

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

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

PAR
KIM JEAN-GAGNON

PROCÉDÉ ARGUMENTAIRE : REVENDIQUER UNE ATTRIBUTION DES SERVICES
ERGOTHÉRAPIQUES EN CLSC BASÉE SUR L'HABILITATION AUX OCCUPATIONS

DÉCEMBRE 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier infiniment ma directrice d'essai, Mme Martine Brousseau, professeure au département d'ergothérapie de l'UQTR, pour son implication sans limites et ses précieux conseils tout au long du processus. En me partageant votre expérience et votre passion, vous m'avez donné envie de m'investir et de me surpasser dans ce projet. Vous avez également su ajouter du plaisir à ce dur labeur par votre humour tout en conservant votre rigueur professionnelle. Cela a donc été un réel plaisir de collaborer avec vous.

Je remercie également Mme Marie-Hélène Raymond, professeure au département de réadaptation à l'Université de Montréal, pour sa révision externe. Votre expérience et votre professionnalisme ont transparu dans vos commentaires avisés et réfléchis, ce qui a certainement contribué à la bonification de ce projet.

J'en profite également pour remercier toutes mes collègues qui étaient sous la supervision de Mme Brousseau pour leur écoute, leurs conseils et leur soutien.

Finalement, je souhaite remercier ma famille, particulièrement mon conjoint et mes parents, pour leurs encouragements infinis, leur compréhension et leur patience. Sans le savoir, vous avez été une source de motivation tout au long de ce projet. Donc, merci profondément.

TABLE DES MATIÈRES

LISTES DES TABLEAUX.....	v
LISTES DES FIGURES.....	vi
LISTES DES ABRÉVIATIONS.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCTION.....	1
1. PROBLÉMATIQUE.....	2
1.1. État des listes d'attente pour les services ergothérapeutiques.....	3
1.2. Méthodes de gestion des listes d'attente et les enjeux qui en découlent.....	3
1.2.1. Gestion selon une approche coutumière ou évolutive.....	3
1.2.2. Gestion selon les priorités politiques.....	5
1.2.3. Enjeux liés à l'accessibilité des services.....	8
1.3. Les ergothérapeutes comme agent de changement.....	11
1.4. Les constats de la problématique.....	14
1.5. L'objectif de recherche.....	15
2. CADRE CONCEPTUEL.....	16
2.1. La clarification des convictions (C).....	17
2.2. Les fondements (F).....	20
2.3. L'élaboration et la saisie du réel (R).....	24
2.4. L'action (A).....	24
3. MÉTHODE.....	25
3.1. Devis.....	25
3.2. Critères de sélection des études.....	25
3.3. Collecte de données.....	26
3.4. Analyse de données.....	27
3.5. Considérations éthiques.....	27
4. RÉSULTATS.....	28
4.1. Description du procédé de sélection des études.....	28
4.2. Description des caractéristiques des études retenues.....	29
4.3. Description du niveau de scientificité des études retenues.....	30
4.4. L'efficacité et les retombées des interventions ergothérapeutiques.....	30

4.4.1.	Participation aux occupations.....	30
4.4.2.	Fonctionnement dans les occupations	31
4.4.3.	Santé et bien-être physique.....	32
4.4.4.	Santé et bien-être mentaux	33
4.4.5.	Perception d'efficacité personnelle	36
4.4.6.	Satisfaction de vie.....	37
4.4.7.	Interactions sociales.....	38
4.4.8.	Connaissances et stratégies.....	40
4.4.9.	Espérance de vie	41
4.5.	La rentabilité des interventions ergothérapeutiques dans une perspective d'habilitation aux occupations.....	42
4.6.	L'habilitation aux occupations au cœur des interventions.....	44
5.	DISCUSSION.....	46
5.1.	L'habilitation aux occupations : des services ergothérapeutiques efficaces.....	46
5.2.	L'habilitation aux occupations : une perspective de réadaptation dans un contexte de promotion et de prévention de la santé	48
5.3.	L'habilitation aux occupations : une réponse aux besoins biopsychosociaux.....	49
5.4.	L'habilitation aux occupations : une perspective rentable.....	50
5.5.	Les actions	50
5.6.	Forces et limites	53
	CONCLUSION	54
	RÉFÉRENCES	56
	ANNEXE A CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES	61
	ANNEXE B GRILLE UTILISÉE POUR DÉTERMINER LE NIVEAU D'ÉVIDENCE DES ÉTUDES.....	74

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1.	La définition des fondements et des concepts clés sous-jacents à la profession de l'ergothérapie.....	20
Tableau 2.	La définition et les concepts clés des fondements de l'habilitation aux occupations.....	21
Tableau 3.	Les stratégies d'habilitation aux occupations proposées par Townsend et ses collaborateurs (2013).....	22
Tableau 4.	Les caractéristiques des études sélectionnées.....	61
Tableau 5.	La grille de niveau d'évidence.....	74
Tableau 6.	Les stratégies d'habilitation aux occupations proposées par Townsend et ses collaborateurs (2013) utilisées comme interventions dans les études sélectionnées.....	44

LISTES DES FIGURES

Figure 1.	Le modèle CRAF.....	16
Figure 2.	Les valeurs professionnelles de l'ergothérapie.....	19
Figure 3.	Le processus de sélection des études.....	29
Figure 4.	Le modèle recommandé d'attribution des services en ergothérapie.....	52

LISTES DES ABRÉVIATIONS

ACE : Association canadienne des ergothérapeutes

AVD : Activité de la vie domestique

AVQ : Activité de la vie quotidienne

CLSC : Centre local de services communautaires

MSSSQ : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec

RÉSUMÉ

Problématique : Actuellement, les services ergothérapeutiques offerts en CLSC se limitent principalement à une perspective compensatoire en raison du système de priorisation qui attribue les services en fonction de la sévérité des besoins, mais également par la compréhension réductrice du rôle de l'ergothérapeute dans le système. En effet, l'ergothérapeute, plutôt que d'être vu comme un expert en habilitation aux occupations, est plutôt défini autour du concept d'autonomie, ce qui le limite à intervenir principalement auprès d'une clientèle présentant de lourdes incapacités. Les ergothérapeutes peuvent être inconfortables ou ne pas se sentir suffisamment outillés pour assumer le rôle d'agent de changement et ainsi revendiquer leur place comme expert en habilitation aux occupations. **Objectif :** Concevoir un procédé argumentaire revendiquant que l'attribution des services ergothérapeutiques auprès des personnes âgées en CLSC soit basée sur l'habilitation aux occupations. **Cadre conceptuel :** Le modèle argumentaire CRAF proposé par Angenot (1987, 1994) sert de cadre à l'élaboration du procédé argumentaire dans lequel les pistes d'actions proposées (A) découlent des convictions (C) et des fondements (F) de la profession et s'appuient sur les résultats probants (R). **Méthode :** La production de matériel professionnel (Paillé, 2007) correspond au devis de recherche. Une revue de littérature est également réalisée à partir de la base de données CINHALL. Les études retenues font par la suite l'objet d'une analyse de contenu servant à comparer les interventions aux stratégies d'habilitation aux occupations. Les participants des études sont des personnes âgées à risque d'incapacités. **Résultats :** Dix études ont été retenues. Les interventions ergothérapeutiques visant l'habilitation aux occupations se sont avérées efficaces sur le plan de la participation et du fonctionnement dans les occupations, la santé et le bien-être physique et mental, la perception d'efficacité personnelle, la satisfaction de vie, les interactions sociales, les connaissances et stratégies de même qu'à l'espérance de vie. Le ratio du coût par rapport au QALY (année de vie ajustée en fonction de sa qualité) de ce type d'intervention démontre leur rentabilité. Ces interventions correspondaient à huit des 10 stratégies d'habilitation aux occupations, justifiant ainsi la pertinence de l'ergothérapie. **Discussion :** Les services en ergothérapie basés sur l'habilitation aux occupations sont efficaces et rentables dans une approche de réadaptation qui s'inscrit dans une perspective de prévention et de promotion de la santé. Considérant que l'habilitation aux occupations est l'expertise même en ergothérapie, cela soutient d'offrir des services ergothérapeutiques dans une approche qui transcende celle de compensation actuellement offerte. Afin de rendre accessibles ces services à une clientèle actuellement classée comme peu prioritaire, il est proposé de gérer les demandes en offrant parallèlement des services compensatoires et des services de réadaptation plutôt que de continuer de prioriser les demandes selon un même continuum. **Conclusion :** L'utilisation du modèle CRAF rend explicite le procédé sous-jacent à l'argumentaire en plus de fournir des arguments crédibles et fondés. Les ergothérapeutes pourront alors s'en inspirer, afin de faciliter le déploiement de leurs compétences d'agent de changement pour revendiquer que leur expertise d'habilitation aux occupations soit mise de l'avant et soit accessible à une plus vaste clientèle.

Mots-Clés : Ergothérapie, Habilitation aux occupations, Agent de changement, Argumentaire, Priorisation des services.

ABSTRACT

Background: Occupational therapy services offered in CLSCs are mainly limited to a compensatory perspective related to prioritization criteria that allocates services according to severity of autonomy needs, and also by the misunderstanding of occupational therapist role. Perception of the occupational therapist role is defined around the concept of autonomy, which limits to intervene mainly with people having severe disabilities, rather than being seen as an expert in enabling occupations. Occupational therapists may not feel sufficiently prepared to assume their change agent role and to advocate for their role as an expert in enabling occupations. **Objective:** Propose a structure to advocate for attribution of occupational therapy services to older people in CLSCs based on enabling occupations, using an argumentative process. **Conceptual framework:** The CRAF argumentation model proposed by Angenot (1987, 1994) serves as a framework for the development of the argumentative process in which actions (A) are based on convictions (C) and profession theoretical foundations (F) as well as evidenced based practice (R). **Methods:** The research design relates to professional equipment production proposed by Paillé (2007). A literature review was also conducted from CINHALL database. Then, content analysis was done to compare interventions related to key enablement skills. Target participants are elderly people at risk of disability. **Results:** Ten relevant studies were selected. Occupational therapy interventions have been shown to be effective in terms of participation and occupational functioning, physical, mental health and well-being, self-efficacy, life satisfaction, social interactions, knowledge and strategies as well as life expectancy. Cost/QALY ratio (quality-adjusted life year) of occupation-based interventions demonstrates their cost-effectiveness. These interventions corresponded to eight of ten key enablement skills, justifying occupational therapy pertinence. **Discussion:** Occupational therapy services are effective and cost-effective in a rehabilitation approach that is part of a prevention and health promotion perspective. In that regard, occupational therapy services must be attributed within this perspective, moving away from a compensatory approach. It is proposed to have a two-way of functioning for managing referrals. As well as offering compensatory services, considering rehabilitation services would be an asset for meeting the elderly needs, which are now considered low priority. **Conclusion:** CRAF model offers the opportunity to make explicit the process for advocating differently for the elderly needs and provide credible arguments. Occupational therapists have now a resource for advocating for their enabling occupations role and for implementing change agent role as well as having their enabling occupations expertise recognized.

Key words: Occupational Therapy, Enabling Occupations, Change Agent, Advocacy, Services prioritization.

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population au Québec entraîne une réorganisation dans les soins de santé offerts, particulièrement dans les CLSC puisqu'il s'agit de la majeure de la clientèle desservie (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). La santé et le bien-être chez les personnes âgées sont donc des enjeux importants qui s'inscrivent dans les questionnements et les actions politiques, particulièrement dans les dernières années. Cet intérêt de la santé et du bien-être chez les aînés est également présent en ergothérapie, devenant d'ailleurs l'enjeu priorisé et promu dans l'année 2017 pour l'OEQ (2016). Ainsi, les ergothérapeutes contribuent à promouvoir comment l'occupation est au cœur de la santé et du bien-être des aînés.

Cet essai vise donc à offrir un procédé argumentaire revendiquant que l'attribution des services ergothérapeutiques auprès des personnes âgées en CLSC soit basée sur l'expertise d'habilitation aux occupations.

Pour ce faire, la problématique entourant la gestion actuelle des listes d'attente quant aux services ergothérapeutiques des CLSC sera présentée. Par la suite, le cadre conceptuel utilisé pour structurer cette étude sera défini et illustré. La section suivante permettra quant à elle de présenter la méthode de cette recherche, ce qui comprend le devis utilisé, les participants, la collecte et l'analyse des données de même que les considérations éthiques. Les résultats de cette recherche seront alors présentés alors que l'argumentaire même sera plutôt élaboré dans la discussion de cet essai. Finalement, la synthèse des propos principaux de cet essai de même que des pistes futures pour la recherche seront proposées dans la conclusion.

1. PROBLÉMATIQUE

Dans les dernières années, le vieillissement de la population québécoise a été marqué par le passage progressif des baby-boomers de la tranche d'âge des 24-60 ans vers celle des 65 ans et plus (Institut de la statistique du Québec, 2016). Ce phénomène, combiné à un taux de natalité plus faible, a alors modifié la structure de la pyramide des âges. Ainsi, en 2016, le taux de personnes âgées enregistré au Québec était de 18,1 % (Institut de la statistique du Québec, 2016), soit 5 % de plus qu'en 2001 et 9,3 % de plus qu'en 1981 (Gouvernement du Québec, 2012). Cette augmentation du nombre de personnes âgées a, par conséquent, entraîné une hausse dans la demande des services de soins de santé, particulièrement dans les services communautaires, où 82 % de la clientèle est composée de personnes âgées (Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

Cette augmentation dans la demande de services n'a toutefois pas été palliée par une augmentation des ressources. Bien au contraire, les coupes budgétaires dans le domaine de la santé au Québec ont été nombreuses (Lacoursière, 2016). Combinée à ces coupes, la pénurie de professionnels dans certains domaines a également contribué à rendre les services difficilement accessibles, ce qui a par conséquent, accentué le déséquilibre déjà existant entre la demande et l'offre de services. Les services en ergothérapie ne font d'ailleurs pas exception à cette réalité. Toutefois, il semble que cette pénurie soit plutôt associée à des offres d'emplois insuffisantes qu'à un manque d'ergothérapeutes. En ce sens, l'OEQ a publié une prise de décision (2017) dans laquelle il dénonce que le nombre d'ergothérapeutes diplômés dans les universités au Québec est largement supérieur aux offres d'emploi dans le secteur public. Cette fausse croyance quant à la pénurie de main-d'œuvre en ergothérapie est d'ailleurs soutenue dans l'un des rapports du MSSSQ (2014), dans lequel il est rapporté que le déficit des ergothérapeutes projeté en 2016-2017 serait de seulement 24 ergothérapeutes pour tous secteurs confondus et serait renversé en 2019.

1.1. État des listes d'attente pour les services ergothérapeutiques

En regard à ce déséquilibre important, l'attente devient quasi inévitable, créant ainsi de longues listes d'attente, particulièrement pour les personnes classées peu ou non prioritaires. En ce sens, l'étude de Raymond, Demers et Feldman (2016) mentionne que le temps d'attente pour recevoir des services à domicile en ergothérapie pour cette même clientèle dite non prioritaire varie entre deux et 72 mois, équivalant à un temps d'attente médian de 18 mois. Par conséquent, la majorité des personnes actuellement classées comme peu prioritaires peuvent attendre jusqu'à un an et demi avant de recevoir des services, alors que certains sont en prévision d'une attente allant même jusqu'à six années avant d'espérer que leurs besoins soient répondus. Considérant ces longs délais d'attente, il importe de se questionner sur les méthodes de gestion de ces listes d'attente, c'est-à-dire sur la façon dont les services sont actuellement attribués. Autrement dit, comment décider de quelles personnes bénéficieront des services et quelles autres devront attendre? Cette question présume de l'importance d'une gestion efficace des listes d'attente.

1.2. Méthodes de gestion des listes d'attente et les enjeux qui en découlent

Au Québec, ces listes d'attente sont gérées majoritairement selon une approche coutumière ou évolutive ou selon des priorités politiques (Carrier, Levasseur, & Mullins, 2010). Mais ces méthodes de gestion et de priorisation des soins correspondent-elles aux fondements et aux convictions de la profession? Autrement dit, les services ergothérapeutiques sont-ils priorisés en regard de ce que la profession a à offrir?

1.2.1. Gestion selon une approche coutumière ou évolutive

La gestion selon une approche coutumière ou évolutive est une méthode par laquelle la prise de position n'est pas explicite (Carrier et coll., 2010). Autrement dit, les choix ou les prises de décisions pour la gestion guidés par cette approche sont à la discrétion du décideur. Par conséquent, les décisions sont révisées cas par cas, ce qui rend difficiles la standardisation et l'universalisation du processus décisionnel. Cet évitement à une prise de décision formelle risque de compromettre les valeurs de justice et d'équité (Carrier et coll., 2010), qui pourtant, devraient être privilégiées considérant l'écart entre la demande et l'offre des services communautaires en ergothérapie. Pourtant, ce sont ces valeurs qui appuient un système basé sur la justice

distributive, dans lequel chacun des demandeurs reçoit les services appropriés en fonction de ses besoins (Carrier et coll., 2010).

L'étude de Raymond, Feldman, Prud'homme et Demers (2013) confirme d'ailleurs cette absence de standardisation dans la prise de décision en regard à la priorisation des demandes de services. Cette étude interrogeait en effet les méthodes de priorisation d'un des programmes de services à domicile en ergothérapie de chacun des 55 CLSC participants. Parmi ceux-ci, 75 % (41 programmes) utilisaient un outil basé sur des niveaux de priorité (P1, P2, P3, P4) tandis que 20 % (11 programmes) utilisaient un outil basé sur l'addition des scores en fonction des critères de priorisation établis. Quant au 5 % (3 programmes) restant, ceux-ci basaient leur priorisation selon leur jugement clinique seulement. Malgré que l'étude ait identifié 48 principales catégories de critères de priorisation, dont 31 étaient liées à la condition du client (plaies de pression, soins palliatifs, chutes, risque à la sécurité, difficultés avec les activités de la vie quotidienne (AVQ), congé de l'hôpital nécessitant des soins en ergothérapie, aidants, transferts, etc.) et 17 à la requête de services, seulement 9 de ces catégories apparaissaient dans la majorité des outils de priorisation. Par ailleurs, aucun des participants ne mentionnait avoir eu recours à la littérature scientifique pour construire leur outil de priorisation et ainsi identifier les critères à conserver. Ces outils naissaient plutôt de consultations et de discussions avec des collègues ou encore de consultation externe du milieu dans 42 % (n= 23) des programmes. De plus, bien que 62 % (n= 32) des répondants affirment que leur outil de priorisation avait été révisé minimalement une fois depuis sa mise en pratique démontrant ainsi leur souci d'offrir une attribution des services plus efficaces, il demeure que 38 % des répondants n'ont donc pas procédé à cette révision.

À la lumière de ces résultats, il est possible de souligner la disparité qui existe dans l'attribution des services communautaires en ergothérapie. En effet, chaque outil de priorisation ne possède pas les mêmes critères ou les mêmes méthodes de priorisation. Cela démontre que l'uniformisation des pratiques en ce qui a trait à la gestion des listes d'attente n'est pas atteinte et confirme ainsi les propos de Carrier et ses collaborateurs (2010) lorsqu'il est fait mention d'une méthode non-standardisée des prises de décisions. Cette non-uniformisation des outils ainsi que la non-standardisation et la variabilité des critères de priorisation (Carrier et coll.,

2010; Harries & Gilhooly, 2003; Raymond et coll., 2013) sollicitent dès lors le jugement clinique de l'administrateur dans l'attribution des services (Raymond et coll., 2013). Par conséquent, la perception du sentiment d'urgence peut différer d'un professionnel à l'autre (Carrier et coll., 2010), dénotant ainsi une part de subjectivité dans l'attribution des services.

Cette part de subjectivité dans la priorisation des services est d'ailleurs soulignée dans l'étude de Harding, Taylor, Leggat et Safford (2010), qui visait à évaluer le niveau de concordance de la priorisation des services entre des cliniciens seniors indépendants. Ainsi, 214 références étaient priorisées dans un premier temps par l'un des cliniciens du milieu (deux physiothérapeutes, deux ergothérapeutes, une orthophoniste et une infirmière), puis dans un deuxième temps par un ergothérapeute indépendant du reste des cliniciens et expérimenté dans le protocole de priorisation. Parmi ces références, 42 étaient adressées aux services en ergothérapie. Quant aux résultats, ceux-ci révèlent que les cliniciens étaient en désaccord sur 30 % des demandes, c'est-à-dire pour 64 des 214 références.

