

# Appliquer un procédé argumentaire pour revendiquer une attribution des services en ergothérapie basée sur l'habilitation aux occupations

Kim Jean-Gagnon et Martine Brousseau

Volume 3, numéro 1, 2020

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1070235ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1070235ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

## Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

## Citer cet article

Jean-Gagnon, K. & Brousseau, M. (2020). Appliquer un procédé argumentaire pour revendiquer une attribution des services en ergothérapie basée sur l'habilitation aux occupations. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 3(1), 134–151. <https://doi.org/10.7202/1070235ar>

## Résumé de l'article

**Problématique** : L'attribution actuelle des services en ergothérapie en CLSC permet difficilement aux ergothérapeutes d'intervenir selon leur expertise première d'habilitation aux occupations. Pour revendiquer cette situation, les professionnels sont appelés à agir comme agent de changement et idéalement avoir recours à un procédé argumentaire. **Objectif** : Appliquer un procédé argumentaire à une situation professionnelle problématique en ergothérapie, soit revendiquer une attribution des services en ergothérapie en CLSC basée sur l'habilitation aux occupations. **Méthode** : Le procédé argumentaire est basé sur le cadre argumentaire Convictions-Réel-Actions-Fondements (CRAF) nécessitant une recherche d'arguments provenant d'une recension critique des écrits. **Résultats** : Les études recensées font valoir des arguments basés sur les valeurs et les fondements théoriques de la profession. Les arguments issus des résultats probants proviennent d'études dont le niveau d'évidence scientifique est élevé. Ils montrent que des interventions basées sur l'habilitation aux occupations ont des retombées sur la participation et le fonctionnement dans les occupations, le bien-être et la santé physique et mentale, la perception d'efficacité personnelle, la satisfaction de vie, les interactions sociales, l'apprentissage de connaissances et l'espérance de vie. **Discussion** : L'habilitation aux occupations dans une approche de prévention et de promotion de la santé est efficace et rentable, et ce, pour une clientèle plus vaste que celle actuellement desservie. Les ergothérapeutes, désireux d'être agent de changement dans leur milieu, pourraient reproduire le procédé argumentaire pour l'appliquer à une situation clinique problématique.



ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

## Appliquer un procédé argumentaire pour revendiquer une attribution des services en ergothérapie basée sur l'habilitation aux occupations

Kim Jean-Gagnon<sup>1</sup>, Martine Brousseau<sup>1</sup>

### Résumé

**Problématique** : L'attribution actuelle des services en ergothérapie en CLSC permet difficilement aux ergothérapeutes d'intervenir selon leur expertise première d'habilitation aux occupations. Pour revendiquer cette situation, les professionnels sont appelés à agir comme agent de changement et idéalement avoir recours à un procédé argumentaire. **Objectif** : Appliquer un procédé argumentaire à une situation professionnelle problématique en ergothérapie, soit revendiquer une attribution des services en ergothérapie en CLSC basée sur l'habilitation aux occupations. **Méthode** : Le procédé argumentaire est basé sur le cadre argumentaire Convictions-Réel-Actions-Fondements (CRAF) nécessitant une recherche d'arguments provenant d'une recension critique des écrits. **Résultats** : Les études recensées font valoir des arguments basés sur les valeurs et les fondements théoriques de la profession. Les arguments issus des résultats probants proviennent d'études dont le niveau d'évidence scientifique est élevé. Ils montrent que des interventions basées sur l'habilitation aux occupations ont des retombées sur la participation et le fonctionnement dans les occupations, le bien-être et la santé physique et mentale, la perception d'efficacité personnelle, la satisfaction de vie, les interactions sociales, l'apprentissage de connaissances et l'espérance de vie. **Discussion** : L'habilitation aux occupations dans une approche de prévention et de promotion de la santé est efficace et rentable, et ce, pour une clientèle plus vaste que celle actuellement desservie. Les ergothérapeutes, désireux d'être agent de changement dans leur milieu, pourraient reproduire le procédé argumentaire pour l'appliquer à une situation clinique problématique.

### Mots-clés

ergothérapie, habilitation aux occupations, agent de changement, argumentaire, priorisation des services

### Abstract

**Problem**: The current allocation of occupational therapy services in CLSCs makes it difficult for occupational therapists to intervene according to their primary expertise in occupational empowerment. To claim this situation, professionals are called upon to act as agents of change and ideally resort to an argumentative process. **Objective**: To apply an argumentative process to a problematic occupational situation in occupational therapy, that is to claim an allocation of occupational therapy services in CLSCs based on occupation qualification. **Method**: The argument process is based on the "Convictions-Réel-Actions-Fondements (CRAF)" argument framework requiring a search for arguments from a critical review of the literature. **Results**: The studies reviewed put forward arguments based on the values and theoretical foundations of the profession. The arguments based on convincing results come from studies with a high level of scientific evidence. They show that interventions based on occupation empowerment have repercussions on participation and functioning in occupations, physical and mental well-being and health, the perception of personal efficiency, life satisfaction, social interactions, learning knowledge and life expectancy. **Discussion**: Empowering occupations in a prevention and health promotion approach is effective and cost-effective for a broader clientele than that currently served. Occupational therapists, eager to be agents of change in their environment, could replicate the argumentation process to apply it to a problematic clinical situation.

### Keywords

occupational therapy, enabling occupation, agent of change, argumentation, prioritization of services

## Introduction et recension des écrits

Certaines limites et certains enjeux ressortent des systèmes de priorisation quant à l'attribution des services en ergothérapie dans les CLSC (Centre local de services communautaires) du Québec. Actuellement, la recension des écrits met en évidence deux méthodes de gestion des listes d'attente (1). La première méthode repose sur une approche coutumière ou évolutive, c'est-à-dire que la priorisation se base sur la discrétion du décideur où les décisions sont révisées au cas par cas, rendant difficile l'uniformisation du processus décisionnel (1). La seconde méthode de gestion se base plutôt sur les priorités politiques, comprenant une vision plus systémique visant à optimiser la pratique des professionnels et standardiser le système de priorisation. Or, chacune de ces méthodes comporte ses différents enjeux.

La non-uniformisation de la méthode selon une approche coutumière provient, d'une part, de la variabilité des critères de priorisation (1-3), variant d'un CLSC à un autre, et d'autre part, de la composante subjective lors des prises de décisions (3,4). Le sentiment d'urgence et l'interprétation de la situation peuvent varier d'un professionnel à un autre, pouvant ainsi influencer la prise de décision dans l'attribution des services (1). Cette variabilité est à prendre en considération, d'autant plus que, selon l'étude de Raymond et collaborateurs (3), moins de 20% des personnes qui dirigent vers les services ne sont pas des ergothérapeutes, que 42% sont des coordonnateurs cliniques (toute profession confondue) et qu'ainsi, seuls 38% sont des ergothérapeutes cliniciens (3,5). Une étude récente (6) a montré que le traitement des références en ergothérapie en Nouvelle-Zélande s'adressant à des personnes âgées par un ergothérapeute a permis de diminuer le temps d'attente avant la prise en charge.

Par ailleurs, alors que le temps d'attente médian pour recevoir des services en CLSC est de 18 mois, 16% des CLSC n'ont pas de stratégies pour assurer le service aux personnes classées comme non prioritaires (5). Ces personnes seront donc seulement prises en charge lorsqu'aucune autre demande plus prioritaire ne les devancera, ce qui est peu probable. Elles devront donc attendre que leur condition se dégrade suffisamment pour se voir recevoir des services.

Dans un but de pallier ces disparités et de réduire l'écart entre l'offre et la demande des services, les instances gouvernementales ont instauré de nouvelles politiques visant l'optimisation des services offerts et la standardisation du système de références et de priorisation des services. Les conséquences et les enjeux liés à ce type de priorisation sont toutefois considérables.

L'un des enjeux de ce type de priorisation est la restriction du mandat de l'ergothérapeute, le limitant ainsi à intervenir principalement dans l'autonomie et la sécurité des clients (7,8) pour les occupations spécifiques comme la mobilité et les soins personnels (7,8). Cette méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute ou de son champ d'expertise par les décideurs est certes influencée par des vestiges historiques de la conception de l'ergothérapeute comme un spécialiste de l'autonomie. En effet, dans le contexte des réformes du système de l'Éducation et de la Santé, plusieurs « évaluations des activités de la vie quotidiennes » ont été développées en ergothérapie (9). Ceci a eu comme conséquence que les ergothérapeutes se sont définies comme des spécialistes de l'autonomie et ont été perçus de la sorte par les autres professionnels. Cette représentation de l'ergothérapie est d'ailleurs toujours d'actualité (10) et influence toujours les décideurs, comme en fait foi l'utilisation de l'outil Multi-Clientèle (maintenant Outil de Cheminement Clinique Informatisé [OCCI]).

Pourtant, les neuvièmes lignes directrices de la pratique de l'ergothérapie au Canada transcendent les concepts d'autonomie et de sécurité en définissant l'ergothérapeute comme l'expert de l'habilitation aux occupations. L'habilitation aux occupations est d'outiller et accompagner les clients afin qu'ils puissent réaliser et participer aux occupations qu'ils identifient comme étant significatives (11,12). La notion d'engagement y est d'ailleurs sous-jacente, indiquant qu'il faut aller au-delà de l'utilisation des traitements auprès des personnes qui demeurent passives (11). L'habilitation aux occupations favorise la santé, le mieux-être et l'intégration et prévoit un espace pour entendre les opinions des personnes concernées. Les stratégies d'habilitation renvoient aux actions d'adapter, revendiquer, coacher, collaborer, consulter, coordonner, concevoir et réaliser, éduquer, engager, mettre à profit son expertise (11).

Pourtant, le système actuel de priorisation des services en ergothérapie ne permet aux ergothérapeutes que de déployer une parcelle de leur expertise. La question qui se pose alors est de savoir comment en tant qu'ergothérapeute, est-il possible de revendiquer autre chose qui reflète davantage le cœur du métier. Ce devoir de faire valoir la reconnaissance de l'expertise fait partie des compétences liées à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec qui suggère de participer à la mise en œuvre des mesures visant à améliorer la qualité des services offerts en ergothérapie (13). Le profil de la pratique de l'ergothérapeute au Canada (13) aborde également cette compétence sous l'angle d'agent de changement et mentionne entre autres que les compétences à cet égard sont celles de promouvoir les possibilités occupationnelles, le rendement occupationnel et la participation occupationnelle des clients et de promouvoir les besoins occupationnels associés aux déterminants de la santé, au bien-être et à l'équité pour les clients recevant des services.

