

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

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

PAR  
KARIANNE THIBODEAU

UNE PERSPECTIVE OCCUPATIONNELLE DE L'AUTOGESTION DES MALADIES  
CHRONIQUES, SOIT LE DIABÈTE ET LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE  
CHRONIQUE

DÉCEMBRE 2014

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.

## REMERCIEMENTS

Un remerciement sincère est premièrement dédié à Mme Martine Brousseau, directrice du programme d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et superviseure de ce projet d'intégration. Vous avez su susciter mon intérêt afin de développer ce projet et chacune des rencontres a été pour moi une grande source de motivation grâce à votre enthousiasme, votre dynamisme et votre écoute. Merci de m'avoir permis de cheminer et de m'avoir encouragé tout au long de ce projet.

Un remerciement est également formulé à M. Alain Bibeau, président de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, pour les commentaires pertinents et constructifs émis suite à la correction de mon projet d'intégration. Ceux-ci m'ont permis d'améliorer la qualité de mon travail.

Je tiens à remercier tous les participants qui ont généreusement collaboré à la réalisation de ce projet. J'aimerais également remercier mes collègues de classe qui ont su m'épauler dans les moments de défi. Finalement, un grand merci également à mon conjoint, ma famille ainsi que mes amis de m'avoir encouragée à atteindre mes objectifs tout en conservant une vie équilibrée.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
LISTE DES TABLEAUX .....	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	vi
RÉSUMÉ .....	vii
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE .....	3
2.1 Ampleur des maladies chroniques .....	5
2.2 Implication de la réadaptation dans les soins primaires .....	6
2.3 Implication de l'ergothérapie dans les soins primaires.....	9
2.4 Implication de l'ergothérapie dans l'autogestion des maladies chroniques .....	13
2.5 Évidences scientifiques au sujet de la pratique ergothérapique auprès des maladies chroniques.....	14
2.6 Question et objectifs de l'étude .....	16
3. CADRE CONCEPTUEL .....	18
3.1 Autogestion des maladies chroniques.....	19
3.1.1 Autogestion des maladies chroniques en santé .....	19
3.1.2 Autogestion des maladies chroniques en ergothérapie .....	19
3.1.3 Interventions visant l'autogestion des maladies chroniques en ergothérapie .....	20
3.2 Habilitation aux occupations .....	23
3.2.1 Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client.....	23
3.2.2 Habilités clés en lien avec l'autogestion des maladies chroniques .....	24
3.3 Facilitateurs et obstacles à l'intégration de l'ergothérapie dans l'autogestion des maladies chroniques.....	25
4. MÉTHODE .....	27
4.1 Devis de recherche.....	27
4.2 Échantillon .....	27
4.3 Collecte de données .....	28
4.4 Analyse de données .....	29
4.5 Considérations éthiques .....	30
5. RÉSULTATS .....	32
5.1 Participants de l'étude.....	32
5.2 Pertinence des interventions ergothérapiques recensées .....	33
5.2.1 Pertinence des interventions concernant l'autogestion du diabète.....	33

5.2.2 Pertinence des interventions concernant l'autogestion de la MPOC .....	34
5.2.3 Applicabilité des interventions ergothérapeutiques en lien avec l'autogestion des maladies chroniques .....	35
5.2.4 Inclusion des interventions ergothérapeutiques dans les programmes d'autogestion actuels.....	37
5.3 Facteurs influençant l'intégration des ergothérapeutes dans l'autogestion des maladies chroniques.....	38
5.3.1 Obstacles à l'intégration des ergothérapeutes .....	38
5.3.2 Facilitateurs à l'intégration des ergothérapeutes.....	40
5.3.3 Pistes de solution pour favoriser l'intégration des ergothérapeutes.....	41
6. DISCUSSION .....	43
6.1 Retour à la question de recherche et aux objectifs.....	43
6.2 Forces et limites de la recherche .....	46
6.3 Conséquences pour la pratique ergothérapeutique .....	46
7. CONCLUSION .....	50
RÉFÉRENCES .....	52
ANNEXE A OUTIL DE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS (COURRIEL ÉLECTRONIQUE) .....	57
ANNEXE B LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	58
ANNEXE C RECENSION DES ÉCRITS .....	61
ANNEXE D OUTIL DE COLLECTE DE DONNÉES (SCHÉMA D'ENTREVUE) .....	62
ANNEXE E DOCUMENT DU PARTICIPANT .....	70
ANNEXE F CERTIFICAT D'ÉTHIQUE.....	73

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Pertinence des interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion du diabète.....	34
Tableau 2. Pertinence des interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion de la MPOC ....	35
Tableau 3. Journal de recherche pour la recension des écrits.....	61
Tableau 4. Interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion du diabète.....	64
Tableau 5. Interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion de la MPOC .....	66
Tableau 6. Interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion du diabète.....	71
Tableau 7. Interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion de la MPOC .....	72

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
MCHCC	Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

## RÉSUMÉ

**Problématique :** L'ampleur des maladies chroniques est un sujet d'actualité. Les services offerts chez cette clientèle dans les milieux de soins primaires tendent à devenir basés sur une approche interdisciplinaire. Cette idée a été défendue par le gouvernement du Canada en 2004 (Santé Canada, 2004) et la province d'Ontario a débuté à inclure plusieurs professionnels, dont des ergothérapeutes (Donnelly, Brenchley, Crawford et Letts, 2013). Concernant l'ergothérapie en soins primaires en Ontario, Donnelly, Brenchley, Crawford et Letts (2014) qualifient le rôle de l'ergothérapeute comme un généraliste mettant l'accent sur les capacités fonctionnelles et indiquent que les ergothérapeutes sont davantage impliqués dans la gestion des maladies chroniques. **Question de recherche :** Quelle pourrait être la contribution de l'ergothérapie dans l'autogestion des maladies chroniques, telles que le diabète et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), chez une clientèle adulte? **Objectifs :** Les objectifs sont de valider la pertinence d'interventions ergothérapeutiques recensées concernant l'autogestion des maladies chroniques et d'identifier les principaux facilitateurs et obstacles à l'intégration de l'ergothérapie dans ces services. **Cadre conceptuel :** Plusieurs interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion du diabète et de la MPOC ont été recensées et celles-ci sont organisées selon les habiletés clés de l'ergothérapeute présentées dans le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (Townsend et coll., 2013). Ensuite, les facilitateurs et les obstacles à l'intégration de l'ergothérapie dans ce champ de pratique sont organisés selon trois composantes, soit l'ergothérapeute, la pratique ergothérapeutique et le contexte organisationnel. **Méthode :** Ce projet d'intégration, qui s'inscrit dans un paradigme mixte, est une étude descriptive simple (Fortin, 2010). L'échantillon comprend des professionnels de la réadaptation faisant partie de différentes sections du continuum de service. Un échantillonnage non probabiliste est réalisé, soit par choix raisonné et par réseaux (Fortin, 2010). Les participants sont contactés afin de réaliser une entrevue semi-structurée. **Résultats :** Les participants de l'étude indiquent que les ergothérapeutes devraient être davantage impliqués dans l'autogestion des maladies chroniques. Les résultats font valoir que plusieurs interventions ergothérapeutiques sont pertinentes, dont la réflexion par rapport à l'impact des activités sur la santé, la gestion de la fatigue, l'approche motivationnelle pour favoriser les changements, la formulation d'un plan d'action et l'approche *Lifestyle Redesign*. Ces dernières sont, par contre, peu applicables actuellement au Québec en raison principalement du fait qu'il n'y a pas d'ergothérapeutes en soins primaires. Plusieurs obstacles à l'intégration des ergothérapeutes dans ces milieux ont été identifiés, dont les limites budgétaires et la vision actuelle de l'ergothérapie comme étant une profession intervenant en deuxième et troisième lignes. Plusieurs facilitateurs ont aussi été identifiés, comme la formation initiale et les modèles d'intégration en Ontario. **Discussion et Conclusion :** Les interventions qualifiées de pertinentes par les participants font valoir que l'habilitation aux occupations est inhérente à ce champ de pratique. Plusieurs pistes de réflexion possibles sont identifiées afin d'expliquer l'absence des ergothérapeutes dans ce champ de pratique au Québec, dont la vision actuelle de l'ergothérapie. Cette étude présente des limites et également des forces, dont l'utilisation d'une entrevue semi-structurée et le fait d'aborder un sujet peu documenté.



**Mots-clés** : maladie chronique, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, autogestion, ergothérapie

**Keywords** : *chronic disease, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, self management, occupational therapy*

## 1. INTRODUCTION

Les maladies chroniques attirent de plus en plus l'attention et soulèvent des inquiétudes. En effet, une croissance du fardeau des maladies chroniques est présente au Québec ainsi qu'au Canada (Cazale, Laprise et Nanhou, 2009). De plus, le cumul des maladies chroniques est également un phénomène en progression. En effet, de plus en plus de Québécois et de Canadiens sont atteints d'au moins deux maladies chroniques (Cazale, Laprise et Nanhou, 2009). Cette tendance est également présente à travers le monde selon une publication de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Agence de santé publique du Canada (2006) qui rapporte que les impacts des maladies chroniques se font de plus en plus sentir dans de nombreux pays. Cette même publication aborde plus spécifiquement l'augmentation de la mortalité due aux maladies chroniques et du taux de morbidité prévue dans les années à venir. Ces taux en croissance s'expliquent principalement par le vieillissement de la population et l'exposition aux facteurs de risque des maladies chroniques. Ceux-ci sont nombreux et comprennent le tabagisme, la consommation d'alcool, la nutrition, l'inactivité physique ainsi que l'obésité (Agence de la santé publique du Canada, 2008). En raison de l'ampleur des maladies chroniques et de la possibilité d'agir sur les facteurs de risque, plusieurs plans d'action et stratégies sont développés en ce sens.

Le présent projet d'intégration vise plus spécifiquement le sujet de la pratique ergothérapique dans le domaine de l'autogestion des maladies chroniques, telles que le diabète et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). En effet, celui-ci vise à décrire la contribution que pourrait avoir l'ergothérapie dans les équipes multidisciplinaires destinées à favoriser l'autogestion des maladies chroniques chez une clientèle adulte. Pour ce faire, la pertinence des interventions ergothérapiques proposées dans les écrits scientifiques sera validée auprès d'un échantillon de professionnels de la réadaptation. De plus, les principaux facilitateurs et obstacles à l'intégration de l'ergothérapie dans les services offerts auprès des adultes atteints de maladies chroniques seront identifiés.

Dans le présent projet d'intégration, la problématique en lien avec la pratique en ergothérapie dans le domaine de l'autogestion des maladies chroniques, plus spécifiquement le

diabète et la MPOC, sera premièrement présentée. Puis, la question de recherche découlant de cette problématique et les deux objectifs principaux de l'étude seront abordés. Ensuite, il sera question du cadre conceptuel présentant, entre autres, les interventions ergothérapeutiques en lien avec l'autogestion des maladies chroniques recensées dans les écrits scientifiques, le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC) et des informations concernant l'intégration de l'ergothérapie dans l'autogestion des maladies chroniques. Puis, la méthode utilisée dans le cadre de ce projet d'intégration sera présentée, soit : le devis de recherche, l'échantillon, la collecte de données, l'analyse de données ainsi que les considérations éthiques. Finalement, les résultats obtenus suite à la collecte de données et la discussion de ceux-ci seront présentés avant de terminer par une brève conclusion résumant les éléments principaux de l'étude et identifiant des futures pistes de recherches pertinentes.

## 2. PROBLÉMATIQUE

Les maladies chroniques attirent de plus en plus l'attention et les personnes atteintes deviennent une des populations à risque prioritaire en santé et services sociaux (Centre de Santé et de Services Sociaux de Trois-Rivières, 2014). Cette problématique devient également un enjeu de santé prioritaire dans plusieurs pays (Organisation mondiale de la santé, 2010). En effet, les maladies chroniques ont des impacts considérables sur le fonctionnement quotidien et la qualité de vie des personnes atteintes. Au Québec ainsi qu'au Canada, une croissance du fardeau des maladies chroniques est présente pour la période allant de 2000 à 2005 selon Cazale, Laprise et Nanhou (2009). En 2005, 52.6% de la population du Québec âgée de 12 ans et plus avait au moins une maladie chronique (Cazale, Laprise et Nanhou, 2009). Ce taux se répartit comme suit : 29.7% avait une maladie chronique, 13.7% en avait deux et 9.3% avait trois maladies chroniques ou davantage, faisant que seulement 47.4% de cette population n'en avait aucune.

L'Organisation mondiale de la santé définit la maladie chronique comme une condition de longue durée et progressive, qui nécessite un traitement à long terme et systématique et dont le développement est associé aux comportements et au style de vie de la personne (Organisation mondiale de la santé et Agence de santé publique du Canada, 2006). Les comportements, dont il est question, sont des facteurs de risque modifiables des maladies chroniques et comprennent la mauvaise alimentation, l'inactivité physique et l'usage du tabac. Ensuite, selon Cazale et Dumitru (2008), une maladie chronique est une «maladie de longue durée, stable ou évolutive, qui ne peut être guérie définitivement, mais pour laquelle la progression ou les symptômes peuvent être contrôlés dans bien des cas». De plus, Elliott et Newton (2009) ajoutent que les maladies chroniques ont un impact considérable sur la qualité de vie et le fonctionnement des personnes atteintes. Par conséquent, la définition retenue pour le présent projet d'intégration est la suivante : une condition de longue durée, stable ou évolutive, ayant un impact sur la qualité de vie et le fonctionnement et ne pouvant être guérie, mais dont les symptômes peuvent être gérés.

Qui plus est, les maladies chroniques incluent plusieurs maladies, mais aucun consensus n'est établi en ce sens. Selon Cazale, Laprise et Nanhou (2009), les maladies chroniques comprennent les allergies non alimentaires et alimentaires, l'arthrite, l'hypertension, les problèmes de la thyroïde, les maladies cardiaques, le diabète, l'asthme, la MPOC et le cancer. Pour ce qui est de l'Agence de la santé publique du Canada (2013), elle inclut plusieurs maladies chroniques précédemment mentionnées, soit les maladies musculosquelettiques, telles que l'arthrite et l'ostéoporose, les maladies cardiovasculaires, dont l'hypertension et l'accident vasculaire cérébral, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, telles que la MPOC, et finalement le cancer. Par contre, elle ajoute également, dans la catégorie des maladies chroniques, les maladies mentales ainsi que les maladies neurologiques (Agence de la santé publique du Canada, 2013). D'autre part, certains auteurs incluent un nombre plus réduit de maladies. Par exemple, selon Massicotte (2011), les maladies chroniques comprennent seulement le diabète, la MPOC, l'insuffisance rénale ainsi que les maladies cardiovasculaires, dont l'hypertension. Selon l'Organisation mondiale de la santé et l'Agence de santé publique du Canada (2006), les maladies chroniques entraînant le plus grand nombre de décès sont les maladies cardiovasculaires, dont les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Il est alors pertinent, dans le cadre de ce projet d'intégration, de se pencher sur certaines de ces maladies chroniques ayant des impacts significatifs sur la vie des individus.

Les maladies chroniques retenues dans le présent projet d'intégration sont le diabète et la MPOC. Ce choix a été réalisé parmi les maladies chroniques entraînant de graves répercussions sur le quotidien identifiées par l'Organisation mondiale de la santé et l'Agence de santé publique du Canada (2006). Concernant le cancer, celui-ci n'est pas retenu étant donné qu'il retient davantage l'attention des équipes médicales et épidémiologiques en recherche. Les maladies cardiovasculaires ont également été mises à l'écart étant donné qu'elles comprennent plusieurs maladies différentes, dont principalement les accidents vasculaires cérébraux et les maladies cardiaques. En effet, ces différentes maladies nécessitent des interventions différentes et ne peuvent être traitées dans un tout. De plus, plusieurs auteurs, dont Toole, Connolly et Smith (2013) et Pyatak (2011), ont abordé la pertinence de l'implication de l'ergothérapie auprès des clients atteints du diabète. Des auteurs, comprenant

entre autres Hand, Law et McColl (2011), Chan (2004), Migliore (2004) et Norweg, Bose, Snow et Berkowitz (2008), ont également défendu la pertinence de l'intégration des ergothérapeutes auprès des services visant l'autogestion de la MPOC.

### **2.1 Ampleur des maladies chroniques**

Pour ce qui est spécifiquement du diabète, celui-ci est une des menaces primaires pour la santé au 21<sup>e</sup> siècle étant donné sa prévalence importante et en progression (Pyatak, 2011). En effet, au Québec ainsi qu'au Canada, une croissance de la prévalence du diabète est présente pour la période allant de 2001 à 2005. Cette croissance se caractérise par une prévalence passant de 4% à 5% pour cette période de quatre ans (Cazale, Laprise et Nanhou, 2009). De plus, le diabète de type 2 représente jusqu'à 95% des cas de diabète (Statistique Canada, 2010). Qui plus est, cette pathologie entraîne des coûts de plus en plus importants. En effet, «le fardeau économique du diabète au Canada devrait atteindre environ 12,2 milliards de dollars en 2010» (Canadian Diabetes Association, 2009), ce qui implique une croissance de près du double du montant depuis l'année 2000.

Concernant la maladie pulmonaire obstructive chronique, celle-ci est actuellement considérablement sous-diagnostiquée.

[En effet,] alors que 4 % des Canadiens de 35 à 79 ans ont déclaré avoir reçu un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique, les mesures directes de la fonction pulmonaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé montrent que 13 % des Canadiens ont obtenu des résultats indiquant la présence d'une MPOC. (Statistique Canada, 2013)

Ce fait peut s'expliquer par la sensibilisation sous-optimale de cette pathologie au Canada. En effet, «seulement 31% de la population a déjà entendu l'acronyme MPOC et seulement 48% des Canadiens rapportent avoir déjà entendu parler de la maladie pulmonaire obstructive chronique» (Association pulmonaire du Canada, 2008, p.1). Cette maladie peu connue entraîne pourtant un grand nombre d'hospitalisations. En effet, parmi les personnes atteintes d'une MPOC à leur première admission, «18% ont été réadmisées une fois et 14% sont retournées à l'hôpital au moins deux fois» (Canadian Institute for Health Information et Statistics Canada, 2008). La MPOC entraîne également des incapacités importantes pouvant

aller jusqu'à l'invalidité et la mort (Association pulmonaire du Canada, 2008). De plus, bien que celle-ci soit sous-diagnostiquée, sa prévalence est en augmentation (Buist et coll., 2007).

