

Effets du *Lifestyle Redesign* chez les aînés : une recension systématique

© CAOT 2019
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
www.cjotrc.com



Effects of Lifestyle Redesign on older adults: A systematic review

Marie-Hélène Lévesque¹, Jordane Trépanier, Marie-Josée Sirois, et Mélanie Levasseur

Mots clés : Ergothérapie; Promotion de la santé; Recension des écrits; Services de santé communautaire.

Key words: Community health services; Health promotion; Literature review; Occupational therapy.

Abrégé

Description. Le *Lifestyle Redesign*[®] (LR) a pour objectif de soutenir, à travers des routines occupationnelles saines et signifiantes, la santé, le fonctionnement et la qualité de vie d'aînés. Les données probantes concernant son efficacité et sa rentabilité sont toutefois dispersées. **But.** Cette étude visait à synthétiser les effets cliniques et le coût-efficacité du LR et à vérifier l'applicabilité des résultats en milieu communautaire québécois. **Méthodologie.** Une recension systématique des écrits a été réalisée, suivie d'un groupe de discussion auprès de quatre ergothérapeutes. **Résultats.** Considéré rentable (sous les 50 000 \$ d'année de vie ajustée par la qualité), le LR présente des bénéfices tant pour la santé mentale que physique. Selon les ergothérapeutes consultés, la pertinence d'intégrer le LR à leur pratique est sans équivoque, mais comporte des défis. **Conséquences.** Le LR est une intervention ergothérapique dont les effets cliniques et le coût-efficacité sont prometteurs pour les aînés vivant dans la communauté.

Abstract

Background. The *Lifestyle Redesign*[®] (LR) aims to support health, functioning, and quality of life of older adults through the development of healthy and meaningful routines. However, evidence concerning the effectiveness and cost-effectiveness of this intervention is scattered. **Purpose.** This study aimed to synthesize the clinical effects and cost-effectiveness of the LR as well as to verify the applicability of the results in a community-based setting in Quebec. **Method.** A systematic review of the literature was conducted, followed by a focus group with four occupational therapists. **Findings.** Considered as cost-effective (under \$50,000 in quality-adjusted life-years), the LR offers benefits for both mental and physical health. According to occupational therapists, the LR is clearly relevant for their practice but involves some challenges. **Implications.** The LR is an occupational therapy intervention with promising clinical effects and cost-effectiveness for older adults living in the community.

Financement : Cette étude a été financée par du Fonds de recherche du Québec-Santé et des Instituts de recherche en santé du Canada par l'intermédiaire de bourses de maîtrise à l'auteure principale. Lors de cette étude, Mélanie Levasseur était une chercheuse boursière junior 1 du FRQS (# 26815) et elle est maintenant une nouvelle chercheuse des IRSC (# 360880). Marie-Josée Sirois, quant à elle, est chercheuse clinicienne-intégrée des IRSC (# 370912).

Auteure principale : Marie-Hélène Lévesque, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 1036, rue Belvédère Sud, Sherbrooke, QC, J1H 4C4, Canada. Téléphone : 800-267-8337 poste 70178. Courriel : Marie-Helene.Levesque@USherbrooke.ca

Avec le vieillissement de la population canadienne, les risques de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles s'accroissent (Association médicale canadienne, 2013) et le recours aux services de santé est plus fréquent, représentant des dépenses quatre fois plus élevées pour les aînés que pour les autres adultes (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Le système de santé et de services sociaux du Canada subit par conséquent une pression croissante afin d'améliorer l'efficacité des interventions et de revoir l'organisation des soins et des services (Choinière, 2010; Emery, Still et Cottrell, 2012; Ministère des Finances Canada, 2012; Rochon, 2002; World Health Organization, 2015). En réponse aux impératifs de réduction des coûts en santé, plusieurs recommandations ciblent l'investissement dans les activités de prévention et de promotion de la santé (Emery et al., 2012; Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, 2015; Murray, 2012; Organisation mondiale de la santé [OMS], 2002). En plus d'engendrer des économies à long terme (Association canadienne de santé publique, S/D), ces pratiques représentent une réponse cohérente et adaptée aux besoins des aînés, notamment en leur offrant un ensemble de services intégrés à toutes les étapes de la vie (OMS, 2002). En ergothérapie, les activités de promotion de la santé fondées sur les résultats probants sont fortement encouragées (Association canadienne des ergothérapeutes, 2011; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2016). Concrètement, ces interventions soutiennent l'adoption de stratégies efficaces pour le développement de routines saines et significatives, la participation sociale ainsi que la résolution de problèmes afin de surmonter les obstacles (Arbesman et Mosley, 2012; Clark et al., 1997; Wilcock, 2015). En s'appuyant sur les fondements théoriques de la science de l'occupation, Clark et al. (1997) ont élaboré le *Lifestyle Redesign*[®] (LR), une intervention d'ergothérapie préventive qui a pour objectif de promouvoir des changements réalistes et durables sur le plan du mode de vie, en vue d'améliorer la santé, le fonctionnement et la qualité de vie des aînés. Pour ce faire, Clark et al. (1997) proposent de combiner une approche de groupe (huit à dix personnes), à raison d'une fois par semaine dans la communauté, à un suivi individuel mensuel, généralement offert à domicile. Sur une période de six à neuf mois, l'ergothérapeute explore différents sujets d'importance pour les aînés et discute de leurs liens avec la santé et les occupations. Ces sujets concernent notamment le vieillissement, l'utilisation des moyens de transport, l'influence du temps, la gestion du stress, l'exercice physique et cognitif, l'alimentation, la sécurité à domicile et dans la communauté, les relations interpersonnelles, l'épanouissement, l'utilisation du système de santé et la sexualité. Les modalités de groupes allient des présentations éducatives, des discussions entre les pairs, des réflexions personnelles, des activités et des sorties mensuelles dans la communauté. Les rencontres individuelles, quant à elles, permettent d'approfondir et d'individualiser le contenu présenté dans les groupes et d'effectuer des interventions d'ergothérapie plus traditionnelles. Dans une première publication portant sur le LR, Clark et al. (1997) ont

démonstré des effets bénéfiques de l'intervention sur la santé, le bien-être, le fonctionnement occupationnel et la satisfaction envers la vie d'aînés. L'intervention permettait aussi de ralentir le déclin associé au fonctionnement physique, à la douleur et aux limitations d'ordre émotionnel chez les aînés (Jackson, Carlson, Mandel, Zemke et Clark, 1998). Aux États-Unis et ailleurs dans le monde, des interventions dérivées du LR ont vu le jour. Les résultats probants concernant l'efficacité et la rentabilité du LR et de ses dérivés sont toutefois dispersés. La présente recension systématique des écrits visait donc à synthétiser les évidences au sujet: (a) des effets cliniques et (b) du coût-efficacité du LR et des interventions ergothérapeutiques de promotion de la santé qui s'en inspirent chez les personnes âgées de 60 ans et plus habitant dans la communauté.