## Les ergothérapeutes comme agent de changement

Bien que l'ensemble des ergothérapeutes reconnaisse l'importance de revendiquer une offre de services différente de celle perçue actuellement et de porter ce rôle d'agent de changement, il demeure que la majorité est réticente à adopter ce rôle (14,15). En effet, les termes d'agent de changement et de revendicateur ont encore mauvaise presse (16), pouvant rendre inconfortables les ergothérapeutes à endosser ce rôle (15,16), particulièrement s'ils ne se sentent pas posséder les connaissances et les habiletés (15). À ces défis s'ajoute une difficulté supplémentaire puisque les enjeux décrits nécessitent non seulement de déployer le rôle d'agent de changement, mais de le faire dans une perspective systémique plutôt qu'individuelle, ce à quoi les ergothérapeutes sont souvent moins à l'aise (15,17,18). La perspective systémique est de s'attaquer à des réformes institutionnelles ou politiques et donc de revendiquer pour un ensemble de personnes au lieu d'une seule personne.

Afin de soutenir les ergothérapeutes dans leur rôle d'agent de changement, le modèle « *Advocacy World* » a été conceptualisé visant à mettre en évidence les stratégies et les étapes relatives à l'argumentaire, sans toutefois faire état de la complexité de la démarche (18). Aussi, la démarche proposée par Drolet, Lalancette et Caty (19) suggère d'exercer le rôle politique inhérent à sa pratique professionnelle en ayant recours aux arguments de la méthode *I-DÉ-A-L-E*. Cette méthode renvoie à « I » pour *Induction*, « DÉ » pour *Déduction*, « A » pour *Autorité*, « L » pour *Logique* et « E » pour *Ethique*. Cependant, les cadres proposés ne guident pas assez concrètement les ergothérapeutes pour revendiquer (17), spécifiquement dans un contexte systémique plutôt qu'individuel.

Toutefois, Angenot (20) offre la possibilité de construire un discours argumentatif, et ce, de façon plus concrète et plus simple en proposant le cadre *Convictions-Réel-Actions-Fondements (CRAF)*. Le cadre *CRAF* est composé de quatre pôles énonciatifs pour formuler des arguments, soit les *Convictions et les valeurs à promouvoir (C)*, les *Fondements théoriques du discours (F)*, *l'élaboration et la saisie du Réel (R)*, c'est-à-dire les données de la réalité qu'il est important de prendre en compte (R) et qui portent les *Actions à entreprendre (A)* (21).

La revendication est conçue comme un ensemble de propos réfléchis, exposés avec compétence pour susciter l'intérêt de partenaires, de collaborateurs ou d'interlocuteurs ciblés. Le procédé argumentaire implique aussi d'avoir un accord préalable partagé. Tous (décideurs, coordonnateurs des listes d'attentes, ergothérapeutes) désirent que l'ensemble des personnes âgées aient accès à des services de qualité. Il suffit que les ergothérapeutes trouvent des arguments pour revendiquer une attribution différente des services. Il y a lieu de croire qu'il serait envisageable d'appliquer ce procédé argumentaire selon le

cadre CRAF à une situation professionnelle précise en ergothérapie, soit revendiquer une attribution des services ergothérapeutiques en CLSC basée sur l'habilitation aux occupations. À notre connaissance, l'application d'un tel procédé n'a pas encore été faite.

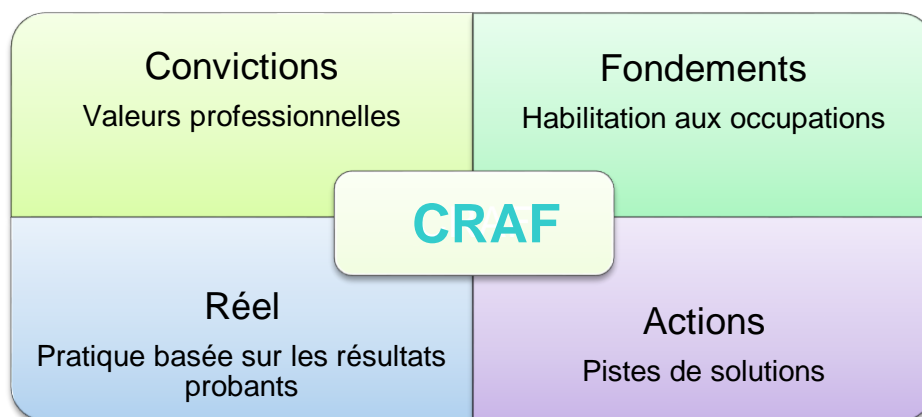
## Objectif

L'objectif principal de l'étude est d'appliquer un procédé argumentaire à une situation professionnelle problématique en ergothérapie. Le sous-objectif est d'identifier des arguments pour revendiquer une attribution des services ergothérapeutiques en CLSC, s'adressant aux personnes âgées, basée sur l'habilitation aux occupations.

## Méthodologie

Le procédé argumentaire est basé sur le cadre CRAF (*Convictions-Réel-Actions-Fondements*) élaboré par Angenot (20) et Gohier (21) (voir Figure 1). Ce cadre permet d'organiser le discours et le rendre cohérent en l'appuyant par des arguments crédibles. Il a été choisi puisqu'il est constitué de seulement quatre pôles (C-R-A-F), ce qui facilite son utilisation. Par ailleurs, son acronyme facilite la mémorisation des éléments à intégrer. Ces caractéristiques apparaissent importantes puisqu'il est souhaité que les ergothérapeutes s'approprient la démarche pour appliquer un procédé argumentaire et revendiquer à leur tour dans leur propre milieu selon une problématique pertinente dans leur contexte.

Figure 1 : Représentation du modèle CRAF inspiré d'Angenot (20) et Gohier (21)



Notre démarche (méthodologie) part des actions à entreprendre, qui se rattachent aux initiatives et aux manières d'attribuer des services en ergothérapie basés sur l'habilitation aux occupations et ce, dans une approche de prévention et de promotion de la santé (A). Pour justifier et guider cette action, il importe de développer des arguments cohérents avec les convictions et les valeurs (C) propres à l'ergothérapie, les fondements théoriques de l'habilitation aux occupations (F) et les résultats probants (R). Les valeurs et les fondements ont été recensés à partir de la littérature professionnelle.

Quant aux résultats probants, ils correspondent aux évidences scientifiques démontrant les retombées des interventions en ergothérapie basées sur l'habilitation aux occupations. La recherche de résultats probants (R) a consisté à faire une recherche sur les bases de données CINALH (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) [une base de données bibliographiques en sciences biomédicales], MEDLINE (en particulier PubMed qui est la version gratuite de MEDLINE) et PSYCHINFO. La recherche incluait les articles parus du 1<sup>er</sup> janvier 1997 au 1<sup>er</sup> août 2017. Une mise à jour de la recherche a été réalisée jusqu'en octobre 2019 à l'aide d'alerte prévenant lors d'une nouvelle parution en lien avec le sujet d'intérêt. Les mots-clés utilisés pour générer la recherche étaient les suivants :

- (elder OR old\* OR aged OR geriatric) AND occupation\* therap\* AND (effect OR efficacy OR impact OR outcome OR benef\* OR consequence OR influence OR cost OR "cost-effectiveness") AND (communit\* OR community-dwelling OR home OR "independent living" OR "aging in place") AND (health\* OR "without condition" OR "without diagnos" OR "health promot\*" OR promot\*).
- Le terme « prevent » a été retiré puisqu'il générerait des études incluant des participants présentant des conditions/diagnostics spécifiques. Le terme de « promotion » a été choisi afin de vérifier l'efficacité de l'ergothérapie auprès d'une clientèle actuellement considérée comme non prioritaire ou non vue en ergothérapie dans les CLSC.

Pour cette section, les critères de sélection des études devaient : 1) être rédigées en français ou en anglais, 2) porter sur l'efficacité ou la rentabilité des services ergothérapeutiques, 3) inclure une clientèle âgée de plus de 60 ans vivant de façon autonome en communauté, 4) proposer des interventions dans une approche de réadaptation dans un contexte de prévention

et de promotion de la santé, 5) proposer des interventions où l'ergothérapeute a une place prédominante (50% et plus) si le programme est multi ou interdisciplinaire et 6) proposer des interventions et mesurer les impacts sur une variété d'occupations.

À l'inverse, les études étaient exclues lorsqu'elles : 1) orientaient leurs interventions ou mesuraient les impacts seulement sur les activités de la vie quotidienne (AVQ), 2) exigeaient comme critère d'inclusion que les participants présentent une condition ou un diagnostic spécifiques (troubles neurologiques, cognitifs, psychologiques ou physiques).

Les données probantes issues de ces études proviennent d'une analyse de contenu effectuée pour catégoriser les retombées des interventions en ergothérapie. Une seconde analyse de contenu a été réalisée afin de comparer les interventions utilisées dans les études aux dix stratégies d'habilitation aux occupations (adapter, revendiquer, coacher, collaborer, consulter, coordonner, concevoir et réaliser, éduquer, engager, mettre à profit son expertise) (11).

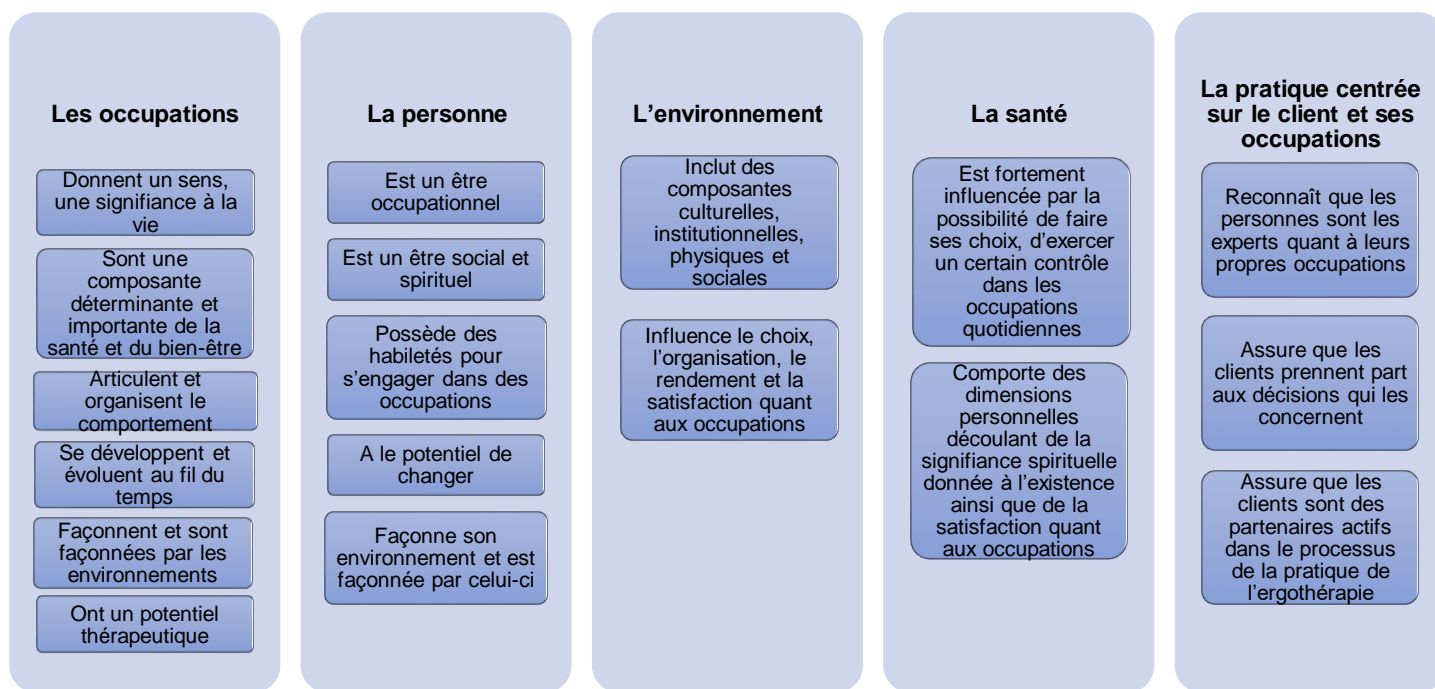
## Résultats

Cette section présente les convictions et valeurs de la profession (C), les fondements (F) et les résultats probants (R) qui serviront de base à l'application de l'argumentaire.

