

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

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

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

PAR  
ANDRÉANNE GIROUX

L'ADAPTATION DOMICILIAIRE POUR LES PERSONNES VIVANT DANS UN  
LOGEMENT LOCATIF AU QUÉBEC

DÉCEMBRE 2018

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, tout d'abord, à remercier ma famille et mes amies qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ce projet. Je dois, d'ailleurs, souligner l'importance du soutien moral et émotionnel d'Annabelle Bécharde et de Stéphanie Cloutier qui a grandement contribué à l'avancement de mon projet et qui m'a permis de tenir le coup. Ensuite, je tiens aussi à remercier plus particulièrement Pierre-Yves Therriault, superviseur du projet et directeur du département d'ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Merci, Pierre-Yves, de m'avoir appris à me faire confiance, à croire en mes capacités, à gérer mon anxiété et, surtout, à développer mon autonomie. Ce projet est sans conteste l'une de mes plus grandes réalisations jusqu'à ce jour et il ne m'a pas seulement permis d'évoluer sur le plan académique, mais aussi sur les plans personnel et professionnel. Encore une fois, merci, Pierre-Yves, pour ton temps et tes précieux conseils, sans lesquels il n'aurait pas été possible de réaliser ce projet.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vi
RÉSUMÉS.....	vii
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1. Ergothérapie au Québec.....	2
2.2. Adaptation domiciliaire au Québec.....	3
2.2.1. Aide financière du PAD.....	3
2.2.2. Aide financière de la SAAQ.....	4
2.2.3. Aide financière de la CNESST.....	5
2.3. Précisions sur l’adaptation des logements locatifs.....	6
2.4. Problématique associée à l’adaptation domiciliaire des logements locatifs.....	7
3. CADRE CONCEPTUEL.....	9
3.1. Modèle Personne-Environnement-Occupation.....	9
3.2. Concepts du Modèle Personne-Environnement-Occupation.....	10
3.2.1. Personne.....	10
3.2.2. Environnement.....	10
3.2.3. Occupation.....	10
3.2.4. Rendement occupationnel.....	11
3.2.5. Implications en ergothérapie.....	11
3.3. Synthèse des démarches cliniques d’accès à un programme d’aide financière.....	11
3.3.1. Demande d’aide financière.....	11
3.3.2. Évaluation des besoins de la personne.....	12
3.3.3. Analyse et choix de la solution.....	12
3.3.4. Exécution des travaux et obtention de l’aide financière.....	12
3.4. Processus d’intervention en ergothérapie.....	13
3.4.1. Être capable de concevoir et de planifier une intervention en ergothérapie.....	13
3.4.2. Être capable de mettre en œuvre une intervention en ergothérapie.....	14
4. MÉTHODE.....	15
4.1. Étapes de la démarche.....	15
4.1.1. Identifier la question de recherche.....	16
4.1.2. Identifier la littérature pertinente.....	16
4.1.3. Sélectionner la littérature.....	16

	iii
4.1.4. Organiser les données.....	17
4.1.5. Analyser et synthétiser les données.....	17
5. RÉSULTATS.....	18
5.1. Descriptions des articles retenus.....	18
5.2. Définition et buts de l'adaptation domiciliaire.....	19
5.3. Bénéfices de l'adaptation de domicile.....	20
5.4. Rôle de l'ergothérapeute dans le processus d'adaptation domiciliaire.....	21
5.5. Législation sur l'adaptation domiciliaire et l'aide financière associée selon le pays.....	23
5.6. Obstacles à l'adaptation domiciliaire.....	25
5.7. Facilitateurs à l'adaptation domiciliaire.....	26
6. DISCUSSION.....	28
6.1. Analyse critique des résultats.....	28
6.1.1. Entraves au processus d'adaptation domiciliaire.....	28
6.1.2. Facilitateurs au processus d'adaptation domiciliaire.....	31
6.1.3. Adaptation domiciliaire à l'internationale en comparaison avec le Québec....	32
6.2. Liens avec le cadre conceptuel.....	34
6.3. Retombées potentielles sur la pratique en ergothérapie.....	35
6.4. Forces et limites de l'étude.....	36
7. CONCLUSION.....	37
RÉFÉRENCES.....	38
ANNEXE A DESCRIPTIONS DES RÉSULTATS.....	42

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Bénéfices de l'adaptation de domicile à différentes échelles.....	21
Tableau 2.	La législation et l'aide financière concernant l'adaptation domiciliaire en Europe.....	24
Tableau 3.	La législation et l'aide financière concernant l'adaptation domiciliaire en Amérique.....	25
Tableau 4.	Les entraves au processus d'adaptation domiciliaire selon diverses perspectives.....	26
Tableau 5.	Les facilitateurs au processus d'adaptation domiciliaire.....	27
Tableau 6.	Description des articles retenus dans cette étude.....	42

## LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Étapes de l'étude de portée.....	15
Figure 2.	Processus de sélection des articles.....	17
Figure 3.	Provenance des articles retenus dans les résultats de recherche.....	19
Figure 4.	Nombre d'articles ayant été produits par les auteurs.....	19

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVQ	Activités de la vie quotidienne
ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
CNESST	Commission des normes, de l'équité et de la santé et sécurité du travail
CSST	Commission des normes de santé et sécurité du travail
HLM	Habitations à loyer modique
LATMP	Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
PAD	Programme d'adaptation domiciliaire
RBQ	Régie du bâtiment du Québec
RLQ	Régie du logement du Québec
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SHQ	Société d'habitation du Québec



## RÉSUMÉS

**Problématique :** Plusieurs Québécois ont à faire adapter leur domicile chaque année, afin que leur logis réponde mieux à leurs besoins. Cependant, le processus d'adaptation domiciliaire est complexe et l'accès à l'information n'est pas aisé. D'ailleurs, une grande proportion de la population réside en logement locatif et les étapes ainsi que la législation diffèrent de l'adaptation d'une résidence privée. **Objectif :** Ce projet d'intégration a pour visée de dresser le portrait actuel des entraves et des facilitateurs à l'adaptation domiciliaire des logements locatifs au Québec. **Cadre conceptuel :** Étant donné la complexité du sujet de recherche, le cadre conceptuel est composé du Modèle Personne-Environnement-Occupation (Law et al., 1996), de la démarche clinique prescrite pour accéder à une aide financière d'un programme de financement public au Québec, ainsi que du processus d'intervention en ergothérapie au Québec proposé par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (2013). **Méthode :** Pour ce faire, une étude de portée inspirée des étapes élaborées par Arksey et O'Malley (2005) a été réalisée. Le sujet de recherche étant peu documenté, la question de recherche est « Quels sont les facilitateurs et les entraves à l'adaptation domiciliaire? » **Résultats :** Au total, 20 articles ont été retenus et analysés dans le cadre de cette recherche. Ces derniers ont permis de définir le concept d'adaptation de domicile, ainsi que les principaux objectifs y étant associés. De plus, les résultats ont permis de préciser les bénéfices de l'adaptation domiciliaire, de décrire le rôle de l'ergothérapeute dans ce processus et de comparer la législation et l'aide financière entre le Québec et différents pays. Finalement, ces articles ont permis la recension de plusieurs obstacles et facilitateurs au bon déroulement du processus d'adaptation de domicile. **Discussion/Conclusion :** Comme le sujet de recherche est un aspect très spécifique et peu documenté, l'étude de portée a inclus tous les articles traitant de l'adaptation de domicile en général. De ce fait, les résultats de l'étude ne se rapportent pas directement au processus d'adaptation domiciliaire au Québec. Cependant, la plupart des éléments peuvent se rapporter au sujet de recherche qui est un aspect spécifique de l'adaptation de domicile. D'ailleurs, cette étude permet l'avancement des connaissances sur ce sujet, ainsi que différentes retombées pour la pratique en ergothérapie.

**Mots clés :** adaptation domiciliaire, ergothérapie, logement locatif

**Background:** Many people in Quebec have their house adapted every year, for their environment to fit their needs. However, the housing process is complex and accessing the right information can be difficult. Also, many people live in a rental housing, in which the legislation and steps are different than while adapting a private residence. **Objectives:** The aim of this study is to portray the current barriers and the facilitators to the housing process for the adaptation of rental housing in Quebec. **Conceptual framework:** Considering the complexity of the subject, the conceptual framework is composed of the Person-Environment-Occupation Model (Law et al., 1996), of the clinical approach to access a public funding program in Quebec, and of the occupational intervention process suggested by the College of Occupational Therapists of Quebec (2013). **Method:** A scoping review based on the method of Arksey and O'Malley (2005) has been realized. The research question is: " what are the facilitators and the barriers to the housing adaptation process? ". **Results:** In total, 20 articles have been selected and analyzed. These articles helped define the concept of housing and the main reasons to proceed to this intervention. Moreover, the results allowed to define the advantages of housing adaptation, to explain the role of the occupational therapist in the process and to compare the legislation and funding between Quebec and other countries. Then, these articles allowed to inventory many barriers and facilitators to the housing process. **Discussion/Conclusion:** The research subject is a very specific and poorly documented aspect of the housing adaptation. The scoping review that has been realized includes every article about general housing. Therefore, the results of this study are not specific to the housing adaptation process in Quebec. Nevertheless, the results can be related to the study subject, which is a specific aspect of housing adaptation. Additionally, the results allowed the advancement of knowledge and different implications on the occupational therapy practice.

**Key words:** Home adaptation, occupational therapy, housing adaptation, rental housing

## 1. INTRODUCTION

Chaque année, plusieurs milliers de citoyens québécois doivent modifier leurs habitudes de vie, en raison de changements de leur condition de santé. Effectivement, en 2011, 33,3 % de la population du Québec présentent une incapacité, toutes natures confondues (Office des personnes handicapées du Québec [OPHQ], 2015). De ce pourcentage, 13,2 % des incapacités sont liées à la mobilité, ce qui représente près de 875 000 personnes (OPHQ, 2015). Cela sous-entend également que pour plusieurs, leur domicile ne répond plus à leurs besoins. À ce moment, deux choix s'offrent à eux : adapter leur domicile ou déménager dans un espace adapté.

Il est reconnu qu'une grande majorité de personnes désirent demeurer le plus longtemps possible dans leur domicile, et ce, malgré la présence d'incapacités et le déclin de l'autonomie (Burns et Pickens, 2017; Johansson, Lilja, Petersson et Borell, 2007). Dans ces circonstances, plusieurs préfèrent adapter leur domicile plutôt que de déménager dans une nouvelle habitation répondant mieux à leurs besoins (Heywood, 2005; Johansson et al., 2007). Cependant, il est important de noter que les personnes ayant une incapacité ont souvent un revenu personnel nettement moins élevé que celles sans incapacité. Plus précisément, Statistique Canada révèle que 36,7 % des personnes ayant une incapacité déclarent un revenu annuel inférieur à 15 000 \$ et que seulement 10,7 % déclarent un revenu annuel de 50 000 \$ ou plus (OPHQ, 2017a). En comparaison, seulement 28,9 % de la population sans incapacité déclarent un revenu annuel inférieur à 15 000 \$, alors que 22,8 % déclarent un revenu annuel de 50 000 \$ ou plus (OPHQ, 2017a). Le revenu annuel des personnes ayant une incapacité est souvent associé à la gravité et à la nature de leur incapacité (OPHQ, 2017a). Cela peut, d'ailleurs, probablement contribuer à expliquer pourquoi les personnes de 15 ans et plus vivant avec une incapacité demeurent plus souvent dans un logement locatif que dans un domicile privé (OPHQ, 2017b). Ainsi, le présent projet d'intégration s'intéresse à l'adaptation domiciliaire, mais plus particulièrement dans le cas où la personne ayant des besoins particuliers réside dans un logement locatif au Québec.

Les prochains paragraphes vont exposer la problématique qui sera abordée, le cadre conceptuel utilisé pour définir les concepts clés, le cadre méthodologique pour guider le processus de recherche, les principaux résultats obtenus, une discussion critique sur les résultats de la recherche, ainsi qu'une brève conclusion.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

Dans cette section sera présentée l'ergothérapie au Québec, plus spécifiquement l'adaptation de domicile au Québec. Ensuite, les différents programmes d'aide financière pour l'adaptation de domicile seront décrits. Enfin, les précisions concernant l'adaptation des logements locatifs seront présentées, avant de finalement traiter de la problématique associée.

### **2.1. Ergothérapie au Québec**

Actuellement, selon le Code des professions, il y a 41 professions qui sont régies par un ordre professionnel (Éditeur officiel du Québec, 2017a). L'ergothérapie en fait partie et le Code des professions définit les tâches des ergothérapeutes comme étant de :

Évaluer les habiletés fonctionnelles, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement (Éditeur officiel du Québec, 2017a, p.23).

Plus spécifiquement, l'ergothérapie est décrite comme étant « un art et une science qui est centrée sur l'habilitation de l'occupation en vue de promouvoir la santé et le bien-être » (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012, p.1). Les ergothérapeutes se réfèrent aux sept rôles clés qui sont proposés dans le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2012) pour guider leur pratique. Ces rôles sont ceux d'expert en habilitation de l'occupation, de communicateur, de collaborateur, de gestionnaire de sa pratique, d'agent de changement, de praticien érudit et de professionnel (ACE, 2012). Le rôle central demeure celui d'être expert en habilitation de l'occupation qui signifie que les ergothérapeutes utilisent leurs connaissances de l'occupation à la fois comme moyen et à la fois comme modalité d'intervention afin de favoriser la santé et le bien-être du client (ACE, 2012). L'ergothérapie couvre un large éventail de pratiques, incluant des clientèles de tous âges pouvant avoir des problématiques de santé physique ou de santé mentale. De ce fait, l'adaptation domiciliaire peut être une tâche fréquente dans le quotidien des ergothérapeutes, selon leur champ de pratique.

## **2.2. Adaptation domiciliaire au Québec**

L'adaptation domiciliaire est une intervention qui consiste à modifier la résidence d'une personne afin de favoriser son maintien à domicile (Gouvernement du Québec, 2018). Plus précisément, il s'agit d'effectuer des travaux permettant d'adapter la résidence d'un individu afin qu'il puisse y entrer et en sortir et avoir accès, de manière autonome, aux différentes pièces et commodités essentielles à la vie quotidienne (OPHQ, 2011). L'adaptation domiciliaire est souvent importante dans le processus de réadaptation, puisque cela contribue à rendre la personne plus autonome dans ses activités quotidiennes (Iwarsson et Ståhl, 2003). Effectivement, les principaux buts de l'adaptation domiciliaire sont d'améliorer la performance occupationnelle de l'individu dans les activités qui lui tiennent à cœur et de limiter les demandes des environnements physiques dans lesquels ces activités sont réalisées (Fänge et Iwarsson, 2005).