Pour ainsi dire, cette part de subjectivité dans la priorisation contribue à la non-uniformisation de la priorisation de la liste d'attente, laissant présager que, dépendamment du milieu pour lequel la demande de service est faite ou encore du professionnel qui traite cette demande, un même individu pourrait être priorisé différemment. Cela compromet, une fois de plus, les valeurs d'équité et de justice distributive qui devraient encadrer notre système d'attribution des services (Carrier et coll., 2010)

1.2.2. Gestion selon les priorités politiques

Dans un souci de pallier aux disparités existantes dans la gestion et l'attribution des services, le MSSSQ a instauré de nouvelles politiques visant à optimiser la pratique des professionnels et à standardiser le système de références et de priorisation. Pour cela, l'utilisation de requêtes de services standardisés a été promue, ayant comme conséquences d'influencer les types de services offerts.

Ces conséquences sont d'ailleurs explorées dans deux études (Carrier, Freeman, Levasseur, & Desrosiers, 2015; Carrier, Levasseur, Freeman, & Desrosiers, 2016) ethnographiques institutionnelles, réalisées auprès de 10 ergothérapeutes de trois programmes québécois de soutien à domicile. Les données étaient triangulées à partir d'observations, d'entrevues semi-dirigées ainsi que de rencontres auprès d'informateurs-clés (gestionnaires, collègues).

La première étude (Carrier et col., 2015) visait à explorer le contenu et l'utilisation des requêtes de services standardisées, qui à leur tour, standardisent les pratiques des ergothérapeutes en communauté. En ce qui a trait à l'objectif de la seconde étude (Carrier et coll., 2016), celui-ci était d'explorer l'implication des mécanismes de reddition de compte et d'optimisation de la performance dans le choix des interventions au SAD, et donc dans le raisonnement clinique des ergothérapeutes.

À la lumière de ces études, différentes conséquences sont établies en regard aux politiques de priorisation actuelles, rendant incompatibles les politiques de standardisation et d'optimisation des soins actuels avec ce que peut offrir l'ergothérapie. Plusieurs aspects sous-jacents aux politiques actuelles s'inscrivent peu ou ne mettent pas à contribution tout le potentiel possible de l'ergothérapie, dont les fondements théoriques sont l'habilitation aux occupations, ce qui comprend l'habilitation à des occupations variées, signifiantes et d'ordre divers.

L'un des enjeux qui émerge de cette incompatibilité est la restriction du rôle de l'ergothérapeute au sein de l'équipe. Autrement dit, l'ergothérapeute est limité à agir sur l'autonomie et la sécurité du client (Carrier et coll., 2015; Carrier et coll., 2016) et à prendre un rôle principalement de consultant au sein de l'équipe interdisciplinaire, interpellé à intervenir dans les situations les plus complexes seulement (Carrier et coll., 2015; Carrier et coll., 2016). Les critères de priorisation reflètent d'ailleurs ces préoccupations quant à l'autonomie et la sécurité des clients. Ainsi, le risque de chute, les soins palliatifs, les congés d'hospitalisation requérant de l'équipement ou des aides techniques, les risques liés à la conduite automobile et la dépendance dans les soins personnels sont des indicateurs de priorisation élevée (niveau 1 et 2) alors que la réduction fonctionnelle dans les AVQ et les AVD, et les occupations déjà

compensées sont considérées comme des priorités moins élevées (niveau 3 et 4) (Carrier et coll., 2015). Cette priorisation insiste donc davantage sur les problématiques restrictives (restreignant à un ou deux besoins ciblés, par exemple les chutes) que sur les occupations, privilégiant ainsi une approche *bottom-up* plutôt que *top-down*. Autrement dit, les critères de priorisation axent donc davantage sur les risques et les problématiques liées à des éléments précis tels que les chutes, plutôt que de s'intéresser directement aux occupations requérant des déplacements et ainsi, mieux évaluer toutes les problématiques qui en découlent. D'ailleurs, lorsque les occupations sont abordées dans les critères de priorisation, elles le sont toujours dans une perspective d'autonomie (dépendance, compensée) (Carrier et coll., 2015), ce qui limite une fois de plus l'ergothérapeute principalement aux soins personnels et la mobilité du client (Carrier et coll., 2015).

Une autre problématique découle de ce type de priorisation puisque la pratique des ergothérapeutes se centre davantage sur les besoins institutionnels que ceux des clients (Carrier et coll., 2015), restreignant la pratique centrée sur le client qui caractérise pourtant la profession (ACE, 2012). En effet, les critères de priorisation reflètent l'importance d'orienter les soins vers l'autonomie et la sécurité des clients, puisque les chefs de programme indiquent que ce sont ces facteurs qui permettront de retourner ou de maintenir le client à domicile (Carrier et coll., 2015; Carrier et coll., 2016). Dans cette optique, les critères de priorisation insistent donc sur les problèmes biomédicaux des patients, négligeant ceux biopsychosociaux (Carrier et coll., 2016). Ainsi, seules les composantes physiques ou cognitives de la personne sont prises en compte, faisant fi de celles affectives ou spirituelles ou de l'ensemble de toutes les composantes. Dans le même sens, seules les composantes physiques de l'environnement sont intégrées, délaissant une fois de plus l'aspect social. Ce morcellement des besoins des clients entraîne par conséquent une réponse partielle de leurs besoins (Carrier et coll., 2016). Pourtant, l'ergothérapeute, de par sa formation de nature biopsychosociale, pourrait réaliser l'évaluation primaire des besoins des clients (OEQ, 2017). Cette évaluation par un seul professionnel permettrait de dresser un portrait complet des besoins, plutôt qu'un portrait biomédical et un autre psychosocial.

Toutefois, les études de Carrier et ses collaborateurs (2015, 2016) rapportent que, dans le contexte actuel d'optimisation des soins, les ergothérapeutes modulent leurs interventions en

se centrant uniquement sur les requêtes de services, délaissant les besoins qui ne s'inscrivent pas dans les requêtes. Le morcellement des besoins combiné à cette pratique contribuent une fois de plus à une réponse partielle des besoins, indiquant que l'accessibilité aux services est réduite.

Par ailleurs, la mise en place de ces critères de priorisation accorde un niveau d'importance en regard des besoins, assumant que tous les clients priorisent leurs besoins de la même façon. Cette conception rend donc difficiles l'individualisation et la personnalisation des services, pourtant recommandé et exigé par le MSSSQ (Gouvernement du Québec, 2016). À l'inverse, chaque personne accorde un niveau de priorité différent à ses besoins dépendamment de l'importance et de la perception qu'elles accordent à leurs occupations, ce qui varie d'une personne à l'autre. Par exemple, une personne pourrait prioriser l'hygiène puisque cela est gage de dignité. À l'inverse, pour une autre personne, il se peut que le fait de réaliser ses soins d'hygiène seule demande énormément d'énergie, ce qui ne lui permet pas de continuer de se rendre au café du coin de la rue. Cette personne pourrait alors préférer que ces soins d'hygiène soient compensés pour continuer de se rendre au café puisque c'est une activité qu'il entretient avec sa conjointe depuis plus de 20 ans et qui contribue à sa qualité de vie et à maintenir un niveau d'autonomie acceptable. Cet exemple met en lumière que la priorisation des occupations est inhérente à la signification que leur accordent les personnes concernées.

1.2.3. Enjeux liés à l'accessibilité des services

L'un des enjeux qui ressort des deux types de gestion est l'accessibilité des services ergothérapeutiques pour l'ensemble des personnes âgées. On peut ainsi se demander comment les personnes classées comme peu prioritaires pourront avoir accès aux services si de nouvelles demandes classées plus prioritaires s'ajoutent inlassablement aux anciennes déjà cumulées? L'étude de Raymond et ses collaborateurs (2016) rapportée précédemment mentionne que certains CLSC tentaient de résoudre ce problème en employant des stratégies supplémentaires dans la façon de gérer leur liste d'attente, telle qu'une politique d'attente où la priorisation est revue afin que ceux qui attendent depuis déjà un moment voient leur niveau de priorisation augmenté (Raymond et coll., 2016). Cependant, 16 % des programmes de services à domicile

n'employaient aucune stratégie, faisant en sorte que les personnes classées comme peu prioritaires reçoivent des services seulement s'il ne reste plus aucune demande qui les devance sur leur niveau de priorisation (Raymond et coll., 2016). La probabilité qu'ils soient reçus demeure ainsi très faible.

Cette constatation est également appuyée par l'étude de Harding et ses collaborateurs (2012) qui visait à investiguer la façon dont l'attribution des demandes de services de réadaptation communautaire réalisée en fonction des catégories de priorisation affecte le délai d'attente entre la référence et le premier rendez-vous, puis vérifier si d'autres facteurs peuvent contribuer à ce délai d'attente. Parmi 379 références reçues, 4 % des participants étaient priorisés comme urgent, suivis de 82 %, 14 %, puis 1 %, ce qui correspond aux quatre catégories de priorisation. Les résultats indiquent que la catégorie de priorisation influençait significativement le temps d'attente. Ainsi, les patients classés dans la catégorie de priorisation 1, considérée urgente, attendaient significativement moins longtemps que toutes les autres catégories, alors que ceux classés au niveau 3 attendaient significativement plus longtemps que les personnes classées au niveau 2. L'étude révélait également que le système de priorisation était responsable de 11 % du délai d'attente imposé.

Considérant que les priorités élevées sont associées à des problématiques de sécurité et d'autonomie en regard d'un retour rapide ou d'un maintien à domicile, les ergothérapeutes sont donc restreints à intervenir dans les occupations associées à la mobilité ou aux soins personnels (Carrier et coll., 2015; Carrier et coll., 2016). Ainsi, le rôle de l'ergothérapeute est limité à offrir des services aux personnes âgées présentant les incapacités les plus sévères, alors que les personnes présentant des incapacités légères ou celles à risque d'en développer se retrouvent sans service.

Pourtant, agir en amont de la perte des capacités permet une meilleure autonomie et ce, pour une période plus longue puisque la personne concernée continue à maintenir une forme de vie active. Les résultats d'une revue systématique (Stav, Hallenen, Lane & Arbesman, 2012) qui inclut des articles de niveaux d'évidence élevés (I et II), vont d'ailleurs en ce sens, suggérant d'augmenter l'implication des ergothérapeutes auprès des personnes âgées vivant en

communauté dans une perspective davantage de prévention et de promotion de la santé. En effet, cette revue systématique qui avait pour objectif d'établir les effets bénéfiques sur la santé lorsque les personnes âgées s'engageaient dans des occupations et des activités, a répertorié les effets de la participation dans des activités physiques, le travail, les activités sociales, les activités de loisirs, les activités religieuses, le sommeil ainsi que dans les activités instrumentales. La participation à ce type d'activité génère divers bénéfices, dont entre autres, une protection dans les limitations fonctionnelles, une amélioration de la performance dans les AVQ et les AVD, une amélioration de la santé mentale, une amélioration de la satisfaction de vie, puis une amélioration de la santé physique.

Ce lien entre l'engagement occupationnel et la santé a aussi été exploré dans la revue exploratoire de Stewart, Fischer, Hirji et Davis (2016), visant à présenter la relation entre les occupations, la santé et le bien-être. Bien que certains des 112 articles intégrés discutent d'une possibilité d'avoir une relation négative en regard au choix de l'occupation, la majorité des études maintiennent qu'il existe une relation positive entre les occupations et la santé puis le bien-être.

De plus, il est intéressant de constater que la participation à différentes occupations a des effets sur les limitations fonctionnelles et la performance dans les AVQ et AVD. Cela vient remettre en cause le message véhiculé actuellement comme quoi l'ergothérapeute doit délaissier les occupations d'ordre de la productivité, par exemple la préparation des repas, et des loisirs pour ne se centrer que sur celles des soins personnels et de la mobilité. L'étude de Stav et ses collaborateurs (2012) révèle d'ailleurs l'effet domino que les services ergothérapeutiques peuvent produire, et que, par conséquent, les interventions ciblant un plus vaste éventail d'occupations permettent également d'obtenir des effets bénéfiques sur les AVQ et la mobilité, sans nécessairement que les interventions soient directement ciblées sur ces occupations spécifiques. Par exemple, en permettant à une personne de continuer à se rendre au café au coin de la rue, cela sollicite l'ensemble de ses capacités physiques, soit l'endurance, l'équilibre, l'activation articulaire et musculaire en plus de ces capacités cognitives pour payer, mais contribue également à sa sphère affective en lui assurant un contact social. Or, certaines de ces capacités sont également requises à la réalisation d'autres occupations, comme se déplacer, se laver,

s'habiller ou même dans la gestion des finances. Cet exemple illustre qu'en favorisant la participation à une seule occupation, le maintien des capacités sous-jacentes contribue par la suite à la réalisation de diverses autres occupations, ce qui reflète l'effet domino souligné précédemment.

Toutefois, l'approche compensatoire actuellement privilégiée dans les CLSC et les critères de priorisation en raison des contraintes institutionnelles et gouvernementales limitent l'ampleur des bienfaits que les personnes âgées actuellement classées comme peu prioritaires pourraient bénéficier en recevant des services ergothérapeutiques. En effet, ces pratiques ne s'inscrivent pas dans une perspective d'habilitation aux occupations, qui est plutôt d'outiller les personnes concernées afin qu'elles soient en mesure de réaliser ou de participer aux occupations qu'elles désirent et qui sont signifiantes pour elles (Townsend et coll., 2013; Townsend & Polatajko, 2013a). Cette approche d'habilitation aux occupations est l'expertise même des ergothérapeutes (ACE, 2012; Townsend et coll., 2013). Or, comment le système de santé actuel peut-il exiger aux ergothérapeutes d'offrir des services efficaces s'il leur est quasi impossible de mettre leur expertise au premier plan?

Il est assez limitant pour les ergothérapeutes de devoir souscrire leur pratique dans un système qui fait obstacle à l'habilitation aux occupations. Or, l'ergothérapeute est en mesure de participer à l'organisation des systèmes afin de revendiquer que son expertise en habilitation aux occupations soit au cœur de sa pratique et que les services en ergothérapie soient offerts à une clientèle plus vaste que celle actuellement desservie. En ce sens, en revendiquant une organisation différente du système, les ergothérapeutes agissent comme agent de changement (ACE, 2012). Ce rôle peut toutefois être difficile à endosser pour les ergothérapeutes cliniciens.

1.3. Les ergothérapeutes comme agent de changement

Ces difficultés à endosser le rôle d'agent de changement est d'ailleurs exploré dans une étude (Dhillon, Wilkins, Stewart, & Law, 2016) réalisée auprès de 13 ergothérapeutes canadiens, laquelle mentionnait que les participants revendiquaient davantage dans une perspective individuelle que sociétale. Autrement dit, les ergothérapeutes défendaient un client

à la fois plutôt que de solliciter des changements systémiques en plaidant auprès d'instances institutionnelles, politiques ou sociales. D'ailleurs, un autre groupe de discussion réalisé auprès de 14 ergothérapeutes canadiens tenu dans le cadre de l'étude de Restall et Ripat (2008) confirmait le même type d'engagement de la part des participants, indiquant qu'ils se sentaient plus confortables à revendiquer dans une perspective micro, c'est-à-dire centrée sur le client plutôt que dans des perspectives méso et macro qui correspondent respectivement à l'organisation de la communauté ainsi qu'à la revendication de coalition et aux actions politiques.

Cette même étude comportait également une section dans laquelle 230 ergothérapeutes répondaient à un questionnaire. Les résultats révélaient quant à eux une disparité entre la perception des ergothérapeutes quant à l'importance d'une pratique axée sur la revendication et les actions politiques et leur implantation personnelle de cette pratique (Restall & Ripat, 2008). Ainsi, ils reconnaissaient l'importance et les effets possibles de s'engager dans une telle pratique, sans toutefois pouvoir l'actualiser concrètement puisqu'ils percevaient ne pas posséder les connaissances et les habiletés requises à l'exercice clinique de cette pratique (Restall & Ripat, 2008). Cela appuie d'ailleurs l'idée de Stover (2016) qui assume qu'il existe une différence entre reconnaître l'importance de revendiquer et savoir comment y parvenir.

Le type d'engagement des ergothérapeutes participant aux études est également cohérent avec les propos de Kirsh (2015), qui soulève dans un éditorial que le passage d'une perspective individuelle vers une vision des systèmes et des structures est un défi en soi, d'une part parce que l'approche centrée sur le client ramène l'ergothérapeute à se centrer sur son client, donc sur un individu et, d'autre part, parce que certaines idées politiques réduisent les phénomènes d'ordre social à des actions individuelles. Cependant, elle invite les ergothérapeutes à : « étendre leur conception de l'environnement au-delà du contexte traditionnel qui entoure le client, à un contexte plus large au plan social, institutionnel et politique afin de déterminer les restrictions et les possibilités occupationnelles » (traduction libre de Kirsh, 2015, p.82).

Bien que ce soit là un rôle fortement attendu des ergothérapeutes, il demeure compréhensible qu'elles puissent se sentir inconfortables à prendre ce rôle (Dhillon, Wilkins,

Law, Stewart, & Tremblay, 2010; Restall & Ripat, 2008), particulièrement si elles ne sentent pas posséder les connaissances et les habiletés nécessaires pour le pratiquer (Restall & Ripat, 2008). Il s'agit également d'un rôle qui peut paraître intimidant et épeurant pour certaines (Restall & Ripat, 2008), ajouté au fait que le thème « revendiquer » peut avoir mauvaise presse selon la perception de quelques-unes (Dhillon et coll., 2010). Cette réalité quant à la réticence des ergothérapeutes à s'intéresser et à s'impliquer dans des activités de revendications avait d'ailleurs été soulevée suite au forum de l'Occupational Therapy Canada qui s'était tenu à Banff en avril 2016 (Freeman, Anand, Boniface, Carrier, & Larivière, 2017).

Afin de soutenir les ergothérapeutes à revendiquer de manière efficace, Dorfman, Sorenson et Wallack (2009, cité dans Kirsh, 2015) ont conceptualisé l'« *Advocacy World* », mettant en perspective les différentes étapes et stratégies de l'argumentaire. Bien que ce cadre permet à l'ergothérapeute de se représenter le processus sous-jacent à la pratique de revendiquer, cela ne fait pas état de la complexité de ce processus. En effet, dans la littérature actuelle, il ne semble pas y avoir de cadre ou de guide permettant d'orienter concrètement l'ergothérapeute à revendiquer (Dhillon et coll., 2016), spécifiquement en ce qui a trait à l'accessibilité des services communautaires en ergothérapie pour les personnes âgées actuellement classées comme peu prioritaires au Québec.

En réponse aux enjeux soulevés précédemment, l'OEQ (2017) a publié une prise de position dans laquelle elle émet les conditions relatives pour que les ergothérapeutes puissent exercer pleinement leur champ d'expertise. Ces conditions sont intéressantes puisqu'elles encouragent vers une approche de prévention et de promotion de la santé et ce, tant à l'échelle individuelle, de groupe ou communautaire. Par ailleurs, les conditions soulèvent l'importance de considérer les besoins réels des aînés et ce, dans une perspective à long terme. Toutefois, ce document privilégie les termes de participation sociale, d'autonomie, d'habitudes à celui d'habilitation aux occupations. Ce choix de concepts permet certainement d'être plus compréhensible par l'ensemble des professionnels du système de santé. Toutefois, si les ergothérapeutes veulent l'émancipation de leur rôle, ils ne devraient pas avoir peur d'utiliser les concepts qui leur sont propres afin de justifier qu'ils possèdent une expertise plus grande que celle qui leur est actuellement reconnue.

1.4. Les constats de la problématique

La recension des écrits fait donc valoir les constats suivants :

- Il existe un déséquilibre entre l'offre et la demande de soins;
- Il ressort certaines problématiques liées à la gestion actuelle des listes d'attente, dont :
 - La subjectivité dans la priorisation en regard du professionnel et du jugement clinique;
 - Des critères de priorisation axés sur les besoins institutionnels à au détriment des besoins des clients;
 - Une réponse partielle des besoins due à une perspective biomédicale prédominante à celle biopsychosociale;
 - Une limitation du mandat de l'ergothérapeute à celui de l'autonomie et de la sécurité dans les soins personnels et à la mobilité, le restreignant à offrir des services à une clientèle présentant des incapacités plus sévères, et donc, à offrir des soins dans une approche compensatoire principalement;
 - Une difficulté à offrir des services dans une perspective d'habilitation aux occupations, l'expertise de l'ergothérapeute;
 - Une accessibilité aux services ergothérapeutiques considérablement réduite, particulièrement pour les personnes âgées classées comme peu prioritaires.
- Il persiste une difficulté chez les ergothérapeutes à endosser le rôle d'agent de changement afin de revendiquer que leur expertise d'habilitation aux occupations soit au cœur des services offerts et de rendre accessibles ces services à une clientèle plus vaste que celle présentant des incapacités sévères. Cette difficulté à déployer cette compétence ce qui se manifeste ou s'explique par :
 - Une difficulté à revendiquer dans une perspective sociale ou institutionnelle plutôt qu'individuelle;
 - L'absence d'outil qui propose un procédé concret pour plaider;
 - L'absence du concept d'habilitation aux occupations dans les conditions proposées par l'OEQ.