## **2.2 Implication de la réadaptation dans les soins primaires**

D'autre part, une remise en question se présente quant à la prise en charge des maladies chroniques dans les soins primaires. En effet, les services offerts à ces clients tendent à être davantage basés sur une approche interdisciplinaire incluant plusieurs professionnels de la santé, dont des professionnels de la réadaptation. Par soins primaires, on entend les soins de santé traditionnels, comme la prévention et le traitement des maladies et des blessures. Les soins primaires pourraient être comparés aux services de première ligne, tandis que les soins de santé primaires se situent davantage en amont. En effet, les soins de santé primaires sont des services qui vont au-delà des soins de santé habituels et concernent, entre autres, le revenu, l'hébergement, l'éducation et l'environnement. Les soins de santé primaires englobent alors une panoplie de services, dont les soins primaires (Santé Canada, 2014). Il y a lieu de se questionner par rapport à la contribution possible de la réadaptation dans les soins primaires au Canada et également à la façon d'intégrer les professionnels de la réadaptation dans ces services.

Plusieurs possibilités sont présentes afin de permettre l'intégration des professionnels de la réadaptation dans les services de soins primaires. À ce sujet, McColl et ses collaborateurs (2009) ont réalisé une étude exploratoire ayant pour but de décrire le niveau actuel des connaissances sur le thème de l'intégration des services de réadaptation dans les soins primaires. En effet, la revue exhaustive de la littérature réalisée a permis d'explorer les modèles de soins primaires pour les clients ayant des incapacités et maladies chroniques. Suite à l'analyse des écrits recensés, six modèles différents, qui permettent l'intégration des soins primaires et des services de réadaptation, ont été identifiés. Le premier modèle, qui est aussi le plus commun, est la clinique. Celle-ci implique que des professionnels en réadaptation, tels que des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes, travaillent au même endroit que des médecins généralistes, mais ceux-ci sont comme des colocataires. Chacun réalise son champ d'expertise et prend en charge leurs patients respectifs. Les professionnels de la réadaptation réalisent leur champ d'exercice habituel, mais auprès de certaines clientèles spécifiques, dont

les personnes âgées. Le client peut alors recevoir des services de plusieurs professionnels de la santé au même endroit et ainsi minimiser les transports et les coûts associés. De plus, les professionnels peuvent développer une confiance interprofessionnelle par la communication formelle et informelle. Ce modèle de pratique est souvent vu dans les équipes de santé familiale. Par contre, cette approche est davantage en silo et peut faire en sorte que les listes d'attente soient importantes. Ensuite, le deuxième modèle se nomme *Outreach* et consiste en des équipes mobiles qui se déplacent dans différents milieux lorsque les personnes ne peuvent se rendre dans les institutions régulières. Ces équipes peuvent se spécialiser au niveau de certaines problématiques précises et développer différentes aptitudes. Ils offrent des services principalement dans les régions éloignées ou pauvres et ainsi améliorent l'accessibilité à ces services. Par contre, il est parfois difficile de réaliser les arrangements avec les institutions qui sont requises pour couvrir les coûts et les services fournis sont transitoires. Le troisième modèle concerne l'autogestion, qui a pour but d'augmenter les habiletés et la confiance du client face à la gestion de sa problématique. Cette pratique est centrée sur le client et s'adresse à des populations spécifiques. Ce modèle peut être moins bien perçu par certains clients qui ont davantage confiance lorsque ce sont les professionnels de la santé qui assument les responsabilités. Le modèle de réadaptation à base communautaire est également possible. Ce modèle est développé pour offrir des services ainsi que pour plaider pour les besoins de la population et l'accessibilité aux services de santé dans les milieux en développement où les ressources matérielles et humaines sont rares. Celui-ci permet d'offrir des services à travers des organismes communautaires et vise également le développement des compétences des personnes présentant une incapacité et de la communauté en général. Ce modèle mise sur l'accessibilité, mais demande beaucoup de temps et d'énergie. Il mobilise les ressources et le support de la communauté et sa portée est plus large et plus ambitieuse. Ensuite, il y a le modèle de gestion de cas, qui implique qu'un coordonnateur reçoive les références et organise ensuite les services qui sont nécessaires pour chaque cas. Ce modèle est approprié pour les cas complexes ayant plusieurs besoins et permet de réduire le nombre de visites chez le médecin de famille. Le dernier modèle, soit le *Shared Care*, s'applique à la médecine. En effet, il consiste à partager les soins entre deux médecins, soit un spécialiste et un généraliste. Suite à l'identification de ces six modèles permettant l'intégration de la réadaptation dans les soins primaires, et ce dans le but de mieux répondre aux besoins liés à la santé des clients atteints de



maladies chroniques et d'incapacités, plusieurs thèmes communs ont été mis en évidence. En effet, plusieurs facteurs qui peuvent soutenir ou entraver l'intégration des professionnels de la réadaptation ont été abordés. Premièrement, l'élément clé est le développement d'une relation entre la réadaptation et les soins primaires pour ainsi permettre la réalisation d'un travail d'équipe efficient. Ensuite, la confiance entre les professionnels impliqués est également importante. En troisième lieu, la connaissance des rôles des autres professionnels est abordée et la négociation des rôles afin que chacun soit satisfait de son propre rôle. Par la suite, le *leadership* et l'indépendance du médecin dans l'équipe de soins primaires peuvent entraîner de l'insatisfaction chez les professionnels de la réadaptation qui s'attendent à avoir des relations d'égalité avec les autres membres de l'équipe. Afin de favoriser la collaboration, un système de communication doit être élaboré comprenant par exemple, des réunions régulières ou l'utilisation de moyens de communication électronique. Le fait que les services de réadaptation et de soins primaires soient offerts dans le même établissement favorise également la communication. De plus, certaines méthodes plus souples de rémunération facilitent aussi l'intégration des professionnels de la réadaptation. Par exemple, l'intégration est facilitée lorsque l'organisation des soins primaires possède un budget total permettant d'indemniser les fournisseurs et les membres du personnel. Finalement, afin de faciliter l'intégration de la réadaptation, les professionnels de la réadaptation devront planifier et offrir des services sur une base populationnelle. En effet, ces derniers, qui voient habituellement un client à la fois en clinique ou à domicile, devront développer des groupes et des programmes pour la population. Ceci implique entre autres d'évaluer les besoins d'une population, établir les priorités parmi les besoins, créer des liens avec les ressources communautaires et évaluer l'efficacité des interventions au niveau populationnel.

L'idée d'intégrer plusieurs professionnels de la santé dans les services de soins primaires afin de créer des équipes multidisciplinaires a été défendue par le gouvernement du Canada en 2004. En effet, à la rencontre des premiers ministres sur les soins de santé en 2004, un programme de renouvellement des soins de santé au Canada a été discuté. L'amélioration de l'accès aux soins primaires constitue une des priorités abordées lors de cette rencontre. En effet, l'objectif était que la moitié des Canadiens aient accès à des équipes multidisciplinaires en soins primaires en 2011 (Santé Canada, 2004). Bien que cet objectif ne soit pas encore

atteint (Donnelly, Brenchley, Crawford et Letts, 2013), la province d'Ontario a réalisé plusieurs efforts en ce sens. En effet, un modèle interprofessionnel de soins primaires a été développé, soit les équipes de santé familiale. Concrètement, le nombre de médecins de famille travaillant au sein d'équipes interprofessionnelles est passé de 176 à plus de 2500 entre 2002 et 2011 (Hutchison, Levesque, Strumpf et Coyle, 2011). Ces équipes interprofessionnelles accueillent entre autres des infirmières, des diététistes et des travailleurs sociaux. De plus, bien qu'elles aient l'interdisciplinarité en commun, ces équipes comportent plusieurs différences en terme de structure, de taille et de dimensions organisationnelles (Donnelly, Brenchley, Crawford et Letts, 2013).

### **2.3 Implication de l'ergothérapie dans les soins primaires**

Pour ce qui est plus spécifiquement de l'ergothérapie dans les soins primaires, peu d'exemples cliniques sont présents. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation, dont le manque de financement pour ce service (Klaiman, 2004) et le fait que les services de soins primaires aient été réalisés en solo traditionnellement (McColl et coll., 2009).

La province de l'Ontario, suite à l'initiative d'implanter des équipes multidisciplinaires dans les soins primaires, s'est également intéressée à l'intégration des ergothérapeutes dans ces équipes. En effet, le Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario a décidé en 2009 d'allonger la liste des professionnels de la santé pouvant faire partie des équipes de santé familiale en approuvant l'implication de l'ergothérapie dans les soins primaires et en fournissant le financement nécessaire (Ontario Society of Occupational Therapists, 2011).

La première étude concernant spécifiquement la mise en œuvre de services ergothérapeutiques dans des équipes de soins primaires a été réalisée par Donnelly, Brenchley, Crawford et Letts (2013). Le but de celle-ci était d'explorer comment les ergothérapeutes sont intégrés dans les équipes de soins primaires et de comprendre les structures et les processus qui supportent leur intégration. Une étude de cas multiple a été réalisée auprès de quatre des 20 équipes de santé familiale accueillant un ou plusieurs ergothérapeutes en Ontario. Ces quatre équipes comportent plusieurs différences, dont sur les plans de la taille de l'équipe, de

l'organisation de l'environnement de travail, du lieu et de la fonction, soit communautaire ou académique. Les principaux professionnels invités à participer sont les ergothérapeutes, le directeur exécutif et le principal médecin de chaque équipe de santé familiale. La collecte de données a été réalisée à l'aide de plusieurs méthodes différentes, soit des entrevues semi-structurées, des analyses de documents et des questionnaires. Suite à l'analyse de données, trois thèmes principaux ont été identifiés concernant les facteurs influençant l'intégration de l'ergothérapie dans les équipes de santé familiale. Premièrement, la compréhension du rôle de l'ergothérapeute par les autres membres de l'équipe est primordiale, d'autant plus que ce sont eux qui réalisent les références en ergothérapie. Plusieurs stratégies sont utilisées afin de favoriser cette connaissance, dont en éduquant l'équipe par des brochures ou des présentations, en créant un lien avec un des médecins de l'équipe afin que celui-ci fasse la promotion de l'ergothérapie et en participant à des activités de recherche et d'enseignement. En deuxième lieu, la collaboration entre les membres de l'équipe est également nécessaire. Pour les participants de l'étude, la collaboration se traduit, entre autres, par la réalisation de certaines évaluations ou interventions en commun avec un autre professionnel et par le soutien offert entre les membres de l'équipe. Par contre, la collaboration était moindre entre les professionnels de la santé et les médecins. Ceci s'explique par le fait que les médecins ont pratiqué en solo traditionnellement dans les soins primaires et ceux-ci ont l'impression que la collaboration interprofessionnelle diminue leur sentiment de contrôle. Afin d'améliorer la collaboration, toujours selon l'étude de Donnelly, Brenchley, Crawford et Letts (2013), les participants rapportent l'importance que les médecins voient les bénéfices des services ergothérapeutiques pour leurs clients. Certains programmes, comme la gestion des maladies chroniques ou la prévention des chutes, sont des opportunités d'intégrer les ergothérapeutes dans les services. De plus, le fait qu'ils y aient deux ergothérapeutes dans une même équipe de santé familiale est également un facilitateur étant donné la possibilité d'avoir du support. En troisième lieu, la communication et la confiance sont également des facteurs importants. Plusieurs stratégies peuvent favoriser celles-ci, dont l'utilisation des dossiers de santé électroniques, la colocation des membres de l'équipe ainsi que les rassemblements informels. Les dossiers de santé électroniques permettent de communiquer de façon formelle et informelle avec les membres de l'équipe. Ensuite, la colocation permet aux ergothérapeutes de côtoyer en personne les autres membres de l'équipe et ainsi développer des relations avec

ceux-ci. Finalement, les rencontres et les rassemblements interprofessionnels permettent d'interagir avec les autres, d'apprendre à se connaître et de se supporter. En général, les ergothérapeutes étaient moins intégrés avec les médecins et avaient peu de contacts directs avec ceux-ci. L'intégration de l'ergothérapie dépendait également de la nature des services. En effet, l'intégration était facilitée dans les programmes pour les clients atteints de maladies chroniques et complexes, comme le diabète. Ceci peut s'expliquer entre autres par le fait que les programmes structurés permettent d'officialiser l'équipe et de développer une vision et des objectifs communs. De plus, le succès des programmes de gestion des maladies chroniques contribue à la collaboration en mettant en évidence les bénéfices de l'intégration des membres de l'équipe dans le programme.

Plus récemment, ces mêmes auteures ont publié un deuxième article scientifique concernant l'ergothérapie dans les soins primaires. En effet, Donnelly, Brenchley, Crawford et Letts (2014) ont réalisé une étude ayant pour but de décrire le rôle des ergothérapeutes dans les équipes de santé familiale et la façon dont ce rôle a été implanté et évalué. Cette étude de cas multiple a également été réalisée auprès de quatre équipes de santé familiale en Ontario. Suite à l'analyse des données, le rôle de chacun des ergothérapeutes était différent, mais comportait également des similitudes. Le premier des six thèmes qui ont émergé est le rôle de l'ergothérapeute comme généraliste. En effet, les ergothérapeutes en soins primaires travaillent avec une grande variété de clients et réalisent plusieurs types d'interventions. La principale implication des ergothérapeutes se déroule auprès des personnes âgées et des clients atteints de maladie chronique complexe ou de douleur chronique. En deuxième lieu, l'ergothérapeute met l'emphase sur le fonctionnement des clients, soit la participation dans les activités quotidiennes. En effet, l'ergothérapeute supporte le client afin que celui-ci puisse s'investir dans les activités qui sont significatives pour lui. Dans une perspective fonctionnelle, l'ergothérapeute a une compréhension globale du client, de ses difficultés liées à la participation et de son environnement. Le troisième thème concerne le défi de la charge de cas. Actuellement, les participants à l'étude mentionnaient que les services ergothérapeutiques étaient sous-utilisés. Par contre, ceux-ci reconnaissaient le besoin de développer des stratégies pour gérer les potentielles demandes qui pourraient être nombreuses étant donné qu'il y a peu d'ergothérapeutes pour le nombre de clients. Parmi ces stratégies se trouvent entre autres la

priorisation des demandes et la réalisation d'interventions en groupe. Ensuite, l'implication de l'ergothérapie permet d'améliorer l'accès aux services ergothérapeutiques. En effet, dans les soins primaires, les clients sont vus par un ergothérapeute dans un court délai et celui-ci fait également le lien avec les ressources et les services communautaires. En cinquième lieu, le rôle de l'ergothérapeute est influencé par plusieurs facteurs. Les facteurs personnels comprennent, entre autres, les expériences et les intérêts de l'ergothérapeute ainsi que sa flexibilité et sa capacité à travailler en équipe. Le rôle que l'ergothérapeute adopte dépend également des besoins spécifiques de la population et la fonction de l'équipe de santé familiale, soit par exemple la clinique et l'éducation. De plus, l'organisation des services sous forme de programmes influence le rôle de l'ergothérapeute et l'implication de celui-ci dans certains programmes spécifiques est également influencée par plusieurs facteurs, dont les intérêts de l'ergothérapeute et les listes d'attente. Le dernier thème émergent de l'analyse des données concerne les résultats et l'évaluation. Actuellement, la seule évaluation réalisée concernant les services ergothérapeutiques dans les équipes de santé familiale est la mesure de la charge de cas. Toujours selon Donnelly, Brenchley, Crawford et Letts (2014), les dossiers de santé électroniques pourraient potentiellement être utilisés afin d'évaluer les services. Les ergothérapeutes utilisent plusieurs évaluations standardisées avec les clients et identifient la qualité de vie comme un des résultats qu'ils considèrent importants. Le développement de stratégies d'évaluation des services ergothérapeutiques est identifié comme étant prioritaire par les participants. Bref, le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette clientèle se définit comme un généraliste qui met l'accent sur les capacités fonctionnelles. En soins primaires, les ergothérapeutes sont davantage impliqués auprès des personnes atteintes de maladies chroniques. De plus, parmi les six modèles mis en évidence dans l'étude de McColl et ses collaborateurs (2009), c'est le modèle de la clinique qui est le plus présent dans cette pratique ergothérapeutique. Par contre, étant donné le ratio d'ergothérapeutes par rapport aux clients et l'accent mis sur le développement de programmes, l'implication de l'ergothérapie dans les interventions de groupe est à considérer. En somme, la spécificité de l'ergothérapeute dans les soins primaires concerne la compréhension de l'impact de la condition de santé sur le fonctionnement quotidien et l'habilitation des clients pour permettre l'engagement dans les occupations usuelles et celles liées à l'autogestion.

## **2.4 Implication de l'ergothérapie dans l'autogestion des maladies chroniques**

Dans la prise de position de L'ACE concernant l'ergothérapie dans les soins de santé primaires, une recommandation est formulée ainsi : «[les] ergothérapeutes doivent faire valoir leur rôle dans les services de soins primaires et dans le développement et la mise en œuvre de modèles de pratiques exemplaires» (Association canadienne des ergothérapeutes, 2013, p. 1). En effet, l'idée de rendre accessibles les services d'ergothérapie pour les Canadiens, et en particulier ceux présentant des affections chroniques, est défendue dans cette prise de position.

Concernant l'accessibilité actuelle des services de réadaptation auprès des clients atteints de maladies chroniques, Passalent, Landry et Cott (2009) ont réalisé une étude en Ontario ayant pour but de documenter les temps d'attente et les listes d'attente dans les services d'ergothérapie et de physiothérapie selon les établissements et les conditions de santé. Les résultats de l'étude indiquent que la majorité des clients qui sont en attente pour un service en ergothérapie ont une condition chronique. De plus, ces clients sont ceux qui attendent le plus longtemps pour recevoir des services. Le réseau de la santé présente alors une lacune au niveau de l'accessibilité des services de réadaptation pour les clients atteints de maladies chroniques. En ce sens, Richardson et ses collaborateurs (2010) font également valoir que les clients atteints de conditions chroniques ont peu ou pas d'accès à des services de réadaptation visant l'autogestion des maladies chroniques.