Pour ce faire, l'adaptation domiciliaire nécessite de suivre un processus rigoureux dont les travaux engendrent des coûts qui peuvent être importants pour l'individu requérant cette intervention. Au Québec, il existe quelques programmes qui peuvent offrir une aide financière pour l'adaptation du domicile, comme la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), la Commission des normes, de l'équité et de la santé et sécurité du travail (CNESST) ou encore le programme d'adaptation domiciliaire (PAD) offert par la Société d'habitation du Québec (SHQ). Dans tous les cas, pour recevoir une aide financière, l'individu doit respecter certains critères qui sont décrits en détail dans les paragraphes suivants.

### **2.2.1. Aide financière du PAD**

Pour poursuivre avec les critères d'admissibilité à l'aide financière du PAD, il faut d'abord que la personne qui fait une demande présente une incapacité significative et permanente et qu'elle soit limitée dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne (AVQ) (OPHQ, 2011). L'individu doit être résident permanent ou avoir sa citoyenneté canadienne. L'individu doit également fournir une évaluation, faite par un ergothérapeute<sup>1</sup>, démontrant que ses

---

<sup>1</sup> Depuis 2018, la personne handicapée a trois options pour profiter du PAD, soit 1. L'accompagnement professionnel, 2. L'autodétermination des travaux et besoins et 3. L'aide financière rétroactive. Dans le cadre de ce projet d'intégration, seul l'option 1 a été considérée. Toutefois, il est à noter que l'aide financière maximale est inférieure sans accompagnement professionnel (8 000 \$ pour l'option 2 et 4 000 \$ pour l'option 3). De plus, dans les options 2 et 3, l'évaluation des besoins et la réalisation des plans et devis ne sont pas incluses et les travaux admissibles n'incluent pas l'adaptation de la cuisine ni de la chambre à coucher (SHQ, s. d.).

incapacités entraînent la nécessité de modifier le domicile (SHQ, 2016). De plus, l'aide financière du PAD ne peut servir que pour l'adaptation de la résidence principale de la personne (OPHQ, 2011). Plusieurs types d'habitation sont admissibles à l'aide financière, par exemple les maisons unifamiliales, les appartements en copropriété et les logements locatifs. En revanche, certains logis ne sont pas admissibles à l'aide du PAD. En effet, les habitations à loyer modique (HML), les résidences pour étudiants, les chalets, les hôtels, les presbytères, les couvents et les collèges ne sont pas admissibles à cette aide financière (OPHQ, 2011). Par ailleurs, l'individu ne doit pas recevoir d'aide financière de la part d'un autre agent-payeur, afin de pouvoir bénéficier de celle du PAD (OPHQ, 2011). Les travaux qui sont admissibles à l'aide financière du PAD sont tous ceux qui permettent à la personne d'entrer et de sortir de son domicile et d'avoir accès aux pièces essentielles du domicile de manière autonome (chambre à coucher, salle de bain, cuisine, salle à manger et salon). De plus, les travaux doivent être réalisés par un entrepreneur détenant la licence appropriée de la Régie du bâtiment du Québec (RBQ) (SHQ, 2016). Les matériaux doivent aussi être fournis par l'entrepreneur (SHQ, s. d.). Le PAD ne discrimine aucune demande d'aide financière, peu importe le revenu du ménage qui en fait la demande (SHQ, 2014). L'aide financière accordée par le PAD correspond au coût de la réalisation des travaux, jusqu'à concurrence de 16 000 \$ pour un propriétaire occupant (SHQ, 2014). Dans le cas où les travaux engendreraient un coût supérieur à 16 000 \$, c'est au propriétaire de déboursier le surplus (SHQ, 2014). Cependant, dans certains cas et selon certaines conditions, il est possible que la personne puisse recevoir jusqu'à 7 000 \$ supplémentaires (SHQ, 2014). De plus, dans le cas où une personne nécessiterait l'installation d'équipements spécialisés<sup>2</sup>, il est possible de recevoir une autre somme supplémentaire pouvant aller jusqu'à 10 000 \$ (SHQ, 2014). Bref, au maximum, selon ses besoins spécifiques, un propriétaire occupant bénéficiant de l'aide financière du PAD peut recevoir jusqu'à 33 000 \$ pour adapter son domicile (SHQ, 2018).

### **2.2.2. Aide financière de la SAAQ**

Ensuite, concernant les critères d'admissibilité à l'aide financière de la SAAQ pour l'adaptation domiciliaire, il faut que l'individu ait une incapacité physique associée à un accident

---

<sup>2</sup> Les équipements considérés comme étant spécialisés et qui sont admissibles au PAD, selon les besoins de l'utilisateur, sont un interphone jumelé à une gâche électrique, un ouvre-porte électrique, un lève-personne sur rail, une rampe d'accès, certains appareils élévateurs pour personnes handicapées (plate-forme verticale à gaine non fermée, plate-forme verticale à gaine fermée, plate-forme d'escalier, fauteuil élévateur d'escalier) (SHQ, 2014).

de la route. Plus précisément, la personne doit avoir une incapacité significative et persistante résultant d'un accident de la route qui empêche l'accès ou l'utilisation du domicile (SAAQ, 2018). De plus, les recommandations doivent être émises par un ergothérapeute et elles doivent être nécessaires pour améliorer la condition de la personne ou pour favoriser son maintien à domicile (SAAQ, 2018). La solution doit être la plus appropriée, en considérant les environnements physique et social de la personne accidentée, et à moindre coût (SAAQ, 2016). La SAAQ peut financer les adaptations qui ont pour objectif d'améliorer l'autonomie et le fonctionnement de la personne accidentée dans les activités essentielles de la vie quotidienne (sommeil, nutrition, soins personnels, déplacements, utilisation d'appareils de communication, entretien domestique, obligations parentales et familiales) (SAAQ, 2018). L'aide financière de la SAAQ est admissible pour l'adaptation d'une maison unifamiliale, d'un logement locatif, d'une copropriété, d'une chambre louée, d'une maison mobile ou d'une maison à construire (SAAQ, 2016). Cependant, seule la résidence principale est admissible à l'aide financière (SAAQ, 2018). De plus, si la personne accidentée est locataire, elle doit avoir le consentement du propriétaire pour pouvoir adapter son logement. Les coûts qui peuvent être absorbés par la SAAQ sont liés à l'achat des matériaux de construction, à la main-d'œuvre qui exécute les travaux, à l'achat et à l'installation d'équipements spécialisés et de certains électroménagers et à l'obtention des documents légaux nécessaires (SAAQ, 2018). Par ailleurs, les travaux réalisés doivent être conformes à tous les règlements provinciaux et municipaux, de même qu'au Code de construction du Québec (SAAQ, 2018). Contrairement au PAD, la SAAQ ne mentionne aucun montant maximal pouvant être accordé pour l'aide financière. Cependant, il est clairement mentionné que la solution à moindre coût sera priorisée, si deux solutions sont jugées aussi appropriées et sécuritaires l'une que l'autre selon le besoin de l'individu (SAAQ, 2016).

### **2.2.3. Aide financière de la CNESST**

Par la suite, concernant les critères d'admissibilité à l'aide financière de la CNESST pour l'adaptation domiciliaire, il faut que la personne ait subi une lésion professionnelle, un accident de travail ou une maladie professionnelle (Commission des normes de santé et sécurité du travail [CSST], 2017a). En fait, la CNESST vient en aide à toute personne définie comme étant un travailleur en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), soit « une personne physique qui exécute un travail pour un employeur, moyennant

rémunération, en vertu d'un contrat de travail ou d'apprentissage » (Éditeur officiel du Québec, 2017b). Le travailleur doit avoir une atteinte physique ou psychique grave et permanente compromettant l'accès à son domicile et à ses biens et commodités de manière autonome. De plus, il doit aussi être admis au programme de réadaptation de la CNESST (CSST, 2017a). Les critères d'admission à la réadaptation sont que le travailleur ait une atteinte permanente et que les conséquences de cette atteinte compromettent la réinsertion sociale ou professionnelle, ainsi que le fonctionnement quotidien (CSST, 2017b). Il faut aussi que la réadaptation soit nécessaire pour éliminer ou atténuer les atteintes du travailleur et qu'elle favorise la réinsertion sociale et professionnelle, ainsi que le retour et le maintien à domicile (CSST, 2017b). L'adaptation domiciliaire est une intervention intégrée dans le processus de réadaptation sociale (CSST, 2017b). L'aide financière de la CNESST ne s'applique qu'à l'adaptation de la résidence principale du travailleur, qu'il soit propriétaire ou locataire. De plus, le domicile doit pouvoir être adapté ou doit pouvoir accueillir les équipements jugés nécessaires pour le maintien et l'autonomie à domicile (CSST, 2017a). Le travailleur doit aussi fournir une preuve à la CNESST qu'il va habiter dans son domicile pendant un minimum de trois ans à la suite des travaux d'adaptation. S'il est locataire, il devra signer un bail de trois ans (CSST, 2017a). L'aide financière de la CNESST peut inclure les services de professionnels, les frais pour les documents exigés, les modifications des biens mobiliers, l'achat et l'installation d'équipements et les frais d'entretien, de réparation et de remplacement des équipements spécialisés (CSST, 2017a). Comme pour le programme d'aide financière de la SAAQ, la CNESST ne mentionne aucun budget maximal accordé pour un individu. Cependant, encore une fois, la CNESST a l'obligation de choisir la solution la plus appropriée et la plus économique, dans le cas où plusieurs solutions seraient appropriées pour répondre aux besoins de l'individu (CSST, 2017b).

### **2.3. Précisions sur l'adaptation des logements locatifs**

Toutefois, malgré la présence des agents-payeurs présentés précédemment, certains détails concernant l'adaptation de domicile et l'aide financière manquent de clarté. Plus précisément, même s'il est mentionné qu'il est possible de faire des travaux d'adaptation de domicile autant lorsque la personne est propriétaire que locataire, il n'y a aucune mention des aspects légaux qui doivent être respectés et considérés. Dans le même sens, il n'y a pas de description du rôle du locataire ni de celui du propriétaire dans une telle situation. Selon la Régie



du logement du Québec (RLQ), le locateur a plusieurs obligations à respecter en cours de bail, comme de maintenir le logement en bon état d'habitabilité, de garantir que le logement puisse servir à son usage normal et de réaliser les réparations nécessaires qui ne sont pas à la charge du locataire (RLQ, 2018a). Cependant, il n'y a aucune explication des démarches à suivre si une situation de handicap se produit en cours de bail. La Régie ne dicte pas d'obligations au propriétaire de pallier les incapacités du locataire, mais ce dernier peut résilier son bail, s'il a une attestation qui affirme qu'il ne peut plus y résider (RLQ, 2018b). Par ailleurs, le Code de la construction indique qu'un immeuble de plus de huit logements et de plus de deux étages correspond à un édifice public (Éditeur officiel du Québec, 2017c). Ensuite, la Loi sur les architectes, qui s'applique aux immeubles de plus de quatre logements, stipule à l'Article 16 que : « Tous les plans et devis de travaux d'architecture pour la construction, l'agrandissement, la reconstruction, la rénovation ou la modification d'un édifice doivent être signés et scellés par un membre de l'Ordre » (Éditeur officiel du Québec, 2017d, p.4-5). Ainsi, cela signifie qu'un individu résidant dans un immeuble de plus de quatre logements doit obligatoirement recourir aux services d'un membre de l'Ordre professionnel des architectes du Québec pour procéder à l'adaptation de son domicile.

#### **2.4. Problématique associée à l'adaptation domiciliaire des logements locatifs**

La Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale repose sur plusieurs principes dont deux qui s'appliquent particulièrement au présent contexte, soit de :

Donner priorité aux ressources et aux services assurant le maintien ou le retour des personnes handicapées dans leur milieu de vie naturel et viser une qualité de vie décente pour les personnes handicapées et leurs familles, une participation à part entière des personnes handicapées à la vie sociale ainsi qu'une protection maximale contre les facteurs de risque d'apparition de déficiences (Éditeur officiel du Québec, 2017e, p. 3-4).

En fait, cette loi, qui est appliquée par l'OPHQ, signifie qu'il faut favoriser la coordination entre les acteurs pouvant avoir une incidence sur la qualité de vie des personnes ayant un handicap, évaluer l'évolution de la situation de la personne handicapée, identifier les obstacles dans son environnement et mettre en place des recommandations visant leur élimination (Éditeur officiel du Québec, 2017e). Cependant, dans les faits, selon la nature de

l'événement ayant engendré la situation de handicap, la personne ne recevra pas les mêmes indemnités. Effectivement, si la situation de handicap est associée à un accident de la route ou à un accident de travail, l'aide financière attribuée pour l'adaptation du domicile peut être beaucoup plus importante que s'il s'agit d'un accident qui se produit dans un autre contexte. La SAAQ et la CNESST n'ont pas de règles limitant l'aide financière liée à l'adaptation du domicile, sauf certaines exceptions. De plus, ce sont ces programmes qui payent les services des professionnels recommandés, par exemple les ergothérapeutes. Par ailleurs, la CNESST rembourse aussi les coûts supplémentaires liés à l'amélioration de la maison (assurances, entretien) (CNSST, 2017a). Ainsi, lorsqu'une personne ne peut bénéficier que des subventions du PAD, elle semble désavantagée si les travaux à réaliser sont importants, puisque l'aide financière maximale pour le propriétaire occupant est de 33 000 \$ (OPHQ, 2011).

La documentation concernant l'adaptation de domicile, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un logement locatif, est difficile à repérer lorsqu'elle existe. Pourtant, il s'agit d'une intervention fréquente et qui peut engendrer des situations d'injustice, entre autres l'accès à un financement adéquat. Ainsi, le but de cette étude de la portée est de dresser le portrait actuel des entraves et des facilitateurs à l'adaptation domiciliaire des logements locatifs au Québec.

### 3. CADRE CONCEPTUEL

La prochaine section présente le cadre théorique qui soutient cette réflexion à savoir le Modèle Personne-Environnement-Occupation proposé par Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby et Letts (1996). Elle présente aussi la démarche clinique prescrite pour accéder à une aide financière d'un programme de financement public (PAD, CNESST et SAAQ). Toutefois, ces éléments ne permettent pas de définir l'ensemble des concepts pertinents à la compréhension de ce projet d'intégration. Effectivement, l'adaptation de domicile n'est pas simplement une application technique, mais bien un processus dans lequel l'ergothérapeute a un rôle à jouer à chaque étape. Le processus d'intervention en ergothérapie au Québec proposé par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) (2013) est donc également présenté. Les différents concepts pertinents dans le cadre de ce mémoire sont ainsi dégagés et définis.

