'est de trouver des problèmes, de déterminer les problèmes, de trouver des solutions, toujours conjointement avec l'inspectrice là. Pis après ça, euh un coup que ce travail-là est fait, on essaye de laisser aussi plus d'autonomie aux clients ... »
	#3	« ...bin habituellement ce que je fais, pis ça c'est en collaboration avec la mandataire ici là, les 2 mandataires. ... » « ...Des fois y'a des choses qu'elle [mandataire] voit d'emblée que ça pourra pas parce que c'est un mur porteur par exemple ou... fa'que déjà on peut commencer à parler de sol..d'autres solutions alternatives mais c'est des pistes de solution; ça s'ra pas LA solution. Pis ça on le dit bien au client ... » « ...[inspecteur à ergo]Bon bin 'regarde c'est les solutions possibles qu'est-ce que t'en pense Fa'que là moi j'regarde ça pis des fois t'sais ça tombe pile-poli c'est correct fa'que j'donne mon accord... » « ...Pis travailler en collaboration avec les mandataires c'est bin important... » « ...j'suis pas toute seule là j'veux dire y'a les, les, les mandataires là, ça serait jamais aussi fonctionnel si y'étaient pas là... » « ...Mais ça fait un beau travail d'équipe là, vraiment là c'est une belle collaboration pour dire : « Wow on rend qqn autonome là! »
	#5	« ...on fait le retour encore ensemble [avec la mandataire] de tout ça pis elle elle voit un peu plus les possibilités au niveau euh de l'architecture.... »
	Explication des éléments entourant la pratique	#1
#2		« Dès le départ...je lui explique le processus dans lequel « il s'embarque. » « ...Bin des fois, des fois ça arrive qu'on enlève euhh qu'avec le client bon euh écoute là les montants de soumissions ça s'élève à j'sais pas là 40 000 pis on a le maximum de 16 000 ou bon p-ê 23 000 là mais euh fa'que oui des fois ça peut

		<p>arriver qu'on dise : « Bon ok, là on fait, on fait le compromis. Y garde la cuisine, on va adapter l'accessibilité extérieure, on va adapter la salle de bain, mais la cuisine on, c'est correct on l'annule. On explique, on explique bon on a pris la décision de l'annuler, que la personne bin malgré tout ce qui va arriver c'est minimum 5 ans après, après le paiement. 5 ans avant qu'elle puisse refaire une demande pour ça. Fa'que t'sais ça on, on explique ça.... »</p>
	#3	<p>« ... puis quand on détermine que « oui bon c'est beau on fait un PAD » là à ce moment-là j leur explique c'est quoi le, le PAD, les, les limites du programme, les contraintes budgétaires pq y'a quand même, ça s'est amélioré mais y manque d'argent pareil la majorité du temps pour faire tout... »</p> <p>« ...Des fois y'a des choses qu'elle voit d'emblée que ça pourra pas parce que c'est un mur porteur par exemple ou... fa'que déjà on peut commencer à parler de sol..d'autres solutions alternatives mais c'est des pistes de solution; ça s'ra pas LA solution. Pis ça on le dit bien au client ... »</p> <p>« ...Mais là c'est vraiment d'expliquer aux gens, c'est ça là, , là mon rôle c'est bin « On peut faire cette solution-là, mais avec la maladie que vous avez, vous savez que y'a des risques d'évolution, ça veut dire que si ... »</p> <p>« ... c'est d'expliquer l'impact fonctionnel de chaque solution, l'évolution possible de la maladie, de, des faire travailler... »</p>
Préoccupation face aux proches du client et aux aidants	#1	<p>« ...Et ça implique aussi tous les membres de la famille pq mon client peut avoir un besoin X mais la conjointe, les enfants euh ...fallait respecter euhh la conjointe... »</p> <p>« ...regarder ... son environnement social ...»</p> <p>« ... Faut le [les plans et les devis] faire approuver par le client, la famille... »</p>
	#3	<p>« ...Et là ça aussi, ça faut toujours toujours garder en tête les aidants... »</p> <p>« ...Rendre la tâche des aidantes le plus facile possible aussi... »</p> <p>« ...la personne handicapée pis son réseau aussi est impliqué là-dedans pq en, c'est sûr qu'ils viennent en 3^e étape là pq y'ont pas le choix de choisir parmi ce qu'on leur offre là. Mais euh eux autres ils créent aussi à partir des matériaux, nous autres on met un prix mais des fois y'en a qui vont plus, plus cher. Pis même si y reste dans la gamme de prix qu'on leur donne c'est eux autres qui choisissent là... »</p>
Préoccupation de l'arrimage entre le client et ses proches	#1	<p>« ...T'sais si je l'abaisse pour quelqu'un en fauteuil, mais que la conjointe préfère aussi prépare des repas le soir, elle veut pas avoir un comptoir trop bas, fa'que... Comment on négocie, pis faut que ça soit beau t'sais faut avoir une belle cuisine euhh... »</p>
	#4	<p>« ...là j'essaie de, j'essaie de faire ressortir le plus possible les, les, les besoins pis de chacun là t'sais du client, des aidants, de la mère, essayer de faire un compromis au travers de tout ça pis trouver une solution qui va aller dans le bon sens pour tout le monde là, mais c'est, c'est la discussion pis c'est de prendre le temps d'écouter la personne ... »</p>