Augustine, Roberts et Packer (2011) soulignent, de façon plus spécifique, que le rôle des ergothérapeutes dans la pratique de l'autogestion des maladies chroniques est sous-utilisé. Ces mêmes auteures défendent que : «l'ergothérapie peut jouer un rôle de premier plan dans la conception et la mise en œuvre de programmes d'autogestion [...] afin d'inciter les clients à participer davantage à leur vie quotidienne» (Augustine, Roberts et Packer, 2011, p. 8). Plusieurs autres auteurs défendent également la pertinence de l'intégration des ergothérapeutes dans ce champ de pratique afin d'accompagner les clients à modifier leurs habitudes de vie dans le quotidien et à considérer l'autogestion de sa maladie comme une occupation. Premièrement, Leclair et ses collaborateurs (2005) abordent l'intérêt de réaliser des interventions en ergothérapie visant l'autogestion et les changements de comportements chez les clients atteints de conditions chroniques. En effet, les ergothérapeutes peuvent intervenir à

ce niveau durant les stades précoces de plusieurs maladies chroniques, dont le diabète et la MPOC. Ensuite, selon Packer (2013), les interventions actuelles qui visent l'autogestion des maladies chroniques se concentrent majoritairement sur la gestion au niveau médical. La contribution des ergothérapeutes peut alors combler cette lacune en offrant des interventions qui ciblent davantage la gestion des émotions et l'engagement occupationnel. En effet, ces professionnels de la réadaptation peuvent fournir du soutien et des services holistiques et centrés sur le client dans un contexte de soins primaires (Association canadienne des ergothérapeutes, 2013).

Puis, parmi les modèles proposés par McColl et ses collaborateurs (2009), le modèle d'autogestion, dont il a été question précédemment, apparaît comme intéressant et novateur pour favoriser l'intégration des ergothérapeutes dans les équipes de soins primaires visant l'autogestion des maladies chroniques. En effet, cette pratique centrée sur le client a comme objectif d'augmenter les habiletés et la confiance du client face à la gestion de sa maladie chronique en l'éduquant et en le supportant. Ce modèle s'adresse à des populations spécifiques, comme les clients atteints de diabète ou d'un problème respiratoire. Le client se trouve au centre du processus et sa participation est sollicitée pour qu'il gère lui-même sa condition de santé et qu'il prenne part aux décisions. L'approche d'autogestion est compatible avec la philosophie générale de la réadaptation, soit l'optimisation de l'autonomie fonctionnelle. De plus, le fait de favoriser l'*empowerment* du client pour qu'il s'implique dans l'autogestion de sa maladie est en concordance spécifiquement avec la pratique en ergothérapie.

## **2.5 Évidences scientifiques au sujet de la pratique ergothérapique auprès des maladies chroniques**

Peu d'évidences scientifiques sont disponibles au sujet de l'efficacité des interventions ergothérapiques auprès des personnes atteintes de maladies chroniques dans un contexte de soins primaires (Richardson et coll., 2010), malgré l'intérêt grandissant pour l'implication de l'ergothérapie chez cette clientèle. En effet, Hand, Letts et von Zweck (2011) indiquent plusieurs besoins prioritaires à combler au plan de la recherche afin d'évaluer et d'identifier des pratiques ergothérapiques permettant la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Premièrement, il est important d'explorer le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de maladies chroniques et la spécificité de celui-ci. Puis, des études devraient être réalisées en utilisant la participation dans les occupations comme mesure des résultats, que ce soit au plan social, du travail et de la famille. En troisième lieu, des interventions devraient être développées pour tout le continuum de la vie et de la maladie en débutant par la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Ensuite, des interventions davantage communautaires et axées sur les soins primaires devraient être développées ainsi que des modèles de service en ce sens. Il est aussi important de tenir compte des comorbidités ainsi que des inégalités sociales concernant, par exemple, l'accès aux services. Finalement, il est important de considérer la possibilité des interventions populationnelles qui tiennent compte de la complexité de la maladie. De nombreux besoins sont donc identifiés quant à la recherche à ce sujet et peu d'écrits scientifiques sont disponibles. Qu'est-ce qui explique le fait que peu de chercheurs en ergothérapie s'impliquent dans la recherche concernant l'autogestion des maladies chroniques? Le manque de résultats probants sur le sujet freine-t-il la pratique des ergothérapeutes cliniciens?

Bien que les études concernant la pratique de l'ergothérapie auprès des clients atteints de maladies chroniques soient peu nombreuses, quelques-unes ont été recensées. Premièrement, Richardson et ses collaborateurs (2010) ont réalisé une étude en Ontario concernant la réadaptation en soins primaires. Cette étude est d'ailleurs, à notre connaissance, le premier essai clinique randomisé rapporté dans la littérature concernant l'évaluation d'une intervention de réadaptation réalisée en soins primaires pour les clients atteints de maladies chroniques au Canada. Celle-ci a comme objectif de déterminer si les clients recevant des services de soins primaires et des interventions de réadaptation présentent des améliorations supérieures au niveau de l'état de santé et du nombre d'hospitalisations et de visites à l'urgence, lorsque comparés aux adultes qui ne reçoivent pas les interventions de réadaptation. Les participants, au nombre de 152 dans le groupe recevant les interventions et 151 dans le groupe contrôle, présentent au moins une maladie chronique, dont le diabète, la MPOC et l'obésité. Les interventions réalisées par les physiothérapeutes et les ergothérapeutes comprennent principalement la mise en place d'objectifs communs, la participation à un groupe concernant l'autogestion d'une durée de six semaines et des interventions individuelles



au besoin. Les résultats de cette étude indiquent une différence significative entre les deux groupes concernant les jours d'hospitalisation et le niveau de satisfaction des participants. Par contre, il n'y a pas de différence significative sur le plan de l'état de santé et du nombre de visites à l'urgence (Richardson et coll., 2010).

Enfin, une étude récente, cette fois réalisée en Irlande, a été publiée concernant un programme d'autogestion des maladies chroniques en ergothérapie réalisé dans la communauté (Toole, Connolly et Smith, 2013). Cette étude pilote de nature qualitative et quantitative a comme objectif d'évaluer la faisabilité d'un programme d'intervention en groupe basé sur les occupations et l'autogestion des maladies chroniques ainsi que les effets de celui-ci sur la performance occupationnelle (*occupational performance* dans le texte), la participation, la satisfaction, l'anxiété, la dépression, le sentiment d'efficacité personnelle et la qualité de vie. En deuxième lieu, cette étude vise également à explorer la perception des participants par rapport au programme. Les 16 participants sont des adultes ayant au moins deux maladies chroniques et ceux-ci sont divisés en deux groupes recevant les mêmes interventions. Dans le cadre de ce programme d'une durée de six semaines, les interventions sont réalisées par un ergothérapeute. Les thèmes abordés sont : les activités et la santé, la gestion de la fatigue, le bien-être psychologique, l'activité physique, la gestion de la médication et la communication avec les professionnels de la santé. Concernant les résultats, des améliorations significatives sont notées au niveau de la performance occupationnelle perçue et la satisfaction face à celle-ci. La fréquence de la participation aux occupations s'est également améliorée ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle des participants. Quant aux niveaux d'anxiété, de dépression et de qualité de vie, il n'y a pas de différence significative. Enfin, concernant la perception des participants par rapport au programme, ceux-ci ont mis en évidence plusieurs bienfaits perçus, dont un sentiment de sécurité qui encourage le partage dans le groupe, l'apprentissage par les pairs et l'établissement d'objectifs qui les motivent (Toole, Connolly et Smith, 2013).

## **2.6 Question et objectifs de l'étude**

En somme, l'ampleur des maladies chroniques, dont le diabète et la MPOC, et l'augmentation de la prévalence de celles-ci chez la population québécoise soulèvent des

inquiétudes. D'autre part, un intérêt est présent concernant l'intégration d'équipes interdisciplinaires dans les soins primaires et l'implication plus spécifiquement de l'ergothérapie dans ce domaine est également abordée. Parmi les soins primaires, la pertinence du rôle de l'ergothérapeute est justifiée dans l'autogestion des maladies chroniques. Finalement, des besoins importants et nombreux sont à combler au plan de la recherche au sujet du rôle de l'ergothérapeute auprès de cette clientèle. Cette problématique permet de formuler la question de recherche suivante : quelle pourrait être la contribution de l'ergothérapie dans l'autogestion des maladies chroniques, telles que le diabète et la MPOC, chez une clientèle adulte?

Pour ce, la question de recherche se déploie en deux objectifs :

- valider la pertinence d'interventions ergothérapeutiques recensées dans les écrits scientifiques concernant l'autogestion des maladies chroniques.
- identifier les principaux facilitateurs et obstacles à l'intégration de l'ergothérapie dans les services offerts auprès des adultes atteints de maladies chroniques.

### 3. CADRE CONCEPTUEL

Dans le cadre conceptuel, les principaux termes liés à l'étude et les modèles conceptuels utilisés sont abordés. Les principaux liens entre les différents concepts liés à ce projet d'intégration sont présentés à la Figure 1. Premièrement, il est question de l'autogestion des maladies chroniques, soit du diabète et de la MPOC. En effet, ce concept est défini globalement et il est ensuite question spécifiquement de l'autogestion des maladies chroniques en ergothérapie. Les interventions ergothérapeutiques pouvant être réalisées auprès de cette clientèle, qui ont été recensées dans les écrits scientifiques, sont par la suite présentées. Puis, celles-ci sont organisées selon le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC) (Townsend et coll., 2013). Finalement, l'intégration des services de réadaptation auprès des maladies chroniques est abordée et un constat concernant trois catégories de facilitateurs et d'obstacles à l'intégration des ergothérapeutes dans ces services est présenté.

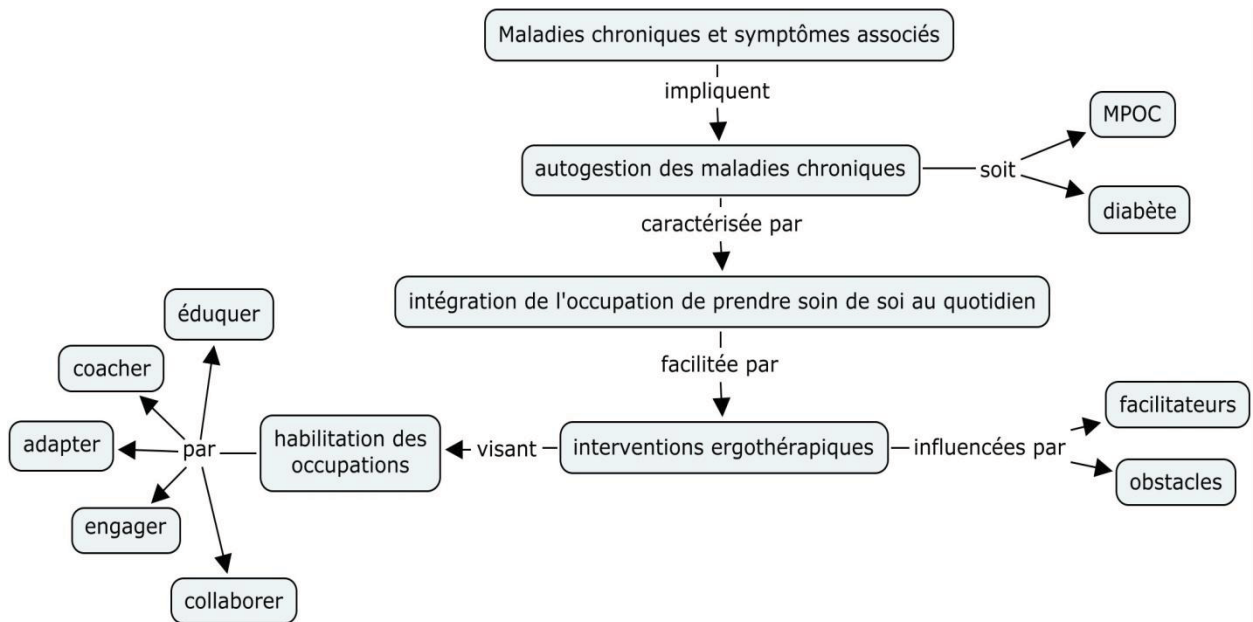


Figure 1. Carte conceptuelle des liens entre les principaux concepts

### **3.1 Autogestion des maladies chroniques**

#### **3.1.1 Autogestion des maladies chroniques en santé**

L'autogestion réfère à des «tâches que la personne doit entreprendre pour bien vivre avec une ou plusieurs conditions chroniques» (Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamisque, 2009, p.16). En effet, l'autogestion comprend plusieurs tâches que la personne atteinte réalise dans son quotidien de façon autonome afin de réduire les impacts de sa maladie sur son état de santé. Elle vise principalement la prévention des complications secondaires à la maladie chronique. McColl et ses collaborateurs (2009) ajoutent que les programmes d'autogestion visent à augmenter les habiletés et la confiance des clients par rapport à la gestion de leur maladie. Le rôle des professionnels de la santé à ce niveau est d'éduquer et de supporter le client atteint d'une maladie chronique, dont le diabète<sup>1</sup> et la MPOC<sup>2</sup>, et de faire en sorte que celui-ci se retrouve au centre et participe à la prise des décisions. De plus, plusieurs types d'interventions sont possibles, dont celles individuelles (Duke, Colagiuri et Colagiuri, 2009), en groupe (Steinsbekk, Rygg, Lisulo, Rise et Fretheim, 2012) et basées sur les technologies de l'information (Pal et coll., 2013).

#### **3.1.2 Autogestion des maladies chroniques en ergothérapie**

Pour ce qui est plus spécifiquement de l'autogestion des maladies chroniques en ergothérapie, la définition développée pour ce projet d'intégration et inspirée des auteurs précédemment cités est la suivante : intégration d'occupations liées à l'autogestion dans la routine quotidienne afin de réduire les impacts de sa maladie sur sa santé et d'améliorer son fonctionnement, sa qualité de vie et sa santé. Le rôle de l'ergothérapeute est d'habiliter les clients à réaliser des changements dans le quotidien afin d'intégrer ces nouvelles occupations dans l'horaire. Selon une étude de White, Lentin et Farnworth (2013), une relation bidirectionnelle est présente entre les occupations et la santé. En effet, cette étude réalisée

---

<sup>1</sup> Le diabète se définit comme suit : «une maladie chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit. L'insuline est une hormone qui régule la concentration de sucre dans le sang. L'hyperglycémie, ou concentration sanguine élevée de sucre, est un effet fréquent du diabète non contrôlé qui conduit avec le temps à des atteintes graves de nombreux systèmes organiques et plus particulièrement des nerfs et des vaisseaux sanguins» (Organisation mondiale de la santé, 2013).

<sup>2</sup> La MPOC se définit comme suit : «une maladie pulmonaire à long terme, habituellement causée par le tabagisme» (Association pulmonaire du Canada, 2014). Ce terme englobe plusieurs affections pulmonaires chroniques qui se caractérisent par : «une obstruction chronique de la circulation de l'air à l'intérieur des poumons» (Organisation mondiale de la santé, 2014). Ces affections pulmonaires comprennent entre autres la bronchite chronique et l'emphysème et les principaux symptômes sont la sécrétion de mucus, la toux et la dyspnée (Association pulmonaire du Canada, 2014).

auprès de 16 participants ayant une ou plusieurs maladies chroniques a mis en lumière le fait que les occupations peuvent avoir un impact sur la santé, mais l'état de santé d'une personne peut également avoir un effet bénéfique ou nuisible sur la réalisation des occupations. Il en ressort quatre catégories concernant les rôles des occupations au niveau de la santé. Premièrement, les occupations peuvent révéler la maladie. En effet, certaines personnes participant à cette étude mentionnaient qu'elles ont remarqué des symptômes inhabituels lors de la réalisation de certaines occupations. Ensuite, les occupations peuvent également permettre d'expliquer la maladie, soit la cause des symptômes perçus. En ce sens, les participants mentionnaient également qu'ils connaissaient les occupations qui aggravent ou qui diminuent leurs symptômes. En troisième lieu, les occupations peuvent également permettre de gérer la maladie. En effet, l'autogestion de leur maladie chronique et la prévention de certaines conditions associées sont réalisées entre autres grâce au choix d'occupations saines. Finalement, le choix des occupations peut également avoir comme effet de vaincre la maladie selon les participants de l'étude. Pour ceux-ci, la fonction de leurs occupations a évolué dans le temps, passant des occupations qui permettent de gérer la maladie chronique à des occupations qui permettent de se sentir engagé dans la vie.

### **3.1.3 Interventions visant l'autogestion des maladies chroniques en ergothérapie**

Bien que les études scientifiques au sujet de l'autogestion des maladies chroniques soient peu nombreuses et majoritairement de faible niveau d'évidence, plusieurs interventions ont été recensées dans les écrits. En effet, plusieurs auteurs ont abordé des interventions ou des thèmes qui sont pertinents dans la pratique ergothérapeutique.

Concernant l'autogestion du diabète, quinze interventions ont été mises en évidence (se référer au Tableau 4). Premièrement, il est question de la réflexion par rapport à l'impact des activités et de l'horaire occupationnel sur la santé. Cette intervention est abordée dans l'étude pilote de Toole, Connolly et Smith (2013) qui a pour objectif d'évaluer la faisabilité et les effets d'un programme d'intervention en groupe basé sur les occupations et l'autogestion des maladies chroniques. De plus, Pyatak (2011), suite à la réalisation d'une revue systématique de la littérature ergothérapeutique concernant le diabète, aborde également le lien entre les activités et la santé. L'intervention B concerne l'éducation par rapport à la relation entre les

exercices, le poids et la gestion de la maladie (Rynne et McKenna, 1999). L'intervention C, soit la gestion de la fatigue et la conservation de l'énergie, est abordée au niveau de l'autogestion du diabète en ergothérapie par Toole, Connolly et Smith (2013) ainsi que dans l'étude de Richardson et ses collaborateurs (2012). La quatrième intervention (D) concerne la gestion des émotions et du bien-être psychologique et a été abordée par Toole, Connolly et Smith (2013). Il est également question de celle-ci dans le texte d'opinion de Packer (2013) qui défend que les interventions ergothérapeutiques comblent une lacune actuelle dans les programmes d'autogestion en abordant entre autres la gestion des émotions. De plus, Pyatak (2011) défend également que l'ergothérapeute doit traiter des aspects psychosociaux des clients. La gestion du stress par l'enseignement de techniques de relaxation est la cinquième intervention (E) (Richardson et coll., 2012). Ensuite, l'intervention F concerne l'intégration de l'activité physique dans la routine quotidienne du client (Toole, Connolly et Smith, 2013; Richardson et coll., 2012). La gestion de la médication (G) est également abordée au niveau de l'autogestion du diabète en ergothérapie (Toole, Connolly et Smith, 2013). Ensuite, il est question de l'enseignement de stratégies de résolution de problèmes (H) (Gitlin et coll., 2006). L'intervention I concerne la communication avec les différents professionnels de la santé (Toole, Connolly et Smith, 2013). Puis, l'approche motivationnelle pour favoriser les changements dans les habitudes de vie, dont la pratique d'activités physiques, est abordée par Barlow, Wright, Sheasby, Turner et Hainsworth (2002). L'intervention K concerne la gestion de la diminution de la sensibilité au niveau des pieds (Pyatak, 2011). En effet, la prévention des complications liées aux lésions des pieds, comprenant l'éducation par rapport au lien entre le diabète et les pieds et l'examen des pieds, est abordée également dans un article descriptif présentant un projet clinique réalisé en France (Schaal, Dupont et Lagarde, 2004). Ensuite, la prochaine intervention (L) consiste à formuler un plan d'action avec des objectifs personnels dans une approche de collaboration entre le client et l'ergothérapeute (Richardson et coll., 2012; Toole, Connolly et Smith, 2013). L'intervention M, soit l'adaptation des occupations liées à l'autogestion pour favoriser l'intégration dans l'horaire occupationnel, est abordée par Hand, Law et McColl (2011). Par la suite, il est question de l'établissement d'un horaire occupationnel stable et satisfaisant incluant les nouvelles habitudes de vie liées à l'autogestion (N) (Packer, 2013). La dernière intervention est proposée par Pyatak (2011) et est inspirée de l'approche *Lifestyle Redesign* (O). En effet, celle-ci a abordé l'intérêt d'appliquer cette

approche à l'autogestion des maladies chroniques en ergothérapie afin de permettre l'intégration d'occupations liées à l'autogestion dans la routine quotidienne des clients.