#### 3.1. Modèle Personne-Environnement-Occupation

D'abord, plusieurs modèles théoriques et conceptuels ont émergé au fil du temps, afin de soutenir la profession de l'ergothérapie. Initialement, ces modèles ne considéraient souvent que la relation entre la personne et son environnement (Law et al., 1996). Pendant longtemps, il était posé que la relation entre les concepts était de nature interactive (Law et al., 1996). Cela signifie que les caractéristiques de la personne et celles de l'environnement existaient indépendamment l'une de l'autre et qu'elles pouvaient être considérées individuellement (Law et al., 1996). Or, l'évolution de la compréhension en ergothérapie a révélé que la relation entre ces concepts est plutôt de nature transactionnelle (Law et al., 1996). Autrement dit, ces concepts s'interinfluencent et sont interdépendants l'un de l'autre (Law et al., 1996). Par la suite, le concept d'occupation s'est ajouté. Les principales influences de l'inspiration de ce modèle sont Csikszentmihalyi et Csikszentmihalyi (1988), Lawton et Nahemow (1973), le *Occupational Therapy guidelines for client-centred practice* de l'Association canadienne des ergothérapeutes (1991) et la Mesure canadienne du rendement occupationnel (1994). Ainsi, le choix de ce modèle théorique dans le cadre de ce projet d'intégration repose principalement sur la nature transactionnelle des relations entre les concepts de la personne, de l'environnement et de l'occupation qui sont au cœur de du processus d'adaptation de domicile.

## **3.2. Concepts du Modèle Personne-Environnement-Occupation**

Selon le Modèle proposé par Law et al. (1996), les concepts de la personne, de l'environnement et de l'occupation sont interreliés et, ensemble, ils définissent le rendement occupationnel de la personne. Les auteurs expliquent que ces trois concepts évoluent continuellement au cours de la vie de chaque individu. Cela signifie que le rendement occupationnel est variable, puisqu'il dépend de ces concepts. Les prochains paragraphes décriront les concepts clés du Modèle Personne-Environnement-Occupation (Law et al., 1996).

### **3.2.1. Personne**

La personne est définie comme un être assumant plusieurs rôles simultanément. Ces derniers sont dynamiques et varient au fil du temps. Les rôles sont influencés par la signifiante et le temps que leur accorde la personne. Plus précisément, la personne est définie par un ensemble de caractéristiques physiques, cognitives et spirituelles, d'attributs et d'expériences de vie qui lui sont propres. La personne est continuellement en développement et en relation avec son environnement (Law et al., 1996).

### **3.2.2. Environnement**

La définition de l'environnement varie d'un modèle à l'autre. Dans le présent modèle, l'environnement correspond à l'ensemble des aspects culturels, socio-économiques, institutionnels, physiques et sociaux dans lesquels évolue une personne. Chacun de ces aspects est considéré comme étant d'importance égale. En fait, l'environnement peut être défini comme le contexte dans lequel la personne réalise une occupation. Ce dernier peut ainsi favoriser ou restreindre le rendement occupationnel de la personne (Law et al., 1996).

### **3.2.3. Occupation**

Le concept d'occupation est plus complexe à définir. En fait, une occupation est composée de plusieurs tâches et activités fonctionnelles dans lesquelles une personne s'engage. L'aspect le plus important est que l'occupation doit répondre à un besoin intrinsèque de la personne, afin de viser l'accomplissement de soi. L'occupation prend naissance dans un environnement précis et peut affecter les différents rôles de la personne (Law et al., 1996).

### **3.2.4. Rendement occupationnel**

Le rendement occupationnel est le résultat de la relation transactionnelle entre la personne, l'environnement et l'occupation. Ce concept peut se définir comme l'engagement de la personne dans une occupation signifiante et dans un environnement donné. Au cours de sa vie, la personne remet en question son identité et ses rôles en évoluant dans différents environnements. Il est impératif de saisir le dynamisme de ce concept, qui signifie que le rendement occupationnel d'une personne varie dans le temps (Law et al., 1996).

### **3.2.5. Implications en ergothérapie**

Ce modèle guide les ergothérapeutes dans la compréhension des caractéristiques de la personne, de l'environnement et de l'occupation, afin d'améliorer le rendement occupationnel du client. Toutefois, comme les caractéristiques de la personne sont principalement de nature permanente et souvent impossible à modifier, l'ergothérapeute a intérêt à adapter l'environnement ou l'occupation. Les auteurs suggèrent que les ergothérapeutes devraient, en premier lieu, identifier les forces et les défis occupationnels du client, en second lieu, évaluer les caractéristiques de la personne, l'occupation et l'environnement et, en troisième lieu, analyser la nature transactionnelle des relations entre ces concepts et établir un plan d'intervention permettant d'améliorer le rendement occupationnel du client (Law et al., 1996).

## **3.3. Synthèse des démarches cliniques d'accès à un programme d'aide financière**

Les démarches d'aide financière se déroulent toujours en plusieurs étapes (CSST, 2017a; OPHQ, 2011; SAAQ, 2018). Ces étapes sont expliquées dans les paragraphes suivants.

### **3.3.1. Demande d'aide financière**

La première étape est de déposer une demande d'aide financière au programme. Pour ce faire, la personne doit remplir le formulaire et, si elle réside dans un logement locatif, elle doit valider avec le propriétaire qu'il consent à procéder à l'adaptation de l'appartement qu'elle habite (OPHQ, 2011). Cependant, si l'adaptation du domicile est liée à un accident de la route ou à un accident de travail, c'est un agent du programme qui va contacter la personne pour cibler ses besoins et l'informer de la couverture d'assurance (CSST, 2017b; SAAQ, 2018).

### **3.3.2. Évaluation des besoins de la personne**

La seconde étape est l'évaluation des besoins en adaptation domiciliaire et l'évaluation des capacités fonctionnelles de la personne (CSST, 2017a; OPHQ, 2011; SAAQ, 2018). Le PAD et la SAAQ exigent que cette évaluation soit réalisée par un ergothérapeute (OPHQ, 2011; SAAQ, 2018). La CNESST peut faire appel, au besoin, à un ergothérapeute ou un consultant en aménagement (architecte, ingénieur ou technologue en architecture) pour l'évaluation (CSST, 2017a). Dans tous les cas, cette évaluation vise à identifier les besoins de la personne, afin de permettre son maintien à domicile (CSST, 2017a; OPHQ, 2011; SAAQ, 2018).

### **3.3.3. Analyse et choix de la solution**

Ensuite, il y a une analyse des travaux nécessaires pour permettre l'accès au domicile et à ses commodités de manière autonome, des travaux admissibles à l'aide financière et du choix de la meilleure solution (CSST, 2017a; OPHQ, 2011; SAAQ, 2018). Dans le PAD, c'est un représentant municipal qui détermine les travaux admissibles en regard des recommandations de l'ergothérapeute. Le propriétaire demande ensuite une ou plusieurs soumissions d'entrepreneurs ayant la licence appropriée de la RBQ. Il doit attendre l'autorisation du PAD avant d'amorcer les travaux, sinon ils ne sont pas remboursés (OPHQ, 2011). Dans le cas de la SAAQ, c'est un agent qui établit les travaux admissibles. Un consultant en architecture doit visiter le domicile et transmettre à l'agent un rapport et un plan des modifications prévues. Par la suite, il faut que la personne accidentée obtienne au minimum deux soumissions d'entrepreneurs ayant la licence appropriée de la RBQ (SAAQ, 2018). Avec la CNESST, c'est un agent qui identifie les travaux admissibles et le travailleur doit fournir au moins deux estimations détaillées des travaux. De plus, le travailleur doit fournir les preuves d'autorisation de l'exécution des travaux, telle que l'autorisation écrite du propriétaire s'il est locataire (CSST, 2017a). Dans tous les cas, la solution choisie doit toujours être la plus appropriée et la plus économique (CSST, 2017a; SAAQ, 2018). La CNESST vérifie également que le domicile peut recevoir les modifications et les équipements pour favoriser le fonctionnement et l'autonomie de la personne (CSST, 2017a).

### **3.3.4. Exécution des travaux et obtention de l'aide financière**

Une fois la soumission choisie et autorisée, les travaux peuvent être exécutés (CSST, 2017a; OPHQ, 2011; SAAQ, 2018). Dans le cas de la SAAQ, à la suite de la réalisation des

travaux, le consultant en architecture et l'ergothérapeute visitent à nouveau le domicile pour vérifier leur conformité et qu'ils sont sécuritaires et répondent aux besoins de la personne (SAAQ, 2018). L'aide financière est versée après la fin des travaux, sous présentation de pièces justificatives, et seulement si les travaux respectent les conditions préétablies avant leur amorce (CSST, 2017a; OPHQ, 2011; SAAQ, 2018). Il est possible que l'aide financière ne couvre pas tous les travaux et la totalité des coûts. Dans ce cas, c'est au propriétaire de déboursier la différence. La personne est avisée avant le début des travaux de ce qui est couvert et du montant accordé (CSST, 2017a; OPHQ, 2011; SAAQ, 2018).

### **3.4. Processus d'intervention en ergothérapie**

L'adaptation domiciliaire est un processus complexe d'intervention où le rôle de l'ergothérapeute est d'adapter l'environnement du client à ses besoins. Les ergothérapeutes peuvent se fier au référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec qui suggère un processus d'intervention, afin de guider leurs démarches. Le processus proposé fait appel à deux compétences, soit de concevoir et de planifier une intervention en ergothérapie et de mettre en œuvre une intervention en ergothérapie (OEQ, 2013).

#### **3.4.1. Être capable de concevoir et de planifier une intervention en ergothérapie**

Plus spécifiquement, l'ergothérapeute analyse la demande de services, avant de la prendre en charge. Ensuite, il contacte le client, pour lui expliquer la nature des services en ergothérapie. En collaboration avec le client, il identifie les attentes de ce dernier. Après avoir obtenu le consentement libre, éclairé et continu du client, l'ergothérapeute peut amorcer l'évaluation, en se basant sur une ou des approches théoriques. L'ergothérapeute peut utiliser plusieurs modalités différentes, afin de recueillir l'information lui permettant d'établir un plan d'intervention adapté aux besoins du client. Toutefois, il est important d'expliquer clairement au client la nature et le but des évaluations, au préalable. Lorsque l'évaluation est complétée, l'ergothérapeute interprète les résultats en considérant l'impact des facteurs personnels et environnementaux sur la réalisation des occupations, tout en considérant les attentes du client. Par la suite, l'ergothérapeute présente les résultats d'évaluation au client dans un langage adapté (OEQ, 2013). Ensuite, toujours en collaboration avec le client, il établit des objectifs généraux et spécifiques à atteindre, ainsi que les modalités pour y parvenir, en se basant sur des assises

théoriques. Le plan d'intervention doit considérer les ressources disponibles et avoir une échéance précise. L'ergothérapeute explique au client les moyens d'interventions, ainsi que leurs avantages et inconvénients, et il ajuste au besoin le plan d'intervention (OEQ, 2013).

### **3.4.2. Être capable de mettre en œuvre une intervention en ergothérapie**

L'ergothérapeute a la responsabilité d'accompagner le client et de favoriser son engagement tout au long du processus d'intervention. L'ergothérapeute devrait agir à titre de personne-ressource pour le client tout au long du processus d'intervention. De ce fait, il devrait fournir des explications adaptées sur la nature et le déroulement des interventions, consulter les personnes qui jouent un rôle dans la réalisation des démarches et veiller au respect du plan d'intervention. L'ergothérapeute doit être à l'écoute active du client, afin de bien adapter l'intervention à ses besoins. Il est également tenu de respecter les lois et règlements du Québec, ainsi que le Code de déontologie des ergothérapeutes, le Code des professions et tout document dictant l'exercice de la profession (OEQ, 2013). L'ergothérapeute évalue continuellement l'évolution du client, de manière informelle, pour être en mesure d'ajuster l'intervention, en vue d'atteindre les objectifs fixés. Il a d'ailleurs la responsabilité d'en informer les différents organismes liés au processus d'intervention. De plus, il fait partie des tâches de l'ergothérapeute de soutenir les proches du client tout au long du suivi. Par ailleurs, s'il est pertinent de faire une demande de services ou une démarche particulière, l'ergothérapeute assiste le client dans les démarches. Finalement, lorsque le plan d'intervention vient à échéance, l'ergothérapeute procède à l'évaluation de l'atteinte des objectifs et fait état des progrès du client. Il établit alors la pertinence de poursuivre les services en ergothérapie ou de mettre fin au suivi (OEQ, 2013).

En résumé, l'adaptation domiciliaire n'est pas simplement une application d'un algorithme technique, mais bien un processus d'intervention complexe mobilisant plusieurs acteurs et se réalisant en de nombreuses étapes. C'est pourquoi, dans la présente recherche, il est impératif d'inclure un modèle de pratique, le processus d'accès à l'aide financière et le processus d'intervention en ergothérapie, pour être en mesure de répondre à l'objectif de recherche, qui est de déterminer les obstacles et les facilitateurs à l'adaptation domiciliaire dans les logements locatifs au Québec. Puisqu'effectivement, compte tenu de tous ces éléments, il est possible d'avoir une meilleure compréhension des concepts et de la complexité du processus.



## 4. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie utilisée dans le cadre de ce projet d'intégration est décrite dans les paragraphes suivants. Plus précisément, la méthode employée est une étude de portée inspirée des étapes élaborées par Arksey et O'Malley (2005), où l'objectif principal est de recenser la littérature documentant les concepts clés de l'étude. Il y a certains contextes où l'étude de portée est reconnue comme étant pertinente, soit pour examiner l'étendue, la portée et la nature des recherches sur un sujet, pour déterminer la pertinence de compléter une revue systématique, pour résumer certains résultats de recherche ou encore pour établir un vide de connaissance dans la littérature existante sur un sujet donné (Arksey et O'Malley, 2005). Dans le présent contexte, l'étude de portée est la méthode la plus appropriée, puisque le sujet de recherche est peu documenté. En effet, comme dans une étude de portée la question de recherche est souvent moins spécifique que dans une recension systématique, les critères de sélections sont moins pointus et il est possible d'obtenir de plus vastes résultats (Arksey et O'Malley, 2005).

### 4.1. Étapes de la démarche

Comme mentionné précédemment, Arksey et O'Malley (2005) proposent cinq étapes pour mener une étude de portée, soit l'identification de la question de recherche, l'identification de la littérature, la sélection de la littérature, l'organisation des données et, finalement, la synthèse et l'analyse des données (voir Figure 1 à la page suivante).