### Les convictions et valeurs en ergothérapie (C)

Les valeurs et convictions à promouvoir proviennent des neuvièmes lignes directrices de la pratique de l'ergothérapie au Canada (22). Ces lignes directrices sont les plus récentes et servent de documents d'orientation ou de directives pour rehausser la qualité de la pratique des ergothérapeutes. Les ergothérapeutes ont des valeurs et convictions reliées aux occupations, à la personne, à l'environnement, à la santé et à la pratique de l'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations. Elles sont listées en détail dans la figure 2.

Figure 2. Les valeurs professionnelles de l'ergothérapie (23,24)



### Les fondements théoriques de la profession en ergothérapie (F)

Telle que présentée dans les neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie et le profil de compétences, l'habilitation aux occupations est au cœur même de la profession puisqu'elle constitue la compétence clé de l'ergothérapie. L'habilitation aux occupations est définie comme une approche visant à rendre apte les personnes de mettre en place des moyens afin qu'elles puissent choisir, organiser et réaliser des occupations qu'elles considèrent comme utiles et signifiantes (11,12). Quant aux occupations, elles sont définies comme ce à quoi une personne consacre son temps et son énergie. Bien qu'elles comprennent tout ce qu'une personne fait pour prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la communauté (productivité), elles peuvent aussi être considérées comme propres à chacun, comme variées, pouvant s'organiser dans le temps pour chacun de façon bien personnelle et pouvant s'éloigner des

normes établies. En ce sens, les occupations contribuent à la santé et au mieux-être des individus, car le fait de s'engager dans des activités variées et signifiantes répond à des besoins tout au long de la vie (22). Par des activités et occupations, la personne s'exprime, se sent utile, se révèle au monde et à elle-même (25). L'ergothérapeute est à la recherche d'occupations pour et avec son client ou un groupe de clients afin de trouver le « *just right challenge* » et ce, en amenant la personne à vivre des expériences optimales et satisfaisantes qui contribuent à sa santé (26).

Les stratégies inhérentes au déploiement de cette compétence clé qu'est l'habilitation aux occupations sont définies dans le tableau 1. Elle se déploie par les stratégies d'habilitation. Ces méthodes ou stratégies d'habilitation renvoient aux actions d'adapter, revendiquer, coacher, collaborer, consulter, coordonner, concevoir et réaliser, éduquer, engager, mettre à profit son expertise (11).

**Tableau 1: Les stratégies d'habilitation aux occupations proposées par Townsend et collaborateurs (11,24)**

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

## Les résultats probants (R)

Dix études ont été retenues. Le niveau d'évidence des études retenues a été classé selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (27). Afin d'alléger le texte, le niveau d'évidence de même que les principaux résultats des études sont rapportés dans le tableau 2.

## L'efficacité et les retombées des interventions en ergothérapie

L'analyse de contenu a permis de catégoriser sous quels aspects les interventions en ergothérapie sont efficaces (24). Les résultats statistiquement significatifs apparaissent au tableau 2.

**Tableau 2: Les résultats probants soutenant des interventions auprès de personnes âgées basées sur l'habilitation aux occupations**

Articles et niveau d'évidence	Participants	Méthodologie abrégée	Principaux résultats	Messages clés
Clark et coll. (1997)  I (Étude randomisée contrôlée)	361 participants, dont 306 ont complété l'étude.  3 Groupes : GE (n=102) GC (n=204) : 1. Activités sociales générales (n=100) 2. Sans traitement (n=104)  Caractéristiques : Personnes âgées de 60 ans et plus, vivant en communauté de façon indépendante.	<b>Programme : 9 mois</b> GE : • Séances de groupe : 2h par semaine; • Séances individuelles : 9h au total.  GC (groupe social) : séances de 2,25h/semaine (pour combler le 9h individuel dans le G)  <b>Stratégies d'habilitation :</b> Éduquer : « Présentation didactique »  Engager : « Expérience directe par la participation à des activités »  <b>Indicateurs :</b> Pré et post traitement (0 et 9 mois) • Incapacités potentielles ou interruptions dans les activités quotidiennes liées aux domaines physique et social. ( <i>Functional Status Questionnaire, FSQ</i> -activités basiques de la vie quotidienne, activités instrumentales, activités sociales et qualité des interactions); • Satisfaction dans la vie ( <i>Life Satisfaction Index-Z, LSI-Z</i> ); • Symptômes dépressifs ( <i>The Center for Epidemiologic Studies Depression, CES-D</i> ); • Perception de la santé générale ( <i>Medical Outcomes Study- short form, MOS</i> ); • Dimensions de la santé physique et mentale ( <i>RAND 36-item Short Form Survey, RAND SF-36</i> ).	Bénéfices significatifs pour le GE comparativement aux GC. • Meilleure qualité des interactions (p<0.03); • Meilleure satisfaction de vie (p<0.03); • Meilleure perception de la santé générale MOS (p<0.05);  SF-36 : • Moins de douleurs physiques (p<0.03); • Meilleur fonctionnement physique (p<0.008); • Moins de limitations dues à l'état physique (p<0.02); • Plus de vitalité (p<0.04); • Meilleur fonctionnement social (p<0.05); • Moins de limitations dues à l'état mental (p<0.05); • Meilleure santé mentale générale (p<0.02).	1. Un programme préventif en ergothérapie a des effets sur différentes composantes de la santé, du fonctionnement et de qualité de vie; 2. Les effets comparables entre les deux GC affaiblissent l'adage qui dit «qu'il suffit de se tenir occupé pour se tenir en santé»; 3. Le fait de s'engager régulièrement dans des activités sociales ne contribue pas à l'efficacité dans une perspective de promotion de la santé ni le fait de ne recevoir aucun traitement.
Clark et coll. (2001)  I (Étude randomisée contrôlée)	361 participants, dont 285 (79%) sur lesquels toutes les mesures ont été prises.  Caractéristiques : Personnes âgées de 60 ans et plus, vivant en communauté de façon indépendante.	<b>Programme :</b> *Suite de l'étude Clark et coll. (1997). Suivi de six mois sans interventions supplémentaires à celles reçues pendant 9 mois (Clark et coll., 1997).  <b>Stratégies d'habilitation :</b> Idem que Clark et coll. (1997)  <b>Indicateurs :</b> Pré et post suivi (6 mois) • <i>RAND 36-item Short Form Survey (RAND SF-36)</i> ; • <i>Functional Status Questionnaire (FSQ)</i> ; • <i>Life Satisfaction Index-Z (LSI-Z)</i> ; • <i>The Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D)</i> ; • <i>Health Perception Scale</i> .	Comparativement aux GC, les bénéfices pour le GE perdurent sur une période de 6 mois. • Qualité des interactions (p=0.05);  SF-36 : • Fonctionnement physique (p<0.03); • Limitations dues à l'état physique (p<0.02); • Vitalité (p<0.001); • Fonctionnement social (p<0.01); • Limitations dues à l'état mental (<0.05); • Santé mentale générale (p<0.02).	1. Certains des bénéfices associés au traitement ergothérapeutique perdurent sur une période de 6 mois suivant la fin des interventions; 2. Les effets psychosociaux sont plus importants que ceux physiques.
Clark et coll. (2012)	460 participants, dont 360 ont complété l'étude.	<b>Programme : 6 mois</b> • Séances de groupe : 2h par semaine;	Bénéfices significatifs pour le GE comparativement au GC.	1. Un programme de seulement 6 mois