En deuxième lieu, quinze interventions ont également été recensées dans les écrits scientifiques concernant l'autogestion de la MPOC (se référer au Tableau 5). La première intervention concerne la réflexion par rapport à l'impact des activités et de l'horaire occupationnel sur la santé (Toole, Connolly et Smith, 2013). Deuxièmement, il est question de la gestion de la fatigue et la conservation de l'énergie, ce thème étant abordé par plusieurs auteurs, dont Toole, Connolly et Smith (2013) ainsi que Richardson et ses collaborateurs (2012). De plus, celui-ci a également été abordé dans l'étude de Chan (2004), qui avait pour but de comprendre l'expérience des clients atteints de la MPOC et connaître leurs perceptions par rapport aux interventions ergothérapeutiques, ainsi que dans l'étude de cas de Migliore (2004) abordant les interventions ergothérapeutiques réalisées auprès de trois adultes atteints de la MPOC. Ensuite, l'intervention C concerne la gestion des émotions et du bien-être psychologique (Packer, 2013; Toole, Connolly et Smith, 2013). En quatrième lieu, les techniques de relaxation et de gestion du stress sont également des interventions pouvant être réalisées par les ergothérapeutes (Chan, 2004; Richardson et coll., 2012). De plus, ces interventions sont également abordées dans l'essai clinique randomisé de Griffiths et ses collaborateurs (2000). L'intervention E concerne, quant à elle, l'intégration de l'activité physique graduée dans le quotidien (Toole, Connolly et Smith, 2013; Richardson et coll., 2010; Richardson et coll., 2012). Cette intervention a également été abordée dans l'étude pilote de Norweg, Bose, Snow et Berkowitz (2008) ayant pour but d'analyser la perception des participants par rapport à un programme de réadaptation pulmonaire. La sixième intervention recensée dans les écrits scientifiques est la gestion de la médication (Toole, Connolly et Smith, 2013). L'enseignement de stratégies de résolution de problèmes, qui est l'intervention G, est abordé par Hand, Law et McColl (2011). Ensuite, le prochain thème concerne la communication avec les professionnels de la santé (Toole, Connolly et Smith, 2013). La neuvième intervention est l'approche motivationnelle pour favoriser les changements dans les habitudes de vie, dont l'activité physique (Barlow, Wright, Sheasby, Turner et Hainsworth, 2002). Puis, la gestion de la dyspnée et de la respiration au repos et lors d'activités physiques est abordée par plusieurs auteurs, dont Norweg, Bose, Snow et Berkowitz (2008), Chan (2004)

ainsi que Migliore (2004). L'intervention K concerne, quant à elle, le développement de nouveaux intérêts et de nouveaux loisirs (Chan, 2004). La formulation d'un plan d'action avec des objectifs personnels est la douzième intervention recensée pour les personnes atteintes de la MPOC (Toole, Connolly et Smith, 2013; Griffiths et coll., 2000; Richardson et coll., 2012). Puis, l'intervention M concerne l'adaptation des occupations liées à l'autogestion pour favoriser l'intégration dans l'horaire occupationnel (Hand, Law et McColl, 2011). Ensuite, l'établissement d'un horaire occupationnel stable et satisfaisant incluant les nouvelles habitudes de vie liées à l'autogestion a été abordé par Packer (2013). Finalement, la dernière intervention, soit la quinzième, est basée sur l'approche *Lifestyle Redesign*. Bien que l'application de cette approche ait été proposée par Pyatak (2011) pour la clientèle atteinte du diabète, celle-ci est également ajoutée à la liste des interventions concernant la MPOC étant donné sa pertinence auprès de cette clientèle.

### **3.2 Habilitation aux occupations**

L'habilitation aux occupations est la compétence-clé en ergothérapie. En effet, les ergothérapeutes visent à permettre à la personne de s'engager selon son plein potentiel dans ses occupations quotidiennes. En ce sens, ils habilite la personne à s'engager dans des occupations contribuant à sa santé, sa qualité de vie et son bien-être (Townsend et coll., 2013). Dans le cadre de cette étude, les interventions réalisées par les ergothérapeutes visent plus spécifiquement à habiliter les personnes atteintes d'une maladie chronique à réaliser des occupations permettant l'autogestion de leur maladie.

#### **3.2.1 Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client**

Le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC) propose des stratégies d'intervention centrées sur l'habilitation aux occupations (Townsend et coll., 2013). En effet, ce modèle suggère aux ergothérapeutes de réaliser des interventions centrées sur le client et sur l'habilitation aux occupations (Stadnyk et coll., 2009). Plusieurs de ces habiletés d'habilitation sont fréquemment utilisées simultanément et avec un même client. Ce modèle est compatible avec les interventions d'autogestion d'une maladie étant donné que l'objectif dans ce champ de pratique est d'habiliter les personnes aux changements afin que celles-ci intègrent des occupations liées à l'autogestion dans leur routine. Dans le présent projet



d'intégration, les dix habiletés clés (stratégies d'intervention) présentées dans ce modèle servent de cadre pour structurer les interventions ergothérapeutiques recensées dans les écrits scientifiques.

### **3.2.2 Habiletés clés en lien avec l'autogestion des maladies chroniques**

Les dix habiletés de l'ergothérapeute présentées dans le MCHCC (Townsend et coll., 2013) sont les suivantes : adapter, revendiquer, coacher, collaborer, consulter, coordonner, concevoir et réaliser, éduquer, engager ainsi qu'exercer son expertise. Parmi celles-ci, seules cinq s'appliquent plus spécifiquement au champ de pratique de l'autogestion des maladies chroniques, soit adapter, coacher, collaborer, éduquer et engager. Les interventions ergothérapeutiques recensées sont alors classifiées selon ces cinq habiletés (stratégies d'intervention). Les autres habiletés s'appliquent moins au champ de pratique de la présente étude étant donné qu'aucune intervention recensée dans les écrits scientifiques ne concernait celles-ci. De plus, certaines de ces habiletés font appel à des interventions pour des clientèles spécifiques en deuxième et troisième lignes, comme la conception d'orthèses et les techniques de positionnement.

Les interventions recensées concernant l'autogestion du diabète en ergothérapie sont regroupées selon les différentes stratégies d'intervention. Premièrement, l'habileté d'adapter consiste à ajuster et concevoir des occupations spécifiques pour un client dans un environnement donné, et ce dans le but de favoriser l'atteinte du *just right challenge* chez le client (Townsend et coll., 2013). Concernant l'autogestion du diabète, cette stratégie d'intervention comprend l'établissement d'un horaire occupationnel stable et satisfaisant incluant les nouvelles habitudes de vie liées à l'autogestion et l'adaptation de celles-ci. En deuxième lieu, la stratégie d'intervention de coacher se définit comme l'accompagnement du client vers le changement. La spécificité de l'ergothérapeute à ce niveau consiste à coacher le client dans le but de favoriser son engagement occupationnel (Townsend et coll., 2013). Cette habileté concerne plusieurs thèmes en autogestion du diabète, soit la réflexion par rapport à l'impact des activités et de l'horaire occupationnel sur la santé, l'approche motivationnelle ainsi que la communication avec les professionnels de la santé. En troisième lieu, le fait de collaborer consiste à partager le pouvoir avec le client et à travailler

en équipe avec lui pour atteindre ses objectifs (Townsend et coll., 2013). La formulation d'un plan d'action avec des objectifs personnels et les interventions basées sur l'approche *Lifestyle Redesign* s'inscrivent dans cette stratégie d'intervention. L'habileté d'éduquer, quant à elle, consiste à fournir de nouveaux apprentissages au client dans le but de favoriser son engagement occupationnel (Townsend et coll., 2013). Cette stratégie d'intervention comprend plusieurs thèmes: l'éducation par rapport à la relation entre les exercices, le poids et la gestion de la maladie, la gestion de la fatigue et la conservation d'énergie, la gestion des émotions et du bien-être psychologique, la gestion du stress et les techniques de relaxation, la gestion de la médication, l'enseignement de stratégies de résolution de problèmes et finalement, la prévention des complications liées aux lésions des pieds. La dernière habileté de l'ergothérapeute qui s'applique à la pratique ergothérapique dans l'autogestion du diabète est le fait d'engager. Cette habileté vise à favoriser la mobilisation du client pour que celui-ci s'engage dans différentes occupations (Townsend et coll., 2013). Cette dernière stratégie d'intervention comprend l'intégration de l'activité physique dans la routine quotidienne du client.

Plusieurs interventions ergothérapiques recensées concernant l'autogestion du diabète ont également été recensées concernant la MPOC. En effet, plusieurs interventions sont proposées pour ces deux maladies chroniques. Par contre, deux interventions recensées sont spécifiques à la pratique chez les personnes atteintes de la MPOC. Premièrement, la gestion de la dyspnée et de la respiration au repos et lors de la réalisation d'activités physiques concerne l'habileté de l'ergothérapeute d'éduquer. Le développement de nouveaux intérêts et de nouveaux loisirs concerne plutôt la stratégie d'intervention d'engager.

### **3.3 Facilitateurs et obstacles à l'intégration de l'ergothérapie dans l'autogestion des maladies chroniques**

Plusieurs facteurs influençant l'intégration des professionnels de la réadaptation dans l'autogestion des maladies chroniques ont été abordés précédemment en citant McColl et ses collaborateurs (2009) ainsi que Donnelly, Brenchley, Crawford et Letts (2013). Afin de classer les données qui seront recueillies lors de cette étude concernant les facteurs influençant spécifiquement l'intégration des ergothérapeutes, un constat a été réalisé. En effet,

celui-ci met en évidence trois composantes principales influençant la pratique de l'ergothérapie dans ce domaine, soit l'ergothérapeute, la pratique ergothérapique ainsi que le contexte organisationnel. Premièrement, la dimension de l'ergothérapeute inclut, par exemple, les connaissances de l'ergothérapeute par rapport à l'autogestion des maladies chroniques et le niveau de *leadership* qu'il faut prouver. Ensuite, la deuxième dimension concerne la pratique ergothérapique dans le domaine de l'autogestion des maladies chroniques. Cette dimension comprend la spécificité du rôle de l'ergothérapeute et les interventions ergothérapiques pouvant être réalisées. Finalement, la dernière composante concerne le contexte organisationnel. Cette dimension concerne, entre autres, les attitudes positives ou négatives des collègues de travail et des responsables. Elle peut aussi comprendre la disponibilité du budget pour les services et le contenu de la formation initiale de l'ergothérapeute. Enfin, ces trois composantes permettent de classer les facilitateurs et les obstacles qui seront mis en évidence dans le cadre de ce projet d'intégration.

## **4. MÉTHODE**

### **4.1 Devis de recherche**

Le devis de recherche du présent projet d'intégration est une étude descriptive simple. Celle-ci s'inscrit dans un paradigme mixte, c'est-à-dire à la fois quantitatif et qualitatif. Il est justifié de réaliser une recherche descriptive étant donné que le sujet à l'étude est peu connu et peu documenté scientifiquement (Richardson et coll., 2010). Selon Fortin (2010), une étude descriptive simple consiste à décrire un phénomène particulier relatif à une population. La présente étude vise effectivement à décrire l'implication de l'ergothérapie auprès des clients atteints du diabète ou de la MPOC. De façon plus spécifique, celle-ci vise à valider les interventions ergothérapeutiques auprès de cette clientèle, qui ont été recensées dans les écrits scientifiques, et à identifier les facilitateurs et les obstacles influençant l'intégration des ergothérapeutes dans ce champ de pratique.

### **4.2 Échantillon**

Concernant l'échantillon de l'étude, il comprend des ergothérapeutes ainsi que des professionnels de la réadaptation ayant travaillé de près avec des ergothérapeutes et étant impliqués dans le développement de services interdisciplinaires en autogestion des maladies chroniques. De plus, les critères d'inclusion de l'échantillon comprennent d'être un professionnel de la réadaptation ayant un intérêt et des connaissances suffisantes au sujet de la prévention et la promotion de la santé auprès d'une clientèle adulte dans le domaine de la réadaptation. Ces critères sont inclusifs étant donné qu'actuellement peu d'ergothérapeutes et de professionnels de la réadaptation sont intégrés dans les équipes œuvrant dans les milieux de soins primaires au Québec. De plus, des professionnels de la réadaptation travaillant dans différentes sections du continuum de services sont inclus dans l'étude. En effet, les participants comprennent des professionnels de la réadaptation occupant des postes de planification dans une Agence de la santé et des services sociaux ou un Centre de santé et de services sociaux, des chargés de cours et des professeurs intéressés par la problématique ainsi que des étudiants au doctorat. De plus, le fait d'avoir des participants faisant partie d'une autre profession de la réadaptation permet d'apporter un point de vue complémentaire et d'ajouter certaines précisions et nuances.

Pour ce qui est du recrutement des participants, un échantillonnage non probabiliste est réalisé (Fortin, 2010). Premièrement, les participants sont recrutés en utilisant la méthode d'échantillonnage par choix raisonné (Fortin, 2010) selon les connaissances préalables de professionnels de la réadaptation qui correspondent aux critères d'inclusion mentionnés précédemment. Ces professionnels de la réadaptation qui ont été connus auparavant dans un contexte professionnel sont premièrement contactés. Ensuite, il est également possible de recruter davantage de participants à l'aide de la méthode d'échantillonnage par réseaux (Fortin, 2010). En effet, certains participants recrutés peuvent suggérer d'autres professionnels de la réadaptation correspondant aux critères d'inclusion. Afin de réaliser le premier contact avec les participants, un courriel électronique présenté à l'Annexe A, est envoyé pour présenter brièvement le projet et pour demander l'autorisation d'envoyer la lettre d'information et le formulaire de consentement de l'étude. Ensuite, la présentation complète du projet de recherche est réalisée dans le second courriel électronique et un rendez-vous est pris avec le participant afin de procéder à la collecte de données. Le formulaire de consentement, présenté à l'Annexe B, est signé en personne lors de cette rencontre avec chaque participant. Le seul avantage des participants en lien avec leur participation au projet est de collaborer à une étude terrain concernant l'autogestion des maladies chroniques qui est un sujet d'actualité et émergent dans le domaine de la réadaptation.

### **4.3 Collecte de données**

L'outil de collecte de données utilisé est une entrevue semi-structurée élaborée spécifiquement pour répondre aux objectifs du présent projet d'intégration. Les questions de l'entrevue ont été formulées à la lumière de la recension des écrits pertinents pour la problématique et le cadre conceptuel. La démarche de recherche des évidences scientifiques est présentée à l'Annexe C. Le schéma de l'entrevue est présenté à l'Annexe D. L'entrevue comprend plusieurs questions ouvertes et fermées. Les quatre premières concernent les données sociodémographiques des participants. Ces questions abordent des informations concernant le groupe d'âge, le nombre d'années d'expérience en réadaptation et les expériences professionnelles en lien avec les maladies chroniques. Ensuite, quatre questions sont formulées afin d'introduire le sujet de l'ergothérapie dans l'autogestion des maladies chroniques. En effet, il est question du développement de l'implication de l'ergothérapeute

dans l'autogestion des maladies chroniques et du rôle idéal de celui-ci dans ce champ de pratique. Ensuite, les interventions ergothérapeutiques auprès des personnes atteintes du diabète et de la MPOC sont abordées. En effet, la seconde section présente des interventions ergothérapeutiques qui ont été rapportées dans le cadre conceptuel et les participants sont questionnés par rapport au niveau de pertinence de chacune de celles-ci. Une échelle de Likert à dix niveaux est utilisée pour qualifier la pertinence, soit de peu pertinent à très pertinent. Il est également possible pour les participants d'ajouter des précisions et des commentaires. Afin de faciliter cette section, un document écrit est remis au participant avec le tableau des interventions ergothérapeutiques recensées et l'échelle de Likert pour le niveau de pertinence (Annexe E). Après avoir abordé chacune des interventions, deux questions sont posées concernant la comparaison de l'applicabilité en première ligne et deuxième ligne et l'inclusion de ces interventions dans les programmes actuels visant l'autogestion du diabète. Par la suite, un tableau semblable est présenté concernant les interventions ergothérapeutiques pour les clients atteints de la MPOC et les mêmes questions sont posées. La troisième section comprend six questions ouvertes. Il est premièrement question des facilitateurs et des obstacles à l'intégration de l'ergothérapie dans les services offerts chez les clients atteints de maladies chroniques. Ensuite, une question concernant la connaissance d'ergothérapeutes qui œuvrent spécifiquement auprès de cette clientèle et deux questions concernant l'applicabilité des interventions visant l'autogestion dans un contexte de deuxième ligne sont posées. L'entrevue se termine par les formations et lectures réalisées par les participants sur le sujet à l'étude.