Tableau III

Thèmes émergents de la description des objectifs visés par l'adaptation domiciliaire

Thèmes	Description
Optimiser l'autonomie de la personne à domicile	#1 « ...que le client soit autonome premièrement pour entrer/sortir de chez-lui, pis être capable de réaliser ses occupations dont dormir, aller à la salle de bain pis aller à la cuisine ... » « ...bin t'sais l'accès, mais aussi faut qu'il soit autonome pour réaliser les tâches donc si je le rends autonome pour entrer dans la salle de bain faut qu'il soit capable de faire ses transferts, faut qu'il soit capable de se laver seul ... »
	#2 « ...L'objectif principal, c'est ça c'est de toujours favoriser l'autonomie de la personne... » « ...que la personne puisse entrer - sortir de chez elle de façon autonome, de façon sécuritaire... » « ...qu'à puisse continuer à faire par exemple sa préparation de repas ou sa vaisselle euh de façon autonome, de façon sécuritaire... » « ...qu'elle puisse continuer à faire sa préparation de repas par elle-même en fauteuil roulant... »
	#3 « ...c'est de rendre dans l'fond la personne autonome dans son domicile parce que dans toutes ses activités de la vie quotidienne mettons et domestiques, c'est le but ultime...souvent on se limite, la vie domestique... » « ...Des fois c'est, c'est de la rendre autonome ou euh bon faut dire et/ou sécuritaire là pcq... ou c'est de favoriser dans des meilleures conditions, pcq y'en a qui seront jamais autonome à, par exemple à l'hygiène, qui ont du personnel qui vient du CLSC ou du personnel qui s'engage, mais y peuvent pas être lavés à l'eau courante par exemple parce que là y'ont pas accès au bain sont pu capables... » « ...c'est pas de rendre la personne autonome mais c'est dans le fond, c'est rendre une certaine dignité d'être lavé à l'eau courante, et de rendre la tâche des aidants beaucoup plus facile... » « ...mais c'est sûr que y'a les transferts aussi avec un lève-personne sur rails... » « ...Fa'que y'a les transferts, c'est ça. Dans le fond y'a une partie aussi que c'est l'habillage ... » « C'est sûr c'est pas la tâche d'habillage comme telle mais aller chercher, avoir accès aux vêtements... »
	#4 «... c'est l'optimisation euh du rendement fonctionnel là, la majeure partie du temps là c'est la sécurité au transfert euh l'amélioration de la capacité du client, mettons en phase des soins d'hygiène à faire, à son habillage, à préparer ses repas. Fa'que c'est vraiment au niveau du fonctionnement là dans la, dans la maison là... » « ...pour faciliter les transferts au divan... » « ...pour le client au bain bin ça serait : que mon client soit capable de faire son transfert au bain de manière sécuritaire ...»
	#5 « ...S'assurer que ça soit fonctionnel et sécuritaire pour ses déplacements pis ses tâches de tous les jours là ... » « ... faciliter et rendre sécuritaire le transfert au bain... » « ...Même chose pour la toilette... » « ...en soutien à domicile ça va souvent être ça là de rendre possible le transfert justement mais qu'il soit fait aussi de façon sécuritaire. » « ...si pour lui son objectif c'est de cuisiner bin c'est que ça sera aussi fait de façon autonome et sécuritaire le plus possible... »
Optimiser la sécurité à domicile	#2 « ...que la personne puisse entrer - sortir de chez elle de façon autonome, de façon sécuritaire... » « ...qu'à puisse continuer à faire par exemple sa préparation de repas ou sa