<p>I (Étude randomisée contrôlée)</p>	<p>2 groupes : - GE (n=187); - GC (n=173) (sans traitement).</p> <p><u>Caractéristiques :</u> Personnes âgées entre 60 et 95 ans vivant en communauté et ne présentant pas de signe de démence ou de psychose.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séances individuelles : 10 sessions d'une heure chaque.</li> </ul> <p><b>Stratégies d'habilitation:</b> <u>Eduquer :</u> « Présentation didactique »</p> <p><u>Engager :</u> « Expérience directe par la participation active à des activités »</p> <p><b>Indicateurs :</b> Pré et post interventions (6 mois)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perception du bien-être mental et de la santé physique (version 2 du <i>36-Item Short-Form Health Survey, SF-36v2</i>);</li> <li>• Symptômes dépressifs (<i>The Center for Epidemiologic Studies Depression, CES-D</i>);</li> <li>• Satisfaction de vie (<i>Life Satisfaction Index-Z, LSI-Z</i>);</li> <li>• Tests cognitifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mémoire immédiate, mémoire à long terme et reconnaissance (Tâche de la liste de mot du <i>Consortium to Establish a Registry of Alzheimer's Disease, CERAD-memory</i>);</li> <li>○ Recherche visuelle- temps médian de réaction (tâche de repérage visuelle à l'ordinateur);</li> <li>○ Vitesse psychomotrice (<i>Digit Symbol Substitution Task du Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised</i>).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction de vie (p&lt;0,03);</li> <li>• Symptômes dépressifs (p&lt;0,03);</li> </ul> <p><b>SF-36</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs physiques (p&lt;0,02);</li> <li>• Vitalité (p&lt;0,03);</li> <li>• Fonctionnement social (p&lt;0,04);</li> <li>• Santé mentale (p&lt;0,03);</li> <li>• Composantes mentales (p&lt;0,03);</li> </ul> <p><u>Composantes cognitives :</u> Aucun effet direct provenant des interventions.</p> <p><b>Analyses secondaires :</b> Changement pré-post sur le groupe contrôle : Amélioration significative de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction de vie (p&lt;0,02);</li> <li>• Symptômes dépressifs (p&lt;0,01)</li> </ul> <p><b>SF-36</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitations dues à l'état physique (&lt;0,03);</li> <li>• Douleurs corporelles (p&lt;0,05);</li> <li>• Vitalité (p&lt;0,03);</li> <li>• Santé mentale (p&lt;0,01);</li> <li>• Composantes mentales (p&lt;0,04).</li> </ul> <p><u>Composantes cognitives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mémoire à long terme (p&lt;0,0001);</li> <li>• Reconnaissance (p&lt;0,01);</li> <li>• Vitesse psychomotrice (p&lt;0,01).</li> </ul> <p><b>Rentabilité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût moyen par participants au GE : 783\$;</li> <li>• Coût par QALY= 41 218\$</li> <li>• Amélioration du QALY de 0,038 (p&lt;0,02) pour le GE comparé au GC.</li> <li>• Rapport coût efficacité acceptable selon l'échelle de prix fournie par le <i>UK National Institute Health and Clinical Excellence</i></li> </ul>	<p>demeure efficace et rentable;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Le programme a des impacts plus importants sur la santé et le bien-être mental que physique;</li> <li>3. Les effets obtenus pour les deux groupes expérimentaux sont comparables, et ce même s'il s'agit de 2 groupes distincts et que les interventions sont effectuées à des moments différents.</li> </ol>
<p>Gitlin et coll. (2006)</p> <p>I (Étude randomisée contrôlée)</p>	<p>319 participants, dont 300 (94%) après 6 mois et 285 (89%) après 12 mois.</p> <p>2 groupes (début, après 6 mois, après 12 mois) GE (n=160, 154, 149) GC (n=159, 146, 136)</p>	<p><b>Programme : 6 mois</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevues initiale (identifier et prioriser les problématiques)</li> <li>• 5 contacts ergothérapeutiques (visites de 90 minutes et un contact téléphonique de 20 minutes)</li> <li>• 1 contact en physiothérapie (90 minutes);</li> <li>• Suivi de 6 mois (phase de maintenance) : 3 contacts téléphoniques et une visite finale à domicile.</li> </ul>	<p>Les effets bénéfiques du GE comparativement au GC :</p> <p><b>À 6 mois :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AVQ (p&lt;0.03);</li> <li>• AVD (p&lt;0.04);</li> <li>• Environnement (présence de dangers potentiels) (p&lt;0.05);</li> <li>• Utilisation de stratégies adaptatives (p&lt;0.009);</li> </ul> <p><u>Perception d'efficacité personnelle :</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les stratégies adaptatives développées demeurent significatives, et ce jusqu'à 6 mois suivant la fin des interventions.</li> </ol>



	<p><b>Caractéristiques :</b> Personnes âgées de 70 ans et plus, vivant en communauté, ne recevant pas de soins à domicile, mais rapportant des difficultés dans les AVQ'S et les activités instrumentales.</p>	<p><b>Stratégies d'habilitation:</b> <b>Éduquer :</b> « Enseignement »</p> <p><b>Engager :</b> « Résolution de problèmes-barrières environnementales et comportementales »</p> <p><b>Exercer son expertise :</b> « Modifications de l'environnement »</p> <p><b>Indicateurs :</b> Pré-intervention, post-intervention (6 mois) et post suivi (12 mois)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonctionnement physique dans les AVQ (s'habiller en haut et en dessous de la taille, les soins de beauté, l'hygiène au bain/douche, toilette, s'alimenter), les AVD (travaux ménagers légers, magasinage, préparer les repas, gestion financière, utilisation du téléphone, prendre sa médication) et la mobilité et les transferts;</li> <li>• Peur de tomber (<i>Falls Efficacy Scale de Tinetti et Balance Confidence Scale</i>);</li> <li>• Perception d'efficacité quant aux habiletés à performer dans une activité (échelle de Likert);</li> <li>• Présence de dangers potentiels pouvant causer une chute (<i>Home hazard index</i>);</li> <li>• Stratégies adaptatives (échelle de Likert pour 8 items).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peur de tomber (<math>p&lt;0.001</math>),</li> <li>• Efficacité du fonctionnement général (<math>p&lt;0.02</math>).</li> </ul> <p><b>À 12 mois :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégies adaptatives (<math>p&lt;0.01</math>)</li> </ul> <p><b>Perception d'efficacité personnelle :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peur de tomber (<math>p&lt;0.008</math>)</li> </ul> <p><b>Coûts :</b> Suite au programme de 6 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Matériel : 439\$;</li> <li>• Services à domicile : 783\$;</li> <li>• Total : 1222\$ par participant.</li> </ul>	
<p>Gitlin et coll. (2009)</p> <p>I (Étude randomisée contrôlée)</p>	<p>319 participants</p> <p><b>2 groupes :</b> GE (n=160); GC (n=159).</p> <p><b>Caractéristiques :</b> Personnes âgées de 70 ans et plus, vivant en communauté, ne recevant pas de soins à domicile, mais rapportant des difficultés dans les AVQ'S et les activités instrumentales.</p>	<p>*Suite de Gitlin et coll. (2006)</p> <p><b>Stratégies d'habilitation :</b> Idem que Gitlin et coll. (2006)</p> <p><b>Indicateurs :</b> 2, 3 et 4 ans suivant l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau de risque- âge, genre, comorbidités et comportements relatifs à la santé, difficultés fonctionnelles (11 des 12 items des indicateurs pronostics par Lee et coll.);</li> <li>• Scores indiquant une santé à faible risque (1-5), à risque modéré (6-9) puis à risque sévère (10-15).</li> </ul>	<p><b>Effets à long terme sur la mortalité :</b> Effet des interventions sur le GE jusqu'à 3.5 ans en comparaison avec le GC.</p> <p><b>2 ans</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effet significatif (<math>p&lt;0.016</math>)</li> <li>• Taux de mortalité : GE : 5,6%; GC :13,2%</li> </ul> <p><b>3 ans</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effet non significatif (<math>p&lt;0.248</math>)</li> <li>• Taux de mortalité : GE : 16,6%; GC :20,3%</li> </ul> <p><b>4 ans</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effet non significatif (<math>p&lt;0.244</math>)</li> <li>• Taux de mortalité : GE :24,0%; GC :28,7%</li> </ul> <p><b>Effets des interventions selon le niveau de risque associé :</b></p> <p><b>2 ans (significatif)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faibles risques :</li> <li>• Taux de mortalité (GE :0%; GC : 11%)</li> <li>• Risques modérés : (GE : 3%; GC :14%)* (<math>p&lt;0.021</math>)</li> <li>• Risques sévères : (GE : 15%; GC : 13%)</li> </ul>	<p>1. Un programme visant les personnes vivant de façon indépendante permet d'avoir un impact positif significatif sur le taux de mortalité, et ce, jusqu'à 2 ans suivant la fin des interventions;</p> <p>2. En regard du niveau de risque, il apparaît que les effets du programme sur le taux de mortalité sont plus importants pour les groupes à faible risque et à risque modéré que celui à risque élevé.</p>
<p>Johansson &amp; Bjorklund (2016)</p>	<p>40 participants</p> <p><b>2 groupes</b></p>	<p><b>Programme : 4 mois</b> <b>GE</b></p>	<p><b>Quantitatifs</b> Amélioration significative pour le GE :</p>	<p>1. Un programme de 4 mois permet l'amélioration de</p>

<p>II Mixte : -Quasi expérimental pré-post avec GC -Entrevue semi- structurée</p>	<p>(2010, 2011, 2012) GE : n=22 (9, 7, 6) GC : n=18 (5, 11, 2)</p> <p><u>Caractéristiques :</u> Personnes âgées de 65 ans et plus, vivant en communauté et ne recevant pas de soins à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séances de groupe : 2h par semaine;</li> <li>• Séances individuelles : maximum de 4h.</li> </ul> <p><u>GC :</u> Visites occasionnelles de l'ergothérapeute, mais aucune intervention de groupe.</p> <p><b>Stratégies d'habilitation:</b> <u>Adapter :</u> « Adaptations occupationnelles »</p> <p><u>Collaborer :</u> « Échange d'expériences », « Groupe de discussion »</p> <p><u>Éduquer :</u> « Lecture et information sur les thèmes », « Activité liée au thème »</p> <p><b>Indicateurs :</b> <u>Quantitatifs</u> (pré et post-interventions : 0 et 4 mois) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perception du bien-être mental et de la santé physique (<i>Short Form 36, SF-36</i>);</li> <li>• Symptômes dépressifs (<i>The Center for Epidemiologic Studies Depression, CES-D</i>);</li> <li>• Satisfaction de vie, perception du bien-être psychologique (<i>Life Satisfaction Index-Z, LSI-Z</i>);</li> <li>• Participation dans des activités significatives (<i>Meaningful Activity Participation Assessment, MAPA</i>).</li> </ul> <p><u>Qualitatifs</u> (post-interventions, 4 mois) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience vécue lors du programme et l'application et l'utilisation des connaissances et des stratégies apprises (entrevue de 6 groupes avec 2 à 4 participants);</li> <li>• Thèmes ressortis : désir de maîtriser ses activités, demandes de l'environnement et réponses adaptatives.</li> </ul>	<p>SF-36</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitalité (<math>p &lt; 0.01</math>);</li> <li>• Santé mentale (<math>p &lt; 0.03</math>).</li> </ul> <p><b>Qualitatifs</b> <b>Adaptation occupationnelle :</b> <u>Indépendance :</u> Les participants soulignent l'importance d'être indépendant et d'être en mesure de trouver des moyens pour accomplir ce qu'ils veulent et ce qu'ils ont besoin de faire.</p> <p><u>Appartenance à un groupe</u> Les participants insistent sur le fait que les rencontres de groupe étaient importantes et significatives au plan social et structuraient leur routine hebdomadaire. Le groupe est comparé à la construction d'une communauté.</p> <p><u>Estime de soi :</u> Les participants mentionnent l'amélioration de leur estime de soi à travers les rencontres de groupe.</p> <p><u>Changement dans les comportements occupationnels :</u> Les participants énumèrent des stratégies adaptatives concrètes pour leur vie quotidienne.</p> <p><b>Changement dans l'approche occupationnelle :</b> Les participants rapportent qu'ils se perçoivent eux-mêmes comme des personnes actives et donnent des exemples de comment ils ont adapté leur approche.</p>	<p>certaines composantes liées à la santé et au bien-être (vitalité, santé mentale);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Les effets sur le bien-être sont plus importants que les effets physiques;</li> <li>3. Les participants ont fait des changements dans leurs occupations et connaissent des stratégies pour s'adapter;</li> <li>4. La structure du programme sous forme de groupe entraîne des effets positifs sur les participants (estime de soi, appartenance à un groupe);</li> <li>5. Un prolongement du programme permettrait d'obtenir des effets plus importants.</li> </ol>
<p>Matuska et coll. (2003)</p> <p>II Pré-post avec groupe unique</p>	<p>65 participants, dont 39 ont complété le programme et dont 31 ont répondu au questionnaire de satisfaction du programme.</p> <p><u>Caractéristiques :</u> Personnes âgées de 65 ans et plus, vivant de façon indépendante.</p>	<p><b>Programme: 6 mois</b> Séances de groupe: 1,5h par semaine.</p> <p><b>Stratégies d'habilitation:</b> <u>Collaborer :</u> « Discussion » <u>Concevoir et réaliser :</u> « Stratégies »; <u>Éduquer :</u> « Enseignement »; <u>Engager :</u> « Activités et opportunités »</p> <p><b>Indicateurs :</b> <u>Pré et post-interventions</u> (0 et 6 mois) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité de vie (<i>SF-36 Health Survey</i>);</li> <li>• Participation dans des activités sociales (famille, amis, personnes de support) et des activités communautaires (activités religieuses, activités extérieures, événements, magasinage, ressources) (Fréquence-Échelle de Likert).</li> </ul>	<p><u>Qualité de vie</u> (SF-36) : Amélioration significative :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitalité (<math>p &lt; 0.05</math>);</li> <li>• Fonctionnement social (<math>p &lt; 0.01</math>);</li> <li>• Score global de santé mentale (<math>p &lt; 0.05</math>).</li> </ul> <p><u>Participation dans les activités communautaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de la fréquence de 56 à 66%;</li> <li>• Augmentation plus marquée pour les activités extérieures, sociales et communautaires.</li> </ul> <p><u>Interactions sociales :</u> (au moins 3 fois par semaine)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation, passant de 47 à 56%.</li> </ul> <p><u>Caractéristiques des participants :</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les effets sont plus bénéfiques pour les composantes du bien-être mental que les physiques;</li> <li>2. La fréquence de participation et d'interactions sociales est augmentée à la suite du programme, particulièrement pour les activités extérieures, sociales et communautaires;</li> <li>3. Les discussions de groupe et la socialisation sont des aspects qui font en sorte que les participants</li> </ol>