La collecte de données, soit l'entrevue semi-structurée, a été réalisée auprès de tous les professionnels de la réadaptation lors d'une rencontre individuelle avec chacun. Lors de la rencontre, une brève présentation de la problématique est premièrement réalisée afin de clarifier le sujet et les objectifs de l'étude. L'entrevue a été réalisée lors d'une seule rencontre, et ce à l'endroit choisi par chaque participant. L'entrevue d'une durée approximative d'une heure a été enregistrée afin de faciliter l'analyse.

#### **4.4 Analyse de données**

À la suite de la collecte de données, deux types d'analyse sont utilisés, soit un pour les données qualitatives et un deuxième pour les données quantitatives. Premièrement, concernant

les données qualitatives, celles-ci sont retranscrites en totalité dans un logiciel de traitement de texte et ensuite, elles sont regroupées pour chaque question de l'entrevue pour faciliter l'analyse de contenu. Les données sont traitées en regroupant celles-ci selon différents thèmes. Cette analyse permet ainsi de faire ressortir les thèmes récurrents principaux contenus dans les réponses aux questions ouvertes et la fréquence d'apparition de ceux-ci dans les propos des participants (Huberman et Miles, 1991). Pour ce qui est de l'analyse des données quantitatives, une analyse statistique descriptive est utilisée, soit les mesures de tendance centrale. En effet, afin d'analyser les données obtenues concernant le niveau de pertinence des interventions ergothérapeutiques recensées, le mode et la médiane sont présentés pour chacune des interventions (Fortin, 2010). La valeur du mode consiste en le degré de pertinence qui a été indiqué par le plus grand nombre de participants pour une intervention. En effet, cette donnée est alors la plus fréquente de l'ensemble des données concernant une intervention. La médiane, quant à elle, est la valeur de pertinence qui se situe au centre de l'ensemble des données lorsque celles-ci sont placées en ordre numérique. Dans ce cas, la moitié des données sont inférieures ou égales à la médiane et la moitié des données sont supérieures ou égales à la médiane (Fortin, 2010). Afin d'illustrer ces deux concepts, un exemple est formulé concernant la première intervention visant l'autogestion du diabète, soit la réflexion par rapport à l'impact des activités et de l'horaire occupationnel sur la santé (Tableau 1). Les données obtenues concernant le niveau de pertinence de cette intervention sont les suivantes : 7, 8, 9, 10, 10, 10 et 10. Le mode, soit la donnée la plus fréquemment répondue par les participants, est 10. La médiane, soit la donnée qui se situe au centre de l'ensemble des données, est également 10 pour cette intervention.

#### **4.5 Considérations éthiques**

Concernant les aspects éthiques à considérer, la soumission du projet de recherche au comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) a premièrement été réalisée. En effet, afin de permettre aux membres du comité d'évaluer le projet (UQTR, 2014), une présentation de chaque étape du projet est réalisée et les documents qui sont utilisés dans le cadre du projet sont transmis. Suite à l'ajout de certaines précisions et modifications, le certificat d'éthique a été émis par le comité d'éthique le 8 avril 2014 (Annexe F). Celui-ci porte le numéro CER-14-200-07.06 et est valide

jusqu'au 8 avril 2015. Il n'a pas été nécessaire d'obtenir des certificats d'éthique des établissements où travaillent les participants étant donné que ceux-ci ne sont pas recrutés par le biais de ces établissements.

Le consentement libre et éclairé des participants a été obtenu de façon verbale lors du premier contact avec ceux-ci suite à une brève présentation du projet de recherche. Ensuite, le formulaire de consentement a été signé lors de la rencontre permettant la réalisation de la collecte de données. Les données transcrites dans un fichier électronique anonymisé ont été conservées de façon sécurisée.



## 5. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats obtenus auprès des participants et répond aux deux objectifs initiaux :

- valider la pertinence d'interventions ergothérapeutiques recensées dans les écrits scientifiques concernant l'autogestion des maladies chroniques.
- identifier les principaux facilitateurs et obstacles à l'intégration de l'ergothérapie dans les services offerts auprès des adultes atteints de maladies chroniques.

### 5.1 Participants de l'étude

Sept participants ont collaboré à l'étude. Concernant l'âge des participants, 43% (n=3) sont âgés de 51 à 60 ans, tandis que 29% des participants (n=2) font partie de la tranche d'âge de 41 à 50 ans. Puis, un (14%) des participants fait partie de la catégorie d'âge de 30 ans et moins et un également (14%) est dans la tranche d'âge de 31 à 40 ans.

Ensuite, les participants ont tous plusieurs années d'expérience. Seulement un participant (14%) a moins de 10 ans d'expérience et un également (14%) a entre 11 et 20 ans d'expérience. 29% des participants (n=2) ont entre 21 et 30 années d'expérience, tandis que 43% des participants (n=3) ont 31 ans et plus d'expérience en réadaptation. Tous les participants de l'étude ont déjà œuvré à titre de clinicien auprès de plusieurs clientèles différentes. 86% des participants (n=6) ont été cliniciens en ergothérapie, tandis qu'un des participants (14%) est un professionnel de la réadaptation ayant œuvré auparavant en physiothérapie. De plus, 71% des participants (n=5) ont également été impliqués dans l'enseignement en réadaptation. Enfin, 57% des participants (n=4) travaillent ou ont travaillé dans une Agence de la santé et des services sociaux.

Ensuite, pour ce qui est des expériences plus spécifiquement en lien avec les maladies chroniques, 43% des participants (n=3) ont des expériences en lien avec plusieurs maladies chroniques, dont spécifiquement le diabète et/ou la MPOC. 29% des participants (n=2) ont des expériences en réadaptation en lien avec certaines maladies chroniques excluant le diabète et

la MPOC. En dernier lieu, 29% des participants (n=2) n'ont pas d'expérience en lien avec celles-ci.

Concernant les formations et les lectures réalisées, peu de formations ont été abordées, alors que plusieurs lectures ont été faites par les participants concernant les maladies chroniques. En effet, 71% (n=5) des participants ont lu au sujet des maladies chroniques. Parmi ceux-ci, 29% (n=2) participent à des projets dans leur milieu de travail concernant cette clientèle. De plus, 29% (n=2) ont lu sur les interventions basées sur l'approche *Lifestyle Redesign*. Enfin, plusieurs participants rapportent avoir fait des lectures sur des sujets connexes, dont la prévention et la promotion de la santé, la prévention des chutes ainsi que la conservation de l'énergie.

Finalement, aucun des participants ne connaît d'ergothérapeutes au Québec qui pratiquent spécifiquement dans le domaine de l'autogestion des maladies chroniques au niveau du diabète ou de la MPOC. Par contre, un des participants indique que des ergothérapeutes sont impliqués auprès de ces clientèles en première ligne dans la province de l'Ontario ainsi qu'en Angleterre.

## **5.2 Pertinence des interventions ergothérapeutiques recensées**

Premièrement, tous les participants de l'étude (n=7) défendent que, selon eux, les ergothérapeutes devraient être davantage impliqués dans l'autogestion des maladies chroniques en soins primaires. À ce sujet, le participant F explique que les maladies chroniques occasionnent :

des changements dans leurs habitudes de vie, [dont] l'alimentation, l'activité physique et les activités qui sont significatives pour eux, puis [...] en tant qu'ergothérapeute, on peut être bien placé pour apporter quelque chose de différent à ce que l'équipe [...] habituelle apporte. (Participant F)

### **5.2.1 Pertinence des interventions concernant l'autogestion du diabète**

Pour chacune des interventions recensées concernant l'autogestion du diabète en ergothérapie, les participants ont qualifié le niveau de pertinence selon une échelle de Likert à dix niveaux, zéro étant peu pertinent et dix étant très pertinent. Ensuite, les valeurs du mode et

de la médiane ont été calculées pour chacune des interventions et celles-ci sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1. *Pertinence des interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion du diabète*

Interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion du diabète		Habilité MCHCC	Mode	Médiane
A	Réflexion par rapport à l'impact des activités /l'horaire occupationnel sur la santé	Coach	10	10
C	Gestion de la fatigue/conservation d'énergie	Éduquer	10	10
J	Approche motivationnelle pour favoriser les changements dans les habitudes de vie	Coach	10	10
F	Intégration de l'activité physique dans la routine quotidienne du client	Engager	10	9
L	Formulation d'un plan d'action avec des objectifs personnels	Collaborer	10	9
N	Établissement d'un horaire occupationnel stable et satisfaisant incluant les nouvelles habitudes de vie liées à l'autogestion	Adapter	10	9
O	Intervention basée sur l'approche <i>Lifestyle Redesign</i> : -Analyser occupations et routine -Réfléchir lien occupations et santé -Identifier barrières/alternatives -Implanter changement	Collaborer	10	9
E	Gestion du stress et techniques de relaxation	Éduquer	10	8
H	Enseignement de stratégies de résolution de problèmes	Éduquer	10	8
M	Adaptation des occupations liées à l'autogestion pour favoriser l'intégration dans l'horaire occupationnel	Adapter	10	8
G	Gestion de la médication	Éduquer	9	8
I	Communication avec les professionnels de la santé	Coach	9	8
D	Gestion des émotions et bien-être psychologique	Éduquer	5	7
B	Éducation par rapport à la relation entre les exercices, le poids et la gestion de la maladie	Éduquer	5	5
K	Prévention des complications liées aux lésions des pieds (éducation par rapport au lien entre le diabète et la santé des pieds, soins des pieds, examen des pieds et évaluation de la sensibilité des pieds)	Éduquer	4	5

### 5.2.2 Pertinence des interventions concernant l'autogestion de la MPOC

Des interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion de la MPOC ont également été recensées. D'ailleurs, plusieurs d'entre elles sont semblables aux interventions visant l'autogestion du diabète. La pertinence de celles-ci a également été qualifiée par les participants. Les valeurs de mode et de médiane pour chacune des interventions abordées sont présentées dans le Tableau 2.

Tableau 2. *Pertinence des interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion de la MPOC*

Interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion de la MPOC		Habilité MCHCC	Mode	Médiane
A	Réflexion par rapport au lien entre les activités /l'horaire occupationnel et la santé	Coacher	10	10
B	Gestion de la fatigue/conservation d'énergie	Éduquer	10	10
I	Approche motivationnelle pour favoriser les changements dans les habitudes de vie	Coacher	10	9
N	Établissement d'un horaire occupationnel stable et satisfaisant incluant les nouvelles habitudes de vie liées à l'autogestion	Adapter	10	9
O	Intervention basée sur l'approche <i>Lifestyle Redesign</i> : -Analyser occupations et routine -Réfléchir lien occupations et santé -Identifier barrières/alternatives -Implanter changement	Collaborer	10	9
G	Enseignement de stratégies de résolution de problèmes	Éduquer	10	8
L	Formulation d'un plan d'action avec des objectifs personnels	Collaborer	10	8
F	Gestion de la médication	Éduquer	9	8
H	Communication avec les professionnels de la santé	Coacher	9	8
D	Techniques de relaxation et gestion du stress	Éduquer	8	8
K	Développement de nouveaux intérêts/loisirs	Engager	8	8
M	Adaptation des occupations liées à l'autogestion pour favoriser l'intégration dans l'horaire occupationnel	Adapter	8	8
E	Intégration de l'activité physique (graduée) dans le quotidien	Engager	8	7
C	Gestion des émotions et bien-être psychologique	Éduquer	5	7
J	Gestion de la dyspnée et de la respiration au repos et lors de la réalisation d'activités physiques (et technique de respiration)	Éduquer	2	3

Bien que les interventions abordées soient pertinentes en ergothérapie, elles ne sont généralement pas exclusives à la pratique en ergothérapie. En effet, plusieurs interventions peuvent également être réalisées par d'autres membres de l'équipe, dont le kinésologue, l'infirmière, le médecin, le nutritionniste, le psychologue ou, dans le cas de la MPOC, l'inhalothérapeute.

### 5.2.3 Applicabilité des interventions ergothérapeutiques en lien avec l'autogestion des maladies chroniques

Concernant l'applicabilité des interventions ergothérapeutiques abordées, parmi les cinq participants s'étant prononcés sur la comparaison de l'applicabilité en première ligne et deuxième ligne, 57% des participants (n=4) mentionnent qu'en général les interventions sont davantage applicables en deuxième ligne. En ce sens, le participant B indique qu'en deuxième ligne, «on peut se permettre de développer un peu plus d'interventions, [...] notre rôle est mieux connu généralement». Le participant F ajoute que si «les ergothérapeutes en deuxième

ligne [...] intégraient davantage cette sphère dans leur pratique quotidienne, [...] ils pourraient déjà développer une expertise». De plus, certains participants ajoutent que bien que l'intégration des ergothérapeutes soit pertinente en première ligne, celle-ci n'est pas priorisée actuellement dans le système de la santé.

De plus, tous les participants (n=7) mentionnent que, selon eux, il est pertinent d'intégrer davantage d'interventions visant l'autogestion des maladies chroniques dans les services ergothérapeutiques de deuxième ligne. Le participant A défend que, dans la pratique en deuxième ligne, «il devrait tout le temps y en avoir, [...] ce n'est pas parce que tu es en curatif que tu ne dois pas faire de prévention. Ça devrait aller de soi». De plus, «c'est prouvé scientifiquement [...] qu'il n'est jamais trop tard pour intervenir, [...] par exemple] si tu te mets à faire de l'activité physique, même si tu n'en as jamais fait de niveau modéré, tu vas en avoir des bénéfices» (Participant A). Le participant G ajoute que :

ce n'est pas une question de ligne, c'est une question d'organisation du travail, c'est-à-dire que peu importe la ligne, [...] si ton client, qui a le diabète, n'a pas accès à un programme d'autogestion, [...] il faut que [...] ces thématiques [soient abordées ...], il faut être [...] un vecteur d'autogestion avec tous nos clients. (Participant G)

Ce même participant précise :

[qu'on] aurait avantage à s'inspirer [de l'approche d'autogestion] davantage dans l'ensemble de notre pratique. C'est très proche de la vision [ergothérapeutique] puisque c'est très autonomiste, [...] c'est de mettre la personne au centre des décisions, c'est de l'informer, mais aussi de lui montrer comment s'informer. [...] Je] pense qu'on pourrait aller un petit peu plus loin là-dedans [...] et développer davantage d'outils d'autogestion. (Participant G).

D'autre part, bien que les interventions ergothérapeutiques en soins primaires soient peu applicables actuellement en raison principalement du fait qu'il n'y a pas d'ergothérapeutes impliqués actuellement dans ces milieux, plusieurs participants défendent la pertinence de développer des services ergothérapeutiques dans ce champ de pratique, et ce principalement chez les clients davantage à risque. En effet, selon deux des participants, il est pertinent de développer des services principalement pour les malades chroniques présentant également une déficience, dont physique ou intellectuelle, et/ou plusieurs maladies chroniques. Le participant

C défend que cela «a plus un impact en première ligne [...], il faut intervenir en amont idéalement». Le participant F précise qu'il est possible d'être «des agents de changement [et ...] commencer par un projet pilote dans un ou deux ou trois [groupes de médecine familiale] et de voir quelles sont les retombées». En ce sens, le participant E ajoute que «tous les [groupes de médecine familiale] devraient avoir un ergothérapeute dans l'équipe». L'intégration de l'ergothérapeute dans les équipes interdisciplinaires est alors défendue, mais le rôle de celui-ci ne serait pas au premier plan. En effet, l'ergothérapeute ne serait pas l'intervenant principal chez les clients atteints du diabète ou de la MPOC.

Pour ce qui est de la différence dans le niveau d'applicabilité pour le diabète et la MPOC, 71% des participants (n=5) indiquent que l'applicabilité des interventions ergothérapeutiques est équivalente pour les deux pathologies. Par contre, 29% des participants (n=2) défendent que les interventions ergothérapeutiques sont davantage applicables chez la clientèle atteinte de la MPOC. En ce sens, le participant G affirme que les ergothérapeutes pourraient «participer activement à une plus grande partie [des interventions pour la MPOC] que la première pathologie, [soit le diabète]». Chez les personnes atteintes de la MPOC, «rapidement il va y avoir des effets sur la fatigue [et] sur l'énergie» (participant G) et les ergothérapeutes sont davantage intégrés «quand il va y avoir un impact fonctionnel» (Participant G). Tandis que pour le diabète, «ce serait très difficile de libérer un [ergothérapeute] pour faire des interventions qui sont pour des clientèles malheureusement qui n'ont pas nécessairement tout de suite des enjeux sur le plan de la mobilité ou de l'autonomie fonctionnelle» (Participant G).

#### **5.2.4 Inclusion des interventions ergothérapeutiques dans les programmes d'autogestion actuels**

Concernant les interventions abordées avec les participants au sujet de l'autogestion du diabète et de la MPOC, tous les participants (n=7) mentionnent que certaines interventions sont actuellement présentes dans les programmes d'autogestion. En effet, selon les participants, ce sont particulièrement les interventions en lien avec l'aspect médical de l'autogestion qui sont abordées, dont la gestion de la médication, la gestion des complications et l'éducation par rapport à la maladie. Par contre, tous les participants indiquent que certaines

interventions représentent une nouveauté pour les programmes d'autogestion, dont principalement les interventions en lien avec les occupations. En effet, les participants mentionnent que l'établissement d'un horaire occupationnel stable, la réflexion par rapport au lien entre les occupations et la santé, la gestion du quotidien, la gestion et la conservation d'énergie et l'intervention basée sur le *Lifestyle Redesign* sont des interventions plus spécifiques à la pratique en ergothérapie.

### **5.3 Facteurs influençant l'intégration des ergothérapeutes dans l'autogestion des maladies chroniques**

Concernant l'intégration des ergothérapeutes dans l'autogestion des maladies chroniques, les participants ont identifié plusieurs obstacles ainsi que plusieurs facilitateurs. Ces facteurs sont organisés en trois thèmes, soit le contexte organisationnel, la pratique ergothérapeutique et l'ergothérapeute.