Méthodologie

Recension systématique

Une recension systématique des écrits incluant une évaluation scientifique (qualité des articles) et clinique (applicabilité; Fink, 2014) a été utilisée afin de synthétiser les évidences au sujet du LR. Réalisée par l'auteure principale, la recension a été effectuée en juin 2012, puis mise à jour en juin 2016. Cinq bases de données ont été consultées (CINAHL, Pubmed, PsycINFO, Ageline et Embase) à l'aide de 26 mots clés incluant des termes relatifs à l'ergothérapie, à la clientèle aînée, aux interventions de promotion de la santé et au milieu communautaire (voir le tableau 1). La stratégie de recherche a été élaborée avec l'aide de deux bibliothécaires spécialisés en recherche en santé et a permis de repérer 591 articles publiés entre janvier 1995 et juin 2016 (voir la figure 1).

Sélection des articles, extraction des données et évaluation de la qualité des articles. La sélection des articles a été effectuée de façon indépendante par l'auteure principale et la deuxième auteure, une étudiante à la maîtrise en ergothérapie préalablement formée. Les titres et les résumés des articles traitant du LR et d'interventions ergothérapeutiques qui s'en inspirent auprès d'aînés habitant dans la communauté ont été vérifiés afin de retenir les études préexpérimentales (sans groupe témoin), quasi expérimentales (sans répartition aléatoire) et expérimentales publiées en anglais ou en français après 1995, soit à la suite de la création du LR original en 1994. Le volet qualitatif, découlant d'études mixtes, ainsi que les études dans lesquelles l'âge moyen des participants était de moins de 60 ans ont été exclus. Enfin, une recherche manuelle à partir des bibliographies des articles retenus a permis d'ajouter deux études à la recension. L'extraction des données et des résultats significatifs (seuil des valeurs p fixé à $< 0,10$ considérant la nature exploratoire et la petite taille d'échantillon de certaines études; Noymer, 2008) a été réalisée par l'auteure principale à l'aide de la Grille de Letts et al. (2007). L'évaluation de la qualité des

Tableau I
Stratégie de recherche

Catégorie de mots clés	Ergothérapie	Clientèle	Intervention	Première ligne
Vocabulaire libre	Occupational therapy	Older people Older person* Older adult* Elder* Old age Senior* Gerontolog* Geriatr* Aging Ageing	"Well elderly" Lifestyle Life Style Wellness Health promot* Quality of life Well-being Occupation based Preventive health program* Prevent*	Primary care Primary health care Primary healthcare Community dwelling* Community health service* Community living Independent living
Vocabulaire contrôlé				

OR
AND

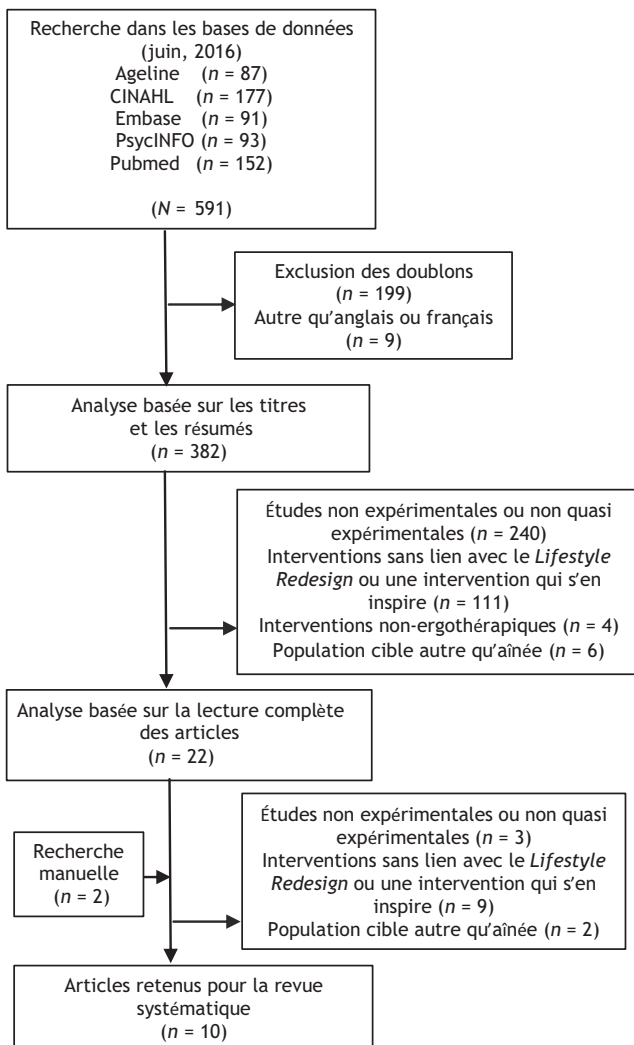


Figure 1. Organigramme méthodologique de la recension.

études a été réalisée par les première et deuxième auteures à l'aide des dix critères du Cochrane Collaboration's Tool for Assessing Risk of Bias (Higgins et Green, 2011): biais de sélection ([1] répartition aléatoire, [2] dissimulation de l'allocation), de performance ([3] participants aveugles, [4] personnel aveugle), de détection ([5] évaluateurs aveugles), d'attrition ([6] données manquantes, [7] analyse en intention de traiter), (8) d'informations rapportées, (9) d'équivalence des groupes et (10) tout autre biais. Les études présentant un faible risque de biais de sélection (domaine-clé) et satisfaisant au moins la moitié des critères (Higgins et Green, 2011) ont été jugées de qualité élevée. Enfin, le niveau de preuve a été évalué pour chacune des variables à l'étude, lesquelles sont présentées en fonction du modèle de l'occupation humaine (MOH).

Applicabilité clinique. De façon cohérente avec le cadre théorique de la recension, la collaboration des utilisateurs des connaissances a été sollicitée afin de valider la pertinence et l'applicabilité des résultats dans la pratique clinique (Fink, 2014). Ainsi, neuf ergothérapeutes œuvrant en centres locaux de services communautaires (CLSC) et en centre de jour, dans différents secteurs géographiques d'un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Québec, ont été invités par courriel à participer à un entretien de groupe semi-structuré. D'une durée de deux heures, cet entretien a été animé par l'auteure principale, le 17 octobre 2012, en présence de quatre ergothérapeutes volontaires qui ont répondu positivement à l'invitation. À la suite d'une présentation détaillée du LR, les évidences scientifiques concernant ses effets cliniques et son coût-efficacité ont été présentées et mises en relation avec le MOH (Kielhofner, 2008). Les ergothérapeutes ont ensuite été invités à discuter de trois questions portant sur la place, la pertinence et l'applicabilité du LR en lien avec l'offre des services de première ligne. Une personne observatrice a effectué une

synthèse écrite des discussions. Les participants ont aussi identifié par écrit cinq conditions essentielles à l'implantation du LR. Les documents issus de cet exercice ainsi que la synthèse des discussions ont été recueillis, puis une analyse de contenu thématique a été réalisée à l'aide d'une grille de codage mixte afin d'identifier des recommandations pour la pratique. Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de la Capitale-Nationale a approuvé la publication des présents résultats.