1.5. L'objectif de recherche

Compte tenu de ces constats, l'objectif de la présente étude est de concevoir un procédé argumentaire revendiquant que l'attribution des services ergothérapeutiques auprès des personnes âgées en CLSC soit basée sur l'expertise d'habilitation aux occupations.

Il s'agit donc d'une des seules études qui vise à proposer un procédé argumentaire qui défend la thèse de revoir autrement l'attribution des services ergothérapeutiques en CLSC auprès des personnes âgées afin qu'ils soient offerts dans une approche de réadaptation basée sur l'habilitation aux occupations qui s'inscrit dans un contexte de promotion et de prévention de la santé.

Pour y parvenir, une revue de littérature sera réalisée visant à assurer la crédibilité et la scientificité des énoncés argumentaires qui seront présentés. Une analyse de contenu s'en suivra afin de vérifier que les interventions proposées dans les études s'appuient sur les fondements de la profession en ergothérapie.

2. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel retenu pour la présente étude est le modèle CRAF, élaboré par Pierre Angenot (1987, 1994). Bien que ce modèle eût d'abord des visées pédagogiques, il est possible de l'utiliser à d'autres fins, tant que sa fonction demeure la structure du discours argumentatif. Cette structure est essentielle puisque ce type de discours se définit justement comme un ensemble cohérent et organisé d'énoncés qui justifient le bien-fondé de l'affirmation défendue (Angenot, 1994).

Bien que d'autres modèles d'argumentation existent, ce modèle se distingue des autres par la simplicité de son utilisation et de son application. En effet, sa présentation sous la forme de seulement quatre pôles en réduit grandement la complexité, tandis que l'utilisation d'un acronyme en facilite la mémorisation. Ces éléments sont à considérer compte tenu qu'il est souhaité que les ergothérapeutes se familiarisent et s'approprient le procédé argumentaire afin qu'elles puissent revendiquer à leur tour.

Plus concrètement, le modèle CRAF vise à articuler quatre pôles énonciatifs, soit la clarification des convictions (C), les références aux savoirs et aux expériences fondateurs (F), l'élaboration et la saisie du réel (R), ainsi que les orientations de l'action (A). L'ordre de présentation des pôles ainsi que l'interaction entre eux peuvent varier dépendamment du type d'argument énoncé (Figure 1). Chacun des pôles est plus dûment défini dans chacune des sections suivantes.

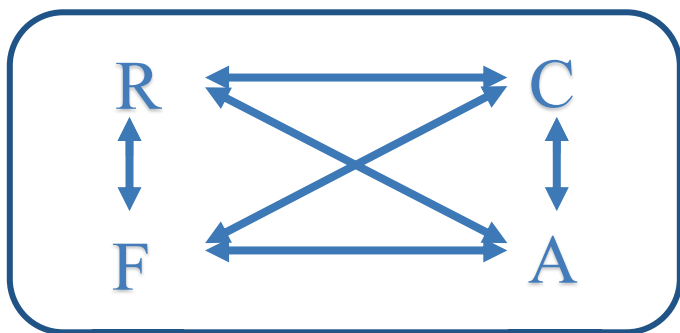


Figure 1. Le modèle CRAF.

Image modifiée tirée de Angenot, P. (1987). *PDG 6001 : Le discours pédagogique argumentatif*. Recueil inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

Dans un souci de rendre le modèle CRAF congruent avec la démarche scientifique, les convictions (C) et les fondements seront élaborés directement dans le cadre conceptuel. Quant à l'élaboration et la saisie du réel (R), il s'agit des résultats probants et seront donc présentés dans la section « Résultats ». À partir de l'ensemble de ces éléments, l'argumentaire sera alors formulé dans la section « Discussion », duquel découleront ensuite des propositions d'actions (A) qui sont cohérentes avec les énoncés argumentatifs. Les pôles du réel (R) et de l'action (A) sont tout de même expliqués dans le cadre conceptuel afin de situer le lecteur quant à leur pertinence et leur utilisation.

2.1. La clarification des convictions (C)

Ce pôle agit à titre de volet affirmateur, permettant ainsi d'explicitier les modèles philosophiques, éthiques ou religieux qui soutiennent la tangente du discours argumentatif (Angenot, 1994). L'utilisation de ces modèles permet, entre autres, de définir les valeurs sous-jacentes aux convictions émises, et qui sont, par conséquent, porteuses des changements souhaités (Angenot; 1987; Angenot, 1994).

L'emploi du concept des valeurs, plutôt que celui de convictions, s'explique par le fait que les convictions sont érigées à partir des résultats probants, qui eux sont présentés dans le pôle du réel (R), puis à partir des valeurs (Drolet, 2014). Par conséquent, les valeurs professionnelles en ergothérapie seront présentées afin de soutenir la pertinence d'un changement dans la gestion actuelle des listes d'attente pour les services ergothérapeutiques.

Les valeurs peuvent être considérées comme des idéaux, « des concepts abstraits et évaluatifs de nature éthique servant à déterminer l'acceptabilité ou le bien-fondé d'une attitude, d'une action, d'une préférence ou d'une situation » (Drolet, 2014, p.214). Dans le cas échéant, il s'agit donc de présenter les valeurs de la profession en ergothérapie et de statuer si la gestion des listes d'attente actuelle est acceptable, donc cohérente avec ces valeurs. En cas d'incohérence, un changement est souhaité afin de créer une nouvelle situation qui sera alors considérée comme acceptable en fonction des valeurs définies. Autrement dit, les valeurs serviront de guide aux actions pour orienter le changement, en plus d'agir comme motivations et justifications (Schwartz & Savig, 1995) à l'atteinte de cette nouvelle situation.

Les valeurs professionnelles retenues sont celles présentées dans les neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie (Figure 2). Toutefois, seules certaines valeurs sont réitérées dans la présente étude afin de cibler les plus pertinentes en regard à l'argumentaire soutenu.

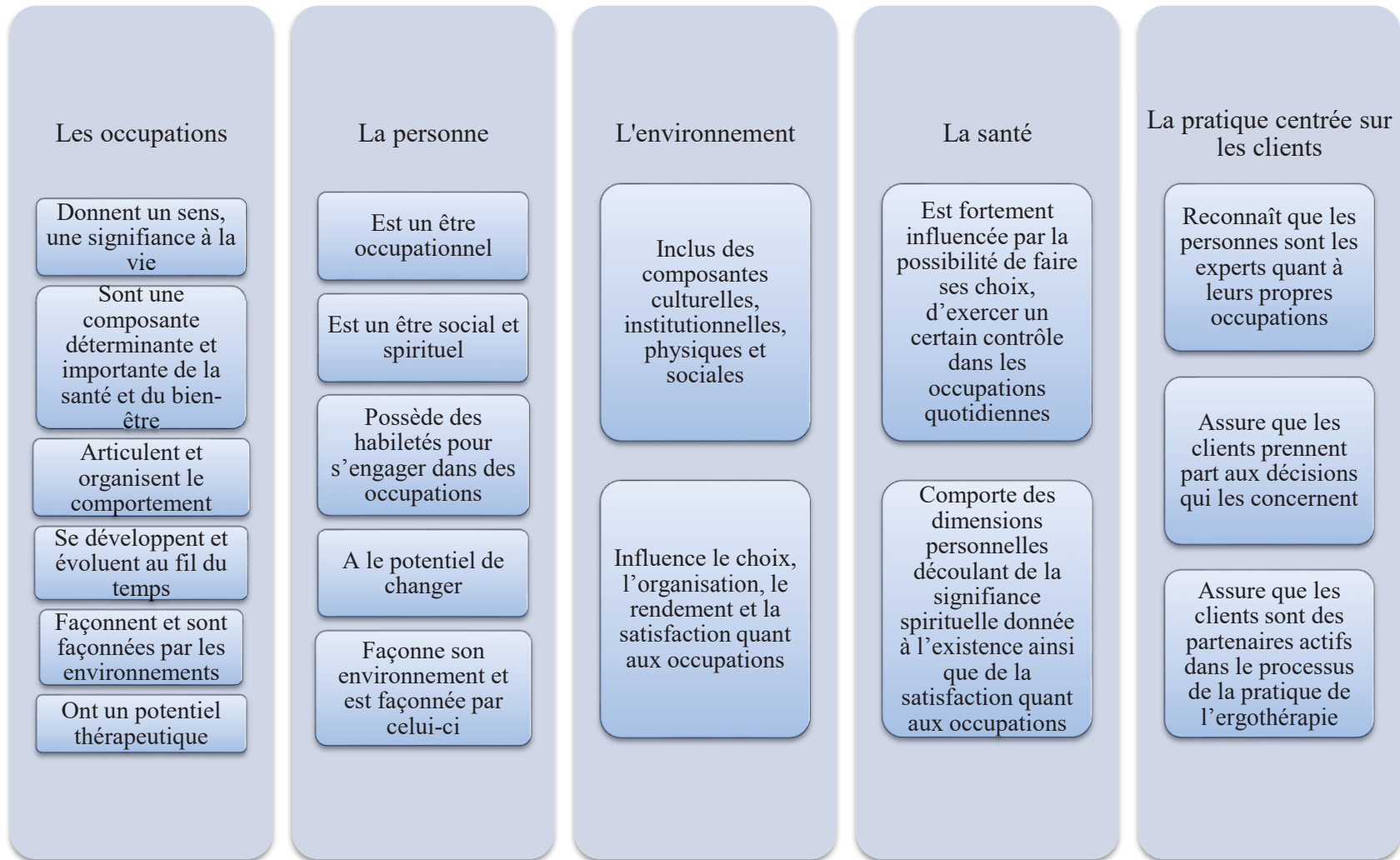


Figure 2. Les valeurs professionnelles de l'ergothérapie

Inspirée de Townsend, E.A., & Polatajko, H.J. (2013b). Introduction. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds.) *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd. version française N. Cantin, pp. 4-5). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.

2.2. Les fondements (F)

Les fondements font référence aux savoirs et aux fondements théoriques d'une profession ou d'un domaine particulier (Angenot, 1994). Ils contribuent en quelque sorte aux bonnes pratiques. Que seraient les pratiques professionnelles sans l'appui des fondements théoriques d'une profession? Il s'agit donc d'émettre des propositions issues d'un domaine reconnu pour emprunter des concepts qui sont difficilement contestables (Angenot, 1987). Ces fondements ajoutent ainsi une forme de crédibilité et de garantie aux arguments énoncés par les autres pôles (Angenot, 1987).

Dans la présente étude, il s'agit de présenter les fondements inhérents à la profession de l'ergothérapie. Telle que présentée dans les neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie et le profil de compétences, l'habilitation aux occupations est au cœur même de la profession puisqu'elle constitue la compétence clé de l'ergothérapie.

Afin que l'argumentaire ne soit pas hermétique à la profession puisqu'il s'agit de convaincre des instances institutionnelles et organisationnelles, l'habilitation aux occupations ainsi que certains de ses concepts sous-jacents seront définis (Tableau 1), de même que les fondements (Tableau 2) et les stratégies de l'habilitation aux occupations (Tableau 3) (Townsend et coll., 2013).

Tableau 1
La définition des fondements et des concepts clés sous-jacents à la profession de l'ergothérapie

Fondements et concepts clés	Définition
Habilitation aux occupations	Approche collaborative, où les personnes sont au cœur des décisions qui les concernent, visant à habiliter, à rendre apte et capable. Il s'agit donc de mettre en place des moyens qui permettront aux personnes de choisir, d'organiser et de réaliser les occupations qu'elles considèrent utiles et significatives (définition inspirée de Townsend & Polatajko, 2013a, p.442). L'action d'habiliter devient donc la méthode appropriée à l'ergothérapeute afin d'engager les personnes dans leurs occupations en vue d'atteindre leurs objectifs axés sur la santé, le bien-être et la justice.
Occupations	« Ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification » (Townsend & Polatajko, 2013a, p. 444).
Occupations significatives	Occupations choisies par un individu ou un groupe, donnant un sens à leur vie (Stewart et coll., 2015; Townsend & Polatajko, 2013a)

Tableau 2
La définition et les concepts clés des fondements de l'habilitation aux occupations

Les fondements de l'habilitation aux occupations	Définitions et concepts clés
Choix, risque et imputabilité	L'ergothérapeute collabore avec le client afin de statuer sur les choix retenus, les facteurs de risque et les responsabilités de chacun. Conjointement, l'ergothérapeute prend des dispositions afin que le client puisse participer de façon sécuritaire à ses occupations, tout en considérant le droit du client à prendre des risques et l'imputabilité professionnelle de l'ergothérapeute.
Participation du client	L'ergothérapeute assure que le client contribue et s'engage dans des occupations. La pratique centrée sur le client est inhérente à la participation du client, considérant que celui-ci est en droit de participer à la prise de décisions concernant ces services.
Vision des possibilités	L'ergothérapeute amène le client à porter une réflexion sur le présent et les possibilités d'avenir. Ces possibilités imaginées peuvent ne pas être celles anticipées par le client, suscitant l'ouverture nécessaire pour l'habiliter à faire de nouveaux choix, prendre des risques ou accepter des responsabilités pour lesquels ils se seraient crus incapables.
Changement	L'ergothérapeute invite les clients à participer activement à leur transition de vie en effectuant les changements dont ils ont besoin ou qu'ils rêvent d'accomplir, visant l'atteinte d'un état de santé et de bien-être. Le changement peut être orienté pour habilitier le client dans une perspective de développement, de maintien, de restauration et de prévention.
Justice	L'ergothérapeute tient compte de la justice, de la diversité et de l'équité afin d'habiliter en constatant comment les normes sociales caractérisent la vie des personnes et en identifiant les situations incapacitantes pour les personnes en raison de leurs caractéristiques. L'ergothérapeute est conscient que les problématiques ne naissent pas seulement d'une invalidité ou d'une déficience et habilite les clients qui sont défavorisés sur le plan occupationnel ou à la recherche de leur potentiel occupationnel.
Partage du pouvoir	L'ergothérapeute partage le pouvoir en établissant une relation collaborative avec le client afin que les choix et les décisions quant à leurs occupations et les services reçus soient pris conjointement.

Tableau inspiré des fondements décrits dans Townsend, E.A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ..., & Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds.) *Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd. version française N. Cantin, pp. 118-129). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.

Tableau 3
Les stratégies d'habilitation aux occupations proposées par Townsend et ses collaborateurs (2013)

Stratégies clés d'habilitation aux occupations	Définition selon les auteures	Exemples dans le contexte des soins à domicile pour les personnes âgées
Adapter	Modifier l'occupation ou l'environnement afin d'ajuster le niveau de défi en fonction des capacités du client.	Modifier l'horaire occupationnel du client pour que l'hygiène et sa sortie au parc soient dispersées dans la journée afin de conserver l'énergie d'une personne âgée avec une plus grande fatigabilité.
Revendiquer	Plaidoyer de sorte à fournir des arguments qui soutiennent un changement, des modifications qui sont bénéfiques à la participation du client dans ses occupations.	Revendiquer un tarif réduit des transports en commun pour les personnes âgées pour qu'un plus grand nombre puisse l'utiliser.
Coacher	Établir un partenariat avec les clients visant à les accompagner et les soutenir dans l'atteinte de leurs objectifs et d'en améliorer leur rendement.	Guider une personne âgée dans ses recherches sur l'ordinateur afin de trouver et comprendre les itinéraires des autobus du centre-ville.
Collaborer	Partager le pouvoir d'autorité avec les clients afin de les mobiliser dans les prises de décision et les engager dans leurs occupations. Ce partenariat sollicite un travail de collaboration où l'ergothérapeute réalise les choses avec les clients, plutôt que pour eux ou à leur place.	Mobiliser le client à trouver des stratégies et des façons d'aménager son environnement pour le rendre sécuritaire plutôt que de l'adapter à sa place.
Consulter	Concerter les clients en favorisant le libre-échange et en instaurant le respect des différences afin d'intégrer les perspectives de chacun, synthétiser et reformuler les propos au besoin, puis présenter les options possibles et les choix alternatifs.	Concerter un groupe de personnes âgées afin de connaître leurs besoins quant aux transports en commun. En fonction de leur discussion, formuler les besoins communs et présenter les solutions possibles pour répondre à ces besoins.
Coordonner	Mettre en lien les clients avec les ressources humaines, matérielles ou organisationnelles afin de répondre aux besoins des clients quant à leurs occupations ou à la réalisation de celles-ci.	Mettre en lien les personnes âgées désirant jouer à la pétanque avec le coordonnateur des loisirs de la ville afin qu'ils puissent faire part de leur intérêt pour cette activité et qu'ils discutent des possibilités des lieux, des plages horaires et du matériel disponible.
Concevoir et réaliser	Élaborer un plan et le mettre en œuvre en identifiant les stratégies appropriées.	Élaborer un plan de sortie avec un client pour qu'il puisse faire ses achats au centre commercial en identifiant les stratégies appropriées, par exemple être accompagné de son fils, utiliser le transport en commun, valider son budget.
Éduquer	Favoriser les apprentissages en utilisant les techniques appropriées pour les clients et en insistant sur la mise en action du client par la formation expérientielle (savoir-faire).	Enseigner l'utilisation des aides techniques à la cuisine en les faisant essayer au client plutôt que de seulement lui présenter.

Tableau 3 (suite)
Les stratégies d'habilitation aux occupations proposées par Townsend et ses collaborateurs (2013)

Stratégies clés d'habilitation aux occupations	Définition selon les auteures	Exemples dans le contexte des soins à domicile pour les personnes âgées
Engager	Inciter les clients à se mobiliser, à prendre part à l'action afin de contrer le désintérêt, la non-implication et l'indifférence du client et ainsi solliciter sa pleine participation dans ses occupations.	Inciter le client à participer à la préparation de repas, ou du moins les portions de l'occupation qu'il est en mesure de réaliser plutôt que de compenser entièrement l'occupation.
Exercer son expertise, mettre à profit son expertise	Utiliser ses connaissances et ses savoirs comme ergothérapeute pour aider les clients selon leurs situations particulières ou encore les inciter à s'aider eux-mêmes. L'expertise de l'ergothérapeute peut se transmettre via des modèles spécialisés ou des approches particulières.	Recommander des équipements et des stratégies de jardinage pour une personne âgée présentant de l'arthrite et qui désire continuer de réaliser cette occupation sans ressentir trop de douleur ou de fatigue.

Tableau inspiré de Townsend, E.A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., .., & Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds.) *Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd. version française N. Cantin, pp. 132-152). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.

2.3. L'élaboration et la saisie du réel (R)

En ce qui a trait au pôle du réel, il consiste à mettre en évidence des faits afin de justifier les changements proposés (Angenot, 1987). Autrement dit, il s'agit de présenter les données objectives qui appuient la position défendue par la thèse. Ces données objectives sont répertoriées dans les résultats que proposent les articles scientifiques.

D'ailleurs, les meilleures pratiques en ergothérapie imposent, entre autres, que les décisions cliniques soient prises en fonction des résultats probants. Cette pratique basée sur les résultats probants est traduite du concept *evidence-based practice*, qui a été définie par Sackett (1998) comme étant « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures évidences scientifiques actuelles dans la prise de décision concernant les soins individuels des patients » (traduction libre). Les neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie reprennent cette pratique en la définissant comme étant, entre autres, le résultat de l'analyse critique des données probantes. Tel que mentionné précédemment, ce pôle constituera donc la section des résultats de la présente étude.