#### **5.3.1 Obstacles à l'intégration des ergothérapeutes**

Les obstacles en lien avec le contexte organisationnel, la pratique ergothérapeutique et l'ergothérapeute sont décrits dans les paragraphes qui suivent. Premièrement, concernant les obstacles en lien avec le contexte organisationnel, 71% des participants (n=5) ont abordé les limites budgétaires présentes dans le système de la santé actuellement. Ensuite, 4 des 7 participants, soit 57%, ont abordé le fait que les ergothérapeutes sont vus comme des professionnels intervenant en deuxième et troisième lignes avec des clientèles lourdement handicapées. Le participant F mentionne que «les gens voient beaucoup notre contribution comme quelque chose de spécialisé en fonction de déficiences ou d'incapacités précises [...], ils voient beaucoup notre rôle comme étant des experts [...] plus associés à la deuxième et troisième lignes». Le participant G précise qu'actuellement, «il y a vraiment une tendance à cantonner l'ergothérapeute [...] à des rôles très classiques». En troisième lieu, la pénurie d'ergothérapeutes est également un obstacle abordé par 57 % (n=4) des participants. En effet, le participant B défend que «c'est rare les [ergothérapeutes] qui n'ont pas d'emploi présentement, alors de développer des postes ça peut être difficile parce qu'il n'y a pas tant d'ergothérapeutes disponibles pour aller offrir des services nouveaux». Le contenu de la formation initiale est considéré comme un obstacle pour 43% des participants (n=3). En effet,

ceux-ci indiquent que peu de cours sont présents dans le cursus universitaire en ergothérapie concernant ce sujet. En ce sens, un des participants (14%) a également mentionné que «les [ergothérapeutes] en général ne se sentent peut-être pas toujours outillés par rapport à cet aspect de leur pratique» (Participant F). Parmi les participants, 43% (n=3) ont également identifié le fait que peu d'ergothérapeutes soient impliqués en première ligne comme étant un obstacle actuellement, tel que décrit entre autres par le participant A : «on n'a pas fait notre place beaucoup là-dedans encore, puis on n'a pas beaucoup essayé». En ce sens, 2 participants (29%) ajoutent que plusieurs professionnels de la santé sont impliqués auprès de ces maladies, dont les infirmières, les kinésiologues et les nutritionnistes, et l'ergothérapeute ne fait pas partie des professionnels qui sont premièrement appelés à travailler en première ligne. De plus, selon un des participants, certaines de ces professions de la santé sont plus rapides que l'ergothérapie pour développer des modèles d'intervention pour la clientèle atteinte de maladies chroniques. Le fait que les chefs d'équipe et les membres de l'équipe ne reconnaissent pas la pertinence de l'implication de l'ergothérapeute dans ce champ de pratique est un énoncé abordé par 43% des participants (n=3). Ensuite, le rôle potentiel de l'ergothérapeute dans l'autogestion des maladies chroniques est également méconnu par les autres professionnels de la santé, selon 29% des participants (n=2). Puis, 29% (n=2) des participants abordent le fait que l'autogestion est davantage perçue comme un champ de pratique médical, ce qui diminue la reconnaissance du rôle des professionnels de la réadaptation à ce niveau. Le participant G précise que «[l'ergothérapeute] pourrait faire de l'accompagnement sans savoir tout le mécanisme de l'insuline [...], mais ça, ce n'est pas considéré tant que ça encore». En ce sens, l'ergothérapeute «pourrait [...] accompagner le changement durable dans [...] l'occupation» (Participant G). Selon 29% des participants (n=2), le manque d'ouverture et l'attitude des autres professionnels de la santé dans les équipes d'autogestion des maladies chroniques nuisent à l'intégration des ergothérapeutes. Finalement, un des participants a abordé les résistances entraînées par les changements. Selon lui, «[dans] tous les changements de pratique, on rencontre des résistances, [étant donné que] ça demande une réorganisation [...] des rôles et des tâches puis des fois ça ne fait pas l'affaire de tout le monde» (Participant D).



En deuxième lieu, aucun obstacle n'a été formulé par les participants concernant la composante de la pratique ergothérapeutique. D'autre part, deux obstacles concernant la dernière composante, soit l'ergothérapeute lui-même, sont abordés par les participants. D'abord, 43% des participants (n=3) mentionnent que le développement de connaissances au sujet de la pratique ergothérapeutique dans l'autogestion des maladies chroniques est insuffisant. En effet, le participant B souligne qu'il y a un «manque de données probantes [...], donc on n'a pas [beaucoup] d'informations là-dessus». De plus, selon le participant G, «il n'y a pas beaucoup d'outils [et] il n'y a pas beaucoup de lignes directrices» au sujet de ce champ de pratique en ergothérapie. Enfin, un des participants aborde comme obstacle «qu'on ne fait pas valoir qu'il y a un vide de service à ce niveau» (Participant C).

### **5.3.2 Facilitateurs à l'intégration des ergothérapeutes**

D'autre part, pour ce qui est des facilitateurs, ceux-ci sont également organisés selon les mêmes trois composantes. Premièrement, par rapport au contexte organisationnel, trois facilitateurs ont été mis en évidence par les participants. D'abord, il est question de la formation initiale. En effet, bien que celle-ci soit considérée comme un obstacle pour 43% des participants (n=3), trois autres participants (43%) ont également mentionné que celle-ci est un facilitateur à l'intégration des ergothérapeutes dans l'autogestion des maladies chroniques. Le participant C explique que «la formation maintenant avec la maîtrise, c'est un facilitateur parce que les étudiants [...] sont davantage formés sur les concepts-clés de la profession». Le participant E ajoute «qu'avec la maîtrise, [...] les ergothérapeutes sont meilleurs à analyser et à comprendre pourquoi elles font les choses [...], c'est ce qui [...] rend la profession plus solide». Ensuite, comme décrit par le participant B, «avoir des modèles comme en Ontario, [...] je pense que ça peut aider». Ce facilitateur est abordé par 29% des participants (n=2). Le dernier facilitateur de cette catégorie concerne le système de la santé actuellement. En effet, un des participants a mentionné que :

le système de santé est [...] en remise en question, dans le sens où l'augmentation des coûts et la diminution du budget font [...qu'on n'aura] pas le choix de se poser d'autres questions puis de s'attaquer à cette situation-là. Peut-être que ça peut être un bon *momentum* pour les [ergothérapeutes] pour s'impliquer dans cette pratique nouvelle. (Participant F)

Par la suite, concernant la composante de la pratique ergothérapique, plusieurs participants ont abordé les spécificités du rôle de l'ergothérapeute qui sont considérées comme des facilitateurs à l'intégration des ergothérapeutes dans ce champ de pratique. Tout d'abord, il est question de l'analyse fonctionnelle centrée sur le quotidien des personnes. Cet élément a été abordé par 29% des participants (n=2). Ensuite, un des participants aborde la force de l'ergothérapeute de «voir le client [...] comme un tout» (Participant A) en analysant toutes ses composantes de façon holistique. En ce sens, ce participant défend également l'idée que l'ergothérapeute peut réaliser des interventions holistiques et diversifiées. En effet, il mentionne que l'ergothérapeute a «plus d'options de travail ou [...] de cordes à son arc» (Participant A) pour intervenir à plusieurs niveaux avec un même client. Qui plus est, 29% des participants (n=2) défendent qu'un des facilitateurs est que les ergothérapeutes ont l'habitude et des compétences en lien avec le travail en équipe avec les autres professionnels de la santé. Finalement, la dernière composante, soit l'ergothérapeute, comprend seulement un item. En effet, le participant F mentionne que «la profession est [...] dynamique» et qu'il y a de la relève, ce qui représente, selon lui, un facilitateur.

### **5.3.3 Pistes de solution pour favoriser l'intégration des ergothérapeutes**

D'autre part, lors de la collecte de données avec les participants et plus spécifiquement lorsqu'il était question des obstacles et des facilitateurs à l'intégration des ergothérapeutes dans les services visant l'autogestion des maladies chroniques, 86% des participants (n=6) ont également proposé plusieurs pistes de solution pour favoriser l'intégration des ergothérapeutes chez cette clientèle dans l'avenir. Premièrement, 57% des participants (n=4) ont abordé la pertinence de développer de nouveaux projets pilotes de différents types concernant ce champ de pratique en ergothérapie et de produire également des données probantes en ce sens. À ce sujet, le participant C indique que la réalisation de «projets novateurs [ou de stages] par des étudiants supervisés par des [professeurs] d'Université dans le cadre de leur étude» ou de «projets pilotes de recherche [par] des [professeurs], [...] ça fait avancer les choses». De plus, celui-ci ajoute qu'il est pertinent de «publier ces histoires de succès» (Participant C). Concernant le développement de données probantes, le participant B défend que «si on a de l'évidence et de bonnes études [...], ça peut aider à développer des services ou à [...] plaider pour qu'on puisse en développer davantage». Ensuite, une deuxième piste de solution défendue

par 57% des participants (n=4) concerne la promotion du rôle de l'ergothérapeute dans l'autogestion des maladies chroniques. En effet, différentes stratégies ont été abordées par les participants afin de faire valoir ce rôle de l'ergothérapeute, dont le fait de «siéger à des tables de décisions» (Participant C) et de faire du «lobby politique» (Participant C). Le participant E explique qu'on doit promouvoir «les avantages d'avoir un ergothérapeute [...] et qu'ils comprennent [quel est] le rôle de l'ergothérapeute». Le participant F précise que la «vision globale de [l'ergothérapeute], de l'interaction personne, environnement et occupation, [...] c'est quelque chose qui peut nous distinguer, qu'on peut faire la promotion». Puis, selon 43% des participants (n=3), le fait que des ergothérapeutes aient des postes d'influence est considéré facilitant. Dans le même sens, la présence de gestionnaires d'autres disciplines qui croient en la pertinence de l'ergothérapie dans ce champ de pratique est également une piste de solution. La quatrième solution potentielle abordée par 43% des participants (n=3) concerne l'importance que les ergothérapeutes impliqués dans l'autogestion des maladies chroniques fassent preuve de *leadership* et de confiance en eux. Le participant E précise qu'il «faut être très autonome [...], bien dans ton rôle [...] et que tu ne te sentes pas menacé [...] par les autres». Ce dernier ajoute également que ces ergothérapeutes doivent avoir «des connaissances solides» et «être capables de vendre» la pertinence du rôle de l'ergothérapeute dans ce champ de pratique (Participant E). Le participant D apporte une nuance quant au niveau de *leadership* en mentionnant qu'il «faut s'assurer d'être en lien avec [les décisions de ...] l'administration des organisations» pour éviter que des problèmes, des conflits et des tensions se développent. Ensuite, un des participants a abordé la pertinence de développer «une communauté de pratique [pour les] ergothérapeutes impliqués dans les soins primaires» (Participant C). Finalement, un des participants a indiqué qu'en «commençant avec [...] les clientèles avec lesquelles on travaille plus fréquemment, je pense que ça pourrait être une bonne porte d'entrée pour développer notre rôle, puis par la suite l'exporter avec n'importe qui» (Participant B). Ces clientèles comprennent entre autres les personnes présentant «une déficience physique, intellectuelle ou sensorielle ou un problème de santé mentale» (Participant B).

## 6. DISCUSSION

Dans la présente section, un retour à la question de recherche et aux objectifs est premièrement réalisé. Ensuite, les résultats de cette étude sont comparés à ceux des écrits scientifiques et les principales forces et limites sont abordées. Finalement, il est question des conséquences sur la pratique en ergothérapie et de pistes de réflexion sur le sujet.

### 6.1 Retour à la question de recherche et aux objectifs

La question de recherche abordée précédemment est la suivante : quelle pourrait être la contribution de l'ergothérapie dans l'autogestion des maladies chroniques, telles que le diabète et la MPOC, chez une clientèle adulte? Celle-ci a mené à l'élaboration de deux objectifs de recherche. En effet, cette étude vise premièrement à valider la pertinence d'interventions ergothérapeutiques recensées dans les écrits scientifiques concernant l'autogestion des maladies chroniques. À la lumière des résultats, les interventions ergothérapeutiques qui sont considérées les plus pertinentes pour les personnes atteintes du diabète selon les participants de l'étude concernent : la réflexion par rapport à l'impact des activités et de l'horaire occupationnel sur la santé, la gestion de la fatigue, l'approche motivationnelle pour favoriser les changements dans les habitudes de vie, l'intégration de l'activité physique dans la routine, la formulation d'un plan d'action, l'établissement d'un horaire occupationnel stable et satisfaisant et l'approche *Lifestyle Redesign*. Les habiletés du MCHCC concernées par ces interventions sont : coacher, éduquer, engager, collaborer et adapter. En effet, les cinq habiletés abordées dans le cadre conceptuel sont alors pertinentes dans le champ de pratique de l'autogestion du diabète. Ensuite, les interventions les plus pertinentes concernant la MPOC sont les suivantes : la réflexion par rapport à l'impact des activités et de l'horaire occupationnel sur la santé, la gestion de la fatigue, l'approche motivationnelle pour favoriser les changements dans les habitudes de vie, l'établissement d'un horaire occupationnel stable et satisfaisant, l'approche *Lifestyle Redesign*, l'enseignement de stratégies de résolution de problèmes et finalement la formulation d'un plan d'action. Les habiletés de l'ergothérapeute concernées par ces interventions sont : coacher, éduquer, adapter et collaborer. Ces interventions, qui sont considérées les plus pertinentes par les participants, forment une proposition de l'implication possible des ergothérapeutes chez ces deux clientèles en soins primaires. De plus, la

pertinence de ces interventions qui visent l'habilitation des personnes atteintes de maladies chroniques, telle qu'appréciée par les participants, fait valoir que l'habilitation aux occupations est inhérente à ce champ de pratique.

Ensuite, le deuxième objectif concerne les principaux facilitateurs et obstacles à l'intégration de l'ergothérapie dans les services offerts auprès des adultes atteints de maladies chroniques. Les résultats de l'étude font valoir que plusieurs obstacles et facilitateurs influencent l'intégration des ergothérapeutes dans ce champ de pratique au Québec. Les obstacles qui ont été mis en évidence par les participants font majoritairement partie de la catégorie du contexte organisationnel. En effet, ceux abordés les plus fréquemment par les participants comprennent les limites budgétaires, le fait que les ergothérapeutes soient vus comme des professionnels intervenant avec des clientèles lourdement handicapées, la pénurie d'ergothérapeutes, le fait que peu d'ergothérapeutes soient impliqués actuellement en première ligne ainsi que la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute dans l'autogestion des maladies chroniques.

Pour ce qui est des principaux facilitateurs, plusieurs ont été abordés par les participants dans les catégories du contexte organisationnel et de la pratique ergothérapique. Premièrement, concernant le contexte organisationnel, la formation initiale comprenant la maîtrise et les modèles de pratique développés, entre autres, en Ontario ont été mis en évidence. D'autre part, les facilitateurs liés à la pratique en ergothérapie comprennent l'analyse fonctionnelle centrée sur le quotidien, les interventions holistiques et diversifiées ainsi que les compétences pour le travail en équipe.

Ensuite, plusieurs pistes de solution ont été abordées par les participants afin de favoriser l'intégration des ergothérapeutes dans les services visant l'autogestion des maladies chroniques et ainsi contrecarrer certains obstacles abordés précédemment. Les solutions possibles comprennent le développement de projets pilotes et de données probantes sur le sujet et la promotion du rôle de l'ergothérapeute dans ce champ de pratique. De plus, l'implication d'ergothérapeutes ou de professionnels croyant en la pertinence de l'ergothérapie dans des postes d'influence peut également aider à l'intégration des ergothérapeutes. Finalement, les

participants ont abordé la pertinence que les ergothérapeutes impliqués en premier lieu dans ce champ de pratique fassent preuve de confiance et de *leadership*.

Plusieurs facteurs identifiés dans la présente étude vont dans le même sens que ceux identifiés par McColl et ses collaborateurs (2009) ainsi que Donnelly, Brenchley, Crawford et Letts (2013). Premièrement, McColl et ses collaborateurs (2009) abordent plusieurs facteurs qui soutiennent ou entravent l'intégration des professionnels de la réadaptation dans les soins primaires. Plusieurs facteurs, comprenant le travail d'équipe, la connaissance des rôles des autres professionnels de l'équipe et l'attitude des membres de l'équipe, sont également abordés par ces auteurs. De plus, ceux-ci ajoutent entre autres l'importance du développement d'une relation entre la réadaptation et les soins primaires et de la confiance entre les professionnels impliqués parmi les facteurs influençant l'intégration des professionnels de la réadaptation. Enfin, McColl et ses collaborateurs (2009) indiquent également, à titre de piste de solution, que les professionnels de la réadaptation doivent planifier et offrir des services sur une base populationnelle dans les services de soins primaires.

D'autre part, concernant l'étude de Donnelly, Brenchley, Crawford et Letts (2013) qui aborde les facteurs influençant l'intégration des ergothérapeutes dans les équipes de santé familiale en Ontario, plusieurs facteurs semblables à ceux de cette étude sont abordés. Premièrement, ces auteurs mettent en évidence, tout comme les participants de la présente étude, l'importance de la compréhension du rôle de l'ergothérapeute par les autres membres de l'équipe. Plusieurs stratégies étaient utilisées afin de faire la promotion du rôle de l'ergothérapeute, dont des brochures, des présentations et des activités de recherche et d'enseignement. De plus, ces auteurs ont également abordé l'attitude des médecins face à la collaboration en équipe. Finalement, comme mentionné précédemment dans les pistes de solution, le succès des programmes de gestion des maladies chroniques améliore la collaboration en mettant en évidence les bénéfices de l'intégration des ergothérapeutes dans le programme (Donnelly, Brenchley, Crawford et Letts, 2013).

## **6.2 Forces et limites de la recherche**

Cette étude présente des forces et des limites. Tout d'abord, le fait d'avoir eu recours à une entrevue semi-structurée comme méthode de collecte de données a permis d'obtenir des informations riches sur le sujet. De plus, les données obtenues sont riches également étant donné que la majorité des professionnels de la réadaptation participant à l'étude ont plus de vingt ans d'expérience. En ce sens, le choix des participants en utilisant les méthodes d'échantillonnage par choix raisonné et par réseaux est justifié d'autant plus que plusieurs d'entre eux ont rapporté avoir fait des lectures correspondant aux thèmes couverts par la recension des écrits réalisée dans le cadre de cette étude. D'autre part, le fait d'aborder le rôle de l'ergothérapeute dans l'autogestion des maladies chroniques, soit plus spécifiquement le diabète et la MPOC, représente une force, étant donné que ce sujet est peu connu et peu documenté sur le plan scientifique, comme le faisait valoir Richardson et ses collaborateurs (2010). En effet, la présente étude fait ressortir des résultats inédits sur le sujet puisqu'à notre connaissance, aucune étude de ce type n'a été réalisée au Québec.