		<p>vaisselle euh de façon autonome, de façon sécuritaire... »</p> <p>« ...que une madame puisse se rendre au bain de façon autonome, de façon sécuritaire... »</p>
	#3	<p>« ...Des fois c'est, c'est de la rendre autonome ou euh bon faut dire et/ou sécuritaire là pcq... ou c'est de favoriser dans des meilleures conditions, pcq y'en a qui seront jamais autonome à, par exemple à l'hygiène, qui ont du personnel qui vient du CLSC ou du personnel qui s'engage, mais y peuvent pas être lavés à l'eau courante par exemple parce que là y'ont pas accès au bain sont pu capables... »</p>
	#4	<p>«... c'est l'optimisation euh du rendement fonctionnel là, la majeure partie du temps là c'est la sécurité au transfert euh l'amélioration de la capacité du client, mettons en phase des soins d'hygiène à faire, à son habillage, à préparer ses repas. Fa'que c'est vraiment au niveau du fonctionnement là dans la, dans la maison là... »</p> <p>« ...pour le client au bain bin ça serait : que mon client soit capable de faire son transfert au bain de manière sécuritaire ...»</p>
	#5	<p>« ... on veut qu'il puisse sortir de façon sécuritaire. ... »</p> <p>« ...S'assurer que ça soit fonctionnel et sécuritaire pour ses déplacements pis ses tâches de tous les jours là ... »</p> <p>« ... faciliter et rendre sécuritaire le transfert au bain... »</p> <p>« ...Même chose pour la toilette... »</p> <p>« ...en soutien à domicile ça va souvent être ça là de rendre possible le transfert justement mais qu'il soit fait aussi de façon sécuritaire. »</p> <p>« ...si pour lui son objectif c'est de cuisiner bin c'est que ça sera aussi fait de façon autonome et sécuritaire le plus possible... »</p>
Faciliter l'accessibilité au domicile et dans le domicile	#1	<p>« ...que le client soit autonome premièrement pour entrer/sortir de chez-lui, pis être capable de réaliser ses occupations dont dormir, aller à la salle de bain pis aller à la cuisine ... »</p>
	#2	<p>« ...que la personne puisse entrer - sortir de chez elle de façon autonome, de façon sécuritaire... »</p> <p>« ...que la personne puisse avoir accès à la salle de bain ou l'accès partout dans la maison, quand on pense aux portes qui sont pas assez larges... »</p> <p>« ...que une madame puisse se rendre au bain de façon autonome, de façon sécuritaire... »</p>
	#3	<p>« ...le premier objectif actuellement c'est de rendre la personne accessible, le, le domicile accessible à la personne... »</p> <p>« Fa'qu'on fait l'accès en priorité. »</p> <p>« ...que la personne puisse entrer et sortir de façon autonome peu importe les situations. Fa'que on essaie de penser à long terme aussi en fonction de l'évolution de la maladie »</p>
	#5	<p>« ... on veut qu'il puisse sortir de façon sécuritaire. ... »</p> <p>« ... qu'il circule dans les cadrages de porte, qu'il ait accès selon ses activités qu'il fait... »</p> <p>« ...S'assurer que ça soit fonctionnel et sécuritaire pour ses déplacements pis ses tâches de tous les jours là ... »</p> <p>« ...de rendre l'accès des entrées et sorties du domicile, de façon autonome et sécuritaire... »</p>
	#4	<p>« ...le premier objectif actuellement c'est de rendre la personne accessible, le, le domicile accessible à la personne... »</p> <p>« Fa'qu'on fait l'accès en priorité. »</p> <p>« ...que la personne puisse entrer et sortir de façon autonome peu importe les situations. Fa'que on essaie de penser à long terme aussi en fonction de l'évolution de la maladie »</p>
Retrouver une occupation qu'une personne désire et doit faire	#1	<p>«.. ben ça dépend. Si, s'il cuisinait pas avant, je le rendrai pas autonome à cuisiner...»</p> <p>« ...Tout dépendant des rôles... »</p>
	#2	<p>« qu'elle puisse continuer à faire ... »</p> <p>« ...Dans l'fond on pourrait passer au travers d'la maison pis trouver des objectifs pour chaque incapacité rencontrée là ... »</p>
	#4	<p>« ...de permettre au client de faire euh de faire la tâche qu'il veut faire là... »</p>
	#5	<p>« ... qu'il circule dans les cadrages de porte, qu'il ait accès selon ses activités</p>