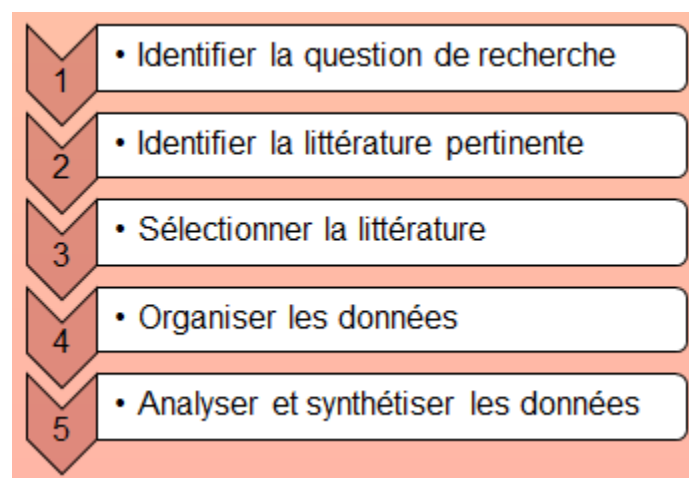


Figure 1. Étapes de l'étude de portée

#### 4.1.1. Définir la question de recherche

Le point de départ de toute recension des écrits est de déterminer une question de recherche comme ligne directrice du projet (Arksey et O'Malley, 2005). Toutefois, il faut considérer que plus la question est précise et moins il y aura de résultats de recherche correspondants (Arksey et O'Malley, 2005). Comme l'objectif de ce mémoire est de dresser le portrait actuel des entraves et des facilitateurs à l'adaptation domiciliaire des logements locatifs au Québec, mais qu'il s'agit d'un sujet peu documenté, la question est : quels sont les facilitateurs et les entraves à l'adaptation domiciliaire ?

#### 4.1.2. Identifier la littérature pertinente

Les bases de données qui ont été consultées sont *Academic Search Complete*, *CINAHL*, *Cochrane Library*, *MedLine*, ainsi que *PubMed*. Des recherches ont également été menées à partir des listes de références des articles sélectionnés sur les bases de données et dans certains livres. L'Outil découverte de la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières a été utilisé pour trouver les articles sélectionnés dans les listes de références. Les mots clés utilisés dans les diverses sources d'informations sont [*occupational therap\**] AND [[*home adaptation\**] OR [*housing adaptation\**]]. Ces expressions sont les descripteurs couramment utilisés dans le domaine pour cerner le thème de cette étude. Tant en recherche qu'en pratique clinique, ces termes font consensus en ergothérapie lorsqu'il est question de transformation des espaces résidentiels. Ainsi, ces recherches ont produit 131 résultats.

#### 4.1.3. Sélectionner la littérature

D'abord, les doublons ont été exclus, ce qui correspond à 40 articles. Par la suite, afin de ne conserver que les articles reliés à la question de recherche, une sélection a été faite en édifiant des critères d'inclusion et d'exclusion (Arksey et O'Malley, 2005). Toutefois, comme il s'agit d'une étude de portée sur un sujet peu documenté, ces critères se sont limités à inclure les articles abordant l'adaptation ou les modifications de domicile, dans un contexte d'adaptation domiciliaire. Pour ce faire, une première lecture des titres et résumés a permis d'éliminer 73 articles non pertinents à la recherche. Plus précisément, malgré la présence des mots clés de l'équation de recherche, le contexte des articles exclus ne s'arrimait pas au présent sujet de recherche. Ainsi, après la lecture complète des 49 articles restants et à l'aide des critères établis,

soit que l'article doit traiter de l'adaptation domiciliaire en ergothérapie, seuls 20 ont été conservés. Le processus de sélection des articles est détaillé à la Figure 2.

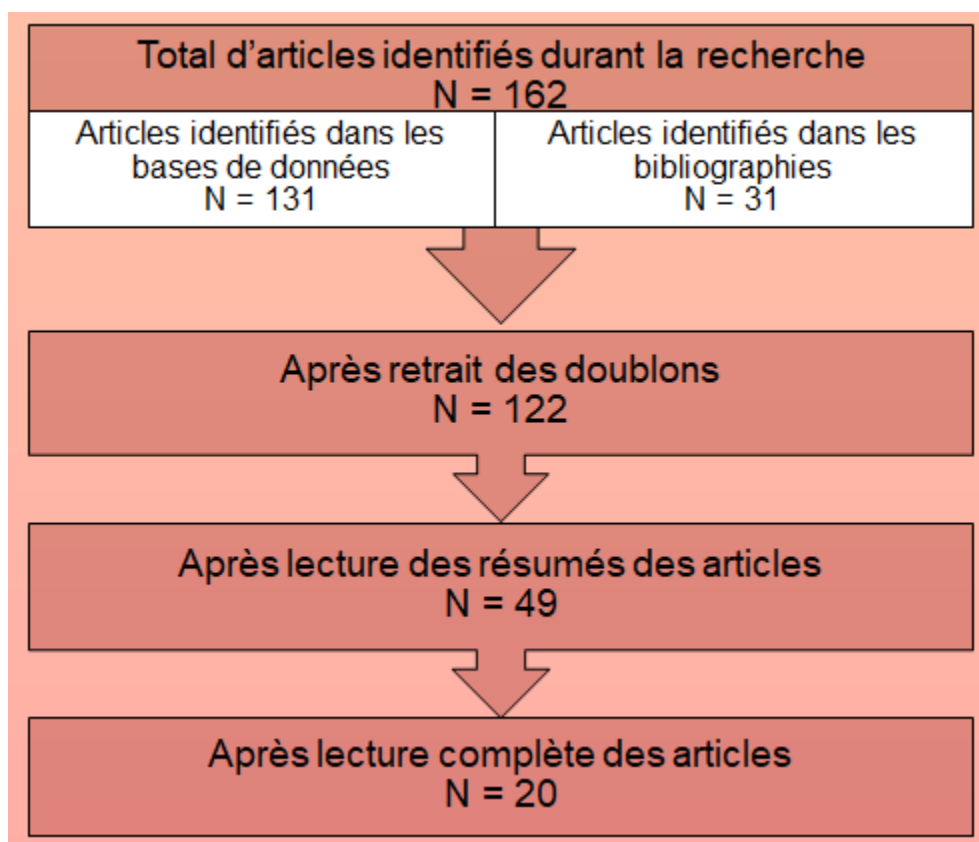


Figure 2. Processus de sélection des articles

#### 4.1.4. Organiser les données

À la suite de la sélection des articles pertinents à la présente étude de portée, les données ont été extraites et classées dans un tableau facilitant l'analyse et la synthèse de l'information. Ce tableau favorise le regroupement des données en plusieurs catégories correspondant au titre de l'article, aux auteurs, au pays de publication, à la profession des auteurs, à la population cible, à la définition de l'adaptation de domicile, aux éléments liés à la réglementation légiférant l'adaptation de domicile et à toute autre information pertinente.

#### 4.1.5. Analyser et synthétiser les données

Les données ont ensuite été analysées et synthétisées, afin de faire ressortir les points communs, les contradictions et les vides de connaissances sur la thématique de recherche de ce projet d'intégration. Les résultats sont présentés dans la section suivante.

## 5. RÉSULTATS

À la suite du processus de recherche explicité dans la section précédente, 20 articles ont été retenus et analysés. Les prochains paragraphes exposent les éléments clés de l'analyse des données. Plus précisément, cette section présente une brève description des articles retenus et une synthèse des différents concepts pertinents à la recherche, soit la définition de l'adaptation domiciliaire, ses bénéfices, le rôle de l'ergothérapeute dans ce processus d'intervention, les différentes lois qui encadrent le processus d'adaptation de domicile et ceux pour l'accès à l'aide financière, ainsi que les facilitateurs et les obstacles à l'adaptation domiciliaire.

### 5.1. Descriptions des articles retenus

Les articles retenus ont été sélectionnés sur la base d'un simple critère d'inclusion, soit qu'ils abordent la thématique de l'adaptation ou de la modification de domicile, dans le contexte d'adaptation domiciliaire en ergothérapie. Comme la présente recherche traite d'un aspect très spécifique d'un sujet peu documenté, soit l'adaptation domiciliaire dans les logements locatifs au Québec, les critères d'inclusion devaient être le plus englobant possible. C'est pourquoi les articles retenus abordent l'adaptation domiciliaire au sens large. Afin d'avoir une vision plus critique des résultats, une brève description des articles retenus s'avère nécessaire.

D'abord, neuf articles proviennent de la Suède, six du Royaume-Uni, trois des États-Unis, un du Canada et un des Pays-Bas (voir Figure 3). Comme l'adaptation domiciliaire est un sujet relativement peu documenté, certains auteurs ont produit ou participé à la production de plus d'un des articles retenus. En effet, alors que les trois articles provenant des États-Unis ont tous été rédigés par des auteurs différents, cinq auteurs de la Suède ont contribué à la rédaction de plusieurs articles (voir Figure 4) et Heywood est l'auteure principale de trois des six articles provenant du Royaume-Uni. L'auditoire cible des articles est les ergothérapeutes pour 16 articles et quatre articles s'adressaient à l'ensemble des professionnels de la santé. Les articles ont tous été publiés entre 2002 et 2017. Le Tableau 1 décrivant les articles retenus dans la présente étude (titre, auteurs, année et pays de publication) est disponible à l'Annexe A.

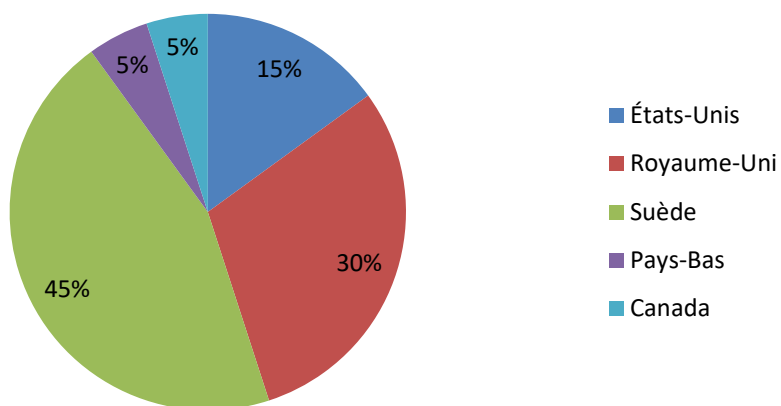


Figure 3. Provenance des articles retenus dans les résultats de recherche

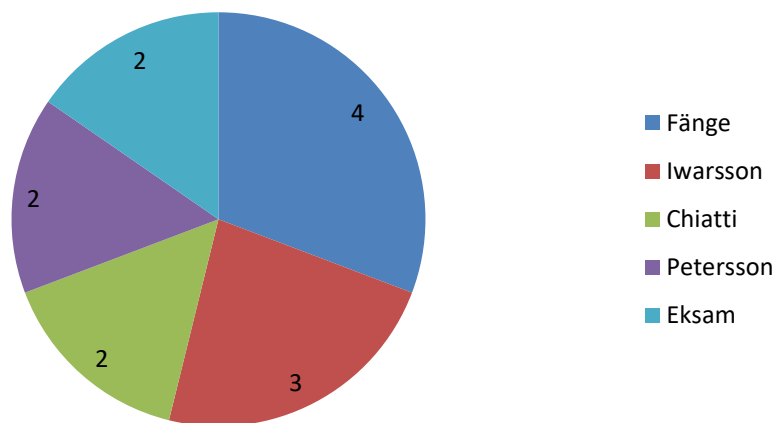


Figure 4. Nombre d'articles ayant été produits par les auteurs

## 5.2. Définition et buts de l'adaptation domiciliaire

Tout d'abord, presque tous les auteurs ont défini leur conception de l'adaptation de domicile. Cependant, il est important de considérer que près de 50 % des articles retenus proviennent de la Suède, ainsi, plusieurs d'entre eux se sont référés à l'Acte sur l'adaptation de domicile de la Suède (1992) pour définir ce concept. Ainsi, selon cet acte, il s'agit d'une intervention individualisée menant à la modification physique du domicile et de l'environnement extérieur immédiat, de manière permanente, afin de répondre aux besoins spécifiques du client

(Chiatti et Iwarsson, 2014; Fänge et Iwarsson, 2005; Fänge, Lindberg et Iwarsson, 2013; Granbom, Tai et Ekstam, 2017; Pettersson, Löfqvist et Fänge, 2012). Par ailleurs, encore selon cet acte, l'adaptation de domicile peut être réalisée dans une visée préventive de la perte d'autonomie, dans une perspective de réhabilitation pour favoriser la participation occupationnelle ou encore dans l'optique d'assurer un maintien à domicile (Chiatti et Iwarsson, 2014; Granbom et al., 2017; Niva et Skär, 2006). En d'autres termes, cette intervention repose entièrement sur la relation transactionnelle entre la personne, l'occupation et l'environnement, dans le sens où l'objectif est l'amélioration de la participation occupationnelle de la personne par la réduction des obstacles et des demandes de l'environnement physique (Chiatti et Iwarsson, 2014; Fänge et Iwarsson, 2005). Effectivement, plusieurs auteurs ont souligné le fait que l'adaptation de domicile vise à éliminer les obstacles de l'environnement physique pour favoriser l'accessibilité au domicile et à ses commodités (Burns et Pickens, 2017; Chiatti et Iwarsson, 2014; Granbom et al., 2017; Heywood, 2005; Nord, Eakin, Astley et Atkinson, 2009). Toutefois, certains auteurs spécifient que l'adaptation domiciliaire devrait, en plus de favoriser la réalisation des activités de la vie quotidienne de manière sécuritaire et autonome par l'individu, veiller à répondre aux besoins changeants de l'ensemble des membres de la famille (Boniface et Morgan, 2017; Burns et Pickens, 2017; Fänge et Iwarsson, 2005; Heywood, 2002, 2004; Lysack et Neufeld, 2003; Nord et al., 2009; Pettersson et al., 2012).

### **5.3. Bénéfices de l'adaptation de domicile**

L'adaptation de domicile n'est pas une intervention contribuant seulement à modifier l'environnement physique du domicile pour favoriser la réalisation des occupations (Pettersson et al., 2012). Il s'agit d'une intervention ayant le pouvoir de redonner de l'autonomie et du contrôle au client (Pettersson et al., 2012). De plus, ce processus d'intervention complexe n'a pas uniquement des impacts sur le quotidien de la personne ayant une incapacité. En effet, il y a plusieurs conséquences qui affectent également les autres personnes résidant dans le domicile et même sur le système de santé à plus grande échelle (voir Tableau 1 à la page suivante).