Par contre, les résultats de cette recherche doivent être interprétés avec prudence étant donné que l'étude présente certaines limites. L'échantillon avec un nombre restreint de participants n'a pas permis d'atteindre la saturation des données. En ce sens, les résultats de l'étude ne peuvent être généralisés. D'autre part, étant donné le caractère émergent de ce sujet, il n'a pas été possible de trouver des participants œuvrant dans ce domaine. Pour quelques questions de l'entrevue, certains participants avaient de la difficulté à fournir des réponses précises. Il aurait également été intéressant d'ajouter à l'échantillon, des participants œuvrant en tant que clinicien actuellement. Finalement, les résultats ne présentent que la perception des professionnels de la réadaptation sur le sujet.

## **6.3 Conséquences pour la pratique ergothérapique**

L'autogestion des maladies chroniques est un sujet actuellement peu connu dans la pratique en ergothérapie. D'un point de vue occupationnel, l'autogestion de sa maladie pourrait être davantage reconnue comme une occupation importante du quotidien pour les personnes atteintes de maladies chroniques. De plus, les ergothérapeutes jouent un rôle auprès de cette clientèle davantage en deuxième ligne. Ce rôle est, en effet, non actualisé

actuellement dans les services en première ligne au Québec. Tous les participants de l'étude émettent l'opinion qu'il est pertinent que les ergothérapeutes soient davantage impliqués dans ce champ de pratique, bien que ce rôle ne soit pas de premier plan chez ces deux clientèles. Cette étude a permis de débiter la promotion du rôle de l'ergothérapeute à ce niveau, mais celle-ci devrait être poursuivie, d'autant plus que ce développement n'est pas prioritaire actuellement dans le système de la santé. En ce sens, il est pertinent de mettre de l'avant la spécificité de l'ergothérapeute dans le champ de pratique de l'autogestion des maladies chroniques, soit entre autres d'être centré sur le fonctionnement, la réorganisation de l'horaire occupationnel et la réalisation d'occupations liées à l'autogestion dans le quotidien.

Les pistes d'interventions ergothérapeutiques possibles qui ont été identifiées dans les écrits scientifiques et validées empiriquement pourront servir de base pour le développement de nouveaux services ergothérapeutiques dans le champ de pratique de l'autogestion des maladies chroniques. En effet, les résultats obtenus font valoir que plusieurs interventions variées sont pertinentes pour ces deux clientèles. Afin de faciliter l'intégration des ergothérapeutes dans ce champ de pratique, plusieurs facilitateurs ont été mis en évidence ainsi que plusieurs pistes de solution permettant de contrecarrer les obstacles actuellement présents principalement au niveau du contexte organisationnel.

De plus, cette étude a permis de mettre en évidence plusieurs pistes de réflexion pour la pratique ergothérapeutique. En effet, il y a lieu de se questionner par rapport aux raisons pouvant expliquer que les ergothérapeutes soient peu impliqués auprès de cette clientèle et également dans les soins primaires en général au Québec. Pourquoi ce type de services est davantage développé dans la province de l'Ontario? Le fait que l'Association canadienne des ergothérapeutes se situe dans la province de l'Ontario, que la prise de position de l'ACE (Association canadienne des ergothérapeutes, 2013) a été réalisée dans cette province et que le Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario a développé une initiative en ce sens (Ontario Society of Occupational Therapists, 2011) peuvent représenter des efforts concertés de proximité favorisant le développement du rôle de l'ergothérapeute dans les soins primaires dans cette province. En ce sens, il est réaliste de penser, étant donné la ressemblance du système de la santé au Québec et en Ontario, que l'inclusion des ergothérapeutes dans les



services de soins primaires au Québec est possible. Comment peut-on faire en sorte de promouvoir l'ergothérapie dans ce champ de pratique spécifique? Plusieurs pistes de solution ont été abordées par les participants afin de promouvoir l'ergothérapie, dont le fait de siéger à des tables de décisions, de réaliser du lobby politique auprès des décideurs et de présenter des publicités à ce sujet. En ce sens, plusieurs participants mentionnent qu'il est également pertinent de développer de nouveaux projets pilotes sur le sujet, dont des projets étudiants, des stages et des projets de recherche, et des données probantes associées. Il est alors important de promouvoir l'ergothérapie ainsi que les avantages de la profession dans ce domaine spécifique.

Une piste de réponse concernant le questionnement en lien avec les raisons expliquant que les ergothérapeutes ne soient pas impliqués dans l'autogestion des maladies chroniques au Québec est la vision actuelle de l'ergothérapie. En effet, comme mentionné dans la section des résultats, plusieurs participants de l'étude déplorent le fait que les ergothérapeutes sont vus comme des professionnels intervenant en deuxième et troisième lignes avec des clientèles lourdement handicapées. De plus, un des participants a également mentionné qu'il y a une tendance actuellement à cantonner le rôle de l'ergothérapeute à des rôles classiques. Le rôle de l'ergothérapeute est alors peu développé dans les champs de pratique où les clients ne présentent pas d'impacts fonctionnels, dont l'autogestion des maladies chroniques, mais également la prévention et la promotion de la santé en général. Il y a lieu de se questionner quant à la nécessité que les clients présentent des impacts fonctionnels afin de justifier la pertinence de l'implication des ergothérapeutes. En effet, n'est-il pas pertinent d'habiliter la personne à autogérer sa maladie même si celle-ci ne présente pas d'impacts fonctionnels?

D'autre part, plusieurs autres pistes d'explication quant au développement limité du rôle de l'ergothérapeute dans l'autogestion des maladies chroniques sont également possibles. En effet, il est possible de croire que les ergothérapeutes ne font pas valoir leur place dans ce champ de pratique en faisant preuve d'assez de *leadership*. En ce sens, l'habileté de l'ergothérapeute de revendiquer (*advocacy*), soit de remettre en question les pratiques et de faire de la pression auprès des décideurs afin que des changements soient réalisés (Townsend et coll., 2013), est possiblement sous-développée chez les cliniciens. De plus, le nombre

restreint d'ergothérapeutes au Québec et la pénurie présente peuvent également nuire au développement de rôles émergents dans la pratique ergothérapique.

En lien avec les pistes de réponse du questionnement précédent, il est possible de proposer une stratégie de développement du rôle de l'ergothérapeute dans l'autogestion des maladies chroniques. En effet, tel qu'abordé par quelques participants de l'étude, il est possible de débiter en intégrant des interventions liées à l'autogestion dans les services ergothérapiques actuels, c'est-à-dire avec des clientèles vues fréquemment par les ergothérapeutes, dont en déficience physique ou intellectuelle et également chez les personnes présentant une problématique de santé mentale. Le fait de s'investir à ce niveau avec ces clientèles peut alors servir de porte d'entrée afin de développer le rôle de l'ergothérapeute en autogestion des maladies chroniques. Ensuite, celui-ci pourra être exporté dans les milieux de soins primaires, tel qu'il est présent dans la province de l'Ontario. De plus, il est également pertinent, comme défendu par un des participants de l'étude, de s'inspirer de l'approche de l'autogestion dans la pratique en général en ergothérapie. En effet, cette approche est compatible avec la vision de l'ergothérapie, soit de favoriser l'autonomie et l'*empowerment* du client.

## 7. CONCLUSION

En somme, les objectifs de la présente étude descriptive étaient de valider la pertinence d'interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion des maladies chroniques, soit le diabète et la MPOC, ainsi qu'identifier les facilitateurs et les obstacles à l'intégration des ergothérapeutes dans ce champ de pratique. Les sept participants formant l'échantillon sont des professionnels d'expérience en réadaptation qui ont des connaissances au sujet de l'autogestion des maladies chroniques. Les résultats de cette étude font valoir que les ergothérapeutes devraient être davantage impliqués dans le domaine de l'autogestion des maladies chroniques. Plusieurs interventions pertinentes, dont la réflexion par rapport à l'impact des activités et de l'horaire occupationnel sur la santé, la gestion de la fatigue, l'approche motivationnelle pour favoriser les changements dans les habitudes de vie, la formulation d'un plan d'action, l'établissement d'un horaire occupationnel stable et satisfaisant et l'approche *Lifestyle Redesign*, ont été mises en évidence pour les personnes atteintes du diabète ou de la MPOC. Par contre, celles-ci sont peu applicables puisqu'il n'y a pas d'ergothérapeute impliqué en soins primaires actuellement au Québec. En ce sens, plusieurs obstacles à l'intégration de ceux-ci dans les soins primaires ont été identifiés par les participants, dont les limites budgétaires et la vision actuelle de l'ergothérapie comme étant une profession intervenant chez les clientèles lourdement handicapées. Plusieurs facilitateurs ont également été abordés, dont la formation initiale en ergothérapie et les modèles d'intégration en Ontario. L'étude présente quelques limites et également quelques forces, dont l'utilisation d'une entrevue semi-structurée comme méthode de collecte de données et le fait d'aborder un sujet émergent peu documenté actuellement.

Cette étude a permis de débiter l'exploration du sujet de la pratique ergothérapeutique dans l'autogestion des maladies chroniques. Par contre, puisque dans la présente étude, la saturation des données n'a pu être obtenue, il est pertinent d'envisager la réalisation de nouvelles études ayant les mêmes objectifs de recherche. D'autre part, le sujet a été étudié du point de vue des professionnels de la réadaptation, dont principalement des ergothérapeutes. Il serait également pertinent d'obtenir la perception des personnes atteintes de maladies chroniques en réalisant une analyse des besoins chez cette clientèle. En effet, celles-ci

pourraient mettre en lumière leurs besoins, particulièrement ceux qui ne sont pas répondus actuellement, et la concordance entre ces derniers et les interventions ergothérapeutiques proposées pourrait être analysée. Finalement, les résultats concernant les interventions jugées pertinentes par les professionnels de la réadaptation et les besoins chez cette clientèle pourraient permettre la mise en place d'un programme d'interventions pour cette clientèle dont l'efficacité serait évaluée en réalisant un projet pilote.

## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2008). Atlas des facteurs de risque des maladies chroniques [PDF]. Repéré à [http://catalogue.cssslaval.qc.ca/GEIDFile/atlas\\_risques\\_fre.pdf?Archive=193987991116&File=Atlas\\_risques\\_fre\\_pdf](http://catalogue.cssslaval.qc.ca/GEIDFile/atlas_risques_fre.pdf?Archive=193987991116&File=Atlas_risques_fre_pdf)
- Agence de la santé publique du Canada. (2013). Maladies chroniques. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/index-fra.php>
- Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2009). Autogestion des maladies chroniques. Repéré à <http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca/documents/Autogestionmaladieschroniques.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2013). *Prise de position de l'ACE : L'ergothérapie dans les soins de santé primaires*. Ottawa : Association canadienne des ergothérapeutes.
- Association pulmonaire du Canada. (2008). La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) au Canada [PDF]. Repéré à [http://www.poumon.ca/\\_ressources/Faits\\_saillants\\_MPOC\\_Assoc\\_pulmonaire\\_2008.pdf](http://www.poumon.ca/_ressources/Faits_saillants_MPOC_Assoc_pulmonaire_2008.pdf)
- Association pulmonaire du Canada. (2014). MPOC. Repéré à [http://www.poumon.ca/diseases-maladies/copd-mpoc/what-quoi/index\\_f.php](http://www.poumon.ca/diseases-maladies/copd-mpoc/what-quoi/index_f.php)
- Augustine, H., Roberts, J., & Packer, T. (2011). La participation quotidienne : un résultat déterminant pour les personnes atteintes de maladies chroniques. *Actualités ergothérapeutiques*, 13(5), 8-10.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177-187.
- Buist, A. S., McBurnie, M. A., Vollmer, W. M., Gillespie, S., Burney, P., Mannino, D. M., Menezes, A. M. B., Sullivan, S. D., Lee, T. A., Weiss, K. B., Jensen, R. L., Marks, G. B., Gulsvik, A., Nizankowska-Mogilnicka, E. (2007). International variation in the prevalence of COPD: a population-based prevalence study. *Lancet*, 370(9589), 741-50.
- Canadian Diabetes Association. (2009). *Un tsunami économique: Le coût du diabète au Canada*. Toronto, Ont.: Association canadienne du diabète.
- Canadian Institute for Health Information & Statistics Canada. (2008). *Indicateurs de santé 2008*. Ottawa, Ont: Statistics Canada.

- Cazale, L. & Dumitru, V. (2008). *Les maladies chroniques au Québec: Quelques faits marquants : Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Montréal: Institut de la statistique du Québec.
- Cazale, L., Laprise, P., & Nanhou, V. (2009). Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales. *Zoom santé*, 2009(17), 1-8.
- Centre de Santé et de Services Sociaux de Trois-Rivières (2014). Compte-rendu de la réunion du groupe de travail : Projet clinique du Réseau Local de Services en santé physique (0-100 ans).
- Chan, S. C. C. (2004). Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Engagement in Occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(4), 408-415.
- Donnelly, C., Brenchley, C., Crawford, C., & Letts, L. (2013). The integration of occupational therapy into primary care: A multiple case study design. *Bmc Family Practice*, 14(1), 1-12.
- Donnelly, C. A., Brenchley, C. L., Crawford, C. N., & Letts, L. J. (2014). The emerging role of occupational therapy in primary care. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 51-61.
- Duke, S. A., Colagiuri, S., & Colagiuri, R. (2009). Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Elliott, C., & Newton, J. (2009). Occupational therapy in chronic liver disease: a gap in service delivery. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(3), 133-136.
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Corcoran, M., Schinfeld, S., & Hauck, W. W. (2006). A randomized trial of a multicomponent home intervention to reduce functional difficulties in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 809-816.
- Griffiths, T. L., Burr, M. L., Campbell, I. A., Lewis-Jenkins, V., Mullins, J., Shiels, K., Turner-Lawlor, P. J., Payne, N., Newcombe, R. G., Lonescu, A. A., Thomas, J., & Tunbridge, J. (2000). Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 355, 362-368.
- Hand, C., Law, M., & McColl, M. A. (2011). Occupational therapy interventions for chronic diseases: a scoping review. *The American journal of occupational therapy*, 65(4), 428-436.
- Hand, C. L., Letts, L. J., & von Zweck, C. M. (2011). An agenda for occupational therapy's contribution to collaborative chronic disease research. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 147-155.

- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives: Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Hutchison, B., Levesque, J. F., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: systems in motion. *The Milbank Quarterly*, 89(2), 256-88.
- Klaiman, D. (2004). Increasing access to occupational therapy in primary health care. *Occupational Therapy Now*, 6(1), 14-1.
- Leclair, L., Restall, G., Edwards, J., Cooper, J., Stern, M., Soltys, P., & Sapacz, R. (2005). *Occupational Therapists and Primary Health Care*. Manitoba: Manitoba Society of Occupational Therapists.
- Massicotte, J. (2011). *Projet de prévention et gestion intégrée des maladies chroniques en Mauricie et au Centre-du-Québec "Ma santé à vie" 2009-2012*. Trois-Rivières: Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- McColl, M. A., Shortt, S., Godwin, M., Smith, K., Rowe, K., O'Brien, P., & Donnelly, C. (2009). Models for integrating rehabilitation and primary care: a scoping study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 90(9), 1523-1531.
- Migliore, A. (2004). Improving Dyspnea Management in Three Adults With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(6), 639-646.
- Norweg, A., Bose, P., Snow, G., & Berkowitz, M. E. (2008). A pilot study of a pulmonary rehabilitation program evaluated by four adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Occupational Therapy International*, 15(2), 114-132.
- Ontario Society of Occupational Therapists. (2011). Occupational Therapy & Family Health Teams in Ontario. Repéré à <http://www.osot.on.ca/eng/aboutot/familyhealthteams.asp>
- Organisation mondiale de la santé. (2010). *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2013). Diabète. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2014). La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Repéré à <http://www.who.int/respiratory/copd/fr/>
- Organisation mondiale de la santé & Agence de santé publique du Canada. (2006). *Prévention des maladies chroniques: Un investissement vital*. Genève: Organisation mondiale de la santé.

- Packer, T. L. (2013). Self-management interventions: Using an occupational lens to rethink and refocus. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(1), 1-2.
- Pal, K., Eastwood, S. V., Michie, S., Farmer, A. J., Barnard, M. L., Peacock, R., Murray, E. (2013). Computer-based diabetes self-management interventions for adults with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 3, CD008776.
- Passalent, L. A., Landry, M. D., & Cott, C. A. (2009). Wait times for publicly funded outpatient and community physiotherapy and occupational therapy services: implications for the increasing number of persons with chronic conditions in Ontario, Canada. *Physiotherapy Canada*, 61(1), 5-14.
- Pyatak, E. A. (2011). The role of occupational therapy in diabetes self-management interventions. *OTJR Occupation Participation and Health*, 31(2), 89-96.
- Richardson, J., Letts, L., Chan, D., Officer, A., Wojkowski, S., Oliver, D., Moore, A., McCarthy, L., Price, D., & Kinzie, S. (2012). Monitoring physical functioning as the sixth vital sign: evaluating patient and practice engagement in chronic illness care in a primary care setting – a quasi-experimental design. *BMC Family Practice*, 13(29), 1-13.
- Richardson, J., Letts, L., Chan, D., Stratford, P., Hand, C., Price, D., Hilts, L., Coman, L., Edwards, M., Baptiste, S., & Law, M. (2010). Rehabilitation in a primary care setting for persons with chronic illness – a randomized controlled trial. *Primary Health Care Research & Development*, 11(4), 382-395.
- Rynne, A., & McKenna, K. (1999). Evaluation of an outpatient diabetes education programme. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(10), 459-465.
- Santé Canada (2004). Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004 – Un plan de 10 ans pour renforcer les soins de santé. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>
- Santé Canada (2014). À propos des soins de santé primaires. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos-fra.php>
- Schaal, B., Dupont, C.-D., & Lagarde, F. (2004). Apport de l'ergothérapie dans la prévention des lésions des pieds chez les diabétiques. *Ergothérapies*, (15), 33-37.
- Stadnyk, R., Phillips, J., Sapeta, S., MacAulay, A., Champion, M., Tam, L., & Craik, J. (2009). Le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client : Réflexions de divers praticiens en ergothérapie. *Actualités ergothérapeutiques*, 11(3), 26-28.
- Statistique Canada. (2010). Incidence du diabète sur 14 années : Le rôle du statut. Ottawa. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-618-m/82-618-m2010008-fra.htm>



- Statistique Canada. (2013). Maladie pulmonaire obstructive chronique chez les Canadiens, 2009 à 2011. Ottawa. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2012001/article/11709-fra.htm>
- Steinsbekk, A., Rygg, L. Ø., Lisulo, M., Rise, M. B., & Fretheim, A. (2012). Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 12, 213-213.
- Toole, L. O., Connolly, D., & Smith, S. (2013). Impact of an occupation-based self-management program on chronic disease management. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(1), 30-38.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., & Brown, J. (2013). Habilitier: la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko (dir.), *Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. (2e éd.; traduit par N. Cantin, p. 103-158). Ottawa : Publications de l'ACE.
- Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) (2014). Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains. Repéré à [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa\\_no\\_site=1390&owa\\_no\\_fiche=24&owa\\_aperçu=N&owa\\_imprimable=N&owa\\_bottin=](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=1390&owa_no_fiche=24&owa_aperçu=N&owa_imprimable=N&owa_bottin=)
- White, C., Lentin, P., & Farnworth, L. (2013). An investigation into the role and meaning of occupation for people living with on-going health conditions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(1), 20-29.