2.4. L'action (A)

L'énumération d'actions est essentielle à la finalité d'une argumentation valide. En effet, ces décisions dites opérationnelles (Angenot, 1987; Angenot, 1994) se doivent d'être cohérentes avec les valeurs, les fondements et les savoirs prépondérants dans les pôles des convictions et du réel afin qu'elles apparaissent comme une conséquence nécessaire (Angenot, 1987). Autrement dit, les pôles précédents permettent d'orienter les actions vers une direction privilégiée (Angenot, 1987), c'est-à-dire en cohérence avec la position jusqu'alors défendue (Angenot, 1987; Angenot, 1994). Ainsi, le niveau de crédibilité des pistes d'actions proposées sera proportionnel à leur niveau de cohérence avec les convictions et les savoirs rapportés.

D'autre part, Angenot (1994) reconnaît que les actions servent à l'articulation des pratiques concrètes. Ainsi, il est impératif de s'assurer de la praticabilité et de la recevabilité des moyens proposés afin que ceux-ci soient compatibles avec la structure organisationnelle actuelle (Angenot, 1994). En d'autres termes, il s'agit là de considérer les facilitateurs et les obstacles à l'édification des actions, ce qui assurera leur concrétisation et leur réalisme.

3. MÉTHODE

3.1. Devis

Lorsque Paillé (2007) aborde les différents devis acceptables pour un essai réalisé dans le cadre d'une maîtrise professionnelle, il mentionne la production de matériel d'apprentissages comme l'un d'entre eux. Pour le présent projet, il sera davantage question d'une production de matériel professionnel considérant que la finalité de ce projet de recherche vise à outiller les professionnels de la communauté ergothérapique à plaider efficacement par l'entremise d'arguments crédibles. Pour ce faire, le squelette d'un procédé argumentaire pour concevoir la gestion des listes d'attente autrement sera proposé.

3.2. Critères de sélection des études

Les études sélectionnées doivent porter sur les effets et les coûts attribuables aux services ergothérapiques afin de documenter leur efficacité et leur rentabilité et ce, auprès de personnes âgées à risque d'incapacités et présentant des incapacités légères puisque les enjeux d'accessibilité aux services ergothérapiques touchent davantage cette clientèle. D'autre part, les interventions documentées dans les études doivent s'inscrire dans une approche de réadaptation dans un contexte de prévention et de promotion de la santé et non de compensation. Ce critère est expliqué par le fait que l'argumentaire présent vise à élargir la perspective des services offerts au-delà de l'approche compensatoire privilégiée actuellement dans les CLSC.

Ainsi, les études retenues doivent être rédigées en anglais ou en français. Les interventions des études doivent être dirigées par un ou plusieurs ergothérapeutes. Dans le cas d'un programme interdisciplinaire, l'ergothérapeute doit avoir une place prédominante (50 % et plus) et les interventions de chaque professionnel doivent être décrites distinctement. Les interventions doivent être dans une approche de réadaptation et de promotion et prévention de la santé, et non de compensation. Les interventions doivent être orientées sur des occupations variées. Dans le cas où seuls les AVQ sont couverts, l'étude sera rejetée.

Quant aux participants des études sélectionnées, ceux-ci doivent être âgés de 60 ans et plus, vivre en communauté de façon indépendante, soit à domicile ou en résidence autonome et

ne pas recevoir de soins à domicile. Les participants peuvent présenter des conditions de santé, mais cette condition ne doit pas faire l'objet du critère d'inclusion des études. Les études considérant des participants diagnostiqués avec un trouble neurologique (accident vasculaire cérébral, Parkinson, traumatisme craniocérébral), cognitif (Alzheimer, démence), psychologique (troubles de santé mentale) ou physique (fracture) sont exclues. En effet, l'efficacité de l'ergothérapie auprès de cette clientèle est largement documentée (Foster, Bedekar, & Tickle-Degnen, 2014; Ikiugu, Nissen, Bellar, Maassen, & Van Peurse, 2017; Kim, Yoo, Jung, Park, & Park, 2012; Park, Maitra, & Martinez, 2015; Pei-Fen, Baxter, & Rissky, 2016; Steultjens et coll., 2003), et les services leur sont déjà offerts, ne nécessitant pas de revendiquer pour qu'ils se voient attribuer des services ergothérapeutiques.

3.3. Collecte de données

La base de données sélectionnée est CINAHL, de la plateforme EBSCO, puisque c'est un répertoire de plus de 2700 titres de périodiques abordant, entre autres, le secteur des sciences paramédicales. La profession de l'ergothérapie apparaît d'ailleurs dans les mots-clés principaux de la base de données (CINAHL., s.d.).

Les mots-clés et les opérateurs booléens utilisés pour la recherche sont : *(elder OR old* OR aged OR geriatric) AND occupation* therap* AND (effect* OR efficacy OR impact OR outcome OR benef* OR consequence OR influence OR cost OR "cost-effectiveness") AND (communit* OR community-dwelling OR home OR "independent living" OR "aging in place") AND (health* OR "without condition" OR "without diagnos*" OR "health promot*" OR promot*)*.

Le terme « *prevent** » n'a pas été utilisé puisqu'il générerait des études avec des participants présentant des conditions ou des diagnostics précis, ce qui alourdirait la recherche.

La recherche concerne les études ayant été publiées du 1^{er} janvier 1997 au 1^{er} août 2017. Ces dates sont d'ailleurs ajoutées comme critères de recherche sur la base de données.

3.4. Analyse de données

Les résultats obtenus seront présentés en s'inspirant de la méthodologie recommandée dans le cas d'une revue systématique. Ce choix s'explique par le fait que ce procédé méthodologique permet de répertorier l'ensemble des articles qui traitent du sujet, puis de les trier en fonction de leur pertinence. Toutefois, considérant que l'objectif de l'étude n'est pas de créer une revue systématique, mais bien un procédé argumentatif, l'évaluation complète de la qualité de chaque étude ne sera pas réalisée, mais son niveau d'évidence et les principaux résultats seront présentés.

Par ailleurs, une analyse de contenu sera réalisée à partir des interventions utilisées pour chacune des études. Les stratégies d'habilitation aux occupations décrites dans le cadre conceptuel serviront à la catégorisation du contenu.

Finalement, la discussion servira à présenter l'ensemble de l'argumentaire qui mettra en lien les convictions (C) et les fondements (F) de la profession de même que les résultats probants (réel, R). En cohérence avec ces éléments, des pistes d'actions (A) seront alors proposées.

3.5. Considérations éthiques

Aucun certificat éthique n'a été exigé dans le cadre de ce projet en raison de l'absence de recrutement et de l'implication directe de participants.

4. RÉSULTATS

La présente section expose les résultats obtenus suite à la collecte de données réalisées. Ainsi, le procédé de sélection des études, leurs caractéristiques et leur niveau de scientificité seront décrits dans un premier temps. Par la suite, le contenu des études sera traité, d'une part en fonction de l'efficacité et la rentabilité des interventions, puis d'autre part, en fonction des stratégies clés d'habilitation aux occupations. Pour les sections d'efficacité et de rentabilité, les résultats principaux des études concernées seront résumés dans un encadré intitulé « données objectives » afin de situer le lecteur plus rapidement.

4.1. Description du procédé de sélection des études

443 études ont été générées suite à la recherche effectuée sur la base de données CINAHL, qui ciblait les articles publiés du 1^{er} janvier 1997 au 1^{er} août 2017. Le premier tri par titre a permis de sélectionner 36 articles. Parmi ceux-ci, deux études ont été écartées puisque l'une d'elles était un doublon et que l'autre présentait des résultats préliminaires alors que l'étude complète faisait partie de la sélection. Suite à la lecture des résumés des 34 études restantes, 22 ont été retenues.

La lecture complète des 22 articles a nécessité l'exclusion de 12 autres articles, dont les revues systématiques (n= 4), puisqu'il devenait difficile de connaître avec précision les caractéristiques des participants (diagnostics, conditions, niveau de fonctionnement), le type d'interventions utilisées et l'implication de l'ergothérapeute dans les interventions. Or, ce sont ces informations spécifiques qui permettront d'élaborer des énoncés argumentaires crédibles. L'ensemble du procédé de sélection des études se retrouve dans le diagramme (Figure 3), présenté à la page suivante. Finalement, dix études ont été conservées, et toutes étaient publiées en anglais, avec des dates de parution variant de 1997 à 2016.

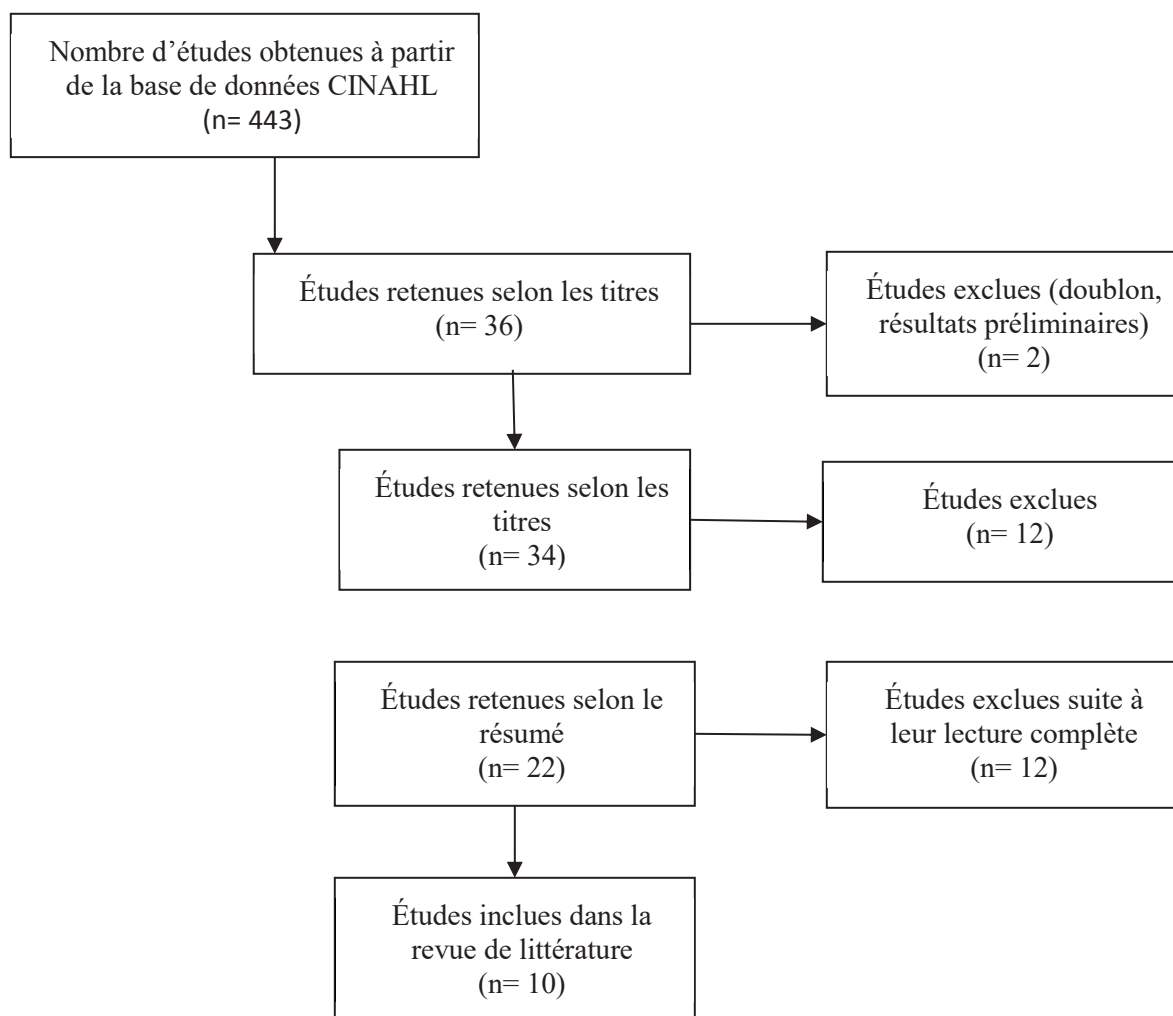


Figure 3. Le processus de sélection des études. Modifié à partir de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine* 6(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

4.2. Description des caractéristiques des études retenues

Les caractéristiques (le niveau d'évidence, le devis, la méthodologie et les interventions utilisées, le nombre et les caractéristiques principales des participants, les résultats sommaires) de chacune des études sélectionnées sont présentées dans le tableau 4 à l'Annexe A. De plus, des messages clés ont été ajoutés à la présentation de chacune des études afin de relever les informations les plus pertinentes qui pourraient se retrouver au cœur de l'argumentaire.

4.3. Description du niveau de scientificité des études retenues

Parmi ces études, sept études (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2001; Clark et coll., 2012; Gitlin et coll., 2006; Gitlin et coll., 2009; Yamada, Kawamata, Kobayashi, Kielhofner, & Taylor, 2010; Zingmark, Nilsson, Fisher, & Lindholm, 2016) sont des essais randomisés contrôlés (ERC), correspondant à des niveaux d'évidence I, et donc à un haut niveau d'évidence scientifique. Les trois autres études (Johansson & Björklund, 2016; Matuska, Giles-Heinz, Flinn, Neighbor, & Bass-Haugen, 2003; Mulry & Piersol., 2014) correspondent à un niveau d'évidence II, soit à une évidence scientifique moyenne. L'étude de Johansson et Björklund (2016) est une étude mixte, comparant deux groupes non randomisés tandis que les deux autres études sont des études de cohortes. La grille utilisée pour définir le niveau d'évidence (Haute Autorité de Santé [HAS], 2003) est présentée dans le tableau 5, à l'Annexe B.

Le contenu des études est traité dans les sections suivantes.

4.4. L'efficacité et les retombées des interventions ergothérapeutiques

L'habilitation aux occupations est efficace auprès des personnes âgées de 60 ans et plus qui vivent dans la communauté en contribuant à leur participation à leurs occupations, à leur fonctionnement dans leurs occupations, à leur santé et à leur bien-être physique et psychologique, à leur perception d'efficacité personnelle, à leur satisfaction de vie à leurs interactions sociales, à leurs connaissances et stratégies, puis à leur espérance de vie.

4.4.1. Participation aux occupations

La participation aux occupations est abordée par deux études de niveau d'évidence II (Matuska et coll., 2003; Mulry & Piersol, 2014). L'étude de Matuska et ses collaborateurs (2003) révèle qu'à la suite d'un programme de six mois, les personnes âgées participent plus fréquemment à des activités communautaires, particulièrement pour les activités extérieures et celles en communauté. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus suite à un programme de seulement quatre semaines (Mulry & Piersol, 2014), où la participation à des activités valorisées par les participants était maintenue ou améliorée et ce, directement à la fin du programme, mais également quatre semaines suivant la fin des interventions.

Données objectives

Matuska et collaborateurs (2003)

65 participants âgés entre 70 et 92 ans :

- Augmentation de la fréquence de participation dans les activités communautaires ou sociales, passant de 56 % à 66 %, plus particulièrement pour les activités extérieures (30 % à 51 %), et les activités en communauté (44 % à 62 %).

Mulry & Piersol (2014)

7 participants âgés de 62 ans et plus :

- Amélioration ou maintien de la participation à des activités valorisées chez 85,71 % des participants à la fin du programme et chez 100 % au suivi;
- La fréquence moyenne de participation à des activités extérieures dans les quatre dernières semaines est donc passée de 2,28 en début de programme, à 10,85 à la fin du programme, puis à 20,43 au suivi.

4.4.2. Fonctionnement dans les occupations

Le fonctionnement dans les occupations est abordé par deux études de niveau d'évidence I (Gitlin et coll., 2006) et II (Mulry & Piersol, 2014). L'étude de Gitlin et ses collaborateurs (2006) rapporte que les personnes âgées ayant participé au programme de six mois présentent moins de limitations fonctionnelles dans leurs AVQs et leurs AVDs en comparaison aux personnes âgées du groupe contrôle. Ce ralentissement ou cette diminution des limitations plutôt que l'amélioration du fonctionnement des participants peut s'expliquer par le fait que les participants présentaient déjà certaines limitations au début de l'étude en plus d'un âge plus avancé. Quant à l'étude de Mulry et Piersol (2014), les résultats rapportaient le maintien ou l'amélioration du niveau d'autonomie à l'extérieur chez 100 % des participants suite au programme de quatre semaines et chez 85,71 % des participants quatre semaines suivant la fin des interventions. Cette étude mentionnait également le maintien ou l'amélioration de la confiance des participants quant à leur niveau de mobilité en communauté et ce, pour 71 % des participants à la fin du programme et au suivi.

Données objectives

Gitlin et collaborateurs (2006)

319 participants âgés de 70 ans et plus rapportant des besoins d'aide ou des difficultés dans une ou plusieurs AVQs ou dans deux AVDs, mais ne recevant pas de soins à domicile :

- Différence significative pour le groupe traitement dont les participants présentent moins de difficultés fonctionnelles dans les AVQs ($p < 0.03$) et dans les AVDs ($p < 0.04$) suite à un programme de six mois que les participants du groupe contrôle.

Mulry & Piersol (2014)

7 participants âgés de 62 ans et plus :

- Amélioration ou maintien de l'autonomie à l'extérieur (*The Impact on Autonomy and Participation Questionnaire- IPAQ*) chez 100 % des participants à la fin du programme de quatre semaines et chez 87,71 % au suivi de quatre semaines suivant la fin des interventions;
- Amélioration ou maintien de la confiance à se mobiliser en communauté (*The Modified Falls Efficacy Scale- MFES*) chez 71 % des participants à la fin du programme et au suivi.

4.4.3. Santé et bien-être physique

La santé et le bien-être physique sont abordés dans trois études de niveau d'évidence I (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2001; Clark et coll., 2012). Les résultats présentent un ralentissement ou une diminution des douleurs physiques (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2012) et des limitations dues à l'état physique (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2012) chez les personnes âgées suite au programme d'ergothérapie. Ces bénéfices apparaissent suite à un programme de neuf mois (Clark et coll., 1997), mais également lorsque ce même programme est écourté sur une période de six mois (Clark et coll., 2012). Toutefois, le programme plus long permet d'obtenir également un ralentissement significatif du déclin quant au fonctionnement physique (activités physiques) (Clark et coll., 1997). Ces bénéfices liés au fonctionnement physique ainsi qu'aux limitations dues à l'état physique des personnes âgées perduraient jusqu'à six mois suivant la fin du programme de neuf mois (Clark et coll., 2001).

Données objectives

Clark et collaborateurs (1997)

361 participants âgés de 60 ans et plus :

- Ralentissement significatif de l'évolution des douleurs physiques ($p < 0.03$) et des limitations dues à l'état physique ($p < 0.02$) et au fonctionnement physique ($p < 0.008$) (*RAND 36-Item Health Status Survey, Short Form-36- RAND SF-36*) à la fin d'un programme de neuf mois.

Clark et collaborateurs (2001)

361 participants âgés de 60 ans et plus :

- Pérennité significative du ralentissement de l'évolution des limitations dues à l'état physique ($p < 0.02$) et au fonctionnement physique ($p < 0.03$) (*RAND 36-Item Health Status Survey, Short Form-36- RAND SF-36*) au suivi de six mois suivant la fin du programme de neuf mois de Clark et collaborateurs (1997).

Clark et collaborateurs (2012)

460 participants âgés entre 60 et 95 ans :

- Diminution significative des douleurs physiques ($p < 0.02$) (Version 2 du *36-Item Short-Form Health Survey- SF-36v2*) suite à un programme de six mois;
- Diminution significative des douleurs physiques ($p < 0.03$) et des limitations dues à l'état physique ($p < 0.05$) (Version 2 du *36-Item Short-Form Health Survey- SF-36v2*) pour un deuxième groupe (groupe contrôle ayant participé au programme de six mois à la fin de l'essai randomisé).

4.4.4. Santé et bien-être mentaux

La santé et le bien-être mentaux sont abordés dans six études de niveau d'évidence I (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2001; Clark et coll., 2012; Yamada et coll., 2010) et II (Johansson & Björklund, 2016; Matuska et coll., 2013). Des bénéfices significatifs relatifs à la santé et au bien-être mentaux ont été observés (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2012; Johansson & Björklund, 2016; Matuska et coll., 2013; Yamada et coll., 2010) et ce, malgré la

variance de la durée des programmes, passant de 4, à 6, à 8, puis 9 mois. Par ailleurs, les effets observés suite au programme de neuf mois demeuraient significatifs jusqu'à six mois suivant la fin des interventions (Clark et coll., 2001). Plus spécifiquement, les résultats des études révèlent un ralentissement significatif des limitations dues à l'état mental des personnes âgées (Clark et coll., 1997), une amélioration significative de leur vitalité (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2012; Johansson & Björklund, 2016; Matuska et coll., 2013) ainsi qu'une diminution significative des symptômes dépressifs (Clark et coll., 2012). Les bénéfices quant à la diminution des symptômes dépressifs et à l'amélioration de la vitalité étaient également significatifs pour le deuxième groupe dans l'étude de Clark et ses collaborateurs (2012), lequel était en fait constitué des participants du groupe contrôle ayant bénéficié des interventions du programme une fois l'essai randomisé terminé. Finalement, les personnes âgées rapportaient que l'effet de groupe des interventions contribuait à leur estime personnelle (Johansson & Björklund, 2016).