Résultats

Recension

Parmi 591 articles repérés, un total de dix articles utilisant des devis expérimentaux ($n = 7$), quasi expérimentaux ($n = 1$) ou préexpérimentaux ($n = 2$) ont été retenus (voir la figure 1). Ces études ont été publiées entre 1997 et 2016 (voir le tableau 2). Les recherches ont principalement eu lieu aux États-Unis (70,0 %) par l'équipe qui a développé l'intervention, mais aussi en Suède, en Norvège et en Angleterre (tous respectivement 10,0 %). Ces études ont été réalisées auprès de personnes âgées de 60 à 95 ans d'origine multiethnique, généralement recrutées à partir de ressources disponibles dans la communauté (unités d'habitation subventionnées, centres d'activités pour aînés, centres de jour, services de soutien à domicile, résidences et maisons de soins pour retraités; voir le tableau 2). Les participants avaient un profil fonctionnel hétérogène incluant majoritairement des aînés autonomes et en santé (70,0 %), mais aussi des aînés fragiles (10,0 %) ou présentant plusieurs incapacités attribuables à des maladies chroniques (10,0 %) ou à des accidents vasculaires cérébraux (AVC; 10,0 %). Les tailles d'échantillons variaient entre 28 et 460 aînés. Dans l'ensemble des études à visée clinique (9), quatre domaines de la santé mentale et quatre domaines de la santé physique associés à la qualité de vie tels que mesurés par le Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short Form General Health Survey (SF-36) ont été documentés (voir le tableau 2). Utilisés de façon moins constante dans ces neuf études, d'autres outils ont permis de vérifier les effets portant sur 16 autres variables cliniques et trois variables relatives au coût-efficacité.

Effets Cliniques

Être. Parmi la capacité de rendement, la volition et l'habitation, trois éléments de l'être du MOH, le premier a été le plus étudié dans les recherches sur le LR (voir le tableau 3 et la figure 2). En effet, près de 2/5 variables documentées (11; 37,9 %) étaient associées à la capacité de rendement et à ses composantes physique, mentale ou cognitive. Sur le plan de la capacité du rendement physique, la majorité des études (9; 90,0 %) ont principalement documenté la douleur, le fonctionnement physique et l'état général de santé à l'aide du SF-36 (voir le tableau 3). Une majorité d'études (3/5; 60,0 %) de qualité élevée indiquent une amélioration statistiquement

significative de la douleur et du fonctionnement physiques des aînés ayant pris part à l'intervention. Toutefois, les résultats concernant l'état général de santé sont plus mitigés. En effet, Clark et al. (1997, 2001) ont démontré des résultats significatifs qui se sont maintenus dans le temps, mais la répétition d'une étude similaire en 2012 n'a pas démontré de différence entre les gains des groupes témoin et d'intervention (voir le tableau 3 et la figure 2). Quant à la santé perçue, les mesures de Clark et al. (1997) immédiatement après l'intervention font état d'une amélioration significative, laquelle ne s'est toutefois pas maintenue lors des mesures de suivi à six mois post-intervention. En lien avec la capacité du rendement mental, dans la majorité des études de qualité élevée (3/5; 60,0 %), la participation au LR est associée à une amélioration significative de l'état général de santé mentale et de la vitalité. Des résultats similaires ont aussi été obtenus dans des études de plus faible qualité. Mis à part les résultats positifs de Clark et al. (2012), les données recueillies sur les symptômes dépressifs (5/6 études; 83,3 %) ou sur l'anxiété (Lund, Michelet, Sandvik, Wyller et Sveen, 2012), n'ont pas permis de détecter de changement entre les groupes. Enfin, en ce qui concerne la capacité du rendement cognitif, deux études ont porté sur le rappel, la reconnaissance, la recherche visuelle et la vitesse psychomotrice et aucun bénéfice n'a été noté.

Les effets cliniques du LR sur la volition sont aussi moins probants. En effet, l'étude de Horowitz et Chang (2004) n'a pas permis d'établir qu'une version adaptée du LR permettait d'améliorer le sentiment de maîtrise et de contrôle ni la satisfaction psychosociale des participants. Le concept de l'habitation a été abordé dans 9 des 10 études sous l'angle des limitations dans les rôles associées à des problèmes d'ordre émotionnel (rôles émotionnels) ou physique (rôles physiques). Plusieurs études, dont la répétition de l'étude originale (Clark et al., 2012), n'ont pas démontré de différence entre les groupes quant aux rôles émotionnels. Cependant, les résultats positifs obtenus lors de ces études (4/7; 57,1 %) pour les groupes d'intervention tendent à corroborer ceux de l'étude originale de Clark et al. (1997) selon lesquels le déclin dans cette sphère est significativement moindre chez les personnes ayant reçu le LR. Selon Clark et al. (2001), le déclin quant au rôle émotionnel serait moins important et s'est maintenu jusqu'à six mois post-intervention. Quant aux rôles physiques, malgré certains résultats divergents, la majorité des études de qualité élevée (3/5; 60,0 %) ont observé une amélioration significative qui s'est également maintenue dans le temps.