Tableau 1.  
*Bénéfices de l'adaptation de domicile à différentes échelles*

<b>Bénéfices à avoir recours à l'adaptation domiciliaire</b>	
Pour la personne ayant une incapacité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser la réalisation des activités de la vie quotidienne (Chiatti et Iwarsson, 2014; Ekstam et al., 2014; Fänge et Iwarsson, 2005; Fänge et al., 2013; Granbom et al., 2017; Heywood, 2002; Niva et Skär, 2006; Pettersson et al., 2012; Westlin et Björklund, 2016);</li> <li>• Augmenter l'autonomie (Chiatti et Iwarsson, 2014; Ekstam et al., 2014; Fänge et al., 2013; Heywood, 2005; Niva et Skär, 2006; Pettersson et al., 2012; Westlin et Björklund, 2016);</li> <li>• Réduire l'impact des incapacités (Ekstam et al., 2014; Fänge et Iwarsson, 2005; Fänge et al., 2013; Heywood, 2005; Johansson et al., 2007; Pettersson et al., 2012);</li> <li>• Réduire les risques de blessures, de chutes ou d'accidents (Ekstam et al., 2014; Heywood, 2002, 2004, 2005; Lysack et Neufeld, 2003; Niva et Skär, 2006);</li> <li>• Améliorer l'usage de la maison (Ekstam et al., 2014; Fänge et Iwarsson, 2005; Fänge et al., 2013; Johansson et al., 2007; Pettersson et al., 2012; Westlin et Björklund, 2016);</li> <li>• Améliorer les relations sociales (Heywood, 2002, 2004; Johansson et al., 2007; Niva et Skär, 2006; Pettersson et al., 2012);</li> <li>• Améliorer la satisfaction face à la performance occupationnelle (Chiatti et Iwarsson, 2014; Fänge et Iwarsson, 2005; Johansson et al., 2007; Niva et Skär, 2006);</li> <li>• Améliorer l'accessibilité de la maison (Fänge et Iwarsson, 2005; Johansson et al., 2007; Niva et Skär, 2006; Westlin et Björklund, 2016);</li> <li>• Améliorer le bien-être et la qualité de vie des occupants du domicile (Boniface et Morgan, 2017; Chiatti et Iwarsson, 2014; Westlin et Björklund, 2016);</li> <li>• Augmenter de la dignité (Heywood, 2002, 2004; Johansson et al., 2007);</li> <li>• Soulager la douleur (Heywood, 2004; Johansson et al., 2007);</li> <li>• Favoriser la sécurité à domicile (Granbom et al., 2017; Heywood, 2005);</li> <li>• Réduire le stress (Heywood, 2002, 2004);</li> <li>• Augmenter l'intimité/la vie privée (Heywood, 2002, 2005);</li> <li>• Favoriser la réalisation d'activité à l'extérieur du domicile (Niva et Skär, 2006; Pettersson et al., 2012);</li> <li>• Favoriser le maintien des rôles (Pettersson et al., 2012);</li> <li>• Éviter un déménagement (Heywood, 2002).</li> </ul>
Pour la famille et les proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la qualité de vie (Boniface et Morgan, 2017; Heywood, 2002, 2004; Johansson et al., 2007);</li> <li>• Faciliter le rôle de proche aidant (Granbom et al., 2017; Heywood, 2002, 2004; Johansson et al., 2007);</li> <li>• Réduire le stress (Heywood, 2002, 2004);</li> <li>• Réduire les risques de blessure (Lysack et Neufeld, 2003);</li> <li>• Améliorer l'inclusion sociale (Heywood, 2002);</li> <li>• Bénéficier des adaptations dans la réalisation de leurs occupations (Heywood, 2004);</li> <li>• Réduire les douleurs (Heywood, 2004).</li> </ul>
Pour le système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire les coûts du système de santé (Heywood, 2002, 2004; Johansson et al., 2007; Niva et Skär, 2006);</li> <li>• Diminution des admissions à l'hôpital (Heywood, 2002).</li> </ul>

#### 5.4. Rôle de l'ergothérapeute dans le processus d'adaptation domiciliaire

Les résultats confirment la pertinence de l'implication de l'ergothérapeute dans le processus d'adaptation domiciliaire. Cela s'explique par le fait que, selon leur champ de compétence, les ergothérapeutes peuvent suggérer des adaptations ou des modifications dans

l'environnement physique du domicile, afin de prévenir les limitations fonctionnelles, d'améliorer la participation occupationnelle ou de compenser les difficultés dans la réalisation des AVQ (Boniface et Morgan, 2017; Burns et Pickens, 2017; Cohn, Lew, Hanauer, Honaker et Smith-Roley, 2015; Fänge et Iwarsson, 2005; Westlin et Björklund, 2016). Cela est également appuyé par le fait que l'ergothérapeute a les connaissances médicales, sociales, ergonomiques et techniques requises dans l'adaptation de domicile (Lohman, 2000).

Malgré le fait que les options de financement des adaptations de domicile varient d'un pays à l'autre, l'ergothérapeute devrait recommander les meilleures solutions, en considérant la situation financière du client (Lysack et Neufeld, 2003). Ainsi, l'ergothérapeute doit parfois user de créativité, afin de trouver des solutions à moindre coût ou bien une subvention pour les adaptations requises (Lysack et Neufeld, 2003). C'est pourquoi il est important que l'ergothérapeute connaisse les politiques d'assurance et le langage des agents-payeurs, afin d'augmenter les chances que les recommandations soient autorisées et remboursables (Lysack et Neufeld, 2003). Toutefois, l'ergothérapeute doit faire son possible pour que les obstacles financiers ne nuisent pas à la qualité des recommandations et, lorsque nécessaire, plaider pour son client auprès des agents payeurs (Cohn et al., 2015; Lysack et Neufeld, 2003). Par ailleurs, l'ergothérapeute a fréquemment un rôle à jouer dans les démarches d'aide financière, puisque, pour avoir accès à une subvention, les besoins d'adaptation doivent être certifiés par un professionnel (Ekstam, Carlsson, Chiatti, Nilsson et Fänge, 2014; Fänge et Iwarsson, 2005; Fänge et al., 2013; Lohman, 2000; Pettersson et al., 2012; Westlin et Björklund, 2016). Pour ce faire, l'ergothérapeute procède habituellement à une visite au domicile du client pour évaluer les capacités de la personne et son environnement à l'aide d'entrevues et d'observations non structurées (Cohn et al., 2015; Ekstam et al., 2014; Fänge et al., 2013; Lohman, 2000).

La majorité des auteurs s'entendent sur le fait que l'adaptation domiciliaire requiert une étroite collaboration entre l'ergothérapeute et le client (Cohn et al., 2015; Nord et al., 2009). Cela implique que l'ergothérapeute favorise l'engagement et l'autonomie du client tout au long du processus (Picking et Pain, 2003). En fait, l'ergothérapeute devrait agir à titre de personne ressource auprès du client (Nord et al., 2009; Picking et Pain, 2003). En ce sens, l'ergothérapeute a la responsabilité d'agir en tant que conseiller et expert en occupation, en expliquant au client



les adaptations ainsi que leurs utilisations et leurs fonctions (Burns et Pickens, 2017; Nord et al., 2009; Pettersson et al., 2012). Une bonne collaboration est essentielle entre l'ergothérapeute et les différents acteurs du processus, tels que les administrateurs des programmes de subvention, des entrepreneurs, des ingénieurs, des arpenteurs, et, parfois même, des organismes communautaires et des fournisseurs (Cohn et al., 2015; Nord et al., 2009; Picking et Pain, 2003).

Finalement, les auteurs ne s'entendent pas tous sur le moment où l'ergothérapeute devrait cesser de s'impliquer dans le processus. Plus précisément, pour certains auteurs, il va de soi que l'ergothérapeute doit réévaluer le fonctionnement du client, à la suite de l'adaptation du domicile (Ekstam et al., 2014). D'ailleurs, la Loi sur les services de santé en Suède stipule que tout ergothérapeute est responsable d'évaluer ses interventions, ainsi, il devrait être obligatoire que les ergothérapeutes évaluent la qualité et l'efficacité des adaptations de domicile (Fänge et al., 2013). Cependant, en pratique, le mandat des ergothérapeutes prend souvent fin après avoir certifié le besoin du client et suggéré des adaptations en conséquence (Fänge et al., 2013).

### **5.5. Législation sur l'adaptation domiciliaire et l'aide financière associée selon le pays**

Tous les pays ont leurs procédures et réglementations concernant l'adaptation de domicile (Chiatti et Iwarsson, 2014; Pettersson et al., 2012). Dans ce sens, les démarches pour accéder à une subvention ou à une aide financière pour l'adaptation du domicile varient d'un pays à l'autre. En effet, à titre d'exemple, tous les pays scandinaves offrent des subventions afin que les individus ayant une incapacité puissent adapter leur domicile à leurs besoins, pour être aptes à vivre de manière sécuritaire et indépendante (Granbom et al., 2017). Les Tableaux 2 et 3 (voir aux pages suivantes) mettent en lumière les éléments clés des lois et des procédures financières liées au processus d'adaptation domiciliaire en Europe, plus précisément en Suède, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, et en Amérique, plus précisément aux États-Unis et au Canada.

Tableau 2.

*La législation et l'aide financière concernant l'adaptation domiciliaire en Europe*

Suède	<p>L'adaptation de domicile est légiférée par l'Acte suédois sur l'adaptation de domicile et ne fait pas partie des services sociaux ou de santé (Pettersson et al., 2012). Cet acte stipule que les individus ayant une incapacité ont droit à un soutien financier pour l'adaptation de leur domicile, afin d'éliminer les obstacles de l'environnement physique pour promouvoir l'autonomie et la sécurité à domicile (Ekstam et al., 2014; Johansson et al., 2007; Niva et Skär, 2006; Westlin et Björklund, 2016). Plus précisément, la totalité des coûts associés à l'adaptation du domicile peut être publiquement subventionnée pour la prévention, la réhabilitation ou pour le maintien à domicile (Chiatti et Iwarsson, 2014; Ekstam et al., 2014; Fänge et Iwarsson, 2005; Fänge et al., 2013; Johansson et al., 2007; Pettersson et al., 2012). La subvention est attribuée sans égard à la situation financière de l'individu, peu importe qu'il soit propriétaire ou locataire, et indépendamment du fait que le domicile soit une maison ou un appartement (Chiatti et Iwarsson, 2014; Fänge et al., 2013; Johansson et al., 2007). La subvention couvre également souvent l'adaptation de plus d'une pièce du domicile et de l'environnement extérieur immédiat (Fänge et Iwarsson, 2005; Johansson et al., 2007). Toutefois, la loi autorise la meilleure solution au plus faible coût et cela ne permet souvent pas de répondre aux préférences esthétiques du client. Ainsi, certaines municipalités offrent la possibilité à l'individu de payer un montant additionnel pour optimiser l'aspect esthétique (Pettersson et al., 2012).</p> <p>Pour avoir accès à une subvention, la personne doit faire une demande et la municipalité, qui est responsable d'administrer les subventions, analyse la demande (Chiatti et Iwarsson, 2014; Ekstam et al., 2014; Fänge et al., 2013; Johansson et al., 2007; Pettersson et al., 2012; Westlin et Björklund, 2016). L'individu doit posséder un certificat attestant le besoin d'adapter le domicile (Ekstam et al., 2014; Fänge et al., 2013; Granbom et al., 2017; Westlin et Björklund, 2016). Ce certificat est émis par un professionnel de la santé, souvent un ergothérapeute, après l'évaluation de la personne et de l'environnement (Fänge et al., 2013; Westlin et Björklund, 2016). Le certificat doit établir le pronostic de l'individu, décrire ses capacités fonctionnelles et l'impact de ses incapacités au quotidien et expliquer comment les adaptations peuvent résoudre la problématique. Certaines conditions peuvent entraîner le rejet de la demande, par exemple si le domicile n'est pas permanent ou si l'adaptation requise n'est pas permanente. La personne doit alors financer elle-même l'adaptation (Westlin et Björklund, 2016).</p>
Pays-Bas	<p>Aux Pays-Bas, l'Acte sur l'adaptation domiciliaire pour les personnes ayant un handicap accorde aux résidents le droit d'obtenir des adaptations de domicile. Toutefois, l'incapacité doit avoir été objectivement évaluée et être reconnue depuis plus de six mois. De plus, l'individu ne peut avoir recours à l'adaptation de son domicile que lorsqu'aucun autre moyen alternatif ne peut améliorer sa condition de vie. Les solutions d'adaptation domiciliaire doivent être les plus efficaces à moindre coût. Les individus de tous âges, peu importe leur situation financière, ont la possibilité de recevoir une subvention pour une adaptation de domicile. Ce sont les autorités locales qui administrent les subventions et décident des travaux admissibles (Lohman, 2000).</p>
Royaume-Uni	<p>L'Acte sur l'adaptation domiciliaire stipule que les personnes ayant une incapacité ont droit à une subvention publique et une assistance professionnelle lorsqu'ils nécessitent une adaptation de domicile (Nord et al., 2009; Picking et Pain, 2003). La subvention est gérée par les autorités locales du système de santé avec la contribution d'ergothérapeutes (Boniface et Morgan, 2017). Cette subvention est accessible à toute personne dont l'environnement physique est inapproprié à ses capacités, sans égard à son âge ni au type de domicile (Boniface et Morgan, 2017; Heywood, 2005). Le montant maximal pouvant être subventionné est de 20 000 euros en Angleterre et de 24 000 euros au Pays de Galle (Heywood, 2005). Ce montant est souvent insuffisant pour couvrir tous les travaux et cela a pour conséquence que les entrepreneurs doivent couper dans la qualité du matériel et de l'exécution des travaux (Heywood, 2005). Dans le cas où la personne nécessitant l'adaptation est locataire, la subvention est accordée au propriétaire du domicile (Boniface et Morgan, 2017). Par ailleurs, l'Acte sur l'égalité stipule qu'il faut la permission du propriétaire du domicile pour faire des travaux d'adaptation, mais que ce dernier ne peut refuser de consentir sans motif raisonnable (Boniface et Morgan, 2017).</p>

Tableau 3.