Données objectives

Clark et collaborateurs (1997)

361 participants âgés de 60 ans et plus :

- Ralentissement significatif de l'évolution des limitations dues à l'état mental ($p < 0.05$) et du déclin de la santé mentale générale ($p < 0.02$) (*RAND 36-Item Health Status Survey, Short Form-36- RAND SF-36*) à la fin d'un programme de neuf mois;
- Amélioration significative de la vitalité ($p < 0.04$) (*RAND 36-Item Health Status Survey, Short Form-36- RAND SF-36*) à la fin d'un programme de neuf mois.

Clark et collaborateurs (2001)

361 participants âgés de 60 ans et plus :

- Pérennité significative du ralentissement de l'évolution des limitations dues à l'état mental ($p < 0.05$) et du déclin de la santé mentale générale ($p < 0.02$) (*RAND 36-Item Health Status Survey, Short Form-36- RAND SF-36*) au suivi de six mois suivant la fin du programme de neuf mois de Clark et collaborateurs (1997);

- Pérennité significative de l'amélioration de la vitalité ($p < 0.001$) (*RAND 36-Item Health Status Survey, Short Form-36- RAND SF-36*) au suivi de six mois suivant la fin du programme de neuf mois de Clark et collaborateurs (1997).

Clark et collaborateurs (2012)

460 participants âgés entre 60 et 95 ans :

- Amélioration significative de la vitalité ($p < 0.03$), de la santé mentale ($p < 0.03$) et des composantes mentales ($p < 0.03$) (Version 2 du *36-Item Short-Form Health Survey- SF-36v2*) ainsi qu'une diminution significative des symptômes dépressifs ($p < 0.03$) (*The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale- CES-D*) suite à un programme de six mois;
- Amélioration significative de la vitalité ($p < 0.03$), de la santé mentale ($p < 0.01$), des composantes mentales ($p < 0.03$) (Version 2 du *36-Item Short-Form Health Survey- SF-36v2*), des composantes cognitives liées à la mémoire à long terme ($p < 0.0001$) et à la reconnaissance ($p < 0.01$) (Liste de mots du *Consortium to Establish a Registry of Alzheimer's Disease*) et dans la vitesse psychomotrice ($p < 0.01$) (*Digit Symbol Substitution Task of the Weschler Adult Intelligence Scale-Revised*) ainsi qu'une diminution significative des symptômes dépressifs ($p < 0.01$) (*The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale- CES-D*) pour un deuxième groupe (groupe contrôle ayant participé au programme de six mois à la fin de l'essai randomisé).

Johansson & Björklund (2016)

40 participants de plus de 65 ans :

- Amélioration significative de la vitalité ($p < 0.01$) et de la santé mentale ($p < 0.03$) (*The Short Form 36-SF-36*) ainsi qu'une amélioration de l'estime de soi (entrevues semi-structurées) suite à un programme de quatre mois.

Matuska et collaborateurs (2013)

65 participants âgés entre 70 et 92 ans :

- Amélioration significative de la vitalité ($p < 0.05$) et du score global de santé mentale ($p < 0.05$) (*The SF-36 Health Survey*) après un programme de six mois.

Yamada et collaborateurs (2010)

63 participants âgés de 65 ans et plus :

- Amélioration significative du bien-être psychologique ($p < 0.02$) (Catégorie psychologique du *World Health Organisation Quality of Life-26-WHO QOL26*) suite à un programme de huit mois.

4.4.5. Perception d'efficacité personnelle

La perception d'efficacité personnelle est abordée par trois études de niveau d'évidence I (Gitlin et coll., 2006) et II (Johansson & Björklund, 2016; Mulry & Piersol, 2014). L'étude de Gitlin et ses collaborateurs (2006) révèle que, suite à un programme de six mois, les personnes âgées se perçoivent significativement plus efficaces dans leur fonctionnement général en plus d'être significativement moins craintives quant au fait de tomber comparativement aux personnes âgées n'ayant reçu aucune intervention. Cette différence entre les deux groupes quant à la peur de tomber demeurait d'ailleurs significative lors du suivi de six mois suivant la fin du programme. Les bénéfices quant à la perception de l'efficacité personnelle étaient également rapportés qualitativement par les personnes âgées à la fin du programme, maintenant qu'elles se considéraient désormais comme des personnes actives (Johansson & Björklund, 2016) et se sentaient plus confiantes à échanger avec les pairs du groupe quant aux sorties et à leur planification (Mulry & Piersol, 2014).

Données objectives

Gitlin et collaborateurs (2006)

319 participants âgés de 70 ans et plus rapportant des besoins d'aide ou des difficultés dans une ou plusieurs AVQs ou dans deux AVDs, mais ne recevant pas de soins à domicile :

- Différence significative pour le groupe traitement dont les participants présentent une moins grande peur de tomber ($p < 0.001$) (*Falls Efficacy Scale* de Tinetti) et se perçoivent

plus efficaces dans leur fonctionnement général ($p < 0.02$) (*The functional self-efficacy index*) suite à un programme de six mois que les participants du groupe contrôle;

- Différence significative entre les deux groupes concernant la peur de tomber ($p < 0.008$) (*Falls Efficacy Scale* de Tinetti) perdue jusqu'à six mois suivant la fin du programme.

Johansson & Björklund (2016)

40 participants de plus de 65 ans :

- Les participants se perçoivent eux-mêmes comme des personnes actives (entrevues semi-structurées) suite à un programme de quatre mois.

Mulry & Piersol (2014)

7 participants âgés de 62 ans et plus :

- Les participants se sentent plus confiants pendant les échanges avec les pairs concernant les sorties et leur planification (entrevues semi-structurées) suite à un programme de quatre semaines.

4.4.6. Satisfaction de vie

La satisfaction de vie est abordée dans trois études de niveau d'évidence I (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2012; Yamada et coll., 2010). Elles rapportent une amélioration significative de la satisfaction de vie chez les participants ayant reçu les interventions ergothérapeutiques et ce, pour des programmes de durée variée, soit six, huit et neuf mois.

Données objectives

Clark et collaborateurs (1997)

361 participants âgés de 60 ans et plus :

- Amélioration significative de la satisfaction de vie ($p < 0.03$) (*Life Satisfaction Index-Z-LSI-Z*) à la fin d'un programme de neuf mois.

Clark et collaborateurs (2012)

460 participants âgés entre 60 et 95 ans :

- Amélioration significative de la satisfaction de vie ($p < 0.03$) (*Life Satisfaction Index-Z-LSI-Z*) suite à un programme de six mois;
- Amélioration significative de la satisfaction de vie ($p < 0.02$) (*Life Satisfaction Index-Z-LSI-Z*) pour un deuxième groupe (groupe contrôle ayant participé au programme de six mois à la fin de l'essai randomisé).

Yamada et collaborateurs (2010)

63 participants âgés de 65 ans et plus :

- Amélioration significative de la satisfaction de vie ($p < 0.01$) (*Life Satisfaction Index-Z-LSI-Z*) suite à un programme de huit mois.

4.4.7. Interactions sociales

Les interactions sociales sont abordées dans six études, dont trois avec un niveau d'évidence I (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2001; Clark et coll., 2012) et trois avec un niveau d'évidence II (Johansson & Björklund, 2016; Matuska et coll., 2003; Mulry & Piersol, 2014). Les résultats présentent des effets bénéfiques quant à la qualité des interactions des personnes âgées (Clark et coll., 1997) et à leur fonctionnement social (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2012; Matuska et coll., 2003). Ces bénéfices étaient observés suite à un programme de neuf mois (Clark et coll., 1997), mais demeuraient également présents suite à un programme d'une durée de six mois (Clark et coll., 2012; Matuska et coll., 2003). Dans le cas du programme de neuf mois (Clark et coll., 1997), l'ensemble des bénéfices perdurait jusqu'à six mois suivant la fin des interventions (Clark et coll., 2001). Quant à la fréquence des interactions sociales des personnes âgées, l'étude de Matuska et ses collaborateurs (2003) et celle de Muly et Piersol (2014) rapportaient un maintien ou une amélioration suite à des programmes respectifs de six mois (Matuska et coll., 2003) et quatre semaines (Mulry & Piersol, 2014). Finalement, les personnes âgées rapportent que les interactions de groupe permettent de développer un sentiment d'appartenance à celui-ci (Johansson & Björklund, 2016) et que les interventions sous forme de groupe et les périodes de socialisation contribuent à leur satisfaction quant aux interventions reçues (Matuska et coll., 2003).

Données objectivesClark et collaborateurs (1997)

361 participants âgés de 60 ans et plus :

- Amélioration significative de la qualité des interactions ($p < 0.03$) (*The Functional Status Questionnaire*) et un ralentissement significatif du déclin du fonctionnement social ($p < 0.05$) (*RAND 36-Item Health Status Survey, Short Form-36- RAND SF-36*) à la fin d'un programme de neuf mois;

Clark et collaborateurs (2001)

361 participants âgés de 60 ans et plus :

- Pérennité significative de l'amélioration de la qualité des interactions ($p < 0.05$) (*The Functional Status Questionnaire*) et du ralentissement du déclin dans le fonctionnement social ($p < 0.01$) (*RAND 36-Item Health Status Survey, Short Form-36- RAND SF-36*) au suivi de six mois suivant la fin du programme de neuf mois de Clark et collaborateurs (1997).

Clark et collaborateurs (2012)

460 participants âgés entre 60 et 95 ans :

- Amélioration significative du fonctionnement social ($p < 0.04$) (*Version 2 du 36-Item Short-Form Health Survey- SF-36v2*) à la suite d'un programme de six mois.

Johansson & Björklund (2016)

40 participants de plus de 65 ans :

- Les participants rapportent que les interventions de groupe favorisaient le développement du sentiment d'appartenance à ce groupe (entrevues semi-structurées) suite à un programme de quatre mois.

Matuska et collaborateurs (2003)

65 participants âgés entre 70 et 92 ans :

- Amélioration significative du fonctionnement social ($p < 0.01$) (*The SF-36 Health Survey*) suite au programme de six mois;
- Augmentation de la fréquence moyenne des interactions sociales quantifiée à minimalement trois fois par semaine, passant de 47 % à 56 % à la fin du programme;
- Les groupes de discussion et les périodes de socialisation ont contribué à l'appréciation des participants quant au programme (questionnaire de satisfaction).

Mulry & Piersol (2014)

7 participants âgés de 62 ans et plus :

- Amélioration ou maintien de la participation sociale chez 85,71 % (*The Impact on Autonomy and Participation Questionnaire- IPAQ*) à la fin du programme de quatre semaines et chez 100 % au suivi de quatre semaines suivant la fin des interventions.

4.4.8. Connaissances et stratégies

Les connaissances et les stratégies sont abordées dans trois études, dont une avec un niveau d'évidence I (Gitlin et coll., 2006) et deux avec un niveau d'évidence II (Johanson & Björklund, 2016; Mulry & Piersol., 2014). Les personnes âgées ayant reçu des interventions en ergothérapie présentent moins de dangers potentiels à domicile (Gitlin et coll., 2006) et sont en mesure d'identifier et d'utiliser des stratégies adaptatives concrètes dans leur quotidien (Gitlin et coll., 2006; Johanson & Björklund, 2016). Ces résultats sont associés à des programmes respectifs de six (Gitlin et coll., 2006) et quatre mois (Johanson & Björklund, 2016). Des résultats bénéfiques sont également observés suite à un programme de seulement quatre semaines, où les personnes âgées sont en mesure de nommer trois moyens de transport alternatifs (Mulry & Piersol., 2014). Ces connaissances quant aux moyens de transport se maintiennent également jusqu'à quatre semaines suivant la fin des interventions (Mulry & Piersol., 2014).

Données objectives

Gitlin et collaborateurs (2006)

319 participants âgés de 70 ans et plus rapportant des besoins d'aide ou des difficultés dans une ou plusieurs AVQs ou dans deux AVDs, mais ne recevant pas de soins à domicile :

- Différence significative pour le groupe traitement dont les participants présentent moins de dangers potentiels à domicile ($p < 0.05$) (*Falls Efficacy Scale* de Tinetti) et utilisent davantage de stratégies adaptatives ($p < 0.009$) suite au programme de six mois comparativement aux participants du groupe contrôle;
- Différence significative entre les deux groupes concernant l'utilisation de stratégies adaptatives ($p < 0.01$) perdue jusqu'à six mois suivant la fin du programme.

Johansson & Björklund (2016)

40 participants de plus de 65 ans :

- Les participants énumèrent des stratégies adaptatives concrètes et pratiques qu'ils adoptent dans leur quotidien suite au programme de quatre mois.

Mulry & Piersol (2014)

7 participants âgés de 62 ans et plus :

- Maintien dans la capacité à identifier deux risques liés à la santé chez 42,86 % des participants à la fin du programme de quatre semaines et au suivi de quatre semaines suivant la fin des interventions;
- Maintien dans la capacité à identifier trois moyens de transport alternatifs chez 100 % des participants à la fin du programme de quatre semaines et au suivi de quatre semaines suivant la fin des interventions.

4.4.9. Espérance de vie

L'espérance de vie est abordée dans une étude avec un niveau d'évidence I (Gitlin et coll., 2009), laquelle rapporte que le taux de mortalité est significativement moindre chez les personnes âgées ayant reçu des interventions ergothérapeutiques et ce, jusqu'à deux années suivant la fin des interventions. Sans toutefois être significatif, cette différence sur le taux de mortalité est observable jusqu'à 3,5 années suivant la fin des interventions. Par ailleurs, les résultats

démontrent que les effets des interventions ergothérapeutiques sur le taux de mortalité sont plus importants chez les personnes âgées avec des risques faibles à modérés quant à leur santé comparativement aux personnes avec des risques sévères. Ces effets sont d'ailleurs significatifs pour les personnes âgées présentant une santé à risques modérés.

Données objectives

Gitlin et collaborateurs (2009)

319 participants âgés de 70 ans et plus rapportant des besoins d'aide ou des difficultés dans une ou plusieurs AVQs ou dans deux AVDs, mais ne recevant pas de soins à domicile :

- Différence significative du taux de mortalité ($p < 0.016$) entre le groupe traitement (5,6 %) et le groupe contrôle (13,2 %) et ce, jusqu'à deux années suivant la fin des interventions (programme de six mois). Cette différence du taux de mortalité, sans être significative, est présente jusqu'à 3,5 années suivant la fin des interventions;
- Différence significative du taux de mortalité ($p < 0.021$) entre le groupe traitement et le groupe contrôle lorsque les participants présentent des risques modérés liés à leur santé. La différence sur le taux de mortalité est également importante, mais non significative, entre les groupes présentant une santé à faible risque.

4.5. La rentabilité des interventions ergothérapeutiques dans une perspective d'habilitation aux occupations

La rentabilité des interventions ergothérapeutiques est abordée dans deux études de niveau d'évidence I (Clark et coll., 2012; Zingmark et coll., 2016). L'étude de Zingmark et ses collaborateurs mentionnent que les coûts totaux, comprenant ceux relatifs aux interventions et aux soins de santé, sont significativement moindres pour les personnes âgées participant à des groupes de discussion comparativement à celles participant à des groupes d'activités, à celles recevant des interventions individuelles ou à celles ne recevant aucune intervention. Cette même étude rapporte également une amélioration significative du QALY (année de vie ajustée en fonction de sa qualité) sur une période de trois mois pour les personnes âgées ayant participé au groupe d'activités et au groupe de discussion, et sur une période de 12 mois pour celles ayant participé au groupe de discussion seulement. L'étude de Clark et ses collaborateurs (2012) confirme d'ailleurs cette amélioration significative du QALY suite aux interventions

ergothérapeutiques étalées sur une période de six mois. De ce fait, l'étude de Zingmark et ses collaborateurs (2016) conclut donc que les interventions individuelles ne sont pas rentables tandis que celles réalisées en groupe d'activités ou en groupe de discussion sont rentables sur une période de trois mois, mais que seules celles en groupe de discussion demeurent rentables sur une période de 12 mois. Une fois de plus, ces résultats vont dans le même sens que ceux répertoriés dans l'étude de Clark et ses collaborateurs (2012), rapportant que les interventions ont un ratio coût/QALY de 24 868€, soit un rapport considéré comme acceptable selon le *National Institute Health and Clinical Excellence* (NICE).

Données objectives

Clark et collaborateurs (2012)

- Coûts des interventions de 783\$ pour le groupe expérimental, équivalent à un coût par QALY (année de vie en fonction de sa qualité) de 41 218\$, ce qui est considéré comme acceptable selon les critères du National Institute Health and Clinical Excellence (NICE);
- Amélioration du QALY de 0.038 ($p < 0.02$) pour le groupe expérimental.

Zingmark et collaborateurs (2016)

177 participants âgés entre 77 et 82 ans :

- Coûts des interventions de 6787€ pour le groupe recevant des interventions individuelles, de 7744€ pour le groupe d'activités et de 1242€ pour le groupe de discussion;
- Coûts relatifs à la santé significativement moindres pour le groupe de discussion et ce, à trois mois ($p < 0.02$) puis à 12 mois ($p < 0.04$);
- Coûts totaux significativement moindres pour le groupe de discussion et ce, à trois mois ($p < 0.02$) et à 12 mois ($p < 0.03$);
- Augmentation significative du QALY (année de vie en fonction de sa qualité) pour le groupe d'activités ($p < 0.04$) et le groupe de discussion ($p < 0.03$);
- Rentabilité des interventions : le groupe contrôle et le groupe recevant des interventions individuelles sont considérés comme non rentables, tandis que le groupe d'activités est considéré comme rentable à 3 mois et que le groupe de discussion est considéré comme rentable à trois et à 12 mois.

4.6. L'habilitation aux occupations au cœur des interventions

Les interventions répertoriées dans les études sont des stratégies d'habilitation aux occupations. Le Tableau 5 présente les interventions selon la stratégie d'habilitation aux occupations qui y correspond le mieux. Il est à noter que huit des dix stratégies d'habilitation s'y retrouvent puisqu'aucune des interventions relevées ne s'apparentait aux stratégies de « revendiquer » ou de « coordonner ». L'absence de ces stratégies peut être expliquée par le fait que les interventions étaient réalisées dans un cadre de recherche, et que par conséquent, il n'y avait pas de contraintes institutionnelles ou organisationnelles et que ces interventions étaient coordonnées dès le départ.

Tableau 6

Les stratégies d'habilitation aux occupations proposées par Townsend et ses collaborateurs (2013) utilisées comme interventions dans les études sélectionnées

Stratégies clés à l'habilitation aux occupations	Interventions rapportées dans les études sélectionnées
Adapter	« Adaptations occupationnelles » (Johansson & Björklund, 2016).
Coacher	« Discussion guidée » (Mulry & Piersol, 2014); « Discussion orientée sur les occupations » (Zingmark et coll., 2016).
Collaborer	« Échange d'expériences » (Johansson & Björklund, 2016); « Groupe de discussion » (Johansson & Björklund, 2016); « Échange avec les pairs » (Mulry & Piersol, 2014); « Groupe de discussion » (Yamada et coll., 2010); « Groupe de discussion » (Zingmark et coll., 2016); « Partage des expériences et soutien entre les participants du soutien entre eux » (Zingmark et coll., 2016).
Concevoir et réaliser	« Stratégies centrées sur le client » (Mulry & Piersol, 2014).
Éduquer	« Présentation didactique » (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2001; Clark et coll., 2012); « Enseignement » (Gitlin et coll., 2006; Gitlin et coll., 2009); « Lecture et information sur les thèmes » (Johansson & Björklund, 2016); « Activités liées aux thèmes » (Johansson & Björklund, 2016); « Enseignement » (Mulry & Piersol, 2014); « Lecture » (Yamada et coll., 2010); « Devoirs » (Yamada et coll., 2010); « Lectures à propos des activités sociales » (Zingmark et coll., 2016); « Devoirs et outils éducatifs » (Zingmark et coll., 2016).
Engager	« Expérience directe via la participation à des activités » (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2001; Clark et coll., 2012); « Résolution de problèmes-barrières environnementales et comportementales » (Gitlin et coll., 2006; Gitlin et coll., 2009); « Résolution de problèmes » (Mulry & Piersol, 2014); « Activités de groupe » (Yamada et coll., 2010); « Engagement dans des occupations » (Zingmark et coll., 2016); « Réflexion sur comment composer avec les problèmes relatifs à l'engagement occupationnel » (Zingmark et coll., 2016);

	« Résolution de problèmes » (Zingmark et coll., 2016).
Exercer son expertise	« Modifications de l'environnement » (Gitlin et coll., 2006; Gitlin et coll., 2009).