Agir. Parmi les trois niveaux d'exécution de l'agir du MOH, c.-à-d. les habiletés, le rendement et la participation, les études retenues ont documenté neuf variables. Les effets cliniques du LR sur l'amélioration des habiletés motrices et de communication sont partiellement documentés dans un nombre limité d'études. Seuls Lund et al. (2012) ont mesuré la marche et la mobilité fonctionnelle (Timed Up and Go) qui ne se sont pas améliorées à la suite de l'intervention. Par ailleurs, l'essai clinique à répartition aléatoire (ECR) et l'étude de suivi de Clark et al. (1997, 2001) ont montré que, contrairement aux

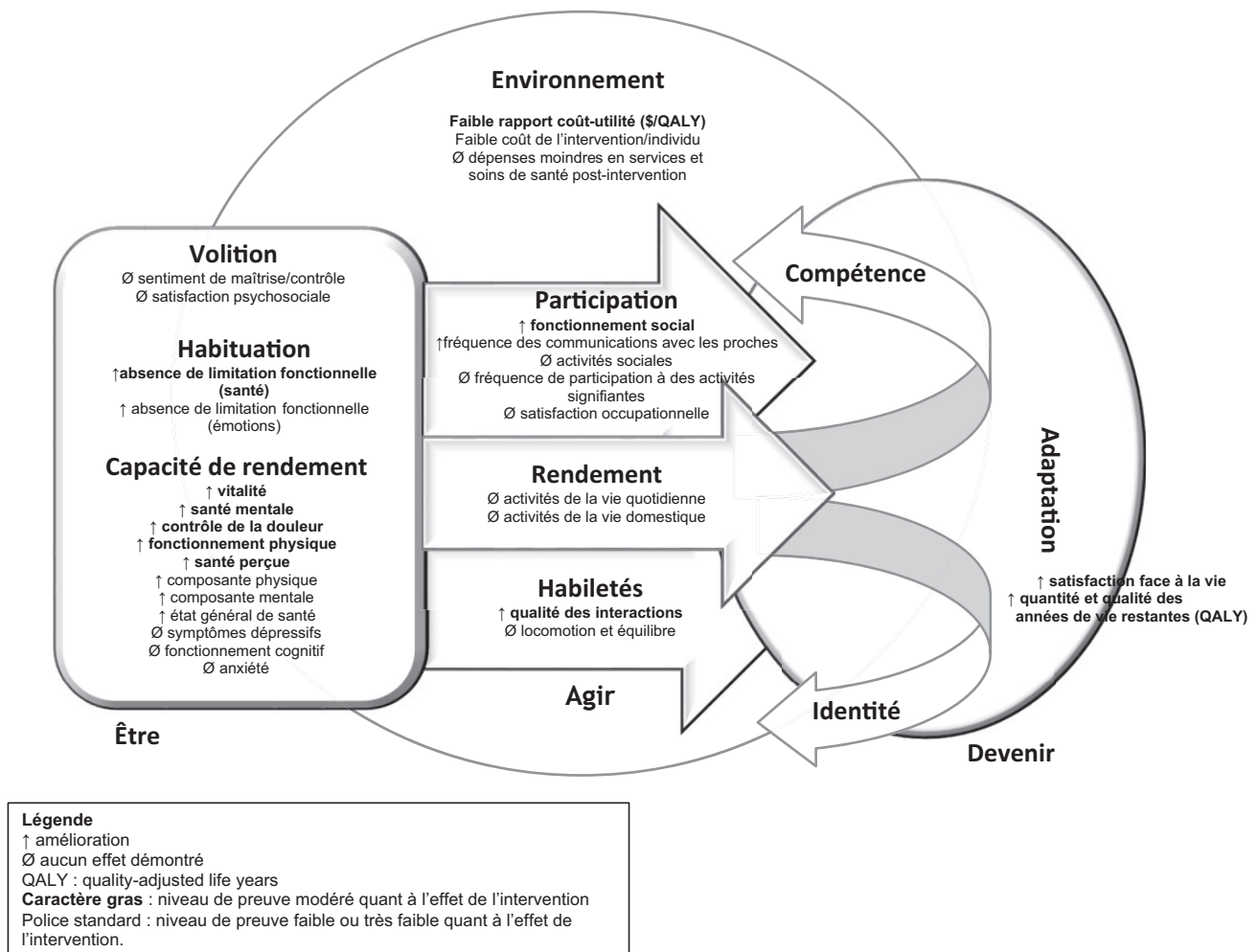


Figure 2. Effets cliniques et coût-efficacité du Lifestyle Redesign chez les aînés selon la perspective du modèle de l'occupation humaine.

participants des groupes témoins, les aînés ayant participé au LR ont significativement amélioré et maintenu leurs habiletés d'interactions sociales. Cette amélioration n'a toutefois pas été mise en évidence par Horowitz et Chang (2004), dans leur étude pilote comparant une version adaptée du LR à des activités régulières du centre de jour. Pour le rendement, cinq (50,0 %) études ont porté sur la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVQ) et n'ont pas permis de démontrer l'efficacité de l'intervention quant au fonctionnement dans ces activités. La participation a été examinée sous l'angle du fonctionnement social à l'aide de l'outil SF-36 dans 9/10 études. Les ECR réalisés par l'équipe de Clark et al. (1997, 2012) ont ainsi montré que la participation au LR entraîne des gains significatifs ou un déclin moindre du fonctionnement social en comparaison à la participation à des activités sociales ou à l'absence d'intervention. Concernant la participation à des activités sociales ou significatives, Matuska, Giles-Heinz, Flinn, Neighbor et Bass-Haugen (2003) ont noté, à la suite d'une intervention misant sur une version adaptée du LR, une hausse de 10,0 % de la fréquence moyenne de participation à des activités sociales ou communautaires et de 9,0 % du nombre

moyen de participants ayant communiqué plus de trois fois/sem. avec leurs proches. L'étude de Johansson et Bjorklund (2016), quant à elle, n'a pas démontré d'effets de l'intervention sur la fréquence de participation à des activités sociales.

Devenir. Pour la compétence, l'identité et l'adaptation occupationnelles, liées au devenir du MOH, les études sur le LR ont uniquement traité de l'adaptation occupationnelle en termes de satisfaction envers la vie (5; 50,0 %) et d'amélioration de la qualité et de l'espérance de vie (2; 20,0 %). Clark et al. (1997, 2012) ont relevé une amélioration significative de la satisfaction envers la vie immédiatement après l'intervention du LR. Les groupes témoin et d'intervention avaient toutefois des gains similaires six mois post-intervention (Clark et al., 2001). Enfin, les évidences concernant les effets de l'intervention sur les paramètres relatifs à la qualité et à l'espérance de vie (mesurées en année de vie ajustée par la qualité QALY [quality-adjusted life-years]) suggèrent des gains significatifs pour les participants au LR (Clark et al., 2012; Hay et al., 2002).