		<p><b>Post-intervention</b> (6 mois) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Satisfaction des participants par rapport au programme (questionnaire avec échelle de Likert- pauvre, acceptable, excellent).</li> </ul>	<p>Les plus assidus au programme, les plus âgés et ceux qui ne conduisent pas.</p> <p><b>Satisfaction des participants par rapport au programme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>87% le notent de bon à excellent;</li> <li>Les éléments les mieux notés sont les instructeurs, la présence d'étudiants, la durée des sessions, le groupe de discussion et la socialisation.</li> </ul>	<p>sont satisfaits du programme.</p>
<p>Mulry &amp; Piersol (2014)</p> <p>II Pré-post avec groupe unique.</p>	<p>7 participants.</p> <p><b>Caractéristiques :</b> Personnes âgées de 60 ans et plus habitant un milieu de vie indépendant, avec une mobilité fonctionnelle (avec ou sans aide technique), qui ne présentent pas de trouble cognitif ou de trouble aphasique.</p>	<p><b>Programme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4 sessions étalées sur 4 semaines;</li> <li>45 minutes de groupe suivi d'une période individuelle</li> </ul> <p><b>Stratégies d'habilitation:</b> <b>Coacher :</b> « Discussion guidée »; <b>Collaborer :</b> « Échange avec les pairs » <b>Concevoir et réaliser :</b> « Stratégies centrées sur le client »; <b>Eduquer :</b> « Enseignement »; <b>Engager :</b> « Résolution de problèmes »;</p> <p><b>Indicateurs :</b> Pré et post-intervention (0 et 4<sup>e</sup> semaine), suivi de 4 semaines (8<sup>e</sup> semaine) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Autonomie extérieure et participation sociale (<i>The Impact on Autonomy and Participation Questionnaire, IPAQ</i>);</li> <li>Confiance d'éviter les chutes pendant les activités (<i>The Modified Falls Efficacy Scale, MFES</i>);</li> <li>Connaissances des participants (données démographiques, identification des risques de santé associés à une diminution de la mobilité en communauté, les options alternatives de transport, la fréquence de participation des participants dans des activités communautaires qu'elles valorisent) (échelle de Likert à 5 points);</li> <li>Perspective des participants (deux entrevues semi-structurées, en pré et post-interventions).</li> </ul>	<p>Les résultats seront présentés comme suit : (résultats obtenus immédiatement après les interventions) (résultats obtenus à la suite du suivi de 4 semaines).</p> <p><b>Autonomie à l'extérieur :</b> Maintien ou amélioration (100%, n=7) (85,71%, n=6);</p> <p><b>Participation sociale :</b> Maintien ou amélioration (85,71%, n=6) (100%, n=7);</p> <p><b>Mobilité en communauté (confiance) :</b> Maintien ou amélioration (71%, n=5) (71%, n=5);</p> <p><b>État des connaissances :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identification de 2 risques : (42,86%, n=3) (42,86%, n=3);</li> <li>Identification de 3 moyens de transport alternatifs : (100%, n=7) (100%, n=7);</li> </ul> <p><b>Participation dans des activités communautaires valorisées :</b> (85,71%, n=6, dont une augmentation significative pour 5) (100%, n=7);</p> <p><b>Perspective des participants :</b> <b>Pré-intervention :</b> Tous les participants ont identifié que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La mobilité en communauté était un défi;</li> <li>La réalisation des activités à l'extérieur du domicile était difficile.</li> </ul> <p><b>Post-intervention :</b> Tous les participants mentionnent se sentir plus confiants pendant les échanges avec les pairs concernant les sorties et leur planification.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Les interventions répondent au type d'apprentissage des personnes âgées, soit d'apprendre des notions, de les appliquer à leur vie personnelle, puis de vivre des expériences réelles;</li> <li>L'effet de groupe (cohésion et support informel) a contribué aux résultats en améliorant le sentiment d'auto-efficacité et en encourageant les changements de comportements;</li> <li>À la suite du programme, les participants et les intervenants ont émis certaines recommandations : <ul style="list-style-type: none"> <li>Éliminer les interventions individuelles, allonger les sessions de groupes;</li> <li>Ajouter des leçons à faire à la maison.</li> </ul> </li> </ol>
<p>Yamada et coll. (2010)</p> <p>I</p>	<p>87 participants, dont 63 qui ont complété le programme.</p> <p>2 groupes : GE (n=30)</p>	<p><b>Programme : 8 mois</b> Séances de groupes : 2h bimensuel, pour un total de 15 séances.</p> <p><b>Stratégies d'habilitation:</b></p>	<p><b>Satisfaction de vie :</b> Amélioration moyenne significative pour le GE comparativement au GC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Effet modéré</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Des interventions en ergothérapie de moindre intensité dans un temps limité permettent</li> </ol>

(Étude randomisée contrôlée)	GC (n=33)  <u>Caractéristiques :</u> Personnes âgées de 65 ans et plus vivant en communauté et ne bénéficiant pas de réadaptation médicale au moment de l'étude.	<u>Collaborer :</u> « Groupe de discussion » <u>Éduquer :</u> « Lecture », « Devoirs » <u>Engager :</u> « Activités de groupe »  <u>Indicateurs :</u> Pré et post-intervention • Satisfaction de vie ( <i>Life satisfaction Index-Z, LSI-Z</i> ) • Qualité de vie/ bien-être psychologique ( <i>WHO Quality of Life-26, QOL-26</i> )	<u>Bien-être psychologique :</u> Amélioration moyenne significative pour le GE comparativement au GC : • Effet modéré à effet élevé.	d'obtenir des impacts positifs; 2. Les lectures, les séminaires, les discussions et la mise en actions répondent au besoin d'apprentissage des personnes âgées, ce qui peut avoir un impact sur leur engagement dans leurs occupations; 3. La motivation, les habitudes et la performance des individus se construisent à travers les interactions découlant du contexte social (dynamique de groupe).
Zinmark et coll. (2016)  I (Étude randomisée contrôlée)	177 participants, dont 165 ont complété l'étude jusqu'au 3 <sup>e</sup> mois, puis 157 jusqu'au 12 <sup>e</sup> mois.  <u>4 groupes</u> (1 GC et 3 GE) (départ, 3 <sup>e</sup> et 12 <sup>e</sup> mois)  <u>GE :</u> GI (41, 40, 38) GA (49, 48, 46) GD (41,35,34) GC (46, 42, 39)  <u>Caractéristiques :</u> Personnes âgées de 72 à 82 ans, vivant seules dans une résidence ordinaire, ne bénéficiant pas de soins à domicile et ne présentant pas de problèmes cognitifs ou de communication apparents	<u>Interventions :</u> <u>GI :</u> Interventions orientées vers le répertoire d'activités de la personne et du contexte dans lequel elle les réalise. La personne priorise une ou plusieurs occupations.  <u>GA :</u> (5 à 8 participants) Séances de groupe de 1h30 par semaine pendant 8 semaines :  <u>GD :</u> (7 à 9 participants) Séance de 2h  <u>GC :</u> Aucun traitement.  <u>Stratégies d'habilitation:</u> <u>Coach :</u> « Discussion orientée sur les occupations »; <u>Collaborer :</u> « Groupe de discussion », « Partage des expériences et soutien entre les participants du soutien entre eux »; <u>Éduquer :</u> « Lectures à propos des activités sociales », « Devoirs et outils éducatifs »; <u>Engager :</u> « Engagement dans des occupations »; « Réflexion sur comment composer avec les problèmes relatifs à l'engagement occupationnel », « Résolution de problèmes »  <u>Indicateurs :</u> (0, 3 <sup>e</sup> mois et 12 <sup>e</sup> mois) • Santé générale ( <i>Short Form Health Survey, SF-12</i> ); • Coûts liés aux interventions, coûts municipaux et coûts relatifs à la santé; • Rentabilité (à partir du coût et du <i>Quality-adjusted life year, QALY</i> ).	<u>Santé générale.</u> Comparativement au GC, les effets sont significatifs pour la santé générale des participants du GA et du GD au 3 <sup>e</sup> mois et demeurent significatifs au 12 <sup>e</sup> mois pour le GD seulement.  <u>Coûts</u> <u>Interventions</u> • GI : 6787 €; • GA : 7744 €; • GD : 1242 €.  <u>Relatifs à la santé</u> Significativement moindres pour le GD au 3 <sup>e</sup> (p<0.02) et au 12 <sup>e</sup> mois (p<0.04).  <u>Coûts totaux</u> Significativement moindre pour le GD au 3 <sup>e</sup> mois (p<0.02) et au 12 <sup>e</sup> mois (p<0.03).  <u>QALY</u> Augmentation significative pour le 3 <sup>e</sup> mois pour le : • GA (p<0.04); • GD (p<0.03).  <u>Rentabilité</u> • GC et GI : non rentables; • GA : rentable à 3 mois; • GD : rentable à 3 et 12 mois.	1. Le GD et le GA permettent d'obtenir des gains de santé générale et des gains quant au QALY; 2. Le GD s'avère être l'intervention la plus rentable.