5. DISCUSSION

Cette section présente différents arguments pour soutenir la thèse de revoir l'attribution des services ergothérapeutiques en CLSC auprès des personnes âgées afin qu'ils soient offerts dans une approche de réadaptation basée sur l'habilitation aux occupations qui s'inscrit dans un contexte de promotion et de prévention de la santé. Suite aux arguments énoncés, les pistes d'actions seront présentées ainsi que les forces et les limites de l'étude.

5.1. L'habilitation aux occupations : des services ergothérapeutiques efficaces

Les interventions utilisées dans les études sélectionnées se sont avérées être des stratégies d'habilitation aux occupations (Tableau 5). Or, sachant que l'habilitation aux occupations est la compétence primordiale en ergothérapie (Townsend et coll., 2013), il apparaît donc que l'ergothérapie est efficace auprès des personnes âgées et ce, dans une perspective de réadaptation dans un contexte de promotion et de prévention de la santé, et non pas seulement dans une approche compensatoire, comme le sous-entendent actuellement les services ergothérapeutiques offerts dans les CLSC. Certains pourraient contre-argumenter en prétendant que les effets ne découlent pas de l'habilitation aux occupations comme telle, mais plutôt du fait que les personnes âgées participaient à des activités, et que cela était suffisant à les stimuler et à provoquer les effets observés. Cependant, cet argument a été affaibli dans l'étude de Clark et ses collaborateurs (1997), une étude de niveau d'évidence I. En effet, cette étude comparait le groupe expérimental à deux groupes contrôle, dont l'un était sans traitement, mais l'autre était un groupe d'activités sociales, permettant aux personnes âgées de prendre part à des activités d'arts, de danse, à des sorties, à des jeux. Il s'est avéré que les effets engendrés par le groupe sans traitement et le groupe d'activités sociales étaient similaires, notant ainsi qu'un groupe d'activités seul ne permet pas d'obtenir des effets significatifs en comparaison à ceux qui ne reçoivent pas de services. Ainsi, cette étude soutient qu'il est faux de croire qu'il suffit de s'occuper pour rester en santé (traduction libre de Clark et coll., 1997, p.1325), il faut plutôt savoir identifier et faire les occupations qui contribuent à sa santé.

Effectivement, une étude (Stewart et coll., 2016) avait soulevé que, bien que les occupations soient généralement liées positivement à la santé et au bien-être, il est possible que

cette relation soit négative, dépendamment du choix de l'occupation et de la façon dont elle est réalisée. Or, l'ergothérapeute ne contribue pas seulement à faire en sorte que les gens participent à des occupations, il habilite les personnes à faire des choix, à identifier leurs occupations et à les mettre en place. Ainsi, de par l'éducation (stratégie d'habilitation), il éduque les clients à faire des choix sains quant à leurs occupations afin qu'elles puissent contribuer à leur santé et leur bien-être. L'engagement à des occupations nuisibles ou inappropriées fait émerger l'importance du concept d'occupations significantes. En effet, si une personne continue de s'engager dans une occupation qu'elle sait nuisible à sa santé et son bien-être, c'est qu'elle y trouve un certain plaisir, une satisfaction, voire un sens. L'ergothérapeute peut donc soutenir cette personne dans la quête d'une ou de nouvelles occupations saines, c'est-à-dire qui contribuent à sa santé et à son bien-être, dans lesquelles le client pourra y retrouver le sens et la satisfaction qu'il accordait à l'ancienne occupation.

De ce fait, il émerge qu'il est impératif qu'une occupation soit significative pour que le client s'y engage pleinement. Pourtant, le système de priorisation actuel définit l'importance des besoins de chaque client comme étant universel, alors qu'au contraire, le client définira son besoin en matière d'occupations en fonction du sens qu'il leur accorde. Par exemple, la préparation de repas peut être classifiée à un niveau d'importance différent pour deux clients puisqu'ils y accordent une signification différente. Ainsi, une personne âgée peut accorder une importance plus grande à cette occupation, puisque chaque samedi, c'est elle qui prépare le repas pour accueillir ses enfants et ses petits-enfants, alors que pour quelqu'un d'autre, la préparation de repas peut être une corvée et une simple occupation nécessaire pour s'alimenter. Dans les deux cas, chacune des personnes ne s'investira pas de la même façon, alors qu'il s'agit pourtant de la même occupation. En habilitant les personnes dans leur choix d'activités, les personnes sont alors libres de prioriser leurs occupations en fonction de leurs besoins à combler, qui sont uniques.

Le rôle de l'ergothérapeute s'étend également à l'accompagnement des clients afin qu'ils puissent intégrer l'ensemble de leurs occupations à leur routine, maintenant ou favorisant un équilibre de vie qui les satisfait. Par ailleurs, l'ergothérapeute soutient aussi les clients dans leur pleine participation en les guidant dans la résolution de situations défis et dans la recherche de

stratégies efficaces afin de surmonter les barrières qui peuvent nuire à cette pleine participation. Ainsi, plutôt que de compenser un problème par une solution toute préparée, l'ergothérapeute guide le client pour qu'il apprenne à résoudre des problèmes, ce qui lui permettra de trouver une solution par lui-même à l'arrivée d'un nouveau défi plutôt que de refaire appel aux services.

5.2. L'habilitation aux occupations : une perspective de réadaptation dans un contexte de promotion et de prévention de la santé

Les résultats de cette étude soutiennent que l'attribution des services ergothérapeutiques auprès d'une clientèle présentant des incapacités légères, plutôt que sévères a des impacts bénéfiques sur différents plans, soit la participation (Matuska et coll., 2003; Mulry & Piersol, 2014) et le fonctionnement dans les occupations (Gitlin et coll., 2006; Mulry & Piersol, 2014), la santé et le bien-être physique (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2001; Clark et coll., 2012) et psychologique (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2012; Johansson & Björklund, 2016; Matuska et coll., 2013; Yamada et coll., 2010), le sentiment d'auto-efficacité (Gitlin et coll., 2006; Johansson & Björklund, 2016; Mulry & Piersol, 2014), la satisfaction de vie (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2012; Yamada et coll., 2010), les interactions sociales (Clark et coll., 1997; Clark et coll., 2012; Johansson & Björklund, 2016; Matuska et coll., 2013; Mulry & Piersol, 2014), l'apprentissage de connaissances et de stratégies (Gitlin et coll., 2006; Johanson & Björklund, 2016; Mulry & Piersol., 2014) ainsi que le taux de mortalité (Gitlin et coll., 2009).

Les résultats quant au taux de mortalité (Gitlin et coll., 2009) sont particulièrement intéressants puisqu'ils révèlent que l'ergothérapie a des effets significatifs jusqu'à 2 ans suivant la fin des interventions. Par ailleurs, sachant que ces effets étaient plus importants chez le groupe avec une santé faiblement et modérément à risque, comparativement au groupe avec une santé sévèrement à risque, il devient d'autant plus pertinent d'élargir la perspective actuelle de l'ergothérapie afin de déployer ses services à une autre clientèle plutôt que de les réserver uniquement à une clientèle avec des incapacités sévères.

En attribuant les services ergothérapeutiques à l'ensemble de ces clientèles, il devient alors possible de rentabiliser pleinement l'ergothérapie. N'est-ce pas ce qui est souhaité dans le

contexte d'optimisation des services que chacune des ressources soit pleinement exploitée? Actuellement, l'investissement des ressources se compte par le temps nécessaire à prendre en charge un client et le temps investi pour chacun des clients (Carrier et coll., 2016). Pourtant, plutôt que d'investir tout son temps dans une perspective de soins dont les effets sont de moins grande portée, ne vaut-il pas mieux investir une partie de ce temps pour appliquer des interventions dont l'efficacité sera de plus grande ampleur?

L'attribution des services ergothérapeutiques à une clientèle de plus vaste étendue permet également d'offrir des services au moment opportun, et donc de prendre en charge les clients au moment où ils sont à risque de présenter des incapacités ou présentent des incapacités légères. Ainsi, cela évite que les clients doivent voir leurs conditions se dégrader suffisamment avant d'espérer recevoir des services. D'ailleurs, n'est-il pas contradictoire que les critères de priorisation actuels envoient comme message que si les clients veulent bénéficier de services pour contribuer à leur santé et à leur bien-être, ils doivent être suffisamment mal en point, pour ensuite pouvoir aller mieux? Cette vision de la santé entraîne une perspective de soins compensatoires qui ne permet que de mettre un pansement temporaire sur les besoins des clients. À l'inverse, l'habilitation aux occupations dans une perspective de réadaptation en promotion et en prévention de la santé permet d'outiller les clients et donc d'améliorer ou maintenir leurs acquis ou en prévenir les pertes. Par conséquent, en répondant en amont aux besoins de ces personnes, celles-ci ne se retrouvent pas placées en urgence sur les listes d'attente, permettant ainsi à long terme de décharger la liste des besoins considérés comme urgents. Par le fait même, une réponse rapide aux besoins évite que les mêmes personnes se retrouvent toujours en instance de services puisque de nouveaux besoins apparaissent ou que les anciens n'ont été répondus que partiellement.

5.3. L'habilitation aux occupations : une réponse aux besoins biopsychosociaux

Les effets quant à la santé et au bien-être étaient plus nombreux et plus souvent corroborés par les études en ce qui a trait aux aspects psychosociaux que physiques (Clark et coll., 2001; Calrk et coll., 2012; Johansson & Björklund, 2016; Matuska et coll., 2003). Cette perspective est intéressante puisqu'elle soulève que l'ergothérapie couvre un ensemble des besoins biopsychosociaux, et sort ainsi de la perspective biomédicale qui restreint les besoins

des clients à la sphère médicale et physique. Par ailleurs, il est intéressant de constater que les interventions sont centrées sur les occupations, mais que les effets s'étendent à différentes composantes qui étaient problématiques. Ainsi, l'approche *top-down* privilégiée en ergothérapie permet d'agir sur différentes problématiques à partir des occupations. À l'inverse, l'approche *bottom-up* actuellement prescrite nécessite de s'attarder à chacune des problématiques afin d'avoir un impact occupationnel, ce qui réduit l'étendue des défis occupationnels que l'ergothérapeute peut couvrir.

5.4. L'habilitation aux occupations : une perspective rentable

Il est pertinent de s'intéresser à la rentabilité des interventions réalisées en fonction des coûts municipaux (aide à domicile, logements spécialisés) et ceux relatifs à la santé (jours d'hospitalisation, visites médicales ou visites d'autres professionnels de la santé) et aux interventions (Zingmark et coll., 2016). Les résultats statuaient que les groupes d'activités et de discussion étaient rentables alors que les interventions individuelles ne l'étaient pas (Zingmark et coll., 2016). La question qui se pose est de savoir pourquoi les services ergothérapeutiques actuels sont orientés vers des services uniquement individuels alors que les effets et la rentabilité des interventions sont davantage bénéfiques sous forme de groupe. Ces résultats sont cohérents avec les effets bénéfiques associés aux interventions de groupe, tels que l'estime personnelle, le développement d'un sentiment d'appartenance au groupe (Johansson & Björklund, 2016) et la contribution à leur satisfaction du programme (Matuska et coll., 2003). Par ailleurs, les interventions sous forme de groupe et les périodes de socialisation contribuent également à la satisfaction des personnes quant aux interventions reçues. À la lumière de ces éléments, il apparaît difficilement concevable que le système actuel confine les services ergothérapeutiques à une perspective de soins qui se veut individuelle, alors que le passage de l'habilitation aux occupations d'une perspective individuelle à une perspective sociale est encouragé (Kirsh, 2015; OEQ, 2017) puisque c'est une vision de soins efficaces et rentables, qui s'inscrit justement dans un contexte de promotion et de prévention de la santé.

5.5. Les actions

Considérant l'ensemble des énoncés de l'argumentaire, il devient éloquent que l'habilitation aux occupations est efficace et rentable lorsqu'elle s'inscrit dans une perspective

de réadaptation dans un contexte de promotion et de prévention de la santé. La thèse de revoir la gestion des listes d'attente autrement en se basant sur l'habilitation aux occupations est donc soutenue. En effet, en plus d'être efficace et rentable, la vision d'une liste d'attente selon une perspective d'habilitation aux occupations permet d'atténuer les enjeux soulevés quant à la réponse partielle des besoins des clients (Carrier et coll., 2016), la réponse en temps inopportun de leurs besoins (Raymond et coll., 2016), la priorisation universalisée des besoins qui ne tient pas compte de l'unicité des clients, la perspective de soins centrée sur les problématiques (Carrier et coll., 2016), la perspective de priorisation centrée sur les besoins institutionnels plutôt que sur ceux des clients (Carrier et coll., 2015) ainsi qu'à la réduction du rôle de l'ergothérapeute, le confinant à agir sur l'autonomie et la sécurité d'une clientèle (Carrier et coll., 2015; Carrier et coll., 2016) présentant majoritairement des incapacités sévères.

Toutefois, pour que les services soient offerts selon cette perspective, il est nécessaire que l'accessibilité à la clientèle à risque d'incapacités ou présentant des incapacités légères à modérées soit améliorée. Or, actuellement, il existe une trop grande disparité entre l'offre et la demande des services pour que tous soient vus. Ainsi, en continuant de concevoir l'étendue des clientèles sur un même continuum de services, seules les personnes présentant des incapacités sévères continueront d'être prises en charge par les services. Bien entendu, il demeure nécessaire que les services continuent d'être attribués à cette clientèle puisqu'ils leurs besoins sont essentiels, mais l'étendue des services aux autres clientèles est également impérative.

Afin d'atténuer cette impasse, les actions proposées sont de gérer la liste d'attente en offrant parallèlement des services compensatoires et de réadaptation. Ainsi, la priorisation des besoins de la clientèle à risque d'incapacités ou présentant des incapacités légères à modérées se ferait simultanément à la priorisation des besoins de la clientèle avec des besoins plus sévères. Autrement dit, au même moment, des services seraient dispensés dans une perspective compensatoire, mais également dans une perspective de réadaptation (Figure 4, à la page suivante). Cette façon de faire ralentirait temporairement la prise en charge des personnes avec des incapacités sévères, mais rétablira l'accessibilité des services aux autres clientèles dont ce droit était devenu compromis, tant l'attente pouvait être longue, atteignant parfois 9 années (Raymond et coll., 2016). Par ailleurs, en agissant en temps opportun, les personnes prises en

charge dans une perspective de réadaptation pourront retarder leur déconditionnement, allégeant ainsi la liste des priorités urgentes.

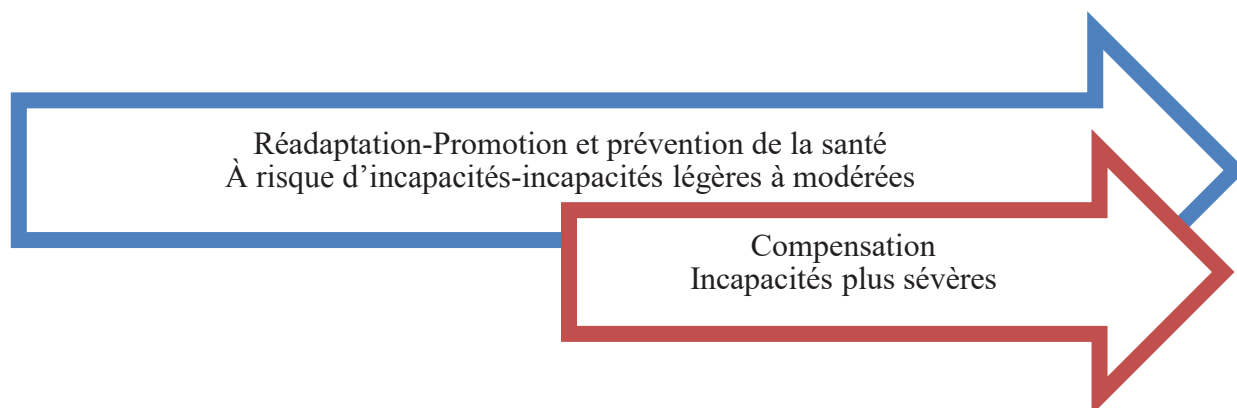


Figure 4. Le modèle recommandé d'attribution des services en ergothérapie.

Pour ce faire, les ergothérapeutes pourraient intégrer à leur *case load* une proportion de clients qui sont actuellement considérés comme priorité 3 et 4 à la proportion des clients priorisés comme urgents. Comme le soulèvent les résultats, la prise en charge des personnes pourrait être réalisée sous forme de groupe, permettant de rejoindre une plus grande proportion de clients dans un même temps. Ce rééquilibre dans la prise en charge des clientèles pourrait également être facilitée par les stagiaires en ergothérapie, qui peuvent collaborer à la création et à l'animation de groupe, ou même la prise en charge directe des clients. Dans le cas d'une prise en charge en groupe, il demeure tout de même important de réserver des périodes individuelles afin de permettre que les soins correspondent aux besoins et à la situation particulière du client.

La dernière piste d'action proposée vise quant à elle à réduire la perspective de subjectivité quant à l'attribution des services afin de favoriser une justice distributive et une équité dans les différents points de services. Pour pallier à cet enjeu, il est conseillé que les personnes qui décident de l'attribution des services ergothérapeutiques soient des ergothérapeutes. Il est espéré que cette solution puisse favoriser une attribution des services selon ce que la

profession a réellement à offrir compte tenu que les décisions seraient prises par un ergothérapeute.

5.6. Forces et limites

Il s'agit de l'une des premières études à expliciter un procédé argumentaire portant un regard inédit sur l'attribution des services ergothérapeutiques basé sur les fondements de la profession. Les arguments et les pistes d'actions proposées pourront donc être utilisés par les ergothérapeutes afin de faciliter le déploiement de leurs compétences d'agent de changement et ainsi revendiquer de manière convaincante dans une perspective sociétale plutôt que seulement individuelle. Cet accès au procédé argumentaire est novateur dans le domaine de la recherche compte tenu que les argumentaires se présentaient jusqu'ici sous forme de prise de position, rendant le processus sous-jacent inaccessible pour le lecteur.

En contrepartie, considérant qu'il s'agit justement de la première étude à expliciter le procédé argumentaire, peu d'études permettaient de pister quant à la méthodologie à utiliser. En effet, bien que le cadre conceptuel utilisé soit un modèle argumentaire élaboré en éducation par Angenot (1987, 1994), il n'avait pas été exploité dans un contexte de recherche. D'autres recherches similaires devraient donc être réalisées afin de corroborer la méthodologie utilisée. Il demeure que la méthodologie de cette étude conserve une rigueur scientifique acceptable puisqu'elle s'appuie sur un cadre conceptuel reconnu dans le domaine argumentaire, que le devis choisi est proposé par Paillé (2007) pour des maîtrises professionnelles puis que l'argumentaire s'appuie sur des concepts fondamentaux de la profession qui sont largement documentés dans la littérature professionnelle ainsi que sur des études de haut niveau d'évidence, assurant ainsi la crédibilité scientifique des énoncés argumentaires.

CONCLUSION

Sommairement, cet essai a permis de concevoir un procédé argumentaire revendiquant une attribution des services ergothérapeutiques en CLSC auprès des personnes âgées basée sur l'habilitation aux occupations. Les énoncés ont été construits à partir du modèle CRAF, assurant que les pistes d'actions proposées soient cohérentes avec les convictions (C) et les fondements (F) de la profession de même que les résultats probants (R). Les arguments proposés justifiaient que l'habilitation aux occupations était efficace et rentable dans une approche de réadaptation dans un contexte de prévention et de promotion de la santé, soutenant ainsi la pertinence de rendre accessible et d'offrir des services ergothérapeutiques aux personnes âgées actuellement classées comme peu prioritaires. D'autre part, l'argumentaire soutenait que l'attribution des services ergothérapeutiques basée sur l'habilitation aux occupations assurerait une cohérence entre les services et les fondements de la profession, favorisant ainsi une réponse plus exhaustive des besoins occupationnels et ce, pour l'ensemble de la clientèle. En cohérence avec ces énoncés argumentaires, il est donc proposé que les services, plutôt que d'être attribués selon un même continuum, soient attribués parallèlement. Ainsi, les personnes actuellement classées comme peu prioritaires recevraient des services ergothérapeutiques simultanément aux personnes présentant des incapacités sévères. Ce type de priorisation favoriserait donc l'accessibilité pour une plus vaste clientèle et élargirait la perspective d'habilitation en offrant simultanément une approche de compensation et une approche de réadaptation dans un contexte de prévention et de promotion de la santé.