*La législation et l'aide financière concernant l'adaptation domiciliaire en Amérique*

Canada	Rousseau, Potvin, Dutil et Falta (2002) rapportent qu'au Québec, les ergothérapeutes considèrent les moyens financiers de leur client, ainsi que l'aide financière offerte par certains organismes, dans leurs suggestions d'adaptation.
États-Unis	L'Acte sur la réhabilitation (1973) stipule que tout programme financé par le gouvernement fédéral peut offrir des services en ergothérapie, afin d'assurer un accès égal aux personnes avec une incapacité (Cohn et al., 2015). Ensuite, les individus ont une assurance privée ou publique. Cependant, en comparaison avec les assurances privées, les politiques d'assurances publiques sont plus strictes et couvrent souvent peu des recommandations liées à l'adaptation du domicile (Lysack et Neufeld, 2003). De ce fait, lorsque le client est assuré publiquement, les ergothérapeutes privilégient davantage des modifications mineures du domicile et des équipements alternatifs moins dispendieux (Lysack et Neufeld, 2003). Ainsi, cela démontre que l'agent-payeur influence la pratique des ergothérapeutes et la qualité des recommandations, puisque tout dépend des moyens financiers du client (Walker (2000) dans Lysack et Neufeld, 2003). De plus, les individus résidant au centre-ville sont moins susceptibles d'être propriétaires d'une maison et cela peut entraîner des restrictions supplémentaires si le propriétaire ne veut pas autoriser les modifications de la propriété en location (Lysack et Neufeld, 2003).

**5.6. Obstacles à l'adaptation domiciliaire**

Plusieurs entraves au bon déroulement du processus d'adaptation domiciliaire ont été rapportées par les auteurs. Les difficultés soulignées sont décrites dans le Tableau 2 (voir à la page suivante).

Tableau 4.

*Les entraves au processus d'adaptation domiciliaire selon diverses perspectives*

Perspective	Obstacles
Selon la personne ayant une incapacité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de communication et de collaboration avec les professionnels impliqués (Boniface et Morgan, 2017; Heywood, 2004, 2005; Johansson et al., 2007; Picking et Pain, 2003);</li> <li>• Processus dispendieux et peu de ressources financières (Cohn et al., 2015; Granbom et al., 2017; Heywood, 2005; Picking et Pain, 2003);</li> <li>• Longs délais (Boniface et Morgan, 2017; Heywood, 2005; Picking et Pain, 2003);</li> <li>• Manque de connaissances sur le processus d'adaptation et sur les options d'aide financière (Boniface et Morgan, 2017; Johansson et al., 2007; Pettersson et al., 2012);</li> <li>• Considération exclusive de l'environnement physique et omission des dimensions psychologiques de la personne (Heywood, 2005; Rousseau et al., 2002);</li> <li>• Aspect non esthétique des travaux d'adaptation (Granbom et al., 2017; Heywood, 2005);</li> <li>• Besoin d'espace pour réaliser les adaptations (Granbom et al., 2017; Heywood, 2005);</li> <li>• Manque d'attention aux détails dans l'installation des adaptations (Heywood, 2005);</li> <li>• Utilisation d'un langage non vulgarisé par les professionnels (Boniface et Morgan, 2017);</li> <li>• Difficulté pour le client à visualiser le résultat final (Nord et al., 2009).</li> </ul>
Selon l'ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande faite lorsque les difficultés sont trop difficiles à gérer (Granbom et al., 2017; Heywood, 2005; Pettersson et al., 2012);</li> <li>• Processus d'intervention non standardisé et peu documenté (Ekstam et al., 2014; Fänge et al., 2013; Picking et Pain, 2003);</li> <li>• Réglementation et législation rigides (Heywood, 2005; Westlin et Björklund, 2016);</li> <li>• Processus d'intervention complexe (Chiatti et Iwarsson, 2014; Cohn et al., 2015);</li> <li>• Absence d'un modèle théorique spécifique à l'adaptation domiciliaire (Heywood, 2005; Rousseau et al., 2002);</li> <li>• Manque de communication entre les professionnels (Heywood, 2005);</li> <li>• Limites des programmes d'aide financière (Cohn et al., 2015);</li> <li>• Complexité de la situation du client (Cohn et al., 2015).</li> </ul>
Selon la famille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considération exclusive du client et omission des besoins des autres membres de la famille et des conséquences des adaptations sur eux (Heywood, 2004, 2005).</li> </ul>

**5.7. Facilitateurs à l'adaptation domiciliaire**

Toutefois, malgré la recension de plusieurs entraves au bon déroulement du processus d'adaptation domiciliaire, les auteurs rapportent également plusieurs éléments favorisant le bon déroulement de ce même processus (voir Tableau 5 à la page suivante).

Tableau 5.

*Les facilitateurs au processus d'adaptation domiciliaire selon diverses perspectives*

Perspective	Facilitateurs
Selon la personne ayant une incapacité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect de l'opinion, des préférences et des besoins du client (Burns et Pickens, 2017; Heywood, 2004; Johansson et al., 2007; Pettersson et al., 2012);</li> <li>• Approche holistique du client (Burns et Pickens, 2017; Pettersson et al., 2012);</li> <li>• Bonne communication et collaboration avec les professionnels impliqués (Boniface et Morgan, 2017; Burns et Pickens, 2017; Nord et al., 2009; Pettersson et al., 2012; Picking et Pain, 2003);</li> <li>• Consultation et coaching du client par l'ergothérapeute pour favoriser l'engagement et la prise de décision éclairée (Boniface et Morgan, 2017; Nord et al., 2009; Pettersson et al., 2012; Picking et Pain, 2003);</li> <li>• Partage du pouvoir entre l'ergothérapeute et le client (Boniface et Morgan, 2017; Nord et al., 2009; Pettersson et al., 2012; Picking et Pain, 2003);</li> <li>• Bonnes connaissances du client sur le processus d'adaptation domiciliaire et les programmes d'aide financière (Boniface et Morgan, 2017; Heywood, 2004; Pettersson et al., 2012; Picking et Pain, 2003);</li> <li>• Capacité à visualiser la finalité du projet (Nord et al., 2009; Heywood, 2004; Picking et Pain 2003);</li> <li>• Présence d'une personne ressource dans le processus (Boniface et Morgan, 2017; Nord et al., 2009; Picking et Pain, 2003);</li> <li>• Compréhension des difficultés et de leurs impacts sur la performance occupationnelle par les professionnels impliqués (Johansson et al., 2007; Picking et Pain, 2003);</li> <li>• Considération de l'aspect esthétique et implication du client dans les décisions portant sur l'aspect physique des travaux (Nord et al., 2009);</li> <li>• Disponibilité des professionnels (Picking et Pain, 2003);</li> <li>• Suivi régulier avec le client (Picking et Pain, 2003);</li> <li>• Implication de l'ergothérapeute tout au long du processus (Fänge et al., 2013).</li> </ul>
Selon l'ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonne communication et collaboration entre les professionnels impliqués (Boniface et Morgan, 2017; Burns et Pickens, 2017; Nord et al., 2009; Pettersson et al., 2012; Picking et Pain, 2003);</li> <li>• Respect de la contribution de chaque membre de l'équipe (Nord et al., 2009);</li> <li>• Engagement du client dans le processus (Heywood, 2004);</li> <li>• Utilisation d'évaluations objectives et subjectives (Fänge et Iwarsson, 2005);</li> <li>• Connaissances sur les lois, règlements et pratiques probantes (Burns et Pickens, 2017; Fänge et al., 2013; Westlin et Björklund, 2016);</li> <li>• Capacité à plaider pour son client et à défendre ses intérêts auprès des agents-payeurs (Nord et al., 2009; Picking et Pain, 2003).</li> </ul>
Selon la famille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considération des besoins de toute la famille et des conséquences des adaptations sur le quotidien de chacun (Boniface et Morgan, 2017).</li> </ul>

## **6. DISCUSSION**

L'objectif du présent mémoire est de dresser le portrait des facilitateurs et des entraves à l'adaptation domiciliaire des logements locatifs au Québec. Toutefois, il s'agit d'un sujet hautement spécifique lié à l'adaptation de domicile qui est également un sujet peu documenté. C'est pour cette raison qu'une étude de portée a été réalisée dans le cadre de cette recherche. Ainsi, la question qui a servi de guide à l'étude était très inclusive, afin d'obtenir le plus de résultats possible. Effectivement, cette dernière était : « quels sont les facilitateurs et les entraves à l'adaptation domiciliaire ? ». Il importe de mentionner que les articles obtenus ne traitent donc pas nécessairement du processus d'adaptation domiciliaire au Québec. Cependant, les 20 articles retenus permettent de mettre en évidence plusieurs facilitateurs et entraves au processus d'adaptation domiciliaire en général. Toutefois, pour ces mêmes raisons, cela signifie que l'objectif de recherche n'est que partiellement atteint. Dans les prochaines sections seront exposés une analyse critique des résultats, les liens avec le cadre conceptuel, les retombées potentielles sur la pratique en ergothérapie et, finalement, les forces et les limites de l'étude.

### **6.1. Analyse critique des résultats**

D'abord, après une analyse des 20 articles retenus, une synthèse de tous les éléments pouvant influencer le déroulement du processus d'adaptation domiciliaire a été réalisée. Ainsi, il a été possible de dresser une liste d'éléments favorisant le bon déroulement du processus d'adaptation domiciliaire et de ceux y faisant obstacle. Toutefois, il est important de considérer qu'aucun article retenu n'aborde directement les facilitateurs et les entraves au processus d'adaptation domiciliaire au Québec. Cependant, comme il s'agit d'une thématique semblable, la plupart des éléments identifiés peuvent tout de même s'appliquer au sujet de recherche.

#### **6.1.1. Entraves au processus d'adaptation domiciliaire**

Pour commencer, plusieurs des éléments identifiés dans les résultats peuvent se retrouver à la fois dans les facilitateurs et dans les entraves au processus d'adaptation domiciliaire. En effet, les auteurs relèvent, par exemple, que la communication entre les professionnels et le client, l'aspect esthétique des travaux et les connaissances des professionnels et du client sur le processus d'adaptation domiciliaire et la législation associée sont des éléments pouvant à la fois favoriser ou nuire au bon déroulement de l'intervention (Boniface et Morgan, 2017; Burns et

Pickens, 2017; Granbom et al., 2017; Heywood, 2004, 2005; Johansson et al., 2007; Nord et al., 2009; Pettersson et al., 2012; Picking et Pain, 2003; Rousseau et al., 2002). En fait, la catégorisation de ces éléments en tant que facilitateur ou obstacle dépend principalement de l'expérience vécue par le client.

Plus précisément, la communication est un obstacle dans le cas où le client a le sentiment de ne pas être écouté ou de devoir se battre pour obtenir les adaptations répondant à ses besoins (Boniface et Morgan, 2017; Heywood, 2004, 2005; Johansson et al., 2007; Picking et Pain, 2003). Cela peut impliquer que des besoins sont parfois omis ou encore que des adaptations non désirées par le client sont installées, résultant en une inefficacité de l'intervention et un coût inutile si le client ne l'utilise pas (Boniface et Morgan, 2017; Heywood, 2004, 2005; Johansson et al., 2007; Picking et Pain, 2003). Par ailleurs, une mauvaise communication peut nuire à l'engagement du client dans le processus, engendrer un stress supplémentaire à ce dernier et à sa famille, ainsi qu'entraîner un manque de considération de sa culture et de son expertise sur sa propre condition (Boniface et Morgan, 2017; Heywood, 2004, 2005; Johansson et al., 2007; Picking et Pain, 2003). L'aspect esthétique des travaux, quant à lui, est délicat et souvent aussi important pour le client que l'aspect fonctionnel (Nord et al., 2009). De ce fait, lorsque les travaux ne sont pas esthétiques, ils contribuent à stigmatiser le client en lui rappelant en permanence sa situation de handicap. De plus, l'aspect esthétique peut aussi affecter négativement la valeur de revente du domicile (Granbom et al., 2017; Heywood, 2005). Le manque de connaissances sur le processus d'adaptation domiciliaire et la législation est également problématique, puisque cela implique que le client ne connaît souvent pas ses droits et responsabilités face au processus d'intervention, les personnes à contacter ni les aides financières auxquelles il a droit (Boniface et Morgan, 2017; Johansson et al., 2007; Pettersson et al., 2012).

Dans le même sens, le manque d'uniformisation des services et l'accès complexe à l'information sont également des obstacles majeurs au bon déroulement du processus (Burns et Pickens, 2017; Ekstam et al., 2014; Fänge et al., 2013; Heywood, 2005; Picking et Pain, 2003; Rousseau et al., 2002; Westlin et Björklund, 2016). Effectivement, comme ce processus n'est pas standardisé, cela implique que les services offerts par les ergothérapeutes ne sont pas toujours les mêmes et qu'ils ne sont pas nécessairement basés sur les meilleures pratiques à ce jour (Ekstam

et al., 2014; Fänge et al., 2013; Picking et Pain, 2003). De plus, l'absence d'un modèle théorique spécifique à cette pratique favorise l'utilisation du modèle médical qui ne permet pas de prendre en considération tous les éléments de la personne, de l'environnement et des occupations réalisées par le client (Heywood, 2005; Rousseau et al., 2002). Ainsi, la création d'un guide de pratique, énonçant clairement le rôle de chacun, les actions à poser et les éléments à considérer, permettrait de réduire l'impact de ces entraves. De manière plus spécifique, il serait possible d'éliminer certains obstacles identifiés dans les résultats comme l'omission de la sphère psychologique du client ou des besoins des autres membres de la famille (Heywood, 2002). Une piste de solution intéressante pour éliminer la problématique d'accès à l'information pourrait être l'utilisation d'une approche populationnelle en promotion de la santé.

Par la suite, les autres problématiques identifiées dans les résultats sont plutôt de nature organisationnelle, comme les longs délais, les coûts importants pour les travaux et la réglementation rigide (Boniface et Morgan, 2017; Cohn et al., 2015; Granbom et al., 2017; Heywood, 2005; Picking et Pain, 2003). Effectivement, les longs délais ont souvent des impacts négatifs sur la qualité de vie, le bien-être et la dignité du client, puisque sa condition continue de se détériorer dans l'attente des adaptations (Boniface et Morgan, 2017; Heywood, 2005; Picking et Pain, 2003). Les délais sont aussi une source de stress importante pouvant nuire à la santé du client et de celle de son entourage (Boniface et Morgan, 2017). Ensuite, la rigidité de la réglementation légiférant le processus d'adaptation domiciliaire et les programmes d'aide financière représente une autre entrave importante au bon déroulement de l'intervention. En effet, les ergothérapeutes sont requis pour évaluer le fonctionnement du client et ses besoins, mais, dans les faits, ils ont souvent peu de temps pour la réalisation de cette étape. Cela implique que les ergothérapeutes ne peuvent souvent pas réaliser une évaluation complète du client et de son environnement (Heywood, 2005; Westlin et Björklund, 2016). De plus, comme mentionné précédemment, il s'agit d'un processus d'intervention dispendieux. Dépendamment de l'aide financière accessible et des ressources financières du client, il est possible que certains besoins ne puissent pas être répondus ou encore que les travaux et les matériaux soient de qualité inférieure (Granbom et al., 2017; Cohn et al., 2015; Heywood, 2005; Picking et Pain, 2003). Le fait de trouver des solutions à ces obstacles permettrait assurément d'améliorer la pratique des ergothérapeutes et la satisfaction des clients face au résultat de leur adaptation.