**ANNEXE A**  
**OUTIL DE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS (COURRIEL ÉLECTRONIQUE)**

Bonjour Madame/Monsieur,

Le présent courriel électronique a pour but de vous informer concernant une étude réalisée dans le cadre de ma maîtrise en ergothérapie. En effet, mon projet d'intégration concerne l'autogestion des maladies chroniques. Celles-ci attirent de plus en plus l'attention en raison du nombre de personnes atteintes et des coûts considérables qu'elles engendrent. Le présent projet vise plus spécifiquement à décrire le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette clientèle.

Si vous acceptez, je vous enverrai un courriel électronique présentant une lettre d'information concernant le projet et le formulaire de consentement. Il sera ensuite possible de prendre rendez-vous afin de réaliser une entrevue d'une durée d'environ une heure.

Je vous remercie de collaborer à une des rares études empiriques sur le sujet.

Karianne Thibodeau

Étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières

**ANNEXE B**  
**LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**



**LETTRE D'INFORMATION**

---

**Invitation à participer au projet de recherche : Une perspective occupationnelle de l'autogestion des maladies chroniques**

**Karianne Thibodeau, étudiante à la maîtrise en ergothérapie**  
**Département d'ergothérapie**  
**Sous la direction de Mme Martine Brousseau, professeure au département d'ergothérapie**

Récemment, les maladies chroniques attirent de plus en plus l'attention en raison du nombre de personnes atteintes et des coûts considérables qu'elles engendrent. Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre le rôle des ergothérapeutes dans l'autogestion des maladies chroniques, en particulier le diabète et la maladie pulmonaire obstructive chronique, serait grandement appréciée.

**Objectifs**

Les objectifs de ce projet de recherche sont de définir les rôles actuel et idéal de l'ergothérapeute auprès de cette clientèle et d'identifier les principaux facilitateurs et obstacles à l'intégration de l'ergothérapie dans les services offerts chez cette clientèle. Les participants seront également invités à valider la pertinence d'interventions en ergothérapie recensées dans les écrits scientifiques. 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 entrevue semi-structurée d'une durée approximative de 60 minutes. Cette entrevue se déroulera dans le lieu qui vous convient, et ce hors des heures de travail. Cette entrevue sera enregistrée.

**Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ une heure, demeure le seul inconvénient.

**Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet du rôle de l'ergothérapeute dans l'autogestion des maladies chroniques 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 l'utilisation d'un code numérique pour l'identification des participants. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme de projet d'intégration, d'articles scientifiques et de communications dans un congrès, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé au local 3817 du Pavillon de la santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières et les seules personnes qui y auront accès sont Karianne Thibodeau, étudiante à la maîtrise en ergothérapie, et Martine Brousseau, professeure au département d'ergothérapie. Les données seront détruites après cinq ans 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.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Karianne Thibodeau, par courrier électronique [karianne.thibodeau@uqtr.ca](mailto:karianne.thibodeau@uqtr.ca)

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-200-07.06 a été émis le 8 avril 2014.

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



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

---

### Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Karianne Thibodeau 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 Une perspective occupationnelle de l'autogestion des maladies chroniques. 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

Participante ou participant :	Chercheuse :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

**ANNEXE C**  
**RECENSION DES ÉCRITS**

Tableau 3. *Journal de recherche pour la recension des écrits*

Date	Bases de données et revues scientifiques	Termes identifiés	Critères
2014-05-22	Medline   Cinahl  Psycinfo	(selfmanagement OR self-management OR "self management" OR autogestion) AND (COPD OR "chronic obstructive pulmonary disease" OR MPOC OR "maladie pulmonaire obstructive chronique" OR diabet* OR diabèt* OR "chronic disease" OR "chronic illness" OR "chronic condition" OR "maladie chronique" OR "condition chronique") AND ("occupational therap*" OR occupation OR ergotherap*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mots-clés dans le titre</li> <li>- Langues : anglais et français</li> <li>- Années :1990 à 2014</li> </ul>
2014-05-23	American journal of occupational therapy Canadian journal of occupational therapy Journal of occupational science	(selfmanagement OR self-management OR "self management" OR autogestion) AND (COPD OR "chronic obstructive pulmonary disease" OR MPOC OR "maladie pulmonaire obstructive chronique" OR diabet* OR diabèt* OR "chronic disease" OR "chronic illness" OR "chronic condition" OR "maladie chronique" OR "condition chronique") AND ("occupational therap*" OR occupation OR ergotherap*)	

**ANNEXE D**  
**OUTIL DE COLLECTE DE DONNÉES (SCHÉMA D'ENTREVUE)**

**Projet : Une perspective occupationnelle de l'autogestion des maladies chroniques**

**Identification du participant :**

Nom : \_\_\_\_\_

Groupe d'âge :

- 30 ans et moins
- 31-40 ans
- 41-50 ans
- 51-60 ans
- 61 ans et plus

Nombre d'années d'expérience en réadaptation: \_\_\_\_\_

Expériences professionnelles en lien avec les maladies chroniques : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Entrevue :**

1.1 L'implication de l'ergothérapeute auprès de l'autogestion des maladies chroniques devrait-elle être développée? (Si oui, précisez)

---

---

---

---

1.2 Comment définissez-vous le rôle idéal de l'ergothérapeute dans l'autogestion des maladies chroniques?

---

---

---

---

1.3 Selon vous, quelles sont les interventions ergothérapeutiques pertinentes auprès des personnes atteintes du diabète?

---

---

---

---

1.4 Selon vous, quelles sont les interventions ergothérapeutiques pertinentes auprès des personnes atteintes de la maladie pulmonaire obstructive chronique?

---

---

---

---



2.1 Selon vous, quel est le niveau de pertinence des interventions suivantes visant l'autogestion auprès des personnes atteintes du diabète? (Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant peu pertinent et 10 étant très pertinent)

Tableau 4. *Interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion du diabète*

#	Intervention	Référence(s)	Pertinence
A	Réflexion par rapport à l'impact des activités /l'horaire occupationnel sur la santé	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Pyatak, 2011)	
	Commentaires :		
B	Éducation par rapport à la relation entre les exercices, le poids et la gestion de la maladie	(Rynne et McKenna, 1999)	
	Commentaires :		
C	Gestion de la fatigue/conservation d'énergie	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Richardson, 2012)	
	Commentaires :		
D	Gestion des émotions et bien-être psychologique	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Packer, 2013) (Pyatak, 2011)	
	Commentaires :		
E	Gestion du stress et technique de relaxation	(Richardson, 2012)	
	Commentaires :		
F	Intégration de l'activité physique dans la routine quotidienne du client	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Richardson, 2012)	
	Commentaires :		
G	Gestion de la médication	(Toole, Connolly et Smith, 2013)	
	Commentaires :		
H	Enseignement de stratégies de résolution de problèmes	(Gitlin, et coll., 2006)	
	Commentaires :		
I	Communication avec les professionnels de la santé	(Toole, Connolly et Smith, 2013)	
	Commentaires :		
J	Approche motivationnelle pour favoriser les changements dans les habitudes de vie	(Barlow, Wright, Sheasby, Turner et Hainsworth, 2002)	
	Commentaires :		

K	Prévention des complications liées aux lésions des pieds (éducation par rapport au lien entre le diabète et la santé des pieds, soins des pieds, examen des pieds et évaluation de la sensibilité des pieds)	(Schaal, Dupont et Lagarde, 2004) (Pyatak, 2011)	
Commentaires :			
L	Formulation d'un plan d'action avec des objectifs personnels	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Richardson, 2012)	
Commentaires :			
M	Adaptation des occupations liées à l'autogestion pour favoriser l'intégration dans l'horaire occupationnel	(Hand, Law et McColl, 2011)	
Commentaires :			
N	Établissement d'un horaire occupationnel stable et satisfaisant incluant les nouvelles habitudes de vie liées à l'autogestion	(Packer, 2013)	
Commentaires :			
O	Intervention basée sur l'approche <i>Lifestyle Redesign</i> : -Analyser occupations et routine -Réfléchir lien occupations et santé -Identifier barrières/alternatives -Implanter changement	(Pyatak, 2011)	
Commentaires :			

2.2 Selon vous, ces interventions sont-elles davantage applicables en 1<sup>er</sup> ou en 2<sup>e</sup> ligne?

---



---



---

2.3 Selon vous, les interventions mentionnées précédemment sont-elles incluses dans les programmes actuels visant l'autogestion du diabète?

---



---



---

2.4 Selon vous, quel est le niveau de pertinence des interventions suivantes visant l'autogestion auprès des personnes atteintes de la maladie pulmonaire obstructive chronique? (Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant peu pertinent et 10 étant très pertinent)

Tableau 5. *Interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion de la MPOC*

Interventions		Références	Pertinence
A	Réflexion par rapport au lien entre les activités /l'horaire occupationnel et la santé	(Toole, Connolly et Smith, 2013)	
	Commentaires :		
B	Gestion de la fatigue/conservation d'énergie	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Chan, 2004) (Migliore, 2004) (Richardson et coll., 2012)	
	Commentaires:		
C	Gestion des émotions et bien-être psychologique	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Packer, 2013)	
	Commentaires:		
D	Technique de relaxation et gestion du stress	(Chan, 2004) (Griffiths et coll., 2000) (Richardson et coll., 2012)	
	Commentaires:		
E	Intégration de l'activité physique (graduée) dans le quotidien	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Norweg, Bose, Snow et Berkowitz, 2008) (Richardson et coll., 2010) (Richardson et coll., 2012)	
	Commentaires:		
F	Gestion de la médication	(Toole, Connolly et Smith, 2013)	
	Commentaires:		
G	Enseignement de stratégies de résolution de problèmes	(Hand, Law et McColl, 2011)	
	Commentaires:		
H	Communication avec les professionnels de la santé	(Toole, Connolly et Smith, 2013)	
	Commentaires:		
I	Approche motivationnelle pour favoriser les changements dans les habitudes de vie	(Barlow, Wright, Sheasby, Turner et Hainsworth, 2002)	
	Commentaires:		

J	Gestion de la dyspnée et de la respiration au repos et lors de la réalisation d'activités physiques (et technique de respiration)	(Norweg, Bose, Snow et Berkowitz, 2008) (Chan, 2004) (Migliore, 2014)	
	Commentaires:		
K	Développement de nouveaux intérêts/loisirs	(Chan, 2004)	
	Commentaires:		
L	Formulation d'un plan d'action avec des objectifs personnels	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Griffiths et coll., 2000) (Richardson et coll., 2012)	
	Commentaires:		
M	Adaptation des occupations liées à l'autogestion pour favoriser l'intégration dans l'horaire occupationnel	(Hand, Law et McColl, 2011)	
	Commentaires:		
N	Établissement d'un horaire occupationnel stable et satisfaisant incluant les nouvelles habitudes de vie liées à l'autogestion	(Packer, 2013)	
	Commentaires:		
O	Intervention basée sur l'approche <i>Lifestyle Redesign</i> : -Analyser occupations et routine -Réfléchir lien occupations et santé -Identifier barrières/alternatives -Implanter changement	(Pyatak, 2011)	
	Commentaires:		

2.5 Selon vous, les interventions mentionnées précédemment sont-elles incluses dans les programmes actuels visant l'autogestion de la maladie pulmonaire obstructive chronique?

---



---



---

2.6 Selon vous, ces interventions sont-elles davantage applicables en 1<sup>e</sup> ou en 2<sup>e</sup> ligne?

---



---



---

3.1 Quels sont les principaux facilitateurs à l'intégration de l'ergothérapie dans les services offerts chez cette clientèle?

---

---

---

---

---

3.2 Quels sont les principaux obstacles à l'intégration de l'ergothérapie dans les services offerts chez cette clientèle?

---

---

---

---

---

3.3 Connaissez-vous des ergothérapeutes qui œuvrent spécifiquement dans l'autogestion des maladies chroniques? Si oui, quel est leur rôle?

---

---

3.4 Selon vous, certaines interventions visant l'autogestion des maladies chroniques sont-elles incluses dans les interventions des ergothérapeutes qui œuvrent en 2<sup>e</sup> ligne?

---

---

---

3.5 Selon vous, est-ce pertinent d'intégrer des interventions visant l'autogestion des maladies chroniques dans les interventions des ergothérapeutes qui œuvrent en 2<sup>e</sup> ligne?

---

---

---

3.6 Avez-vous déjà réalisé des formations ou des lectures au sujet de l'autogestion des maladies chroniques en ergothérapie?

---

---

---

Remerciement au participant.

**ANNEXE E**  
**DOCUMENT DU PARTICIPANT**

**Projet : Une perspective occupationnelle de l'autogestion des maladies chroniques**

**Niveau de pertinence**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peu pertinent					Très pertinent				

Tableau 6. *Interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion du diabète*

Interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion du diabète		
Interventions		Références
A	Réflexion par rapport à l'impact des activités /l'horaire occupationnel sur la santé	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Pyatak, 2011)
B	Éducation par rapport à la relation entre les exercices, le poids et la gestion de la maladie	(Rynne et McKenna, 1999)
C	Gestion de la fatigue/conservation d'énergie	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Richardson, 2012)
D	Gestion des émotions et bien-être psychologique	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Packer, 2013) (Pyatak, 2011)
E	Gestion du stress et techniques de relaxation	(Richardson, 2012)
F	Intégration de l'activité physique dans la routine quotidienne du client	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Richardson, 2012)
G	Gestion de la médication	(Toole, Connolly et Smith, 2013)
H	Enseignement de stratégies de résolution de problèmes	(Gitlin, et coll., 2006)
I	Communication avec les professionnels de la santé	(Toole, Connolly et Smith, 2013)
J	Approche motivationnelle pour favoriser les changements dans les habitudes de vie	(Barlow, Wright, Sheasby, Turner et Hainsworth, 2002)
K	Prévention des complications liées aux lésions des pieds (éducation par rapport au lien entre le diabète et la santé des pieds, soins des pieds, examen des pieds et évaluation de la sensibilité des pieds)	(Schaal, Dupont et Lagarde, 2004) (Pyatak, 2011)
L	Formulation d'un plan d'action avec des objectifs personnels	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Richardson, 2012)
M	Adaptation des occupations liées à l'autogestion pour favoriser l'intégration dans l'horaire occupationnel	(Hand, Law et McColl, 2011)
N	Établissement d'un horaire occupationnel stable et satisfaisant incluant les nouvelles habitudes de vie liées à l'autogestion	(Packer, 2013)
O	Intervention basée sur l'approche <i>Lifestyle Redesign</i> : -Analyser occupations et routine -Réfléchir lien occupations et santé -Identifier barrières/alternatives -Implanter changement	(Pyatak, 2011)



Tableau 7. *Interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion de la MPOC*

Interventions ergothérapeutiques visant l'autogestion de la MPOC		
Interventions		Références
A	Réflexion par rapport au lien entre les activités /l'horaire occupationnel et la santé	(Toole, Connolly et Smith, 2013)
B	Gestion de la fatigue/conservation d'énergie	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Chan, 2004) (Migliore, 2004) (Richardson et coll., 2012)
C	Gestion des émotions et bien-être psychologique	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Packer, 2013)
D	Techniques de relaxation et gestion du stress	(Chan, 2004) (Griffiths et coll., 2000) (Richardson et coll., 2012)
E	Intégration de l'activité physique (graduée) dans le quotidien	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Norweg, Bose, Snow et Berkowitz, 2008) (Richardson et coll., 2010) (Richardson et coll., 2012)
F	Gestion de la médication	(Toole, Connolly et Smith, 2013)
G	Enseignement de stratégies de résolution de problèmes	(Hand, Law et McColl, 2011)
H	Communication avec les professionnels de la santé	(Toole, Connolly et Smith, 2013)
I	Approche motivationnelle pour favoriser les changements dans les habitudes de vie	(Barlow, Wright, Sheasby, Turner et Hainsworth, 2002)
J	Gestion de la dyspnée et de la respiration au repos et lors de la réalisation d'activités physiques (et technique de respiration)	(Norweg, Bose, Snow et Berkowitz, 2008) (Chan, 2004) (Migliore, 2014)
K	Développement de nouveaux intérêts/loisirs	(Chan, 2004)
L	Formulation d'un plan d'action avec des objectifs personnels	(Toole, Connolly et Smith, 2013) (Griffiths et coll., 2000) (Richardson et coll., 2012)
M	Adaptation des occupations liées à l'autogestion pour favoriser l'intégration dans l'horaire occupationnel	(Hand, Law et McColl, 2011)
N	Établissement d'un horaire occupationnel stable et satisfaisant incluant les nouvelles habitudes de vie liées à l'autogestion	(Packer, 2013)
O	Intervention basée sur l'approche <i>Lifestyle Redesign</i> : -Analyser occupations et routine -Réfléchir lien occupations et santé -Identifier barrières/alternatives -Implanter changement	(Pyatak, 2011)

## ANNEXE F CERTIFICAT D'ÉTHIQUE



### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

**Titre :** Une perspective occupationnelle de l'autogestion des maladies

**Chercheurs :** Karianne Thibodeau  
Département d'ergothérapie

**Organismes :** Aucun financement

**N° DU CERTIFICAT :** CER-14-200-07.06

**PÉRIODE DE VALIDITÉ :** Du 08 avril 2014 au 08 avril 2015

**En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :**

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Hélène-Marie Thérien  
Présidente du comité

Fanny Longpré  
Secrétaire du comité

*Décanat de la recherche et de la création*

**Date d'émission :** 08 avril 2014