Cette accessibilité aux services de la santé chez les aînés est d'ailleurs une préoccupation sociale importante à cette époque, dénotant ainsi la pertinence des retombées de cette étude. Par ailleurs, rappelons que cette préoccupation s'inscrivait dans la thématique annuelle du colloque 2017 de l'OEQ (2016), où l'occupation était au cœur de la santé et du bien-être chez les aînés. Il est ainsi espéré que cette étude puisse contribuer à réduire d'une quelconque façon les enjeux liés à l'accessibilité aux services en promouvant l'efficacité et l'étendue des services ergothérapeutiques chez les aînés.

Finalement, il est souhaité que cette étude puisse servir de prélude à d'autres recherches. Par exemple, des ergothérapeutes cliniciens en CLSC pourraient être convoqués à des groupes de discussion afin de partager ce qu'ils pensent du procédé argumentaire et émettre leurs recommandations quant à celui-ci. Il s'agirait là d'un processus de validation, qui pourrait servir à utiliser plus efficacement le procédé argumentaire à des fins réelles. Une autre idée qui s'inscrit dans la continuité de ce projet serait de proposer des critères de priorisation dans la gestion des requêtes des services en ergothérapie qui sont basés sur les fondements de la profession. Dans ce cas-ci, un groupe d'aînés pourraient alors être consultés afin de connaître leur perception quant aux critères proposés. Un projet pilote dans un CLSC du Québec pourrait également être réalisé afin de déterminer les impacts quant à l'implantation d'un système d'attribution des services ergothérapeutiques tels que proposés dans cette étude, où les ergothérapeutes offriraient leurs services parallèlement aux personnes âgées actuellement classées comme peu prioritaires et celles classées comme prioritaires.

RÉFÉRENCES

- Angenot, P. (1987). *PDG 6001 : Le discours pédagogique argumentatif*. Recueil inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Angenot, P. (1994). Apprendre à argumenter : l'acquisition de stratégies. *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*, 10, 54-68.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE. Repéré à <https://www.caot.ca/pdfs/2012profil.pdf>
- Carrier, A., Freeman, A., Levasseur, M., & Desrosiers, J. (2015). Standardized referral form: Restricting client-centered practice?. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(4), 283-292. doi:10.3109/11038128.2015.1019922
- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A., & Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance: impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. *Santé Publique*, 28(6), 769-780.
- Carrier, A., Levasseur, M., & Mullins, G. (2010). Accessibility of Occupational Therapy Community Services: A Legal, Ethical, and Clinical Analysis. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(4), 360-376. doi:10.3109/07380577.2010.510170
- CINHAL (Ebsco). (s.d.). Détails sur la ressource. Repéré à http://www.metarecherche.ca/V/HMRPUI DRM9CDMAK3X96V6LRFY2N8J7G6AIL LMTAXGIEQJ6LECP-00575?func=find-db-info&doc_num=000003804
- *Clark, F., Azen, S. P., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., . . . Lipson, L. (2001). Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: long-term follow-up of occupational therapy intervention. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 56(1), P60-63.¹
- *Clark, F., Azen, S. P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., & ... Josephson, K. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 278(16), 1321-1326.
- *Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., & ... Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial...[corrected][published erratum appears in J EPIDEMIOL COMMUNITY

¹ Les articles utilisés dans la section « Résultats » sont marqués d'un astérisque.

- HEALTH 2012; 66: pp.1079-1082]. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(9), 782-790. doi:10.1136/jech.2009.099754
- Dhillon, S. K., Wilkins, S., Law, M. C., Stewart, D. A., & Tremblay, M. (2010). Advocacy in occupational therapy: exploring clinicians' reasons and experiences of advocacy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(4), 241-248. doi:10.2182/cjot.2010.77.4.6
- Dhillon, S., Wilkins, S., Stewart, D., & Law, M. (2016). Understanding advocacy in action: A qualitative study. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(6), 345-352. doi:10.1177/0308022615583305
- Drolet, M-J. (2014). *De l'éthique à l'ergothérapie. La philosophie au service de la pratique ergothérapique* (2^e édition). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Foster, E. R., Bedekar, M., & Tickle-Degnen, L. (2014). Systematic Review of the Effectiveness of Occupational Therapy-Related Interventions for People with Parkinson's Disease. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 39-49. doi:10.5014/ajot.2014.008706
- Freeman, A., Anand, H., Boniface, G., Carrier, A., Larivière, N. (2017). Promouvoir les services d'ergothérapie de qualité : Trucs du métier. Réflexions découlant du forum de 2016 de Occupational Therapy Canada. *Actualités ergothérapiques*, 19(1), 23-25.
- *Gitlin, L. N., Hauck, W. W., Dennis, M. P., Winter, L., Hodgson, N., & Schinfeld, S. (2009). Long-term effect on mortality of a home intervention that reduces functional difficulties in older adults: results from a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(3), 476-481. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02147.x
- *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(5), 809-816. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00703.x
- Gouvernement du Québec. (2012). *Les aînés du Québec : quelques données récentes*. Repéré à http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Les_aines_du_Quebec.pdf
- Gouvernement du Québec. (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. Repéré à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/13-830-10F.pdf>
- Harding, K. E., Taylor, N. F., Leggat, S. G., & Stafford, M. (2012). Effect of Triage on Waiting Time for Community Rehabilitation: A Prospective Cohort Study. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 93(3), 441-445. doi:10.1016/j.apmr.2011.09.021

- Harries, P., & Gilhooly, K. (2003). Identifying occupational therapists' referral priorities in community health. *Occupational Therapy International*, 10(2), 150-164.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2003). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Ikiugu, M. N., Nissen, R. M., Bellar, C., Maassen, A., & Van Peursem, K. (2017). Clinical Effectiveness of Occupational Therapy in Mental Health: A Meta-Analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 1-9. doi:10.5014/ajot.2017.024588
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Les soins de santé au Canada : Regard sur les personnes âgées et le vieillissement*. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_fr.pdf
- Institut de la statistique du Québec. (2016). *Le bilan démographique du Québec*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2016.pdf>
- *Johansson, A., & Björklund, A. (2016). The impact of occupational therapy and lifestyle interventions on older persons' health, well-being, and occupational adaptation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(3), 207-219. doi:10.3109/11038128.2015.1093544
- Kim, S., Yoo, E., Jung, M., Park, S., & Park, J. (2012). A systematic review of the effects of occupational therapy for persons with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Neurorehabilitation*, 31(2), 107-115.
- Kirsh, B. H. (2015). Transforming values into action: Advocacy as a professional imperative. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 82(4), 212-223.
- Lacoursière, A. (2016, 18 juin). Nouvelles compressions de 242 millions en santé. *La Presse*. Repéré à <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201606/18/01-4993252-nouvelles-compressions-de-242-millions-en-sante.php>
- *Matuska, K., Giles-Heinz, A., Flinn, N., Neighbor, M., & Bass-Haugen, J. (2003). Outcomes of a pilot occupational therapy wellness program for older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 220-224.
- Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec. (2014). *Portrait de la main-d'œuvre : secteur de la réadaptation*. Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/demandes_acces/2015-2016/2015-2016.217-Document.pdf

- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine* 6(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- *Mulry, C. M., & Piersol, C. V. (2014). The Let's Go Program for Community Participation: A Feasibility Study. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 32(3), 241-254. doi:10.3109/02703181.2014.932316
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2016). Colloque annuel de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Repéré à <http://portail.oeq.org/accueil/magpage.zul?idMagPage=AKA5B977F6DCE565714AKA>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2017). *Position de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec sur les services de soutien à domicile : huit conditions pour une dispensation optimale de services aux aînés, en temps opportun et en continuité*. Repéré à http://www.oeq.org/DATA/ACTUALITE/7~v~oeqmsss_memoire_soutien-a-domicile_versionjuillet2017.pdf
- Paillé, P. (2007). *La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires*. Repéré à [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero27\(2\)/paille27\(2\).pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero27(2)/paille27(2).pdf)
- Park, H. Y., Maitra, K., & Martinez, K. M. (2015). The Effect of Occupation-based Cognitive Rehabilitation for Traumatic Brain Injury: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Occupational Therapy International*, 22(2), 104-116. doi:10.1002/oti.1389
- Pei-Fen J., C., Baxter, M. F., & Risky, J. (2016). Effectiveness of Interventions within the Scope of Occupational Therapy Practice to Improve Motor Function of People with Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(3), p1-p5. doi:10.5014/ajot.2016.020867
- Raymond, M.-H., Demers, L., & Feldman, D. E. (2016). Waiting list management practices for home-care occupational therapy in the province of Quebec, Canada. *Health & Social Care in the Community*, 24(2), 154-164. doi:10.1111/hsc.12195
- Raymond, M.-H., Feldman, D., Prud'homme, M.-P., & Demers, L. (2013). Who's next? Referral prioritisation criteria for home care occupational therapy...including commentary by Hunt LA, Bissett M and Slater CE. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 20(12), 580-589.
- Restall, G., & Ripat, J. (2008). Applicability and clinical utility of the Client-Centred Strategies Framework. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 75(5), 288-300.

- Sackett, D.L. (1998). Editorial: Evidence-Based Medicine. *SPINE*, 23(12), 1086-1086.
- Schwartz, S.H., & Savig, L. (1995). Identifying culture-specifics in the content and structure of values. *Journal of Cross-Cultural psychology*, 26(1), 92-116.
- Stav, W. B., Hallenen, T., Lane, J., & Arbesman, M. (2012). Systematic Review of Occupational Engagement and Health Outcomes Among Community-Dwelling Older Adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 301-310. doi:10.5014/ajot.2012.003707
- Stewart, K. E., Fischer, T. M., Hirji, R., & Davis, J. A. (2016). Toward the reconceptualization of the relationship between occupation and health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(4), 249-259. doi:10.1177/0008417415625425
- Steultjens, E.M.J., Dekker, J., Bouter, L., van de Nes, J.C.M., Cup, E.H.C., & van den Ende, C.H.M. (2003). Occupational therapy for stroke patients: a systematic review. *Stroke*, 34(3), 676-687
- Stover, A. D. (2016). Client-Centered Advocacy: Every Occupational Therapy Practitioner's Responsibility to Understand Medical Necessity. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(5), 1-6. doi:10.5014/ajot.2016.705003
- Townsend, E.A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ..., & Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds.) *Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd. version française N. Cantin, pp. 103-158). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A., & Polatajko, H.J. (2013a). Glossaire. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds.) *Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e ed. version française N. Cantin, pp. 434-448). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A., & Polatajko, H.J. (2013b). Introduction. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds.) *Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd. version française N. Cantin, pp. 1-10). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- *Yamada, T., Kawamata, H., Kobayashi, N., Kielhofner, G., & Taylor, R. (2010). A randomised clinical trial of a wellness programme for healthy older people. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(11), 540-548. doi:10.4276/030802210X12892992239314
- *Zingmark, M., Nilsson, I., Fisher, A. G., & Lindholm, L. (2016). Occupation-focused health promotion for well older people — A cost-effectiveness analysis. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(3), 153-162. doi:10.1177/0308022615609623

ANNEXE A

CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES

Tableau 4
Les caractéristiques des études sélectionnées

Articles	Niveau d'évidence	Participants	Méthodologie	Résultats	Messages clés
Clark et coll. (1997)	I (ERC)	<p>361 participants, dont 306 ont complété l'étude.</p> <p><u>3 Groupes :</u> GE (n= 102) GC (n= 204) :</p> <p>1. Activités sociales générales (n= 100) 2. Sans traitement (n= 104)</p> <p><u>Caractéristiques :</u> Personnes âgées de 60 ans et plus, vivant en communauté de façon indépendante.</p>	<p><u>Programme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 9 mois; • Séances de groupe : 2h par semaine; • Séances individuelles : 9h au total. <p><u>Interventions :</u> <u>GE</u> (groupe de 10) : Présentation didactique, échange avec les pairs, expérience directe via la participation aux activités, exploration personnelle. Thèmes couverts :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'impact des activités quotidiennes sur la santé; 2. L'utilisation du temps et la conservation d'énergie; 3. L'utilisation du transport; 4. La sécurité à domicile et en communauté; 5. Les relations sociales; 6. La conscience/ sensibilité culturelle; 7. La fixation d'objectifs; 8. Le changement des routines et des habitudes. <p><u>GC</u> (Groupe social) : Projets artistiques, visionnement de films, sorties en communauté, jouer à des jeux, danser.</p>	<p>Bénéfices significatifs pour le GE comparativement aux GC.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualité des interactions (p<0.03); - Satisfaction de vie (p<0.03); - Perception de la santé générale MOS (p<0.05); <p><u>SF-36 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Douleurs physiques (p<0.03); - Fonctionnement physique (p<0.008); - Limitations dues à l'état physique (p<0.02); - Vitalité (p<0.04); - Fonctionnement social (p<0.05); - Limitations dues à l'état mental (p<0.05); - Santé mentale générale (p<0.02). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un programme préventif en ergothérapie a des effets sur différentes composantes de la santé, du fonctionnement et de qualité de vie; 2. Les effets comparables entre les deux GC affaiblissent l'adage qui dit « qu'il suffit de se tenir occupé pour se tenir en santé »; 3. Le fait de s'engager régulièrement dans des activités sociales n'est pas plus efficace dans une perspective de promotion de la santé que de ne recevoir aucun traitement.

Articles	Niveau d'évidence	Participants	Méthodologie	Résultats	Messages clés
			<ul style="list-style-type: none"> • Séances de 2,25h par semaine (pour combler le 9h individuel dans le GE). <p>Indicateurs : Pré et post-traitement (0 et 9 mois)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacités potentielles ou interruptions dans les activités quotidiennes liées aux domaines physique et social. (<i>Functional Status Questionnaire, FSQ</i>-activités basiques de la vie quotidienne, activités instrumentales, activités sociales et qualité des interactions); • Satisfaction dans la vie (<i>Life Satisfaction Index-Z, LSI-Z</i>); • Symptômes dépressifs (<i>The Center for Epidemiologic Studies Depression, CES-D</i>); • Perception de la santé générale (<i>Medical Outcomes Study- short form, MOS</i>); • Dimensions de la santé physique et mentale (<i>RAND 36-item Short Form Survey, RAND SF-36</i>). 		

Articles	Niveau d'évidence	Participants	Méthodologie	Résultats	Messages clés
Clark et coll. (2001)	I ERC	361 participants, dont 285 (79 %) sur lesquels toutes les mesures ont été prises. <u>Caractéristiques :</u> Personnes âgées de 60 ans et plus, vivant en communauté de façon indépendante.	*Suite de l'étude Clark et coll. (1997). <u>Interventions :</u> Suivi de six mois sans interventions supplémentaires à celles reçues pendant 9 mois (Clark et coll., 1997). <u>Indicateurs :</u> Pré et post-suivi (6 mois) <ul style="list-style-type: none"> • <i>RAND 36-item Short Form Survey (RAND SF-36);</i> • <i>Functional Status Questionnaire (FSQ);</i> • <i>Life Satisfaction Index-Z (LSI-Z);</i> • <i>The Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D);</i> • <i>Health Perception Scale.</i> 	Comparativement aux GC, les bénéfiques pour le GE perdurent sur une période de 6 mois. - Qualité des interactions (p= 0.05); <u>SF-36 :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnement physique (p<0.03); - Limitations dues à l'état physique (p<0.02); - Vitalité (p<0.001); - Fonctionnement social (p<0.01); - Limitations dues à l'état mental (<0.05); - Santé mentale générale (p<0.02). 	1. Certains des bénéfiques associés au traitement ergothérapeutique perdurent sur une période de 6 mois suivant la fin des interventions; 2. Les effets psychosociaux sont plus importants que ceux physiques.
Clark et coll. (2012)	I ERC	460 participants, dont 360 ont complété l'étude. 2 groupes : <ul style="list-style-type: none"> - GE (n= 187); - GC (n= 173) (sans traitement). <u>Caractéristiques :</u> Personnes âgées entre 60 et 95 ans vivant en communauté et ne présentant pas de signe de démence ou de psychose.	<u>Programme :</u> <ul style="list-style-type: none"> • 6 mois; • Séances de groupe : 2h par semaine; • Séances individuelles : 10 sessions d'une heure chaque. <u>Interventions :</u> <u>GE</u> (6 à 8 membres) : Présentation didactique, échange avec les pairs, expérience directe via la participation aux activités, exploration personnelle. Thèmes couverts : <ol style="list-style-type: none"> 1. L'impact des activités quotidiennes sur la santé; 2. L'utilisation du temps et la conservation d'énergie; 3. L'utilisation du transport; 	Bénéfiques significatifs pour le GE comparativement au GC. - Satisfaction de vie (p<0.03); - Symptômes dépressifs (p<0,03); <u>SF-36 :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Douleurs physiques (p<0,02); - Vitalité (p<0,03); - Fonctionnement social (p<0,04); - Santé mentale (p<0,03); - Composantes mentales (p<0,03); <u>Composantes cognitives :</u>	1. Un programme de seulement 6 mois demeure efficace et rentable; 2. Le programme a des impacts plus importants sur la santé et le bien-être mental que physique; 3. Les effets obtenus pour les deux groupes expérimentaux sont comparables et ce, même s'il s'agit de 2 groupes distincts et que les

Articles	Niveau d'évidence	Participants	Méthodologie	Résultats	Messages clés
			<p>4. La sécurité à domicile et en communauté;</p> <p>5. Les relations sociales;</p> <p>6. La conscience/ sensibilité culturelle;</p> <p>7. La fixation d'objectifs;</p> <p>8. Le changement des routines et des habitudes.</p> <p><u>GC</u> reçoit le programme à la fin de l'essai randomisé pour les analyses secondaires (pré-post à groupe unique).</p> <p>Indicateurs : Pré et post-interventions (6 mois)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perception du bien-être mental et de la santé physique (version 2 du <i>36-Item Short-Form Health Survey, SF-36v2</i>); • Symptômes dépressifs (<i>The Center for Epidemiologic Studies Depression, CES-D</i>); • Satisfaction de vie (<i>Life Satisfaction Index-Z, LSI-Z</i>); • Tests cognitifs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mémoire immédiate, mémoire à long terme et reconnaissance (Tâche de la liste de mot du <i>Consortium to Establish a Registry of Alzheimer's Disease, CERAD-memory</i>); ○ Recherche visuelle- temps de réaction médian (tâche de repérage visuelle à l'ordinateur); 	<p>Aucun effet direct provenant des interventions.</p> <p>Analyses secondaires : Changement pré-post sur le groupe contrôle : Amélioration significative de</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction de vie ($p < 0.02$); - Symptômes dépressifs ($p < 0.01$) <p>SF-36 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limitations dues à l'état physique ($< 0,03$); - Douleurs corporelles ($p < 0,05$); - Vitalité ($p < 0,03$); - Santé mentale ($p < 0,01$); - Composantes mentales ($p < 0,04$). <p>Composantes cognitives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mémoire à long terme ($p < 0,0001$); - Reconnaissance ($p < 0,01$); - Vitesse psychomotrice ($p < 0,01$). <p>Rentabilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coût moyen par participants au GE : 783\$; - Coût par QALY = 41 218\$ - Amélioration du QALY de 0,038 ($p < 0,02$) pour le GE comparé au GC. - Rapport coût efficacité acceptable selon l'échelle 	<p>interventions sont effectuées à des moments différents.</p>