### **6.1.2. Facilitateurs au processus d'adaptation domiciliaire**

Toutefois, les résultats mettent également en évidence plusieurs facilitateurs au processus. Tel que rapporté précédemment, une grande majorité des éléments identifiés comme favorisant le bon déroulement du processus peuvent aussi être considérés comme un obstacle, selon l'expérience vécue par le client. Ainsi, la communication efficace entre le client et les professionnels impliqués, l'implication du client dans le design des travaux et le fait que les personnes impliquées connaissent bien les lois, les programmes d'aide financière et le processus d'adaptation domiciliaire sont des éléments clés pour que l'intervention soit un succès (Boniface et Morgan, 2017; Burns et Pickens, 2017; Fänge et al., 2013; Nord et al., 2009; Pettersson et al., 2012; Picking et Pain, 2003; Westlin et Björklund, 2016). Effectivement, lorsque ces éléments sont mis en place, cela sous-entend que les opinions du client sont respectées et que son engagement dans le processus est favorisé, facilitant également le déroulement du processus (Burns et Pickens, 2017; Heywood, 2004; Johansson et al., 2007; Pettersson et al., 2012). D'autres éléments, comme la vision holistique du client, la capacité à plaider pour son client, le partage du pouvoir entre les professionnels et le client, ainsi que le coaching du client pour favoriser son implication, sont aussi rapportés comme facilitateurs (Boniface et Morgan, 2017; Burns et Pickens, 2017; Nord et al., 2009; Pettersson et al., 2012; Picking et Pain, 2003).

Par ailleurs, une grande majorité des éléments présentés précédemment correspondent aux caractéristiques fondamentales des ergothérapeutes, aux rôles et aux valeurs de la profession. Effectivement, plusieurs de ces facilitateurs correspondent directement aux sept rôles clés proposés dans le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada pour guider leur pratique (ACE, 2012). Plus précisément, dans le contexte spécifique de l'adaptation domiciliaire, les résultats dévoilent que faire preuve d'une communication et d'une collaboration efficaces avec tous les membres de l'équipe est un élément clé pour que la réussite de l'intervention. De plus, le fait de plaider pour son client en tant qu'agent de changement, de détenir les connaissances requises pour offrir une pratique probante et, évidemment, d'apporter son expertise sur l'occupation tout au long du processus sont aussi des éléments contribuant au succès de l'adaptation domiciliaire (Boniface et Morgan, 2017; Burns et Pickens, 2017; Fänge et al., 2013; Heywood, 2004; Johansson et al., 2007; Nord et al., 2009; Pettersson et al., 2012; Picking et Pain, 2003; Westlin et Björklund, 2016). Dans le même sens, plusieurs facilitateurs identifiés

correspondent à des qualités essentielles des ergothérapeutes selon l'ACE (2012), par exemple être à l'écoute de son client, favoriser l'engagement actif du client et le partage du pouvoir avec ce dernier, avoir une vision du client dans son ensemble, être disponible et offrir un suivi régulier (Boniface et Morgan, 2017; Burns et Pickens, 2017; Heywood, 2004; Johansson et al., 2007; Nord et al., 2009; Pettersson et al., 2012; Picking et Pain, 2003). De plus, les auteurs rapportent que l'ergothérapeute devrait être impliqué tout au long du processus et réévaluer le client après la réalisation des travaux pour valider qu'ils répondent aux besoins du client et de sa famille (Boniface et Morgan, 2017; Fänge et al., 2013). Bref, la présence de l'ergothérapeute dans ce processus d'intervention est un élément positif, voire nécessaire, à son bon déroulement.

Sommaires toutes, l'élément le plus crucial à comprendre pour que le processus d'adaptation du domicile soit un succès est le lien d'attachement qui uni le client à son domicile. En effet, comme rapporté par les auteurs, la plupart des adultes souhaitent demeurer le plus longtemps possible à domicile, même si leur environnement ne supporte plus leurs besoins et que leurs capacités, leur sécurité et leur indépendance diminuent (Burns et Pickens, 2017; Johansson et al., 2007). Il est prouvé que le domicile est synonyme de sécurité, d'intimité, de liberté d'agir et d'accomplissement de soi (Heywood, 2005). Il s'agit de l'endroit où les gens fondent leur famille et créent des liens amitiés. Bref, les gens ont souvent un attachement important face au domicile qui a accueilli plusieurs moments marquants de leur vie (Heywood, 2005). Ainsi, il est primordial que l'adaptation domiciliaire soit un processus d'intervention individualisé répondant aux besoins du client et de sa famille, afin d'améliorer l'autonomie, tout en conservant l'essence de la signification du domicile pour ses habitants.

### **6.1.3. Adaptation domiciliaire à l'international en comparaison avec le Québec**

Outremer comme au Québec, les écrits affirment qu'une personne peut demander à faire adapter son domicile si elle est locataire, mais aucune information sur le processus et la législation associée n'est accessible facilement (Chiatti et Iwarsson, 2014; Fänge et al., 2013; Johansson, 2007). En aucun cas, il n'est mentionné dans les articles retenus qu'un édifice locatif peut être public ou privé selon le nombre d'unités, en comparaison avec le Québec où un logement locatif de plus de huit unités et de deux étages est considéré comme un édifice public (Éditeur officiel du Québec, 2017c). De plus, hormis l'ergothérapeute, aucun autre professionnel

n'est identifié comme étant nécessaire légalement au processus d'adaptation de domicile dans les articles retenus, encore une fois en comparaison avec le Québec où un architecte doit signer et sceller tous les plans et devis de construction pour l'adaptation d'un immeuble de plus de quatre logements (Éditeur officiel du Québec, 2017d). Il est donc possible de conclure que la réglementation au Québec est plus stricte que dans plusieurs autres pays concernant l'adaptation de domicile, mais, dans l'autre sens, il s'agit d'une protection supplémentaire pour le consommateur. Un autre exemple de ce fait est que le PAD exige que l'entrepreneur réalisant les travaux d'adaptation détienne la licence appropriée de la Régie du bâtiment du Québec (SHQ, 2016). Dans ce même sens, le programme d'aide financière de la SAAQ, quant à lui, ordonne que les travaux soient conformes aux règlements municipaux et provinciaux et qu'ils respectent le Code de construction du Québec (SAAQ, 2018).

Un autre élément de comparaison intéressant est lié à l'aide financière accessible pour procéder à l'adaptation d'un domicile selon la situation géographique du client. D'abord, tous les pays s'accordent sur le fait que chaque individu a droit à une aide financière, peu importe qu'il soit locataire ou propriétaire (Chiatti et Iwarsson, 2014; Fänge et al., 2013; Johansson et al., 2007). Cette affirmation est également valide au Québec, sauf quelques exceptions (CSST, 2017a; OPHQ, 2011; SAAQ, 2016). Cependant, l'aide financière accessible varie d'un endroit à l'autre. En effet, aux États-Unis ce sont les compagnies d'assurances qui gèrent les remboursements autorisés pour adapter un domicile (Lysack et Neufeld, 2003). D'ailleurs, un individu bénéficiant d'une assurance privée a de meilleures indemnités qu'une personne assurée publiquement (Lysack et Neufeld, 2003). Ensuite, en ce qui concerne les pays européens, la Suède se démarque en offrant une subvention publique gérée par la municipalité pouvant couvrir jusqu'à la totalité des coûts des travaux d'adaptation (Chiatti et Iwarsson, 2014; Ekstam et al., 2014; Fänge et Iwarsson, 2005; Fänge et al., 2013; Johansson et al., 2007; Pettersson et al., 2012). Les autres pays de l'Europe offrent également une subvention publique administrée par les municipalités locales, mais il y a une limite financière préétablie (Boniface et Morgan, 2017; Lohman, 2000; Nord et al., 2009; Picking et Pain, 2003). En comparaison, au Québec, il existe plusieurs programmes d'aide financière pour adapter un domicile, tels que le PAD, la SAAQ ou la CNESST. Cependant, selon le programme accessible au client, l'aide financière peut être limitée à 33 000\$ ou être illimitée selon les besoins, sauf exception (CSST, 2017a; SAAQ, 2016;

SHQ, 2018). Une autre différence importante entre le Québec et l'Europe est qu'au Québec le programme d'aide financière accessible est déterminé en fonction de la nature de la situation de handicap du client (CSST, 2017a; OPHQ, 2011; SAAQ, 2018). Effectivement, en aucun cas il n'est mentionné que l'aide financière accordée pour l'adaptation domiciliaire d'un Européen soit affectée par la nature de son incapacité (Boniface et Morgan, 2017; Heywood, 2005; Lohman, 2000). Cependant, peu importe le pays, la solution la plus efficace à moindre coût est toujours celle priorisée (CSST, 2017b; Lohman, 2000; Pettersson et al., 2012; SAAQ, 2016). Toutefois, la Suède se démarque en offrant la possibilité au client de défrayer de sa poche une somme supplémentaire dans le cas où il voudrait améliorer l'aspect esthétique des travaux (Pettersson et al., 2012). Cela est d'ailleurs un élément fort intéressant, puisque l'aspect esthétique des travaux est identifié comme un élément important dans la satisfaction du client (Granbom et al., 2017; Heywood, 2005; Nord et al., 2009). De plus, dans le cas où la subvention accordée pour financer les travaux est insuffisante, il se peut que la qualité des équipements et de la réalisation des travaux soit négligée pour permettre au client d'avoir les adaptations nécessaires, ce qui nuit au résultat final du processus (Heywood, 2005). En revanche, le client a toujours la possibilité de défrayer les coûts supplémentaires pour avoir accès aux adaptations requises (SHQ, 2014).

Enfin, en comparant le processus d'adaptation domiciliaire au Québec avec celui d'autres pays, il est possible de voir qu'à bien des égards le Québec offre une intervention de qualité et étroitement réglementée. Cependant, plusieurs pays européens, tels que la Suède, surpassent encore largement le Québec dans la réalisation de cette intervention. Il est ainsi fort intéressant de se comparer pour continuer à améliorer le processus au Québec.

## **6.2. Liens avec le cadre conceptuel**

Le cadre conceptuel de ce projet d'intégration regroupe trois modèles permettant ensemble de définir tous les concepts pertinents à l'étude, soit le Modèle Personne-Environnement-Occupation (Law et al., 1996), une synthèse des démarches cliniques d'accès à un programme d'aide financière (PAD, SAAQ, CNESST) et le processus d'intervention en ergothérapie (OEQ, 2013). Comme le démontrent les résultats, l'adaptation domiciliaire est un processus d'intervention complexe qui n'est pas réalisé de la même manière d'un pays à l'autre. De plus, l'ensemble des résultats met en évidence la relation étroite entre l'occupation, les

capacités de la personne et les caractéristiques de l'environnement. Dans ce sens, les résultats appuient également le fait qu'il ne suffit pas de simplement se fier aux normes d'accessibilité existantes pour adapter un domicile (Fänge et Iwarsson, 2005). En effet, l'adaptation domiciliaire est un processus qui doit être individualisé aux besoins de la personne, comme en témoigne le processus d'intervention en ergothérapie, car le fait de retirer les obstacles de l'environnement physique ne permettra pas nécessairement d'améliorer l'accessibilité si les capacités et les besoins de la personne ne sont pas considérés (Fänge et Iwarsson, 2005). Puis, comme mentionné précédemment, aucun article n'aborde l'adaptation domiciliaire au Québec, mais il est intéressant de comparer les démarches d'accès à un programme d'aide financière du Québec avec le fonctionnement dans les autres pays.

Dans le même sens, il est intéressant de voir que dans plusieurs autres pays, tels que la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis, l'adaptation de domicile est également une intervention courante et nécessitant l'expertise d'un ergothérapeute (Boniface et Morgan, 2017; Fänge et al., 2013; Lysack et Neufeld, 2003; Westlin et Björklund, 2016). Effectivement, à l'instar des objectifs de l'adaptation de domicile et de la place de l'ergothérapeute dans le processus au Québec, la majorité des auteurs s'entendent sur le fait qu'il s'agit d'une intervention centrale au processus de réadaptation pour améliorer la compatibilité des capacités de la personne avec son environnement (Iwarsson et Ståhl, 2003). Il est d'ailleurs prouvé que de participer à ses activités quotidiennes favorise le bien-être, la santé et améliore la qualité de vie (Niva et Skär, 2006), ce qui correspond à la définition même et à l'objectif principal de l'ergothérapie selon l'ACE (ACE, 2012).

### **6.3. Retombées potentielles sur la pratique en ergothérapie**

Ce projet d'intégration met en évidence plusieurs facilitateurs et entraves au bon déroulement du processus d'adaptation domiciliaire. De ce fait, il s'agit d'un bon indicateur pour les ergothérapeutes ayant à effectuer ce type d'intervention dans le cadre de leur travail, afin d'offrir des services de qualité. D'ailleurs, ce projet met en évidence le besoin d'un guide de pratiquant ayant pour but de standardiser le processus d'intervention et de faciliter l'accès à l'information autant pour les thérapeutes que les clients. De plus, ce projet d'intégration vise à

réduire les injustices sociales en dénonçant la complexité de l'adaptation domiciliaire et de l'accès restreint à une subvention permettant de couvrir en entier les coûts associés aux travaux.

#### **6.4. Forces et limites de l'étude**

D'abord, cette étude présente certaines forces, en commençant par le fait que le sujet de recherche est un aspect de l'adaptation domiciliaire spécifique et peu documenté. En fait, cette recherche identifie un vide de connaissances et une problématique réelle dans la société actuelle. Par ailleurs, ce projet met aussi en évidence les ressemblances et les différences dans la réalisation de ce processus d'intervention au Québec en comparaison avec plusieurs pays, tels que les États-Unis, la Suède et le Royaume-Uni. De plus, il s'agit d'un sujet important pour la pratique en ergothérapie, afin de faciliter le quotidien des ergothérapeutes, d'uniformiser les services et d'assurer une pratique probante. Ainsi, les résultats de ce projet peuvent contribuer à alimenter les futures recherches sur l'adaptation domiciliaire et à élaborer des pistes d'intervention pour éliminer les obstacles identifiés.

Ensuite, il faut également considérer les limites de ce projet, comme le fait que dans une étude de portée réalisée selon la méthode d'Arksey et O'Malley (2005), la qualité des articles retenus n'est pas évaluée. De plus, la question de recherche était très inclusive pour permettre d'obtenir le plus de résultats possible. Ainsi, les articles retenus ne permettent pas d'atteindre l'objectif de recherche, puisqu'ils n'abordent pas spécifiquement le sujet à l'étude, soit l'adaptation des logements locatifs au Québec. Une autre limite est aussi la barrière de la langue, dans le sens où seuls les articles écrits en français et en anglais ont été considérés. Le choix des mots clés et des bases de données peut également avoir contribué à limiter les résultats de recherche. Finalement, la quantité d'articles retenus est trop limitée pour permettre une généralisation des résultats.