		<i>qu'il fait... » « ...si pour lui son objectif c'est de cuisiner bin c'est que ça sera aussi fait de façon autonome et sécuritaire le plus possible... »</i>
Éliminer les barrières architecturales	#2	<i>« ...Dans l'fond on pourrait passer au travers d'la maison pis trouver des objectifs pour chaque incapacité rencontrée là ... »</i>
	#3	<i>« que y faut que l'environnement de travail soit fonctionnel fa'que on garde les normes de l'ASTASS du PDSB en tête tout le temps t'sais on fait des adaptations. »</i>
	#4	<i>« ...l'objectif c'est tout le temps de, d'éliminer le plus possible les barrières architecturales...»</i>
Faciliter le travail de l'aidant	#1	<i>« ...des fois faut vérifier la présence de l'aidant. Donc, l'aidante faut qu'elle le transfert au bain, qu'elle le transfert à la douche, faut qu'elle soit capable de le laver... Faut faciliter le travail de l'aidant. »</i>
	#3	<i>« ...Rendre la tâche des aidantes le plus facile possible aussi... »</i>
Favoriser le maintien à domicile	#2	<i>« ...moi surtout ici c'est de favoriser le maintien à domicile de la personne... »</i>
	#3	<i>« ...Pis elle peut rester à domicile pas mal plus longtemps peut-être là... »</i>

Tableau IV
Thèmes émergents de l'appréciation du travail d'adaptation domiciliaire par les ergothérapeutes.