Légende : GC : Groupe contrôle ; GE : Groupe expérimental ; GI : Groupe de suivi individuel ; GA : Groupe d'activités ; GD : Groupe de discussion

### ***Participation aux occupations***

Deux études (28,29) montrent qu'à la suite d'interventions en ergothérapie, les personnes âgées du programme, participaient plus fréquemment à des activités communautaires, sociales (28), extérieures (28,29) et signifiantes (29). La durée des interventions variait entre 4 semaines (29) et six mois (28).

### ***Fonctionnement dans les occupations***

Le fonctionnement dans les occupations a été abordé dans deux études (29,30). Le fonctionnement renvoie à la performance ou la capacité fonctionnelle d'une personne dans ses activités de base et se rattache au fait de faire soi-même ces activités (se laver, de déplacer, s'habiller, etc.). Une des études a montré le ralentissement et la diminution significative des limitations dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) suite à un programme de six mois (30). La diminution des limitations plutôt que l'amélioration même du fonctionnement peut être expliquée par le choix des participants. Ceux-ci présentaient en effet déjà des limitations dès le départ de l'étude et étaient plus avancés en âge (70 ans et plus). Une amélioration ou le maintien de l'autonomie à l'extérieur du domicile a été observé de même que la confiance des participants à se mobiliser en communauté (29).

### ***Santé et bien-être physique***

La santé et le bien-être physique sont d'autres retombées des interventions en ergothérapie. Il a été observé (31-33) une diminution ou, du moins, un ralentissement significatif de l'évolution des douleurs physiques de même que des limitations associées à l'état physique chez les personnes âgées ayant participé à un programme offrant des services en ergothérapie sur une période variant de six (33) à neuf mois (31). Le programme d'une plus longue durée permettait quant à lui d'ajouter des bénéfices significatifs en prévenant le déclin du fonctionnement physique (activités physiques) (31). La pérennité des effets observés sur les limitations associées à l'état physique et le fonctionnement physique était significative jusqu'à six mois suivant la fin du programme de neuf mois (32).

### ***Santé et bien-être psychologique***

La santé et le bien-être psychologiques sont d'autres retombées importantes obtenues dans six études (28,31-35). Les résultats soulignent que la participation à un programme offrant des services en ergothérapie entraîne des effets significatifs, tels que l'amélioration significative de la santé mentale (28,31,33-35) et de la vitalité (étant l'énergie dont une personne dispose pour vaquer à ses occupations) (28,31,33-34), une diminution des symptômes dépressifs (33) ainsi qu'un ralentissement de l'évolution des limitations dues à l'état mental (33). Plusieurs effets sont partagés entre différentes études alors que la durée des programmes variait entre quatre (34), six (28,33), huit (35) et neuf mois (33). Les effets liés à la santé mentale, aux limitations dues à l'état mental ainsi qu'à la vitalité étaient d'ailleurs significatifs six mois suivant la fin des interventions en ce qui a trait au programme d'une durée de neuf mois (32). Finalement, les personnes âgées mentionnaient dans l'une des études que la modalité de groupe contribuait à l'amélioration de leur estime personnelle (34).

### ***Perception d'efficacité personnelle***

La perception d'efficacité personnelle est une autre retombée dont font valoir trois des études sélectionnées (29,30,34). Les résultats révèlent que les personnes âgées ayant participé à un programme de six mois se perçoivent plus efficaces quant à leur fonctionnement général et expriment moins de peur quant au fait de chuter (30). Cette distinction entre les deux groupes (avec et sans intervention en ergothérapie) quant à la crainte de tomber demeure d'ailleurs significative jusqu'à six mois suivant la fin du programme (30). D'autres effets bénéfiques étaient mentionnés subjectivement par les participants, et ce pour des programmes de plus courte durée. Les personnes âgées statuaient sur leur niveau d'activité et se considéraient alors comme des personnes actives en réponse à un programme de quatre mois (34) tandis que le programme de quatre semaines permettait aux personnes de se sentir plus confiantes quant aux échanges avec les pairs portant sur les sorties et leur planification (29).

### ***Satisfaction de vie***

Trois autres études mettent en évidence une amélioration significative de la satisfaction de vie chez les personnes âgées ayant participé à un programme d'interventions en ergothérapie d'une durée de six (33), huit (35) et neuf mois (31).

### ***Interactions sociales***

Six études rapportent des effets bénéfiques liés au plan du fonctionnement social (28,29,31-34) des personnes âgées ayant reçu des interventions en ergothérapie sur une période de six et neuf mois. Le programme de neuf mois a permis de surcroît une amélioration de la qualité des interactions chez les participants (31). Par ailleurs, les effets attribués au programme de neuf mois perduraient jusqu'à six mois suivant la fin des traitements (32). Un programme plus court de six mois assurait quant à lui l'augmentation de la fréquence moyenne des interactions sociales chez les personnes âgées (28). L'amélioration ou le maintien de la participation sociale des aînés était également observé après le programme de quatre semaines, dont les effets étaient encore présents quatre semaines suivant la fin du programme (29). Finalement, les participants se positionnaient en faveur de la modalité de groupe, laquelle contribuait à forger leur sentiment d'appartenance au sein d'un groupe (34), mais également comme un facteur de leur appréciation quant au programme reçu (28).

### ***Apprentissage de connaissances et de stratégies***

L'apprentissage de connaissances et de stratégies constitue une autre retombée mise en valeur par trois études offrant des interventions d'une durée variée de quatre semaines (29), quatre (34) et six mois (30). Les études rapportent que les personnes

âgées, à la suite des interventions reçues, sont en mesure d'identifier les stratégies adaptatives qu'elles utilisent (34), et les appliquent davantage que les personnes n'ayant reçu aucune intervention (30). Cette distinction dans l'utilisation des stratégies adaptatives est significative jusqu'à six mois suivant la fin du programme de six mois (30). Ce même programme assurait que les personnes âgées présentaient moins de dangers potentiels à domicile (30) tandis qu'un programme de quatre semaines suffisait à ce que les personnes âgées identifient trois moyens de transports alternatifs (29).

### ***Espérance de vie***

L'espérance de vie est abordée dans l'étude de Gitlin et collaborateurs (36), laquelle mentionne que le taux de mortalité des personnes âgées ayant reçu des interventions en ergothérapie pendant six mois (30) est significativement moindre que celui des personnes n'ayant reçu aucune intervention. Cette distinction est d'ailleurs significative pendant les deux années suivant la fin des interventions. Bien qu'elle ne soit pas significative pour l'année suivante, cette distinction est présente jusqu'à 3,5 années suivant la fin des interventions. Les résultats démontrent également que les effets sur le taux de mortalité sont plus importants chez les personnes présentant un risque de santé faible et modéré comparativement aux personnes présentant des risques de santé sévères.

### ***La rentabilité des interventions ergothérapeutiques dans une perspective d'habilitation aux occupations***

L'étude de Zingmark et collaborateurs (37) mentionne que les interventions de groupe sont rentables tandis que les interventions individuelles ne le sont pas. La rentabilité était calculée en fonction des coûts liés aux interventions et aux soins de santé des individus en rapport avec le QALY (année de vie ajustée en fonction de sa qualité). Il existait une amélioration significative du QALY pour les personnes âgées ayant participé à des groupes d'activités et des groupes de discussion, sur une période respective de 3 et 12 mois, tandis que les coûts totaux étaient également significativement moins élevés pour ceux ayant participé au groupe de discussion. Ainsi, les interventions de groupe étaient considérées comme rentables sur une période de trois (groupe d'activité) à 12 mois (groupe de discussion).

### **L'habilitation aux occupations au cœur des interventions**

L'analyse de contenu a montré que les interventions utilisées dans les études correspondaient aux stratégies d'habilitation aux occupations suivantes (adapter, coacher, collaborer, concevoir et réaliser, éduquer, engager, mettre à profit son expertise) (11). L'absence de correspondance avec les stratégies de « revendiquer » et de « coordonner » peut s'expliquer par le contexte de recherche, dans lequel les ressources sont coordonnées dès le départ et les services sont offerts sans restriction. Ainsi, les professionnels agissant dans un cadre de recherche ne sont pas nécessairement à faire face aux enjeux liés aux contraintes institutionnelles et organisationnelles et n'ont donc pas à déployer ces stratégies comme moyens d'interventions. Les stratégies déployées dans chacune des études sont également documentées dans le tableau en annexe.

## **Discussion**

Cette section permettra donc d'étayer les arguments basés sur les convictions (C), les fondements (F) et les résultats probants (R) qui militent en faveur des actions (A) souhaitées.

### **L'habilitation aux occupations dans une perspective de prévention et promotion de la santé : des services en ergothérapie efficaces**

Comme les résultats des études sélectionnées le démontrent, les interventions ergothérapeutiques proposées avaient des effets bénéfiques sous différents aspects, soient la participation et le fonctionnement dans les occupations, la santé et le bien-être tant physique que psychologique, le sentiment d'auto-efficacité, la satisfaction de vie, les interactions sociales, l'apprentissage de connaissances et stratégies ainsi que sur l'espérance de vie.

En plus que les études soulignaient l'implication directe des ergothérapeutes dans les interventions, l'analyse de contenu a renchéri en précisant que les interventions utilisées étaient des stratégies d'habilitation aux occupations, correspondant à l'expertise même de la profession, démontrant ainsi que les services ergothérapeutiques dans une approche d'habilitation aux occupations permettent l'efficacité et la rentabilité des services.

Quant à la portion de l'argumentaire qui revendique d'élargir les services en ergothérapie à une clientèle plus vaste en privilégiant une approche de prévention et promotion de la santé, les participants des études sélectionnées étaient des aînés à risque d'incapacité ou présentant des incapacités légères. Ainsi, l'habilitation aux occupations dans une approche de prévention et promotion de la santé est efficace et rentable.