Tableau 3
Effets cliniques et coût-efficacité du Lifestyle Redesign et autres interventions dérivées

Résultante (outil)	Concept associé au MOH	Répartition des études		Qualité de la preuve	Nb d'étude
Vitalité (SF-36)	Être : Capacité de rendement	[1; 3; 5; 9]*	[2; 6; 7; 8; 10] ^c	Modérée ^d	9
État général de santé mentale (SF-36)	Être : Capacité de rendement	[1; 3; 9]*	[2; 5; 6; 7; 8; 10] ^c	Modérée ^d	9
Douleur physique (SF-36)	Être : Capacité de rendement	[1; 3; 9]*	[2; 5; 6; 7; 8; 10] ^c	Modérée ^d	9
Fonctionnement physique (SF-36)	Être : Capacité de rendement	[1; 3; 9]*	[2; 5; 6; 7; 8; 10] ^c	Modérée ^d	9
État général de santé (SF-36)	Être : Capacité de rendement	[1; 3]*	[2; 9; 5; 6; 7; 8; 10] ^c	Faible ^d	9
Composante physique (SF-36)	Être : Capacité de rendement	[9]*	[5; 7; 10] ^c	Faible	4
Composante mentale (SF-36)	Être : Capacité de rendement	[5; 9]*	[7; 10] ^c	Faible	4
Symptômes dépressifs (CES-D; GDS; HADS)	Être : Capacité de rendement	[9]*	[1; 3; 6; 7; 8] ^c	Modérée ^b	6
Perception de la santé (MOS)	Être : Capacité de rendement	[1]*	[3] ^c	Modérée	2
Anxiété (HADS)	Être : Capacité de rendement		[8] ^c	Modérée ^b	1
Fonctionnement cognitif (Trail Making A et B; WLP; WAISR)	Être : Capacité de rendement		[8; 9] ^c	Modérée ^b	2
Limitations dans les rôles : Santé (SF-36)	Être : Habitude	[1; 2; 3]*	[5; 6; 7; 8; 9; 10] ^c	Modérée ^d	9
Limitations dans les rôles : Émotions (SF-36)	Être : Habitude	[1; 3]*	[2; 5; 6; 7; 8; 9; 10] ^c	Faible ^d	9
Sentiment de maîtrise/contrôle (PM)	Être : Volition		[6] ^c	Très faible ^b	1
Satisfaction psychosociale (FSQ)	Être : Volition		[6] ^c	Très faible	1
Qualité des interactions (FSQ)	Agir : Habiletés (communication)	[1; 3]*	[6] ^c	Modérée ^d	3
Locomotion et équilibre (TUG)	Agir : Habiletés (motrice)		[8] ^c	Modérée ^b	1
AVQ (FSQ; Index de Barthel; MCRO)	Agir : Rendement		[1; 3; 6; 7; 8] ^c	Élevée ^b	5
AVD (FSQ; MCRO)	Agir : Rendement		[1; 3; 6; 7; 8] ^c	Élevée ^b	5
Fonctionnement social (SF-36)	Agir : Participation	[1; 3; 5; 9]*	[2; 6; 7; 8; 10] ^c	Modérée ^d	9
Activités sociales (FSQ)	Agir : Participation		[1; 3; 6] ^c	Modérée ^b	3
Fréquence des communications écrites ou téléphoniques avec les proches (Questionnaire maison)	Agir : Participation	[5]	(hausse de 9,0 % du nombre moyen de participants qui ont communiqué plus de 3x/sem avec leurs proches) ^a	Très faible	1
Satisfaction occupationnelle (MCRO)	Agir : Participation		[8] ^c	Modérée ^b	1
Fréquence de participation à des activités et degré de signification (MAPA, Questionnaire maison)	Agir : Participation	[5]	(hausse de 10,0 % de la moyenne des participants qui ont pris part à des activités sociales ou communautaires) ^a	Modérée ^b	2
Coût-utilité	Environnement économique	[4; 9]	(intervention rentable soit sous les 50 000 \$/QALY) ^a	Modérée	2
Coût de l'intervention par individu	Environnement économique	[4; 9]	(783 \$ pour 6 mois et 548 \$ pour 9 mois) ^a	N/A	2
Coûts d'utilisation des services de santé par individu	Environnement économique		[4] ^c	Modérée ^b	1
Moyenne des QALYs	Devenir : Adaptation occupationnelle	[4; 9]*		Modérée	2
Satisfaction envers la vie (LSI-Z)	Devenir : Adaptation occupationnelle	[1; 9]*	[3; 6; 10] ^c	Modérée	5

Note. Numéro en gras est étude de niveau de confiance élevé. Numéro en italique est étude portant sur l'intervention originale. AVD = activités de la vie domestique; AVQ = activités de la vie quotidienne; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; FSQ = Functional Status Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; GDS = Geriatric Depression Scale; LSI-Z = Life Satisfaction Inventory-Z; MAPA = Meaningful Activity Participation Assessment; MCRO = Mesure canadienne du rendement occupationnel; MOH = Modèle de l'occupation humaine; MOS = Medical Outcomes Study Health Perception Survey; PM = Pearlin and Schooler's Mastery Scale; QALYs = quality-adjusted life-years; SF-36 = 36-Item Short Form General Health Survey; TUG = Timed Up and Go; WAISR = Weschler Adult Intelligence Scale-Revised (Digit Symbol Substitution Task); WLP = Word List Procedure.

Interprétation du niveau de preuve selon le système GRADE (Higgins & Green, 2011): Élevée = Très peu probable que des recherches ultérieures changent le niveau de confiance quant à l'estimation de l'effet; Modérée = D'autres recherches auront vraisemblablement un impact important sur le niveau de confiance quant à l'estimation de l'effet et pourraient changer l'estimation; Faible = Il est fort probable que d'autres recherches auront un impact important sur le niveau de confiance quant à l'estimation de l'effet et changeront l'estimation; Très faible = Estimation très incertaine.

^aValeur de *p* non rapportée. ^bNiveau de preuve indiquant qu'il n'y a pas d'effet de l'intervention. ^cAucune différence entre les groupes d'intervention et témoin ou entre les mesures pré et post-intervention. ^dMaintien des acquis 6 mois post-intervention.

**p* < 0,10 (Résultats significatifs en faveur de l'intervention).

Coût-efficacité

Deux articles (20,0 %) ont présenté une analyse du coût-efficacité du LR. Les résultats concernent les coûts de l'intervention, le rapport coûts-utilité (coût/QALY) et les dépenses associées à l'utilisation des soins et des services de santé. Clark et al. (2012) ont calculé un coût moyen du LR de 783 \$ US par participant pour une intervention sur six mois. De leur côté, Hay et ses collègues (2002) l'ont estimé à 548 \$ US par participant pour une période de neuf mois. Ces deux études ont aussi situé le coût/QALY sous les 50 000 \$, soit une intervention jugée rentable (Garber et Phelps, 1997; Graham, Corso, Morris, Segui-Gomez et Weinstein, 1998). Enfin, Hay et al. (2002) ont enregistré des coûts similaires d'utilisation des soins et des services de santé des participants relativement aux frais médicaux (p. ex. consultation en clinique, à l'urgence, etc.) lors de la phase de suivi pour les trois groupes. Une baisse de ces coûts est toutefois observée pour le groupe d'intervention (967 \$ US/participant) comparativement aux groupes témoins actif (1 726 \$ US) et passif (3 334 \$ US).