Thèmes	Description	
Réaliser quelque chose d'important pour le client	#1	« ...j'trouve qu'on développe des beaux liens. C'est valorisant, c'est intéressant... »
	#2	« ...J'trouve ça vraiment stimulant... » « ...Tu te dis : « Hey ça ça serait un projet à long terme! » Là pis t'sais on dirait que t'as, tout le temps comme en attente de quelque chose fa'que non j'trouve ça, j'trouve ça stimulant... »
	#3	« ...Fa'que c'est très gratifiant pqq l'impact est très important pis on le voit là c'est...c'est frappant... » « ...je me sens comme le Père Noël là vraiment... »
	#5	« ...c'est d'voir le résultat final après pis c'est, c'est rare que les clients étaient pas satisfaits ...»
Prendre conscience de l'évolution de la situation	#2	« ...T'sais de voir que : « Hey la personne là est finalement bien chez elle pis elle est sécuritaire pis t'sais ... »
	#5	« ...de voir vraiment l'impact de « J'étais pas capable d'avoir accès à mon lavabo. J'étais tout le temps mal positionné. Là ça va bien, je rentre, je cogne pas ds les murs... » « ...Pour moi de voir le client qui est plus fonctionnel pis qu'il est content des résultats c'est sûr que c'est ça qui nous satisfait le plus. » « ...Quand les gens viennent ils le voient. Mais finalement ils se rendent compte que ça va vraiment mieux puis « j'ai moins peur d'aller prendre mon bain. » Ou euh « C'est plus facile de me relever de la toilette.» Bin j'trouve que ça ça fait en sorte que j'ai le goût de revenir le lendemain... Pis continuer de les aider »
Comprendre le client dans sa réalité	#3	« ... Le fait d'aller, bin ça le domicile comme tel... » « ...le fait d'aller chez les gens, de, des voir dans leur milieu pis, on arrive en fin de processus, tout a été essayé... »
	#4	« ...Pis le fait d'être, t'sais là j'suis, d'être vraiment dans l'environnement du client là de pas faire des suppositions ... » « ...De voir vraiment comment il fonctionne, comment il vit pis euh essayer de, de rentrer là-dedans j'pense c'est ça que, qui vient me chercher le plus là... »
Exercer sa créativité	#3	« ...j'aime beaucoup le, la diversité là des, des milieux, des besoins... » « ...le fait aussi de, de, de créer quelque chose, t'sais, à quelque part là... mais on conçoit de quoi là t'sais... » « on crée de quoi pareille là, t'sais pour rendre la personne autonome là »
	#4	« ...j'aime beaucoup le côté 'résolution de problème'... »
Accomplir un projet en entier	#1	bin c'est toujours le fun voir ton projet sur papier qui est devenu réalisé ... »
	#2	« ... « Quand c'est terminé » mais non, moi j'aime, j'aime tout c'te, c'qui fait justement t'sais c'est un long processus fa'que quand on aboutit t'sais on est donc content... »

Tableau V
Thèmes émergents de la description des recommandations pour qu'un novice s'approprié l'expertise