Certains pourraient vouloir contrecarrer cet argument en prétendant que ce ne sont pas réellement les services ergothérapeutiques qui ont permis d'obtenir les effets bénéfiques répertoriés, mais plutôt l'occasion pour les personnes âgées de participer à différentes occupations. Les études randomisées de Clark et collaborateurs (31-33) réduisent cependant ce contre-argument lorsqu'ils comparent le groupe des interventions en ergothérapie avec deux groupes contrôles, l'un ne recevant aucune intervention, et l'autre participant à des activités sociales. Il en ressort qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes contrôles, confirmant ainsi qu'il ne suffit pas de se tenir occuper pour demeurer en santé. En ce sens, l'ergothérapeute accompagne les personnes en les outillant pour qu'elles explicitent le lien entre leurs occupations, la santé et le bien-être afin qu'elles priorisent le choix de participer à des occupations qui contribuent justement à leur santé et leur

bien-être. Par ailleurs, l'ergothérapeute peut soutenir les clients à réduire les occupations néfastes en les outillant, par exemple, à transposer le sens qu'ils accordent à cette occupation vers une occupation plus saine. Par exemple, une personne âgée investie dans une occupation de jeux dans un casino et que les jeux empêchent de s'adonner aux occupations d'auto-soins (se rendre aux rendez-vous médicaux, etc). Le travail de l'ergothérapeute consisterait à accompagner la personne dans la prise de conscience de l'apport de ses occupations à sa santé et à expliciter le sens qui y est accordé. Si le sens est celui de répondre à des besoins d'interaction sociale, il y aura lieu d'identifier en partenariat avec la personne des occupations pouvant répondre à ce besoin.

### **L'habilitation aux occupations : une réponse aux enjeux actuels**

L'habilitation aux occupations telle que proposée permettrait de réduire les enjeux soulevés dans la problématique. Premièrement, le mandat restreint actuel de l'ergothérapeute serait élargi, passant de l'autonomie et la sécurité aux soins personnels et à la mobilité vers l'habilitation aux occupations, l'expertise même de l'ergothérapeute et le fondement de la profession. Dans le même ordre d'idées, le fait d'habiliter aux occupations permet de prendre en considération l'ensemble des occupations, privilégiant celles qui sont significatives pour les clients, favorisant ainsi l'approche centrée sur les clients plutôt que de répondre aux besoins institutionnels (7). Cet élargissement du spectre occupationnel rappelait d'ailleurs l'effet domino de l'ergothérapie, souligné par Stav et collaborateurs (38). Cette étude révélait que lorsque les personnes âgées s'engageaient et participaient à des occupations variées (activités sociales, physiques, religieuses, instrumentales, de loisirs, de travail et le sommeil), elles bénéficiaient d'une protection dans les limitations fonctionnelles, amélioraient leur performance dans les AVQ et les AVD et ressentaient une amélioration sur le plan de leur santé mentale, physique et en lien avec leur satisfaction de vie. L'étude suggérait donc d'impliquer davantage les ergothérapeutes dans une perspective de prévention et promotion de la santé. Tout comme cette étude, les interventions proposées n'étaient pas restreintes aux AVQ, tel qu'il est pourtant recommandé de le faire dans le système actuel. L'étendue des bénéfices observée souligne également la perspective biopsychosociale privilégiée au détriment de l'approche biomédicale actuelle (8), assurant des bénéfices à différents plans, tant physique, psychologique, social, cognitif et affectif. Cette approche prévient ainsi le morcellement des besoins actuellement observés dans les soins (8). Pour ainsi dire, l'habilitation aux occupations dans une approche de réadaptation dans un contexte de prévention et promotion de la santé permet à l'ergothérapeute d'exploiter pleinement son expertise.

### **L'habilitation aux occupations : l'importance de l'accessibilité**

Bien que l'habilitation aux occupations dans une approche de promotion et prévention permette de réduire des enjeux considérables dans le système de priorisation actuel, il demeure d'abord essentiel que l'enjeu relatif à l'accessibilité de ces services soit résolu. Les services ergothérapeutiques sont en effet actuellement surtout offerts aux personnes présentant des incapacités importantes. Pourtant, l'étude de Gitlin et collaborateurs (36) mentionne que les interventions ergothérapeutiques ont un effet plus important sur le taux de mortalité pour les personnes présentant des risques de santé de faibles à modérés comparativement à ceux présentant des risques graves de santé. Ces résultats mettent en lumière l'importance d'agir en amont afin d'offrir des services en temps opportun, et donc de rendre les services ergothérapeutiques accessibles à une clientèle plus vaste que celle présentant des incapacités importantes, tel qu'il est fait actuellement.

Pourtant, actuellement, le temps d'attente des personnes classées comme peu prioritaires permet que très rarement qu'elles puissent recevoir les services en temps opportun (5). Le message parallèle à cette réalité est donc qu'il faut que les personnes âgées soient suffisamment mal en point pour espérer recevoir des services ergothérapeutiques afin d'ensuite pouvoir aller mieux. Cette conception du système de santé n'est-elle pas contradictoire aux valeurs mêmes de l'ergothérapie relatives à la santé et au bien-être des individus?

### **L'habilitation aux occupations dans une approche de promotion et prévention : une perspective rentable**

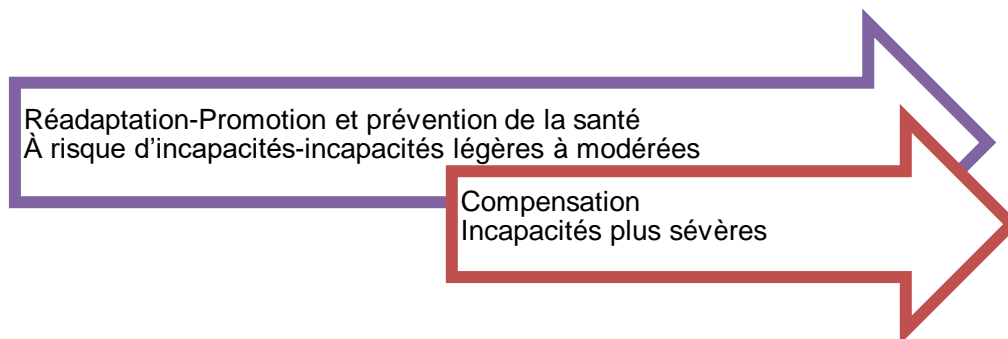
Cette même conception de la santé, par son approche principalement compensatoire et restrictive, permet de seulement mettre un pansement temporaire sur les besoins des clients. À l'inverse, l'habilitation aux occupations permet à l'ergothérapeute d'outiller le client à reconnaître ses problèmes occupationnels, à les analyser puis à trouver des stratégies visant à favoriser sa participation dans les occupations qui lui tiennent à cœur. Ainsi, le client pourra alors transférer cette analyse et l'application de stratégies à de nouveaux problèmes plutôt que de reconsulter à chaque fois puisque ses besoins n'auront été que partiellement comblés. La réponse en amont aux besoins permettra également de décharger à long terme la liste des besoins considérés comme urgents puisque le maintien des capacités et la prévention des pertes auront été privilégiés. Cette reconceptualisation du système d'attribution des services contribuera ainsi à la rentabilité des services. La rentabilité des services ergothérapeutiques dans cette nouvelle perspective proposée est d'ailleurs soutenue dans les études sélectionnées.

### **Les actions**

Bien entendu, il demeure important que les personnes avec des incapacités importantes continuent de recevoir des services ergothérapeutiques puisqu'ils ont des besoins criants. Cependant, ces services ne devraient pas être offerts au détriment du reste de la clientèle qui pourrait également bénéficier des services ergothérapeutiques, comme l'a démontré cette étude. Pour parvenir à un équilibre acceptable, il est proposé de gérer la liste d'attente en offrant parallèlement des services compensatoires aux personnes présentant des incapacités plus importantes et également des services dans une approche

de promotion et prévention pour les clientèles à risque de développer des incapacités ou présentant des incapacités légères à modérées (Figure 3). En ce sens, les ergothérapeutes pourraient ainsi intégrer à leur charge de travail un nombre de clients classés actuellement comme priorité moins élevée à un nombre de clients considérés comme priorités élevées.

**Figure 3: Le modèle recommandé d'attribution des services en ergothérapie**



Une autre des stratégies qui pourraient être efficaces est de prioriser les interventions de groupes en comparaison des interventions individuelles, puisque ce type d'intervention s'est non seulement avéré rentable, mais apprécié par les participants des études étant donné que l'approche en groupe comportait des bénéfices quant à l'amélioration de l'estime de soi (34), le sentiment d'appartenance à un groupe et le soutien entre participants (29,35). Il importe de conserver certaines périodes individuelles afin de s'assurer que les services répondent aux besoins individuels et à la situation particulière de chaque client, mais ces périodes pourraient être réduites en privilégiant l'approche de groupe.

Une dernière proposition serait que les décisions relatives à l'attribution des services impliquent davantage les ergothérapeutes. Il est ainsi espéré que les services soient attribués en regard à ce que la profession a réellement à offrir. D'ailleurs, l'étude de Bishop et Brott (6) abordant le temps d'attente pour recevoir des services en ergothérapie rapporte que la centralisation des références en ergothérapie et le traitement des références par une ergothérapeute permettaient la réduction du volume de demandes, la diminution du temps d'attente avant la prise en charge et une meilleure équité dans l'attribution des services au sein des différents territoires de la région. Cela peut s'expliquer par le fait que l'ergothérapeute responsable de l'attribution des services peut remettre en question les références reçues et ainsi mieux cibler et prioriser les besoins, facilitant possiblement une attribution des services plus efficace.

### **L'application du modèle CRAF pour soutenir le rôle d'agent de changement chez les ergothérapeutes**

Il est souhaité que cette étude puisse faciliter la démarche du procédé argumentaire chez les ergothérapeutes désirant agir comme agent de changement. En effet, le cadre conceptuel annoncé déjà les convictions et les fondements de la profession. Ceux-ci peuvent donc être directement appliqués à une situation problématique autre. Il reste donc à l'ergothérapeute à chercher les résultats probants (R) pour soutenir de façon crédible ses arguments et le guider vers les actions à entreprendre.

La recherche des résultats probants et leur analyse, bien qu'elle puisse être ardue, demeurent à la portée des ergothérapeutes. En fait, l'application des résultats probants à la pratique constitue les bonnes pratiques en ergothérapie selon l'Association canadienne des ergothérapeutes.

Une seconde étude pourrait être réalisée afin de déterminer si cette application concrète d'un procédé argumentaire basée sur le cadre CRAF facilite la reproductibilité dans une situation problématique autre et si cela contribue à améliorer le sentiment de compétence des ergothérapeutes dans leur rôle d'agent de changement.

### **Forces et limites de l'étude**

Il s'agit d'une des premières études à expliciter un procédé argumentaire défendant une attribution des services en ergothérapie basée sur les fondements et les valeurs mêmes de la profession.

La principale limite reste dans le fait que la revue systématique a été faite par seulement deux personnes. D'autre part, considérant qu'il s'agissait d'une des premières études qui appliquait le cadre argumentaire CRAF comme cadre conceptuel dans un contexte spécifique à l'ergothérapie, son intégration n'a pu être validée et sa reproductibilité est donc à intégrer avec attention.