## 7. CONCLUSION

Pour finir, ce projet d'intégration sur l'adaptation domiciliaire dans les immeubles locatifs au Québec met en évidence un vide de connaissance sur un aspect de la pratique pourtant courante dans le quotidien des ergothérapeutes. Effectivement, d'après l'étude de portée qui a été réalisée dans le cadre de ce projet, il s'est avéré qu'aucune littérature n'a été trouvée sur le sujet en question et même que peu de documents traitent de l'adaptation domiciliaire en général. Toutefois, il a été possible d'identifier plusieurs facilitateurs et entraves au bon déroulement du processus d'adaptation domiciliaire général. Effectivement, les principaux obstacles sont le manque de standardisation du processus, le coût important nécessaire pour réaliser les travaux, la rigidité de la législation et la difficulté d'accès à l'information. Les principaux facilitateurs sont, quant à eux, la considération holistique du client, la bonne communication et collaboration entre le client et les professionnels impliqués, la réalisation de travaux esthétiques et la présence d'une personne ressource disponible tout au long du processus. Il s'agit d'un processus d'intervention essentiel pour favoriser l'autonomie et le fonctionnement quotidien des personnes ayant une incapacité, puisque l'ergothérapeute contribue, grâce à l'analyse d'activité, à rendre compatibles les demandes de l'environnement physique avec les capacités de son client.

Ainsi, il serait pertinent de plaider auprès du gouvernement du Québec pour que les ergothérapeutes, ainsi que leur clientèle, puissent avoir accès plus facilement à l'information en lien avec l'adaptation d'un logement locatif. En fait, de manière plus générale, il serait également intéressant d'élaborer un guide de pratique spécifique à l'adaptation domiciliaire, permettant d'uniformiser et d'assurer la qualité des services offerts en ergothérapie, surtout compte tenu des particularités législatives au Québec, par exemple qu'un ergothérapeute ne peut intervenir pour corriger un édifice public comme un logement locatif de plus de quatre unités.

## RÉFÉRENCES

- Arksey, H., et O'Malley, L. (2005). Scoping studies : Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa : CAOT Publications.
- Boniface, G., et Morgan, D. (2017). The central role of the occupational therapist in facilitating housing adaptations/home modifications for disabled children. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(6), 375-383. doi: 10.1177/0308022616680216
- Burns, S. P., et Pickens, N. D. (2017). Embedding technology into inter-professional best practices in home safety evaluation. *Disability And Rehabilitation : Assistive Technology*, 12(6), 585-591. doi: 10.1080/17483107.2016.1189000
- Chiatti, C., et Iwarsson, S. (2014). Evaluation of housing adaptation interventions : Integrating the economic perspective into occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(5), 323-333. doi: 10.3109/11038128.2014.900109
- Cohn, E. S., Lew, C., Hanauer, K. Honaker, D., et Smith-Roley, S. (2015). Occupational therapy's perspective on the use of environments and contexts to facilitate health, well-being, and participation in occupations. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(3). doi: 10.5014/ajot.2015.696S05
- Commission des normes de la santé et sécurité du travail. (2017a). *Politique 4.06 : l'adaptation du domicile*. Repéré à [http://www.csst.qc.ca/lois\\_reglements\\_normes\\_politiques/recueil\\_politiques/Documents/Readaptation\\_travailleur/4\\_06\\_adaptation.pdf](http://www.csst.qc.ca/lois_reglements_normes_politiques/recueil_politiques/Documents/Readaptation_travailleur/4_06_adaptation.pdf)
- Commission des normes de la santé et sécurité du travail. (2017b). *Politique 4.01 : l'admissibilité à la réadaptation et le plan individualisé de réadaptation*. Repéré à [http://www.csst.qc.ca/lois\\_reglements\\_normes\\_politiques/recueil\\_politiques/Documents/Readaptation\\_travailleur/4\\_01\\_readaptation.pdf](http://www.csst.qc.ca/lois_reglements_normes_politiques/recueil_politiques/Documents/Readaptation_travailleur/4_01_readaptation.pdf)
- Éditeur officiel du Québec. (2017a). *Code des professions*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/C-26.pdf>
- Éditeur officiel du Québec. (2017b). *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*. Repéré à <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/A-3.001.pdf>
- Éditeur officiel du Québec. (2017c). *Code de Construction*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/B-1.1,%20R.%202.pdf>



- Éditeur officiel du Québec. (2017d). *Loi sur les architectes*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/A-21.pdf>
- Éditeur officiel du Québec. (2017e). *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/E-20.1.pdf>
- Ekstam, L., Carlsson, G., Chiatti, C., Nilsson, M. H., et Fänge, A. M. (2014). A research-based strategy for managing housing adaptations : Study protocol for a quasi-experimental trial. *BMC Health Services Research*, *14*(1), 602-611. doi: 10.1186/s12913-014-0602-5
- Fänge, A., et Iwarsson, S. (2005). Changes in accessibility and usability in housing : An exploration of the housing adaptation process. *Occupational Therapy International*, *12*(1), 44-59.
- Fänge, A. M., Lindberg, K., et Iwarsson, S. (2013). Housing adaptations from the perspectives of Swedish occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *20*(3), 228-240. doi: 10.3109/11038128.2012.737368
- Gouvernement du Québec. (2018). *Services Québec – Citoyens : adaptation de domicile*. Repéré à <http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/personne-handicapee/Pages/adaptation-domicile-personnes-handicapees.aspx>
- Granbom, M., Taei, A., et Ekstam, L. (2017). Cohabitants' perspective on housing adaptations : A piece of the puzzle. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *31*(4), 805-813. doi: 10.1111/scs.12400
- Heywood, F. (2002). Money well spent: The effectiveness and value of housing adaptations. *British Journal of Occupational Therapy*, *65*(6), 299-300.
- Heywood, F. (2004). The health outcomes of housing adaptations. *Disability & Society*, *19*(2), 129-143. doi: 10.1080/0968759042000181767
- Heywood, F. (2005). Adaptation : Altering the house to restore the home. *Housing Studies*, *20*(4), 531-547. doi: 10.1080/02673030500114409
- Iwarsson, S., et Ståhl, A. (2003). Accessibility, usability and universal design – positioning and definition of concepts describing person-environment relationships. *Disability and Rehabilitation*, *25*(2), 57-66, doi: 10.1080/dre.25.2.57.66
- Johansson, K., Lilja, M., Petersson, I., et Borell, L. (2007). Performance of activities of daily living in a sample of applicants for home modification services. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *14*(1), 44-53. doi: 10.1080/11038120601094997

- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., et Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model : A transactive approach to occupational performance. *Canadian journal of occupational therapy*, 63(1), 9-23.
- Lohman, H. H. J. (2000). A protocol for occupational therapists : Consultants for adaptations and technical aids. *WFOT Bulletin*, 41(1), 42-48.
- Lysack, C. L., et Neufeld, S. (2003). Occupational therapist home evaluations : Inequalities, but doing the best we can ? *American Journal of Occupational Therapy*, 57(1), 369-379.
- Niva, B., et Skär, L. (2006). A pilot study of the activity patterns of five elderly persons after a housing adaptation. *Occupational Therapy International*, 13(1), 21-34. doi: 10.1002/oti.21
- Nord, C., Eakin, P., Astley, P., et Atkinson, A.R. (2009). An exploration of communication between clients and professionals in the design of home adaptations. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 197-204.
- Office des personnes handicapées du Québec. (2011). *Guide des programmes d'aide pour les personnes handicapées et leur famille : Aide financière, équipements et fournitures*. Repéré à [https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Guides/Guide\\_des\\_Programmes\\_Acc.pdf](https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Guides/Guide_des_Programmes_Acc.pdf)
- Office des personnes handicapées du Québec. (2015). *Estimations de population avec incapacité en 2011 : le Québec et ses régions sociosanitaires*. Repéré à [https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Estimations\\_de\\_population\\_2011/Doc\\_Estimations\\_2011\\_Provincial\\_RSS.pdf](https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Estimations_de_population_2011/Doc_Estimations_2011_Provincial_RSS.pdf)
- Office des personnes handicapées du Québec. (2017a). *Les personnes avec incapacité au Québec – Volume 2 : caractéristiques sociodémographiques et économiques*. Repéré à [https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre\\_documentaire/Enquetes/Internes/Portrait\\_incapacite\\_Qc\\_ECI2012\\_V02.pdf](https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Enquetes/Internes/Portrait_incapacite_Qc_ECI2012_V02.pdf)
- Office des personnes handicapées du Québec. (2017b). *Les personnes avec incapacité au Québec – Volume 4 : habitation et besoins en aménagements spéciaux du logement*. Repéré à [https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre\\_documentaire/Enquetes/Internes/Portrait\\_incapacite\\_Qc\\_ECI2012\\_V04.pdf](https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Enquetes/Internes/Portrait_incapacite_Qc_ECI2012_V04.pdf)
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2013). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*. Repéré à : <http://www.oeq.org/DATA/CMSDOCUMENT/16.pdf>
- Pettersson, C., Löfqvist, C., et Fänge, A. M. (2012). Clients' experiences of housing adaptations : A longitudinal mixed-methods study. *Disability & Rehabilitation*, 34(20), 1706-1715. doi: 10.3109/09638288.2012.660596

- Picking, C., et Pain, H. (2003). Home adaptations : User perspectives on the role of professionals. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(1), 2-8.
- Régie du logement du Québec. (2018a). *Être locateur : droits et obligations du locateur*. Repéré à <https://www.rdl.gouv.qc.ca/fr/etre-locateur/droits-et-obligations-du-locateur>
- Régie du logement du Québec. (2018b). *Résiliation d'un bail : incapacité d'occuper le logement en raison d'un handicap*. Repéré à <https://www.rdl.gouv.qc.ca/fr/resiliation-d-un-bail/incapacite-d-occuper-le-logement-en-raison-d-un-handicap>
- Rousseau, J., Potvin, L., Dutil, E., et Falta, P. (2002). Understanding the issue of home adaptation : Searching for a conceptual framework. *Occupational Therapy in Health Care*, 14(1), 27-37. doi: 10.1080/J003v14n01\_034
- Société de l'assurance automobile du Québec. (2016). *Outil d'aide à la décision – Directive – Adaptation du domicile*. Repéré à <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/acces-information/outil-aide-decision-adaptation-domicile>.
- Société de l'assurance automobile du Québec. (2018). *Personnes à mobilité réduite : adaptation d'un domicile*. Repéré à <https://saaq.gouv.qc.ca/personnes-mobilite-reduite/adaptation-domicile/>
- Société d'habitation du Québec. (2014). *Manuel d'application du programme d'adaptation de domicile*. Repéré à [http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/documents/SHQ/acces\\_information/manuel-application-pad.pdf](http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/documents/SHQ/acces_information/manuel-application-pad.pdf)
- Société d'habitation du Québec (2016). *Dépliant programme d'adaptation de domicile*. Repéré à [http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/documents/depliant\\_pad.pdf](http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/documents/depliant_pad.pdf)
- Société d'habitation du Québec. (2018). *Programme d'adaptation de domicile*. Repéré à [http://www.habitation.gouv.qc.ca/programme/objectif/personnes\\_handicapees/programme/programme\\_dadaptation\\_de\\_domicile.html](http://www.habitation.gouv.qc.ca/programme/objectif/personnes_handicapees/programme/programme_dadaptation_de_domicile.html)
- Société d'habitation du Québec. (s. d.). *Programme d'adaptation de domicile (PAD) : ce que vous devez savoir*. Repéré à <http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/documents/PADCeQueVousDevezSavoir.pdf>
- Westlin, E., et Björklund, A. (2016). A Delphi study of occurring information in housing adaptation certificates. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(5), 357-365. doi: 10.1080/11038128.2016.1177591

**ANNEXE A**  
**DESCRIPTION DES RÉSULTATS**

Tableau 6.  
*Description des articles retenus dans cette étude*

Auteurs	Titre de l'article	Année publication	Pays
Boniface et Morgan	The central role of the occupational therapist in facilitating housing adaptations/home modifications for disabled children	2017	Royaume-Uni
Burns et Pickens	Embedding technology into inter-professional best practices in home safety evaluation	2017	États-Unis
Chiatti et Iwarsson	Evaluation of housing adaptation interventions: integrating the economic perspective into occupational therapy practice	2014	Suède
Cohn, Lew, Hanauer, Honaker et Smith-Roley	Occupational therapy's perspective on the use of environments and contexts to facilitate health, well-being, and participation in occupations	2015	États-Unis
Ekstam, Carlsson, Chiatti, Nilsson et Fänge	A research-based strategy for managing housing adaptations: study protocol for a quasi-experimental trial	2014	Suède
Fänge et Iwarsson	Changes in accessibility and usability in housing: An exploration of the housing adaptation process	2005	Suède
Fänge, Lindberg et Iwarsson	Housing adaptations from the perspectives of Swedish occupational therapists	2013	Suède
Granbom Tæi et Ekstam	Cohabitants' perspective on housing adaptations: a piece of the puzzle	2017	Suède
Heywood	Adaptation: Altering the House to Restore the Home	2005	Grande-Bretagne
Heywood	Money well spent: The effectiveness and value of housing adaptations	2002	Grande-Bretagne
Heywood	The health outcomes of housing adaptations	2004	Grande-Bretagne
Johansson, Lilja, Petersson et Borell	Performance of activities of daily living in a sample of applicants for home modification services	2007	Suède
Lohman	A Protocol for Occupational Therapists: Consultants for Adaptations and Technical Aids	2000	Pays-Bas
Lysack et Neufeld	Occupational therapist home evaluations: Inequalities, but doing the best we can?	2003	États-Unis
Niva et Skär	A pilot study of the activity patterns of five elderly persons after a housing adaptation	2006	Suède
Nord, Eakin, Astley et Atkinson	An exploration of communication between clients and professionals in the design of home adaptations	2009	Angleterre
Pettersson, Löfqvist Fänge	Clients' experiences of housing adaptations: a longitudinal mixed-methods study	2012	Suède
Picking et Pain	Home Adaptations: User Perspectives on the Role of Professionals	2003	Angleterre
Rousseau, Potvin, Dutil et Falta	Understanding the Issue of Home Adaptation: Searching for a Conceptual Framework	2002	Canada
Westlin et Björklund	A Delphi study of occurring information in housing adaptation certificates	2016	Suède