Groupe de discussion. Les ergothérapeutes rencontrées dans le cadre du groupe de discussion étaient toutes des femmes, détentrices d'un poste à temps complet au programme de soutien à domicile auprès de la clientèle aînée en perte d'autonomie et ayant cumulé respectivement 2, 9, 10 et 18 ans d'expérience. Elles conviennent que la *place* des activités de promotion de la santé dans leur pratique est plutôt théorique. Elles sont également d'avis que les interventions de promotion de la santé sont reléguées au second rang au profit d'interventions visant la compensation des incapacités et, qu'avec les années, les ergothérapeutes se sont éloignés du mandat de promotion de la santé initialement confié aux CLSC. Dans leur pratique, les activités de promotion de la santé se traduisent par des références ponctuelles à des groupes existants ou par des recommandations professionnelles à l'endroit des auxiliaires en santé et services sociaux. Pour les ergothérapeutes interrogées, la *pertinence* d'intégrer une modalité comme le LR est sans équivoque. Notamment, elles expliquent que les aînés fragiles ou présentant peu d'incapacités demeurent généralement en liste d'attente, car le niveau d'urgence de leur situation est faible. Le groupe croyait aussi qu'une ressource intégrant un partenariat public, privé et communautaire pourrait être un endroit pertinent pour implanter le LR. En ce qui a trait à la pertinence du contenu de l'intervention, les ergothérapeutes jugeaient qu'une importance plus marquée devrait être accordée à certains thèmes (sécurité à domicile et utilisation des moyens de transport) et que certaines activités gagneraient à être adaptées au contexte culturel de leurs clients. Par ailleurs, les ergothérapeutes ont identifié plusieurs facilitateurs à l'implantation du LR liés soit au contexte externe (p. ex. politiques ministérielles favorables au maintien à domicile), au contexte interne de l'établissement (p. ex. volonté d'améliorer l'accès aux services), aux intervenants en place

(p. ex. volonté de s'impliquer) ou aux caractéristiques de l'intervention (p. ex.: rentable; voir le tableau 4). Elles soulignent également les retombées à long terme quant à l'offre d'une réponse adaptée aux besoins des aînés, laquelle serait susceptible d'améliorer la satisfaction des usagers et des intervenants (voir le tableau 4). Par contre, les ergothérapeutes signalent que l'intégration du LR à la pratique comporte certains obstacles (p. ex.: traduction requise, plusieurs décideurs à convaincre) et défis à venir (p. ex. changement de pratique important). Enfin, les ergothérapeutes ont ciblé trois conditions essentielles à l'implantation du LR: (a) convaincre les décideurs du bien-fondé de l'intervention, (b) mettre en place des ressources humaines et matérielles requises et (c) obtenir l'intérêt et l'implication des ergothérapeutes.

Discussion

Parmi 591 écrits repérés, la présente étude a permis de synthétiser 10 articles portant spécifiquement sur les effets cliniques et le coût-efficacité du LR. Ainsi, 29 variables ont été classifiées à l'aide du MOH puis analysées afin de dégager le niveau de preuve propre à chacune d'elles. Globalement, et pour plusieurs variables, une intervention de type LR serait plus efficace qu'une participation à des activités sociales ou qu'au fait de ne recevoir aucune intervention. De plus, à l'image du caractère holistique de l'intervention, les résultats illustrent que les effets du LR sont complexes et multisystémiques. De fait, les résultats de la présente étude confirment que les bénéfices associés au LR concernent autant la santé physique que mentale, ce qui rejoint les résultats de la méta-analyse de Lood, Haggblom-Kronlof et Dahlin-Ivanoff (2015) portant sur les effets de différents programmes de promotion de la santé. Spécifiquement, les résultats les plus probants (niveau de preuve modéré) concernent l'amélioration de la satisfaction envers la vie, de la qualité de vie, de la qualité des interactions, de la vitalité, du fonctionnement social, de la santé mentale, de la perception de la santé, du fonctionnement physique, du contrôle de la douleur et des rôles physiques. Selon l'étude de suivi réalisée par Clark et al. (2001), la grande majorité (90,0 %) des gains thérapeutiques seraient maintenus six mois après la fin de l'intervention. Ces résultats sont cohérents avec la perspective du vieillissement réussi (Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore et Koenig, 2002) selon laquelle le fait d'éviter les maladies, de maintenir un haut niveau de fonctionnement physique et mental, de s'engager dans une vie sociale active et productive et de maintenir une spiritualité positive contribue au bien-être et à la santé des aînés. Dans sa version originale, le LR constitue également une intervention rentable qui s'inscrit dans les meilleures pratiques en proposant une intervention professionnelle, centrée sur la personne, culturellement et linguistiquement adaptée et qui combine des rencontres individuelles et de groupe (Arbesman et Mosley, 2012; Lood et al., 2015). Cependant, puisque les études recensées ont été réalisées à

Tableau 4

Synthèse des facilitateurs, des obstacles, des retombées et des défis à l'implantation du Lifestyle Redesign® (LR)

Facilitateur	Obstacle actuel	Retombée	Défi à venir
Cohérence entre les volontés ministérielles et la mission de l'établissement	Écarts entre les engagements ministériels et leur actualisation	Réponse adaptée aux besoins de la clientèle aînée par intervention de groupe + suivi individuel	Changement de pratique important (agir en amont des incapacités)
Volonté d'avoir une meilleure accessibilité des services	Traduction et adaptation du LR requises	Responsabilisation des clients par meilleure connaissance des ressources	↑ Possible de la liste d'attente
Milieux dont la clientèle et la présence d'un partenariat public-privé sont propices à l'implantation	Ressources humaines, financières et matérielles requises	↓ Possible des coûts de soins et services de santé	Réorganisation des ressources humaines
Intervenants prêts à s'impliquer	Peu de recherche actuellement réalisée dans le milieu clinique	↑ De la satisfaction des usagers et des intervenants	Résultats observables à long terme
LR jugé rentable (sous les 50 000 \$/QALY)	Plusieurs décideurs à convaincre	Rayonnement pour l'établissement	
LR comble un manque dans le continuum de services	Préserver le caractère ergothérapeutique du LR		
Ouverture de l'établissement envers les modalités de groupe	Différentes visions de la santé communautaire selon les acteurs Contraintes administratives et professionnelles		

Note. QALY = quality-adjusted life-year.

l'étranger, quelques ajustements seraient nécessaires pour rehausser la cohérence du LR avec le contexte des aînés québécois francophones. Ces ajustements concernent notamment les informations sur les environnements naturel (climat chaud ou tempéré), social (fêtes culturelles américaines) et politique (remboursement possible de l'intervention par le système Medicare aux États-Unis).