Toutefois, la crédibilité et le niveau de scientificité des arguments demeurent acceptables considérant que les arguments sont basés sur des études de haut niveau d'évidence et sur des concepts fondamentaux de la profession qui sont largement documentés dans la littérature professionnelle.

## Conclusion

L'attribution des services en ergothérapie dans les CLSC du Québec basée sur l'habilitation aux occupations repose sur des arguments issus des valeurs, des fondements théoriques et des résultats probants. Le fait que les personnes âgées puissent s'engager dans des occupations significatives capable de contribuer à sa propre santé a un effet de maintenir leur santé et leur vitalité. Le fait de s'engager régulièrement dans des activités sociales ne contribue pas à l'efficacité dans une perspective de promotion de la santé ni le fait de ne recevoir aucun traitement. Cela affaiblit l'adage qui dit « qu'il suffit de se tenir occupé pour se tenir en santé » (31); certains des bénéfices associés au traitement en ergothérapie basée sur l'habilitation dans une approche de prévention et de promotion de la santé en ergothérapie perdurent sur une période de 6 mois suivant la fin des interventions. Les interventions en ergothérapie basées sur les stratégies d'habilitation aux occupations ont des retombées sur la participation et le fonctionnement dans les occupations, le bien-être et la santé physique et mentale, la perception d'efficacité personnelle, la satisfaction de vie, les interactions sociales, l'apprentissage de connaissances et l'espérance de vie.

Par ailleurs, il est espéré que le modèle CRAF puisse servir d'outil pour les ergothérapeutes cliniciens afin qu'elles puissent agir comme agent de changement en posant des actions basées sur les valeurs et les fondements de la profession de même que sur les données probantes.

### Remerciements

Text for this section Nous tenons à remercier Marie-Hélène Raymond, professeure de réadaptation à l'Université de Montréal pour la révision externe de l'essai qui a été le travail précurseur de cet article.

### Acknowledgements

We would like to thank Marie-Hélène Raymond, Professor of Rehabilitation at the Université de Montréal for the external review of the essay that was the preliminary work for this article.

### Conflits d'intérêts

Aucun à déclarer

### Conflicts of Interest

None to declare

### Responsabilités des évaluateurs externes

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la [Revue canadienne de bioéthique](#) assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

### Peer-reviewer responsibilities

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of [Canadian Journal of Bioethics](#) take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

**Édition/Editors:** Marie-Eve Lemoine, Sihem Neïla Abtroun & Aliya Afdal

**Évaluation/Peer-Review:** Annie Carrier & Anonyme

### Affiliations

<sup>1</sup> Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada

**Correspondance / Correspondence:** Kim Jean-Gagnon, [Kim.Jean-Gagnon@hotmail.com](mailto:Kim.Jean-Gagnon@hotmail.com)

**Reçu/Received:** 29 Oct 2018      **Publié/Published:** 20 Jul 2020

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

## Références

1. Carrier A, Levasseur M, Mullins G. [Accessibility of occupational therapy community services: a legal, ethical, and clinical analysis](#). Occupational Therapy in Health Care. 2010;24(4):360-376.
2. Harries P, Gilhooly K. [Identifying occupational therapists' referral priorities in community health](#). Occupational Therapy International. 2003;10(2):150-164.
3. Raymond MH, Feldman D, Prud'homme MP, Demers L. Who's next? Referral prioritisation criteria for home care occupational therapy...including commentary by Hunt LA, Bissett M and Slater CE. International Journal of Therapy & Rehabilitation. 2013;20(12):580-589.

4. Harding, KE, Taylor, NF, Leggat, SG, Stafford, M. [Effect of triage on waiting time for community rehabilitation: a prospective cohort study](#). Archives of Physical Medicine & Rehabilitation. 2012;93(3):441-445. doi:10.1016/j.apmr.2011.09.021
5. Raymond, MH, Demers, L, Feldman, DE. [Waiting list management practices for home-care occupational therapy in the province of Quebec, Canada](#). Health & Social Care in the Community. 2016;24(2):154-164. doi:10.1111/hsc.12195
6. Bishop A, Brott, T. [Why the wait? a new approach to community occupational therapy waiting list management](#). New Zealand Journal of Occupational Therapy. 2019;66(1):19-23.
7. Carrier A, Freeman A, Levasseur M, Desrosiers J. [Standardized referral form: Restricting client-centered practice?](#) Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2015;22(4):283-292.
8. Carrier A, Levasseur M, Freeman A, Desrosiers J. [Reddition de compte et optimisation de la performance: impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques](#). Santé Publique. 2016;28(6):769-780.
9. Prud'homme J. Professions à part entière. Histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec. Montréal : Presses de l'Université de Montréal; 2011.
10. Raja M, Laver K. [What does the Australian public know about occupational therapy for older people? A population survey](#). Australian Journal of Occupational Therapy, 2019;66(4):511-518.
11. Townsend EA, Beagan B, Kumas-Tan Z, Versnel J et al. Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans Townsend EA & Polatajko HJ, rédacteurs. Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. 2<sup>e</sup> éd. (version française N. Cantin). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE; 2013. p.103-158.
12. Townsend EA, Polatajko HJ. Glossaire. Dans Townsend EA, Polatajko HJ, rédacteurs. Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. 2<sup>e</sup> éd. (version française N. Cantin). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE; 2013. p. 434-448.
13. Association canadienne des ergothérapeutes. Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada [En ligne]. Ottawa (ON) : CAOT Publications ACE; 2012. Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada. Disponible à : <https://www.caot.ca/pdfs/2012profil.pdf>
14. Freeman A, Anand H, Boniface G, Carrier A, Larivière N. Promouvoir les services d'ergothérapie de qualité : Trucs du métier. Réflexions découlant du forum de 2016 de Occupational Therapy Canada. Actualités ergothérapeutiques. 2017;19(1):23-25.
15. Restall G, Ripat J. [Applicability and clinical utility of the Client-Centred Strategies Framework](#). Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne d'Ergotherapie. 2008;75(5):288-300.
16. Dhillon SK, Wilkins S, Law MC, Stewart DA, Tremblay M. [Advocacy in occupational therapy: exploring clinicians' reasons and experiences of advocacy](#). Canadian Journal of Occupational Therapy. 2010;77(4):241-248. doi:10.2182/cjot.2010.77.4.6
17. Dhillon S, Wilkins S, Stewart D, Law M. [Understanding advocacy in action: A qualitative study](#). British Journal of Occupational Therapy. 2016;79(6):345-352. doi:10.1177/0308022615583305
18. Kirsh BH. [Transforming values into action: Advocacy as a professional imperative](#). Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie. 2015;82(4):212-223.
19. Drolet MJ, Lalancette M, Caty ME. ABC de l'argumentation. Pour les professionnels de la santé et toute autre personne qui souhaite convaincre. 2<sup>e</sup> éd. Québec: PUQ; 2019.
20. Angenot P. Apprendre à argumenter : l'acquisition de stratégies. Revue de l'Association pour la recherche qualitative. 1994;10:54-68.
21. Gohier C. Le cadre théorique. Dans Karsenti T, Savoie-Zajc L, rédacteurs. Introduction à la recherche en éducation. Montréal : Édition du CRP; 2000. p. 99-125
22. Townsend EA, Polatajko HJ. Habilitier à l'occupation: Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. 2<sup>e</sup> éd. (version française N. Cantin). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE; 2013.
23. Townsend EA, Polatajko HJ, rédacteurs. Introduction. Habilitier à l'occupation: Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation 2<sup>e</sup>éd. (version française N. Cantin). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE; 2013. p. 1-10.
24. Jean-Gagnon K. [Procédé argumentaire : Revendiquer une attribution des services ergothérapeutiques en CLSC basée sur l'habilitation aux occupations](#) [Essai]. Trois-Rivières (Qc) : Université du Québec à Trois-Rivière; 2017.
25. Étienne A. [L'activité en Amérique du nord: Évolution vers une science de l'occupation](#). Journal d'Ergothérapie. 1990;12(2):48-53.
26. Rebeiro KL, Polgar JM. [Enabling occupational performance: optimal experiences in therapy](#). Canadian Journal of Occupational Therapy. 1999;66(1):14-22.
27. Haute Autorité de Santé (HAS). [Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique](#). Saint-Denis (FR). France : Collège de la Haute Autorité de Santé; 2013.
28. Matuska K, Giles-Heinz A, Flinn N, Neighbor M, Bass-Haugen J. [Outcomes of a pilot occupational therapy wellness program for older adults](#). American Journal of Occupational Therapy. 2003;57(2):220-224.
29. \*Mulry CM, Piersol CV. [The Let's Go program for community participation: a feasibility study](#). Physical & Occupational Therapy in Geriatrics. 2014;32(3):241-254.
30. \*Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Corcoran M, Schinfeld S, Hauck WW. [A randomized trial of a multicomponent home intervention to reduce functional difficulties in older adults](#). Journal of the American Geriatrics Society. 2006;54(5):809-816.

31. Clark F, Azen SP, Zemke R, Jackson J, Carlson et al. [Occupational therapy for independent-living older adults](#). A randomized controlled trial. JAMA. 1997;278(16):1321-1326.
32. \*Clark F, Azen SP, Carlson M, Mandel D, et al. [Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: long-term follow-up of occupational therapy intervention](#). Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences. 2001;56(1):60-63.
33. \*Clark F, Jackson J, Carlson M, Chou C, et al. [Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial](#). Journal of Epidemiology & Community Health. 2012;66(9):782-790. Erratum in: J Epidemiol Community Health. 2012;66:1079-1082.
34. \*Johansson A, Björklund A. [The impact of occupational therapy and lifestyle interventions on older persons' health, well-being, and occupational adaptation](#). Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2016;23(3):207-219.
35. \*Yamada T, Kawamata H, Kobayashi N, Kielhofner G, Taylor R. [A randomised clinical trial of a wellness programme for healthy older people](#). British Journal of Occupational Therapy. 2010;73(11):540-548.
36. \*Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, Winter L, Hodgson N, Schinfeld S. [Long-term effect on mortality of a home intervention that reduces functional difficulties in older adults: results from a randomized trial](#). Journal of the American Geriatrics Society. 2009;57(3):476-481.
37. \*Zingmark M, Nilsson I, Fisher AG, Lindholm L. [Occupation-focused health promotion for well older people: A cost-effectiveness analysis](#). British Journal of Occupational Therapy. 2016;79(3):153-162.
38. Stav WB, Hallenen T, Lane J, Arbesman M. [Systematic review of occupational engagement and health outcomes among community-dwelling older adults](#). American Journal of Occupational Therapy. 2012;66(3):301-310.