Thèmes	Description	
Consulter des collègues de travail	#1	<i>(consulter un collègue) « ...fa'que ça va y faire penser à plein de choses... »</i>
	#2	<i>« ...d'aller t'informer auprès de, bin là tu vas l'avoir fait avec tous les gens que tu vas avoir rencontrés là. » (ergo) « Discuter avec un ergothérapeute d'expérience afin d'obtenir des exemples de mauvaises expériences avec tel ou tel équipements ou de connaître les commentaires les plus couramment entendu par rapport à un aide technique en particulier et ce, dans le but d'arriver mieux préparer chez son client et de ne pas être pris au dépourvu - pouvoir prévoir des réponses et de mieux expliquer « le pourquoi » des questionnements. »</i>
	#3	<i>« ...la façon la plus facile j'pense c'est de, de, de, bin un peu le mentorat ... » « ... Pis après, d'être là, d'être disponible en cours de rédaction, de... Pcq c'est ça on se sent un p'tit peu complètement ignorante là... » « ...travailler bcp avec la mandataire c'est son, de pas, de l'voir vraiment comme un partenaire pis pas 2 professions distinctes. » « ...la majeure ça serait d'aller chercher une collègue qui s'y connaît. »</i>
	#5	<i>« ... la chance d'avoir des ergothérapeutes d'expérience dans le domaine dans mon milieu de travail, alors il est toujours possible de les consulter... »</i>
Se garder à jour dans ses connaissances par des formations	#1	<i>« ... la formation PAD est bin bin intéressante ... »</i>
	#2	<i>« ...sérieusement la formation que j'ai eue du PAD là, j'aurais aimé ça l'avoir avant... »</i>
	#3	<i>« ...ça la SHQ donne de la formation mais pas à chaque année... [Formation PAD]... » « ... y'a aussi la, voyons, l' IFCQ (Institut de Formation Continue du Québec) qui en donne des formations... » « ...ça l'air ça donne des bons outils de base... »</i>
	#5	<i>« ...Il est certain qu'il existe plusieurs formations offertes en lien avec l'adaptation domiciliaire dont une formation par l'OEQ, mais c'est par la pratique qu'on s'approprie le plus l'expertise selon moi... »</i>
Apprendre de ses expériences concrètes	#3	<i>« ...de pas se gêner à poser des questions. » « Ah oui pis de se donner la, de se donner le temps t'sais pis le droit à l'erreur pis à apprendre là. » « ...On apprend de ce qu'on fait, des erreurs t'sais. » « ...d'avoir la modestie de regarder objectivement la solution pis le travail final, qu'est-ce que ça donne. Pis est-ce que c'est vraiment là t'sais c'qu'on, c'qu'on souhaitait comme but là t'sais... » « ...t'sais c'est à force d'en voir... » « ...D'apprende de, de nos dossiers, d'nos propres dossiers. Les analyser pis les critiquer. » « ...en faisant l'analyse de notre, de notre propre pratique... »</i>
	#4	<i>« ...moi j'aurais tendance à dire : « Essaye-le.... » « ..., j'suis bcp essai-erreur fa'que t'sais...C'est de l'essayer . »</i>
	#5	<i>« ...mais c'est par la pratique qu'on s'approprie le plus l'expertise selon moi... » « ... c'est avec la pratique et en faisant de plus de plus d'adaptations domiciliaires qu'on acquiert notre expérience et nos compétences... »</i>
Consulter d'anciens dossiers	#1	<i>« ...euhh moi j'donne des anciens dossiers, des rapports d'adaptation domiciliaire que j'ai faits. » « ...Faire des visites, c'est ça... Des fois là c'est ça, d'aller visiter des adaptations domiciliaires qui sont faites, entre clients... »</i>

		<p>« ...Fa'que aller faire des visites à domicile de maison adaptée... » « ...Bin t'sais à mettons aller faire une visite je ne sais pas moi j'aurais un client para, pis que y'en a un para... » « ...discuter. Moi là j'trouve que les clients y'en savent souvent plus que nous là... » « ...Aller jaser de tous les jours c'est quoi le vécu de quelqu'un qui... »</p>
Consulter des ouvrages de références	#1	« ...le livre Accessible... »
Aider le client à anticiper les démarches à venir	#2	<p>« ...pour éviter d'avoir à vivre des déceptions ce serait justement de, d'être honnête pis de, de vraiment expliquer le programme en quoi il consiste, ses avantages, ses inconvénients bin pas vraiment inconvénients mais c'est de, de dire vraiment ce qui en est, de, de prévoir les, comme de prévoir les déceptions... » « ..., j'vais p-ê y mettre des mises en garde. » « Toujours garder en tête que les clients ne sont pas au courant du fonctionnement des différents programmes (PAD, AVQ-AVD, LAAA, etc.) et que s'ils vous disent les connaître, c'est parce qu'ils en ont entendu vaguement parler par quelqu'un de plus ou moins proche. Quand je dis « entendu parler », cela veut dire qu'ils ont entendu que les bénéfiques ou avantages (exemple : ma troisième belle-sœur de Longueuil a pu refaire sa cuisine au complet et cela ne lui a rien coûté ou encore, le CLSC lui a donné sa chaise de bain). Bref, il faut bien connaître chacun des différents programme afin d'être en mesure de les expliquer de façon claire et concise à nos clients. »</p>