En clinique, il existe des écarts importants entre le mandat de promotion de la santé confié aux CLSC et la pratique quotidienne des ergothérapeutes (Hébert, Maheux et Potvin, 2002). En effet, bien que les professionnels reconnaissent la pertinence d'intervenir en amont des incapacités et que les résultats de plusieurs recherches pointent vers le besoin d'une plus grande continuité dans les services (Levasseur et al., 2017; Nikolova, Demers, Béland et Giroux, 2011), il appert que les interventions de promotion de la santé sont reléguées au second rang par rapport à celles concernant la compensation des incapacités. Ce constat rejoint celui de Turcotte, Carrier, Desrosiers et Levasseur (2015) indiquant que la majorité des interventions ergothérapeutiques actuelles visent l'autonomie dans les soins personnels et la mobilité et que les interventions de promotion de la santé font peu partie du travail des ergothérapeutes. Pourtant, les évidences scientifiques suggèrent que la participation à des activités soutenant la participation sociale et la santé peut avoir des retombées positives sur la santé, le risque de mortalité et la qualité de vie des aînés (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris et Stephenson, 2015; Liao et al., 2011). Globalement, les

ergothérapeutes consultés sont favorables à l'implantation du LR. Cependant, tout comme pour d'autres projets communautaires visant la participation sociale des aînés, le manque de ressources humaines et financières représente un des principaux obstacles à leur implantation (Leblanc, Piché, Arsenault, Croteau et Levasseur, 2017).

Forces et limites de l'étude

À notre connaissance, cette étude est la première recension systématique rigoureuse et détaillée des effets cliniques et du coût-efficacité du LR. De plus, la participation des ergothérapeutes au groupe de discussion a permis une meilleure compréhension des résultats de la recension tout en constituant une première réflexion sur le LR, ce qui représente un important point de départ à son implantation. Bien que la recension compte une majorité d'ECR, l'inclusion de devis préexpérimentaux et d'interventions dérivées a généralement eu pour effet de diminuer la qualité de la preuve pour plusieurs variables. De plus, malgré l'accueil favorable à l'endroit du LR des quatre ergothérapeutes québécoises œuvrant en milieu communautaire, les résultats obtenus grâce au groupe de discussion sont moins généralisables actuellement. En effet, le temps écoulé depuis la consultation a été marqué par une réorganisation majeure du réseau de la santé et cet échantillon a été recruté selon une stratégie de convenance. Il serait ainsi pertinent et opportun de poursuivre, dans une plus large mesure, les études sur l'applicabilité clinique du LR en contexte québécois et canadien.

Implications pour la pratique et la recherche

L'intégration d'approches préventives efficaces et innovantes au système de santé et de services sociaux représente une occasion d'élargir la portée et les effets de l'ergothérapie. En effet, l'intégration du LR à la pratique pourrait permettre aux ergothérapeutes de mieux répondre aux besoins complexes et évolutifs des aînés en allant au-delà des interventions à visée strictement curative. Ultimement, le LR pourrait contribuer au maintien et à l'amélioration de la santé et du mieux-être des aînés québécois et canadiens. Dans les années à venir, la traduction et l'adaptation du LR[®] aux contextes de pratique en milieu communautaire au Québec et au Canada seront nécessaires afin d'y démontrer son applicabilité.

Conclusion

La présente recension a permis de synthétiser les évidences scientifiques au sujet du LR et de mettre en lumière qu'une intervention ergothérapeutique de promotion de la santé, centrée sur les forces et les défis individuels des aînés, permet de réduire le déclin associé au vieillissement en améliorant la santé physique et mentale tout en représentant un investissement rentable. La pertinence d'intégrer le LR à la pratique ergothérapeutique est claire et rejoint la préoccupation des aînés quant au fait de demeurer chez eux, bien qu'elle comporte certains défis. Il apparaît nécessaire de poursuivre la recherche afin d'étendre cette modalité d'intervention ergothérapeutique prometteuse à la réalité québécoise et canadienne.

Messages-clés

- Les effets du LR ont principalement été documentés aux États-Unis par l'équipe qui a mis au point l'intervention originale; le LR connaît cependant un intérêt grandissant au niveau mondial.
- Pour plusieurs variables, les études sur le LR démontrent un vaste éventail de retombées positives tant sur le plan de la santé physique que mentale.
- Le LR reçoit un accueil favorable de la part des ergothérapeutes en raison des bénéfices qu'il peut procurer et de sa rentabilité.

ORCID iD

Marie-Hélène Lévesque  <https://orcid.org/0000-0001-9055-4389>

Remerciements

Nous tenons à exprimer de sincères remerciements aux ergothérapeutes qui ont participé au groupe de discussion et qui, par leur savoir, ont contribué à explorer l'applicabilité clinique du Lifestyle Redesign.

Références

- Arbesman, M., et Mosley, L. (2012). Systematic review of occupation and activity-based health management and maintenance interventions for community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 277–283. doi:10.5014/ajot.2012.003327
- Association canadienne de santé publique. (S/D). *L'intérêt économique d'investir dans la santé publique et les déterminants sociaux de la santé [billet de blogue]*. Téléchargé au <https://www.cpha.ca/fr/linteret-economique-dinvestir-dans-la-sante-publique-et-les-dss>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2011). *Mémoire adressé au Comité des finances de la Chambre des communes*. Téléchargé au http://www.noscommunes.ca/Content/Committee/411/FINA/WebDoc/WD5138047/411_FINA_PBC2011_Briefs/Canadian%20Association%20of%20Occupational%20Therapists%20F%208204528.pdf
- Association médicale canadienne. (2013). *La santé et les soins de santé pour une population vieillissante*. Téléchargé au <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD14-03F.pdf>
- Choinière, R. (2010). Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec. Québec, QC: Institut national de santé publique du Québec.
- Clark, F., Azen, S. P., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., . . . Lipson, L. (2001). Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: Long-term follow-up of occupational therapy intervention. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B, 60–63. doi:10.1093/geronb/56.1.P60
- Clark, F., Azen, S. P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., . . . Hessel, C. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1321–1326.
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C. P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., . . . Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: Results of the Well Elderly 2 randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 782–790. doi:10.1136/jech.2009.099754
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L., et Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality—The forgotten factor. *Gerontologist*, 42, 613–620.
- Emery, J., Still, D., et Cottrell, T. J. (2012). Can we avoid a sick fiscal future? The non-sustainability of health-care spending with an aging population. *SPP Research Papers*, 12–31. Téléchargé au <https://www.policyschool.ca/wp-content/uploads/2016/03/emery-generational-balances-final.pdf>
- Fink, A. (2014). *Conducting research literature reviews: From the Internet to paper* (4e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Garber, A. M., et Phelps, C. E. (1997). Economic foundations of cost-effectiveness analysis. *Journal of Health Economics*, 16(1), 1–31. doi:10.1016/S0167-6296(96)00506-1
- Graham, J. D., Corso, P. S., Morris, J. M., Segui-Gomez, M., et Weinstein, M. C. (1998). Evaluating the cost-effectiveness of clinical

- and public health measures. *Annual Review of Public Health*, 19, 125–152. doi:10.1146/annurev.publhealth.19.1.125
- Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. (2015). *Libre cours à l'innovation: Soins de santé excellents pour le Canada*. Téléchargé au <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-fra.pdf>
- Hay, J., LaBree, L., Luo, R., Clark, F., Carlson, M., Mandel, D., . . . Azen, S. P. (2002). Cost-effectiveness of preventive occupational therapy for independent-living older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1381–1388. doi:10.1046/j.1532-5415.2002.50359.x
- Hébert, M., Maheux, B., et Potvin, L. (2002). Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 69, 31–39.
- Higgins, J. P., et Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Téléchargé au http://handbook.cochrane.org/front_page.htm
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., et Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 227–237. doi:10.1177/1745691614568352
- Horowitz, B. P., et Chang, P. J. (2004). Promoting well-being and engagement in life through occupational therapy life redesign: A pilot study within adult day programs. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 20, 46–58.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Les soins de santé au Canada: Regard sur les personnes âgées et le vieillissement*. Téléchargé au https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_fr.pdf
- Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., et Clark, F. (1998). Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly study occupational therapy program. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 326–336.
- Jackson, J., Kennedy, B. L., Mandel, D., Carlson, M., Cherry, B. J., Fanchiang, S. P., . . . Clark, F. (2000). Derivation and pilot assessment of a health promotion program for Mandarin-speaking Chinese older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 50, 127–149.
- Johansson, A., et Bjorklund, A. (2016). The impact of occupational therapy and lifestyle interventions on older persons' health, well-being, and occupational adaptation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23, 207–219. doi:10.3109/11038128.2015.1093544
- Kielhofner, G. (édit.). (2008). *Model of human occupation: Theory and application*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Leblanc, M., Piché, L., Arsénault, S., Croteau, N., et Levasseur, M. (2017). *Pré-implantation de l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC): Adaptabilité, collaboration et financement, les déterminants d'une implantation réussie*. Manuscrit soumis pour publication.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., et Westmorland, M. (2007). *Critical Review Form—Quantitative Studies*. Hamilton, ON: McMaster University. Téléchargé au https://www.unisa.edu.au/Global/Health/Sansom/Documents/iCAHE/CATs/McMasters_Quantitative%20review.pdf
- Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., Lacerte, J., Carbonneau, H., et Therriault, P.-Y. (2017). *Adaptation of the Personalized Citizen Assistance for Social Participation (APIC) in older adults having disabilities: A feasible intervention to foster social and leisure activities in society*. Manuscrit soumis pour publication.
- Liao, W. C., Li, C. R., Lin, Y. C., Wang, C. C., Chen, Y. J., Yen, C. H., . . . Lee, M. C. (2011). Healthy behaviors and onset of functional disability in older adults: Results of a national longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 200–206. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03272.x
- Lood, Q., Haggblom-Kronlof, G., et Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: A systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 15, Article 560. doi:10.1186/s12913-015-1222-4
- Lund, A., Michelet, M., Sandvik, L., Wyller, T. B., et Sveen, U. (2012). A lifestyle intervention as supplement to a physical activity programme in rehabilitation after stroke: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 26, 502–512. doi:10.1177/0269215511429473
- Matuska, K., Giles-Heinz, A., Flinn, N., Neighbor, M., et Bass-Haugen, J. (2003). Outcomes of a pilot occupational therapy wellness program for older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 220–224.
- Ministère des Finances Canada. (2012). *Répercussions économiques et budgétaires du vieillissement de la population canadienne* (Publication no F2-217/2012F-PDF). Téléchargé au <http://www.fin.gc.ca/pub/eficap-rebvpc/index-fra.asp>
- Mountain, G., Mozley, C., Craig, C., et Ball, L. (2008). Occupational therapy led health promotion for older people: Feasibility of the Lifestyle Matters programme. *British Journal of Occupational Therapy*, 71, 406–413. doi:10.1177/030802260807101002
- Murray, S. (2012). *Preventive care and healthy ageing: A global perspective*. Téléchargé au <http://digitalresearch.eiu.com/healthyageing/report>
- Nikolova, R., Demers, L., Béland, F., et Giroux, F. (2011). Transitions in the functional status of disabled community-living older adults over a 3-year follow-up period. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(1), 12–17. doi:10.1016/j.archger.2009.11.003
- Noymer, A. (2008). Alpha, significance level of test. Dans P. J. Lavrakas (dir.), *Encyclopedia of survey research methods* (2e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2016). *Miser sur la participation sociale pour contrer la maltraitance et favoriser la bientraitance des personnes âgées: Mémoire de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec sur le projet de Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017–2022*. Téléchargé au <http://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/3~v~memoire-de-loeq-sur-le-projet-de-plan-daction-gouvernemental-pour-contrer-la-maltraitance-envers-les-personnes-ainees-2017-2022.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Vieillir en restant actif: Cadre d'orientation*. Téléchargé au http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf
- Rochon, M. (2002). Vieillissement démographique et dépenses de santé et de soins de longue durée au Québec, 1981–2051. *Santé, Société et Solidarité*, 1(2), 155–171. Téléchargé au http://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2002_num_1_2_905

Turcotte, P. L., Carrier, A., Desrosiers, J., et al., Levasseur, M. (2015). Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities? Insights from six community health settings in Quebec, Canada. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62, 56–67. doi:10.1111/1440-1630.12174

Wilcock, A. A. (2015). *An occupational perspective of health* (3e éd.). Thorofare, NJ: Slack.

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Téléchargé au http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1

Biographies des auteurs

Marie-Hélène Lévesque, M.erg., erg., est étudiante à la maîtrise, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Sherbrooke, QC, Canada.

Jordane Trépanier, M.erg., erg., est étudiante au doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC, Canada. Au moment de la rédaction de ce manuscrit, J. Trépanier était étudiante à la maîtrise au programme d'ergothérapie, l'École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada.

Marie-Josée Sirois, PhD, erg., est professeure agrégée, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, QC, chercheure régulière, Centre d'Excellence sur le Vieillissement de Québec, QC, et chercheure clinicienne intégrée, Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC), Ottawa, ON, Canada.

Mélanie Levasseur, PhD, erg., est professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, et chercheure régulière, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Sherbrooke, QC, Canada.