Articles	Niveau d'évidence	Participants	Méthodologie	Résultats	Messages clés
			<ul style="list-style-type: none"> Vitesse psychomotrice (<i>Digit Symbol Substitution Task du Weschler Adult Intelligence Scale-Revised</i>). 	de prix fournie par le <i>UK National Institute Health and Clinical Excellence</i>	
Gitlin et coll. (2006)	I ERC	<p>319 participants, dont 300 (94 %) après 6 mois et 285 (89 %) après 12 mois.</p> <p><u>2 groupes</u> (début, après 6 mois, après 12 mois) GE (n=160, 154, 149) GC (n=159, 146, 136)</p> <p><u>Caractéristiques :</u> Personnes âgées de 70 ans et plus, vivant en communauté, ne recevant pas de soins à domicile, mais rapportant des difficultés dans les AVQ'S et les activités instrumentales.</p>	<p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> 6 mois; Entrevues initiale (identifier et prioriser les problématiques); 5 contacts ergothérapeutiques (visites de 90 minutes et un contact téléphonique de 20 minutes); 1 contact en physiothérapie (90 minutes); Suivi de 6 mois (phase de maintenance) : 3 contacts téléphoniques et une visite finale à domicile. <p>Interventions : <u>GE</u> : Éducation, résolution de problèmes, modification de l'environnement, techniques de conservation d'énergie, techniques d'équilibre, de renforcement musculaire et pour se relever d'une chute.</p> <p><u>GC</u> : sans traitement.</p> <p>Indicateurs : Pré-intervention, post-intervention (6 mois) et post-suivi (12 mois)</p> <ul style="list-style-type: none"> Fonctionnement physique dans les AVQ (s'habiller en haut et en dessous de la taille, les soins de beauté, l'hygiène au bain/douche, toilette, s'alimenter), les AVD (travaux ménagers légers, 	<p>Les effets bénéfiques du GE comparativement au GC :</p> <p>À 6 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> AVQ (p<0.03); AVD (p<0.04); Environnement (présence de dangers potentiels) (p<0.05); Utilisation de stratégies adaptatives (p<0.009); <p><u>Perception d'efficacité personnelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Peur de tomber (p<0.001), Efficacité du fonctionnement général (p<0.02). <p>À 12 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> Stratégies adaptatives (p<0.01) <p><u>Perception d'efficacité personnelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Peur de tomber (p<0.008) <p>Coûts : Suite au programme de 6 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> Matériel : 439\$; Services à domicile : 783\$; Total : 1222\$ par participant. 	<p>1. L'utilisation de stratégies adaptatives demeure significative et ce, jusqu'à 6 mois suivant la fin des interventions.</p>

Articles	Niveau d'évidence	Participants	Méthodologie	Résultats	Messages clés
			magasinage, préparer les repas, gestion financière, utilisation du téléphone, prendre sa médication) et la mobilité et les transferts; <ul style="list-style-type: none"> • Peur de tomber (<i>Falls Efficacy Scale de Tinetti et Balance Confidence Scale</i>); • Perception d'efficacité quant aux habiletés à performer dans une activité (échelle de Likert); • Présence de dangers potentiels pouvant causer une chute (<i>Home hazard index</i>); • Stratégies adaptatives (échelle de Likert pour 8 items). 		
Gitlin et coll. (2009)	I ERC	319 participants. <u>2 groupes :</u> GE (n= 160); GC (n= 159). <u>Caractéristiques :</u> Personnes âgées de 70 ans et plus, vivant en communauté, ne recevant pas de soins à domicile, mais rapportant des difficultés dans les AVQ'S et les activités instrumentales.	*Suite de Gitlin et coll. (2006) <u>Programme et interventions :</u> Idem que Gitlin et coll. (2006) <u>Indicateurs :</u> 2, 3 et 4 ans suivant l'intervention <ul style="list-style-type: none"> • Niveau de risque- âge, genre, comorbidités et comportements relatifs à la santé, difficultés fonctionnelles (11 des 12 items des indicateurs pronostics par Lee et coll.); • Scores indiquant une santé à faible risque (1-5), à risque modéré (6-9) puis à risque sévère (10-15). 	<u>Effets à long terme sur la mortalité :</u> Effet des interventions sur le GE jusqu'à 3.5 ans en comparaison avec le GC. <u>2 ans</u> - Effet significatif (p<0.016) - Taux de mortalité : GE : 5,6 %; GC :13,2 % <u>3 ans</u> - Effet non significatif (p<0.248) - Taux de mortalité : GE : 16,6 %; GC :20,3 % <u>4 ans</u> - Effet non significatif (p<0.244) - Taux de mortalité : GE :24,0 %; GC :28,7 %	1. Un programme visant les personnes vivant de façon indépendante permet d'avoir un impact positif significatif sur le taux de mortalité et ce, jusqu'à 2 ans suivant la fin des interventions; 2. En regard du niveau de risque, il apparaît que les effets du programme sur le taux de mortalité sont plus importants pour les groupes à faible risque et à risque

Articles	Niveau d'évidence	Participants	Méthodologie	Résultats	Messages clés
				<p>Effets des interventions selon le niveau de risque associé : <u>2 ans</u> (significatif)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faibles risques : Taux de mortalité (GE : 0 %; GC : 11 %) - Risques modérés : (GE : 3 %; GC : 14 %)* (p<0.021) - Risques sévères : (GE : 15 %; GC : 13 %) 	modéré que celui à risque élevé.
Johansson & Björklund (2016)	II Mixte : -Quasi expérimental pré-post avec GC -Entrevue semi-structurée	40 participants <u>2 groupes</u> (2010, 2011, 2012) GE : n= 22 (9, 7, 6) GC : n= 18 (5, 11, 2) <u>Caractéristiques :</u> Personnes âgées de 65 ans et plus, vivant en communauté et ne recevant pas de soins à domicile.	<p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 mois; • Séances de groupe : 2h par semaine; • Séances individuelles : maximum de 4h. • <p>Interventions : <u>GE</u> Lecture et information sur les thème, groupe de discussion, échange d'expériences, activité liée au thème.</p> <p>Thèmes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les occupations, la santé et le vieillissement; 2. Les occupations, le temps et l'énergie; 3. Les occupations et la mobilité; 4. L'alimentation comme occupation; 5. L'activité physique comme occupation; 6. Les occupations et le bien-être mental; 7. Les occupations et la sécurité à domicile et en société; 	<p>Quantitatifs Amélioration significative pour le GE : <u>SF-36</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitalité (p<0.01); • Santé mentale (p<0.03). <p>Qualitatifs Adaptation occupationnelle : <u>Indépendance :</u> Les participants soulignent l'importance d'être indépendant et d'être en mesure de trouver des moyens pour accomplir ce qu'ils veulent et ce qu'ils ont besoin de faire.</p> <p><u>Appartenance à un groupe</u> Les participants insistent sur le fait que les rencontres de groupe étaient importantes et significatives au plan social et structuraient leur routine hebdomadaire. Le groupe est comparé à la construction d'une communauté.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un programme de 4 mois permet l'amélioration de certaines composantes liées à la santé et au bien-être (vitalité, santé mentale); 2. Les effets sur le bien-être sont plus importants que les effets physiques; 3. Les participants ont fait des changements dans leurs occupations et connaissent des stratégies pour s'adapter; 4. La structure du programme sous forme de groupe entraîne des effets positifs sur les participants (estime de soi,

Articles	Niveau d'évidence	Participants	Méthodologie	Résultats	Messages clés
			<p>8. Les occupations et les relations; 9. Les occupations et les finances; 10. Les occupations et les aides techniques.</p> <p><u>GC</u> : Visites occasionnelles de l'ergothérapeute, mais aucune intervention de groupe.</p> <p>Indicateurs : <u>Quantitatifs</u> (pré et post-interventions : 0 et 4 mois) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perception du bien-être mental et de la santé physique (<i>Short Form 36, SF-36</i>); • Symptômes dépressifs (<i>The Center for Epidemiologic Studies Depression, CES-D</i>); • Satisfaction de vie, perception du bien-être psychologique (<i>Life Satisfaction Index-Z, LSI-Z</i>); • Participation dans des activités significatives (<i>Meaningful Activity Participation Assessment, MAPA</i>). <p><u>Qualitatifs</u> (post-interventions, 4 mois) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expérience vécue lors du programme et l'application et l'utilisation des connaissances et des stratégies apprises (entrevue de 6 groupes avec 2 à 4 participants); • Thèmes ressortis : désir de maîtriser ses activités, demandes de l'environnement et réponses adaptatives. 	<p><u>Estime de soi</u> :</p> <p>Les participants mentionnent l'amélioration de leur estime de soi à travers les rencontres de groupe.</p> <p><u>Changement dans les comportements occupationnels</u> :</p> <p>Les participants énumèrent des stratégies adaptatives concrètes pour leur vie quotidienne.</p> <p>Changement dans l'approche occupationnelle : Les participants rapportent qu'ils se perçoivent eux-mêmes comme des personnes actives et donnent des exemples de comment ils ont adapté leur approche.</p>	<p>appartenance à un groupe);</p> <p>5. Un prolongement du programme permettrait d'obtenir des effets plus importants.</p>
Matuska et coll.	II	65 participants, dont 39 ont complété le	<p>Programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 mois; 	<p><u>Qualité de vie</u> (SF-36) :</p> <p>Amélioration significative :</p>	<p>1. Les effets sont plus bénéfiques pour les</p>

Articles	Niveau d'évidence	Participants	Méthodologie	Résultats	Messages clés
(2003)	Pré-post avec groupe unique.	programme et dont 31 ont répondu au questionnaire de satisfaction du programme. <u>Caractéristiques :</u> Personnes âgées de 65 ans et plus, vivant de façon indépendante.	<ul style="list-style-type: none"> Séances de groupe : 1,5h par semaine. <p><u>Interventions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Classes d'enseignement et d'assistance dans l'expérimentation; Enseignement sur l'importance de participer à des activités significatives; Stratégies sur comment surpasser les barrières personnelles et environnementales; Activités, opportunités de participation, devoirs, socialisation spontanée, discussion. <p><u>Thèmes :</u> transports, vieillissement, sécurité et prévention des chutes, stress, équilibre de vie, communication.</p> <p><u>Indicateurs :</u> <u>Pré et post-interventions (0 et 6 mois) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Qualité de vie (<i>SF-36 Health Survey</i>); Participation dans des activités sociales (famille, amis, personnes de support) et des activités communautaires (activités religieuses, activités extérieures, événements, magasinage, ressources) (Fréquence-Échelle de Likert). <p><u>Post-intervention (6 mois) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Satisfaction des participants par rapport au programme (questionnaire avec échelle de 	<ul style="list-style-type: none"> Vitalité ($p < 0.05$); Fonctionnement social ($p < 0.01$); Score global de santé mentale ($p < 0.05$). <p><u>Participation dans les activités communautaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la fréquence de 56 % à 66 %; Augmentation plus marquée pour les activités extérieures, sociales et communautaires. <p><u>Interactions sociales :</u> (au moins 3 fois par semaine)</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation, passant de 47 % à 56 %. <p><u>Caractéristiques des participants :</u> Les plus assidus au programme, les plus âgés et ceux qui ne conduisent pas.</p> <p><u>Satisfaction des participants par rapport au programme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 87 % le note de bon à excellent; Les éléments les mieux notés sont les instructeurs, la présence d'étudiants, la durée des sessions, le groupe de discussion et la socialisation. 	<p>composantes du bien-être mental que celles physiques;</p> <ol style="list-style-type: none"> La fréquence de participation et d'interactions sociales est augmentée à la suite du programme, particulièrement pour les activités extérieures, sociales et communautaires; Les discussions de groupe et la socialisation sont des aspects qui font en sorte que les participants sont satisfaits du programme.

Articles	Niveau d'évidence	Participants	Méthodologie	Résultats	Messages clés
			Likert- pauvre, acceptable, con, excellent).		
Mulry & Piersol (2014)	II Pré-post avec groupe unique.	7 participants. <u>Caractéristiques :</u> Personnes âgées de 60 ans et plus habitant un milieu de vie indépendant, avec une mobilité fonctionnelle (avec ou sans aide technique), qui ne présentent pas de trouble cognitif ou de trouble aphasique.	Programme : <ul style="list-style-type: none"> 4 sessions étalées sur 4 semaines; 45 minutes de groupe suivi d'une période individuelle. Interventions : Enseignement, résolution de problème, échange avec les pairs, discussion guidée, stratégies centrées sur le client. Indicateurs : Pré et post-intervention (0 et 4 ^e semaine), suivi de 4 semaines (8 ^e semaine) : <ul style="list-style-type: none"> Autonomie extérieure et participation sociale (<i>The Impact on Autonomy and Participation Questionnaire, IPAQ</i>); Confiance d'éviter les chutes pendant les activités (<i>The Modified Falls Efficacy Scale, MFES</i>); Connaissances des participants (données démographiques, identification des risques de santé associés à une diminution de la mobilité en communauté, les options alternatives de transport, la fréquence de participation des participants dans des activités communautaires qu'elles valorisent) (échelle de Likert à 5 points); Perspective des participants (deux entrevues semi-structurées, en pré et post-interventions). 	Les résultats seront présentés comme suit : (résultats obtenus en post-interventions immédiat) (résultats obtenus à la suite du suivi de 4 semaines). Autonomie à l'extérieur : Maintien ou amélioration (100 %, n= 7) (85,71 %, n= 6); Participation sociale : Maintien ou amélioration (85,71 %, n= 6) (100 %, n= 7); Mobilité en communauté (confiance) : Maintien ou amélioration (71 %, n= 5) (71 %, n= 5); État des connaissances : <ul style="list-style-type: none"> Identification de 2 risques : (42,86 %, n= 3) (42,86 %, n= 3); Identification de 3 moyens de transport alternatifs : (100 %, n= 7) (100 %, n= 7); Participation dans des activités communautaires valorisées : (85,71 %, n= 6, dont une augmentation significative pour 5) (100 %, n= 7);	<ol style="list-style-type: none"> Les interventions répondent au type d'apprentissage des personnes âgées, soit d'apprendre des notions, de les appliquer à leur vie personnelle, puis de vivre des expériences réelles; L'effet de groupe (cohésion et support informel) a contribué aux résultats en améliorant le sentiment d'auto-efficacité et en encourageant les changements de comportements; Suite au programme, les participants et les intervenants ont émis certaines recommandations : <ul style="list-style-type: none"> Éliminer les interventions individuelles allonger les sessions de groupes;

Articles	Niveau d'évidence	Participants	Méthodologie	Résultats	Messages clés
				<p><u>Perspective des participants :</u> <u>Pré-intervention :</u> Tous les participants ont identifié que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mobilité en communauté était un défi; - La réalisation des activités à l'extérieur du domicile était difficile. <p><u>Post-intervention :</u> Tous les participants mentionnent se sentir plus confiants pendant les échanges avec les pairs concernant les sorties et leur planification.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ajouter des leçons à faire à la maison.
Yamada et coll. (2010)	I (ERC)	<p>87 participants, dont 63 qui ont complété le programme.</p> <p><u>2 groupes :</u> GE (n= 30) GC (n= 33)</p> <p><u>Caractéristiques :</u> Personnes âgées de 65 ans et plus vivant en communauté et ne bénéficiant pas de réadaptation médicale au moment de l'étude.</p>	<p><u>Programme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 mois; • Séances de groupes : 2h bimensuel, pour un total de 15 séances. <p><u>Interventions :</u></p> <p><u>GE :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture, groupe de discussion et activité de groupe, devoirs; • Basé sur les concepts du MOH. <p><u>GC :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe parallèle • Engagement dans un projet artistique • Conversation informelle <p><u>Indicateurs :</u> Pré et post-intervention</p>	<p><u>Satisfaction de vie :</u> Amélioration moyenne significative pour le GE comparativement au GC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effet modéré. <p><u>Bien-être psychologique :</u> Amélioration moyenne significative pour le GE comparativement au GC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effet modéré à élevé. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Des interventions en ergothérapie de moindre intensité dans un temps limité permettent d'obtenir des impacts positifs; 2. Les lectures, les séminaires, les discussions et la mise en actions répondent au besoin d'apprentissage des personnes âgées, ce qui peut avoir un impact sur leur engagement dans leurs occupations;

Articles	Niveau d'évidence	Participants	Méthodologie	Résultats	Messages clés
			<ul style="list-style-type: none"> Satisfaction de vie (<i>Life satisfaction Index-Z, LSI-Z</i>) Qualité de vie/ bien-être psychologique (<i>WHO Quality of Life-26, QOL-26</i>) 		3. La motivation, les habitudes et la performance des individus se construisent à travers les interactions découlant du contexte social (dynamique de groupe).
Zinmark et coll. (2016)	I (ERC)	<p>177 participants, dont 165 ont complété l'étude jusqu'au 3^e mois, puis 157 jusqu'au 12^e mois.</p> <p><u>4 groupes</u> (1 GC et 3 GE) (départ, 3^e et 12^e mois)</p> <p><u>GE</u> : GI (41, 40, 38) GA (49, 48, 46) GD (41,35,34) <u>GC</u> (46, 42, 39)</p> <p><u>Caractéristiques</u> : Personnes âgées entre 72 et 82 ans, vivant seules dans une résidence ordinaire, ne bénéficiant pas de soins à domicile et ne présentant pas de problèmes cognitifs</p>	<p><u>Interventions</u> :</p> <p><u>GI</u> : Interventions orientées vers le répertoire d'activités de la personne et du contexte dans lequel elle les réalise. La personne priorise une ou plusieurs occupations.</p> <p><u>GA</u> : (5 à 8 participants) Séances de groupe de 1h30 par semaine pendant 8 semaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> Interventions basées et orientées sur les occupations (<i>occupation-based</i> et <i>occupation-focused</i>) : <ul style="list-style-type: none"> Lecture, discussions, devoirs (outils éducatifs), activités au choix des participants; Les participants ont alors la possibilité de s'engager dans des occupations, de partager des expériences, de se soutenir entre eux et de réfléchir sur comment composer avec les problèmes relatifs à l'engagement occupationnel. <p><u>GD</u> : (7 à 9 participants)</p>	<p><u>Santé générale</u> Comparativement au GC, les effets sont significatifs pour la santé générale des participants du GA et du GD au 3^e mois et demeurent significatifs au 12^e mois pour le GD seulement.</p> <p><u>Coûts</u> <u>Interventions</u> - GI : 6787 €; - GA : 7744 €; - GD : 1242 €.</p> <p><u>Relatifs à la santé</u> Significativement moindres pour le GD au 3^e (p<0.02) et au 12^e mois (p<0.04).</p> <p><u>Coûts totaux</u> Significativement moindre pour le GD au 3^e mois (p<0.02) et au 12^e mois (p<0.03).</p> <p><u>QALY</u></p>	<p>1. Le GD et le GA permettent d'obtenir des gains de santé générale et des gains quant au QALY;</p> <p>2. Le GD s'avère être l'intervention la plus rentable.</p>

Articles	Niveau d'évidence	Participants	Méthodologie	Résultats	Messages clés
		ou de communication apparents	<p>Séance de 2h</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture; • Discussion orientée sur les occupations; • Partage d'expérience; • Résolution de problèmes (comment résoudre des situations). <p><u>GC :</u> Aucun traitement.</p> <p><u>Indicateurs :</u> (0, 3^e mois et 12^e mois)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Santé générale (<i>Short Form Health Survey, SF-12</i>); • Coûts liés aux interventions, coûts municipaux (aide à domicile, logements spécialisés) et coûts relatifs à la santé (jours d'hospitalisation, visites médicales ou visites d'autres professionnels); • Rentabilité (à partir du coût et du <i>Quality-adjusted life year, QALY</i>). 	<p>Augmentation significative pour le 3^e mois pour le :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GA (p<0.04); - GD (p<0.03). <p><u>Rentabilité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - GC et GI : non rentables; - GA : rentable à 3 mois; - GD : rentable à 3 et 12 mois. 	

Légende :

GC : Groupe contrôle

GE : Groupe expérimental

GI : Groupe de suivi individuel

GA : Groupe d'activités

GD : Groupe de discussion

ANNEXE B

GRILLE UTILISÉE POUR DÉTERMINER LE NIVEAU D'ÉVIDENCE DES ÉTUDES

Tableau 5
La grille de niveau d'évidence

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A. Preuve scientifique établie Forte évidence scientifique	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B. Présomption scientifique Moyenne évidence scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance; - études comparatives non randomisées bien menées; - études de cohortes. Niveau 3 - études cas-témoins.
C. Faible niveau de preuve scientifique Faible évidence scientifique qui nécessite des investigations futures, mais qui s'avèrent prometteuses considérant que peu d'études traitent du sujet.	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants; - études rétrospectives; - séries de cas; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Tableau inspiré de Haute Autorité de Santé (HAS). (2003). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf