

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

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

PAR
CLAUDIA ROMPRÉ-FERLAND

PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE À L'HUMANITAIRE :
ENJEUX ÉTHIQUES ET PISTES DE SOLUTION

DÉCEMBRE 2019

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier tout d'abord les participantes ayant accepté de prendre part à cette étude, et avec qui j'ai eu la chance d'avoir des discussions très intéressantes sur un sujet encore peu abordé. Leur ouverture et leur confiance ont permis de faire ressortir des témoignages qui ont été au-delà de mes attentes. Merci également à mes collègues de séminaire pour leur regard externe et les discussions qui en ont découlé, lesquelles ont permis de faire évoluer mon projet selon différents points de vue. Finalement, énorme merci à Marie-Josée Drolet, directrice de cet essai et professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), pour son temps, son écoute et les nombreuses discussions qui m'ont poussée à réfléchir toujours plus loin. Merci d'avoir cru en mon projet et de m'avoir si bien soutenue du début à la fin.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	v
RÉSUMÉ	vi
ABSTRACT.....	viii
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1. Brève définition de la pratique humanitaire.....	3
2.2. Rôles de l’ergothérapeute à l’humanitaire	4
2.3. Motivations à s’engager dans une pratique humanitaire.....	5
2.4. Enjeux éthiques de la pratique l’humanitaire.....	5
2.5. Risques associés à une pratique non soucieuse de l’éthique.....	8
2.6. Pistes de solutions proposées dans les écrits.....	10
2.7. Questions et objectifs de recherche.....	11
2.8. Pertinence scientifique, professionnelle et sociale de la recherche.....	11
3. CADRE CONCEPTUEL	13
3.1. Pratique humanitaire	13
3.2. Notion d’éthique.....	15
3.2.1. Morale, droit et déontologie professionnelle	15
3.2.2. Notion d’enjeu éthique.....	17
3.3. Domaines de l’environnement	18
4. MÉTHODE	21
4.1. Devis de recherche	21
4.2. Participants à l’étude.....	22
4.2.1. Critères de sélection.....	22
4.2.2. Recrutement	23
4.3. Collecte des données.....	23
4.4. Analyse des données	24
4.5. Considérations éthiques	24
5. RÉSULTATS	26
5.1. Description des participants	26
5.2. Enjeux éthiques	27
5.2.1. Domaine micro-environnemental	28
5.2.1.1. Motivation de la thérapeute.....	28
5.2.1.2. Barrières linguistiques	30
5.2.1.3. Équipe de travail.....	31
5.2.2. Domaine méso-environnemental	32
5.2.2.1. Motivation des partenaires.....	33

5.2.2.2.	Analyse des besoins	34
5.2.3.	Domaine macro-environnemental	35
5.2.3.1.	Relation de dépendance et de hiérarchie	35
5.2.3.2.	Différences culturelles	37
5.2.3.3.	Contexte socio-économique	39
5.3.	Pistes de solutions	42
5.3.1.	Domaine micro-environnemental	42
5.3.1.1.	Favoriser l'enseignement à la population locale	42
5.3.1.2.	Adapter sa pratique	44
5.3.1.3.	Discuter avec l'équipe	45
5.3.1.4.	Sensibiliser les partenaires	46
5.3.2.	Domaine méso-environnemental	47
5.3.2.1.	Offrir un encadrement	47
5.3.2.2.	Évaluer les besoins	49
5.3.2.3.	Assurer un partenariat à long terme	50
5.3.3.	Domaine macro-environnemental	51
5.3.3.1.	Changer de paradigme : paternaliste à habilitant	52
6.	DISCUSSION	54
6.1.	Retour aux questions et objectifs de la recherche	54
6.2.	Comparaison des résultats avec ceux documentés dans les écrits	55
6.2.1.	Enjeux éthiques	55
6.2.2.	Pistes de solution	56
6.3.	Interprétation critique des résultats	58
6.3.1.	Motivations sous-jacentes à l'engagement humanitaire	58
6.3.2.	Difficulté à agir dans le domaine macro-environnemental	59
6.3.3.	Paradoxe entre la bienfaisance et la nuisance	60
6.4.	Forces et limites de l'étude	61
6.5.	Retombées potentielles de l'étude	62
7.	CONCLUSION	65
	RÉFÉRENCES	66
	ANNEXE A LETTRE DE RECRUTEMENT	73
	ANNEXE B LETTRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	74
	ANNEXE C QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE	78
	ANNEXE D SCHÉMA DE L'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE	80
	ANNEXE E CERTIFICAT ÉTHIQUE	83

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Typologie de Glaser (1994) : les trois domaines de l'éthique.....	19
Figure 2.	Classification des enjeux éthiques selon la typologie de Glaser (1994).....	28
Figure 3.	Classification des pistes de solution selon la typologie de Glaser (1994).....	42
Figure 4.	Résultats obtenus aux deux questions de recherche selon la typologie de Glaser (1994).....	53

LISTE DES ABRÉVIATIONS

FME	Fédération mondiale des ergothérapeutes
ONG	Organisation non gouvernementale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Problématique : Alors que la prévalence du handicap est supérieure dans les pays à faible revenu (OMS, 2011), il s'agit pourtant des pays ayant le moins de services de santé, incluant la réadaptation (Ledgerd, 2011). Des services humanitaires y sont alors déployés et des ergothérapeutes prennent part à ce mouvement (WFOT, 2019). Comme le notent plusieurs auteurs, cette pratique comprend une dimension éthique importante (Barnett, 2005; De Vos, 2011; Slim, 2015), laquelle constitue l'objet d'intérêt de cette recherche en ergothérapie.

Objectifs : Cette recherche a deux objectifs, soit explorer les enjeux éthiques de la pratique humanitaire en ergothérapie, de même que les moyens utilisés ou envisagés par des ergothérapeutes pour aborder ces situations.

Cadre conceptuel : La typologie des domaines de l'éthique conçue par Glaser (1997) est utilisée pour structurer cette recherche. Les enjeux éthiques et les moyens utilisés ou envisagés par les ergothérapeutes pour les aborder sont ainsi analysés selon les domaines où ils surviennent, soit le micro-environnement, le méso-environnement ou le macro-environnement (Glaser, 1997).

Méthode : Pour atteindre les objectifs de la recherche, un devis inductif qualitatif d'inspiration phénoménologique (Husserl, 1970) a été utilisé. Des ergothérapeutes ayant de l'expérience en pratique humanitaire étaient recherchés afin de participer à une entrevue semi-structurée leur permettant de partager leurs expériences et perceptions des phénomènes investigués. Les verbatim des entretiens ont été intégralement transcrits et analysés selon les étapes proposées par Giorgi (1997) pour appliquer les principes de la phénoménologie husserlienne (1970).

Résultats : Sept femmes ergothérapeutes âgées entre 29 et 61 ans et ayant de l'expérience en pratique humanitaire ont participé à la recherche. Leurs expériences étaient de durées variables et se sont déployées dans différents pays. Les participantes y ont occupé différentes fonctions en ergothérapie selon le contexte. L'ensemble des participantes témoigne avoir vécu des enjeux éthiques lors de cette pratique. Elles discutent de ces enjeux par l'entremise des caractéristiques de cette pratique qui sont susceptibles d'occasionner de tels enjeux. De ce fait, l'analyse des données révèle, dans le domaine micro-environnemental, que la motivation du thérapeute, la barrière linguistique entre les acteurs impliqués et la collaboration dans l'équipe de travail constituent des caractéristiques susceptibles d'occasionner des enjeux éthiques. Dans le domaine méso-environnemental, il s'agit plutôt de la motivation des partenaires et des lacunes au niveau de l'analyse des besoins de la part des partenaires qui peuvent provoquer de tels enjeux. Dans le domaine macro-environnemental, ce sont l'entretien d'une relation de dépendance et de hiérarchie entre les pays impliqués, les différences culturelles et le contexte socio-économique du pays d'accueil qui sont en cause. Pour ce qui est des moyens utilisés ou envisagés par les ergothérapeutes pour aborder ces enjeux, dans le domaine micro-environnemental, il s'agit pour le thérapeute de favoriser l'enseignement à la population locale, d'adapter sa pratique, de discuter avec l'équipe et de sensibiliser le partenaire impliqué aux enjeux vécus sur le terrain. Dans le domaine méso-environnemental, les moyens proposés sont que les partenaires offrent un encadrement aux membres de leur équipe, qu'ils évaluent préalablement les besoins de la population ciblée et qu'ils assurent un partenariat à long terme avec cette dernière. Dans le domaine macro-environnemental, une seule piste de solution a émergé des entrevues. Il s'agit de changer les façons de faire, actuellement sous forme paternaliste, vers un paradigme habilitant.

Discussion : Des interprétations critiques ont émergé à la suite de l'analyse des résultats. En effet, cette recherche révèle l'importance de réfléchir sur les motivations sous-jacentes à la pratique humanitaire. Elle montre aussi la difficulté pour les participantes à aborder les enjeux de la

pratique humaine dans une perspective macro-environnementale. Finalement, cette recherche mène à se questionner quant à l'efficacité réelle du déploiement des services humanitaires dans les pays en développement, tel qu'ils sont actuellement déployés. **Conclusion :** Considérant l'aspect exploratoire de cette recherche, cette dernière ouvre la porte à des recherches futures sur le sujet, notamment en lien avec la perception des autres acteurs impliqués (partenaires communautaires et populations locales) et l'efficacité à long terme de la pratique humanitaire des professionnels de la santé.

Mots-clés : pratique humanitaire, ergothérapie, enjeu éthique, piste de solution, phénoménologie

ABSTRACT

Background: While the prevalence of disability is higher in low-income countries (WHO, 2011), these are the countries with the least health services, including rehabilitation (Ledgerd, 2011). Humanitarian services are being deployed and occupational therapists are taking part of this movement (WFOT, 2019). As noted by several authors, this practice includes an important ethical dimension (Barnett 2005, De Vos 2011, Slim 2015), which is the subject of interest in this research. **Objectives:** This research has two objectives: to explore the ethical issues of humanitarian practice in occupational therapy, as well as how occupational therapists address these problematic situations in terms of ethics. **Conceptual framework:** The typology of ethics developed by Glaser (1997) is used to structure this research. The ethical issues and the solutions used or envisaged by occupational therapists to address these issues are thus analyzed according to the domains in which they occur, namely the micro-environment, the meso-environment or the macro-environment (Glaser, 1997). **Method:** To achieve these objectives, a qualitative inductive research design of phenomenological inspiration (Husserl, 1970) process was used. Occupational therapists with experience in humanitarian practice were sought to participate in a semi-structured interview to share their experiences and perceptions of the phenomena investigated. The verbatim transcripts were fully transcribed and analyzed according to the steps proposed by Giorgi (1997) to apply the principles of Husserlian phenomenology (1970). **Results:** Seven women occupational therapists (n = 7) aged between 29 and 61 years old with experience in humanitarian practice participated in the research. Their experiences were of varying lengths and spread to different countries. The participants held different occupational therapy functions depending on the context. All the participants testify to having experienced ethical issues during their humanitarian practice. They discuss these issues through the characteristics of this practice that are likely to cause such issues. As a result, the analysis of the data reveals, in the micro-environmental domain, that the motivation of the therapist, the language barrier between the actors involved and the collaboration in the work team are characteristics likely to cause ethical issues. In the meso-environmental domain, it is rather the motivation of the partners and the gaps in the analysis of needs on the part of the partners that can provoke such issues. In the macro-environmental domain, it is the relationship of dependence and hierarchy between the countries involved, the cultural differences and the socio-economic context of the host country. Regarding the means used or envisaged by occupational therapists to address these issues, in the micro-environmental domain, it is for the therapist to promote teaching to the local population, to adapt his practice, to discuss with the team and to make the partner involved aware of the issues on the ground. In the meso-environmental domain, the means proposed are that the partners provide a framework for the members of their team, that they first assess the needs of the target population and that they ensure a long-term partnership with the latter. In the macro-environmental domain, only one solution track emerged from the interviews. It is about changing the way of doing, ranging from a paternalistic to empowering paradigm. **Discussion:** Critical interpretations emerged as a result of the analysis of the data. Indeed, this research reveals the importance of reflecting on the motivations underlying the humanitarian practice. It also shows how difficult it is for participants to address, or even solve, the stakes of human practice from a macro-environmental perspective because of a gap in solutions in this area. Finally, this research raises the question of the real effectiveness of the deployment of humanitarian services in developing countries, as they are currently deployed. **Conclusion:** Considering the exploratory aspect of this research, it opens the door to future research on the subject, particularly in relation to the

perception of the other actors involved (community partners and local populations) and the long-term effectiveness of the humanitarian practice of health professionals.

Keywords: humanitarian practice, occupational therapy, ethical issue, solution, phenomenology

1. INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2011), les services de réadaptation sont indispensables pour répondre aux besoins des personnes ayant un handicap et sont offerts par différents professionnels, notamment par des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes et psychologues. Tous les pays sont en droit de recevoir et d'avoir accès à ces services (OMS, 2011). Toutefois, un rapport rédigé par la Fédération mondiale des ergothérapeutes (FME) (Ledgerd, 2011) note une faible proportion d'ergothérapeutes dans certains pays, c'est-à-dire qu'il y a présence d'un écart considérable entre le nombre d'ergothérapeutes et le nombre d'habitants au sein de ces pays. Cet écart est d'autant plus important dans les pays en développement, où l'on peut compter moins d'un ergothérapeute pour 10 000 habitants (comme c'est le cas notamment pour la Turquie qui compte 0.0004 ergothérapeute par 10 000 habitants) et certains pays d'Afrique (par exemple, 0.02 au Kenya, 0.2 en Namibie et 0.01 en Tanzanie) (Ledgerd, 2011). Par contraste, dans les pays industrialisés comme le Danemark et le Canada, on compte respectivement 11 et 4 ergothérapeutes pour 10 000 habitants (Ledgerd, 2011). Il importe aussi de noter que la prévalence du handicap est supérieure dans les pays à faible revenu, allant de 20% pour les personnes de 45 à 54 ans à 60% pour les personnes de 75 ans et plus (OMS, 2011). Cela dit, les personnes en situation de handicap représentent une portion importante de la population des pays en développement. Or, les ratios d'ergothérapeutes par habitant dans ces pays sont parmi les plus bas au monde.

Pour répondre à ce manque, des services humanitaires de réadaptation sont donc offerts dans les différents pays en voie de développement (Fuller, 2006). En 2017, 201 millions de personnes nécessitaient d'avoir recours à des services humanitaires (ALNAP, 2018). En 2013, 22 billions de dollars américains ont été dépensés en services humanitaires et ont touché 78 millions de personnes (GHA, 2014). Pour ce faire, 570 000 professionnels ont été déployés par différentes organisations non gouvernementales (ONG) offrant des services humanitaires (ALNAP, 2018). Les ergothérapeutes font partie de ce mouvement. D'ailleurs, la FME propose une liste de 19 ONG aux ergothérapeutes qui souhaitent s'engager à l'humanitaire (WFOT, 2019).

Cela dit, bien que la pratique humanitaire en réadaptation soit dans une certaine mesure répandue, elle n'est toutefois pas sans risque. En effet, elle comprend une dimension éthique importante (Asgary et Lawrence, 2014; Fraser et al., 2015; Hunt, 2008, 2009; Schwartz et al., 2010), considérant notamment le fait qu'une pratique non soucieuse de l'éthique comporte des risques autant pour la population bénéficiaire locale (Cleaver, Carvajal et Sheppard, 2016; Hunt, 2008; Watson, 2006) que pour les professionnels impliqués (Asgary et Lawrence, 2014; Hunt et al., 2014; Hurst, Metzger et Mauron, 2009; Thibeault, 2005). Or, à ce jour, aucune étude n'a spécifiquement documenté les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie à l'humanitaire. Il s'ensuit que cette étude exploratoire s'intéresse à ces enjeux suivant la perspective d'ergothérapeutes s'étant engagés à l'humanitaire, de même qu'aux moyens pouvant contribuer à la prévention, voire à la résolution de ces enjeux, c'est-à-dire à leurs pistes de solution.

Le corps de cet essai critique comprend cinq parties. Premièrement, la problématique à la base de la recherche est décrite ainsi que les questions de recherche qui mènent aux objectifs de recherche. Deuxièmement, le cadre conceptuel qui a structuré cette recherche est présenté. Troisièmement, les méthodes de recherche utilisées pour atteindre les objectifs de la recherche sont précisées. Quatrièmement, les résultats de recherche sont présentés, soit ceux relatifs aux enjeux éthiques et ceux ayant trait aux pistes de solution. Cinquièmement, à la lumière de ceci, la discussion expose les interprétations critiques qui émergent des résultats de l'étude, tout en faisant un retour aux objectifs de recherche, en effectuant des liens avec les écrits actuels sur le sujet, en précisant les forces et limites de l'étude et en relevant les retombées potentielles de l'étude.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section présente la problématique à l'origine de la recherche. Elle traite de huit thèmes distincts, mais interreliés, qui ont mené à l'élaboration des questions et des objectifs de recherche. Tout d'abord, la pratique humanitaire est brièvement décrite, suivie de l'explication des rôles de l'ergothérapie à l'humanitaire. Par la suite, les motivations poussant des thérapeutes à entreprendre une telle pratique sont exposées, menant à la présentation des enjeux éthiques que soulève la pratique humanitaire, tels qu'ils sont documentés dans les écrits du domaine de la santé. Les risques associés à une pratique non soucieuse de l'éthique sont ensuite abordés, suivis des pistes de solutions proposées actuellement dans les écrits pour surmonter ces enjeux éthiques. Ainsi, à la lumière de cette recension des écrits, les questions et objectifs de la recherche sont formulés. Enfin, les pertinences scientifiques, professionnelles et sociales de cette étude sont exposées.

2.1. Brève définition de la pratique humanitaire

Bien que les concepts à la base de cette recherche soient définis plus en profondeur à la section suivante (consacrée au cadre conceptuel de l'étude), il importe de spécifier dès maintenant le concept central de cette recherche, soit la pratique humanitaire, et ce, pour mieux comprendre la problématique à l'origine de cette étude. La pratique humanitaire correspond aux services qui sont offerts à des populations considérées vulnérables de pays qui sont dans un contexte de crise ou d'urgence (Le Coconnier et Pommier, 2012). Pour sa part, Slim (2015) propose que l'aide humanitaire ne s'arrête pas là, en ceci qu'il est ensuite question d'offrir des services dans une perspective d'aide au développement. Ainsi, la pratique humanitaire comprend l'aide humanitaire (à court terme dans un contexte d'urgence) et l'aide au développement (à plus long terme dans un contexte de développement économique, social et politique) (Coalition Humanitaire, 2019). Le terme de pratique humanitaire est employé dans le cadre de cette recherche, puisque l'ergothérapeute peut intervenir autant dans le contexte de l'aide humanitaire que dans celui d'aide au développement, comme il est question au point suivant.

2.2. Rôles de l'ergothérapeute à l'humanitaire

Il s'avère maintenant judicieux de clarifier les rôles de l'ergothérapeute dans le cadre d'une pratique humanitaire. Tout d'abord, des services humanitaires sont déployés lorsqu'un pays n'est pas en mesure d'offrir les services nécessaires à sa population, en raison d'un manque de ressources et de services qui sont peu développés (Haig et al., 2009; Hurst, Metzger et Mauron, 2009). Les rôles des professionnels qui s'y déplacent sont alors variés. À titre d'exemple, une étude pilote de Klappa, Audette et Do (2014) présente les tâches attribuées aux physiothérapeutes et ergothérapeutes à la suite du tremblement de terre en Haïti. Les rôles de ces intervenants consistaient à offrir des services directs à la population, à offrir de l'équipement adapté, à enseigner et former la population locale, à sensibiliser la communauté et à assurer la logistique et la coordination des services. Maintenant, comment se déploie spécifiquement l'expertise de l'ergothérapeute? Selon Lee (2014), « les ergothérapeutes peuvent utiliser leur expertise professionnelle et le pouvoir de l'engagement occupationnel pour rétablir le quotidien lorsque des individus et des communautés sont perturbés par une catastrophe naturelle » (p. 30, [traduction libre]). Plus précisément, il affirme que la vision holistique de l'ergothérapeute quant à l'interdépendance de la personne, de l'environnement et de l'occupation (Law et al., 2009) permet de répondre aux besoins complexes de ces individus (Lee, 2014). Cela dit, en contexte humanitaire de manière plus générale, les ergothérapeutes peuvent analyser les habiletés nécessaires à l'individu pour qu'il s'engage dans une occupation, évaluer les capacités fonctionnelles d'un individu et configurer des environnements habilitants (Scaffa, Gerardi, Herzberg et McColl, 2006). Ces auteurs ajoutent que les compétences en santé mentale des ergothérapeutes sont certainement utiles dans un tel contexte, que ce soit un contexte de pauvreté ou post-sinistre. La présence d'un ergothérapeute en contexte humanitaire s'avère alors pertinente et judicieuse pour la santé, autant physique que mentale, de la population. Mais qu'est-ce qui pousse un professionnel de la santé à décider de faire de la pratique humanitaire? L'examen de ces motivations apparaît important d'un point de vue éthique, car les motivations à la base des actions humaines influencent la capacité des personnes à agir de manière éthique (Kohlberg, 1986; Drolet, 2014). Il s'agit alors du thème abordé au prochain point.

2.3. Motivations à s'engager dans une pratique humanitaire

Quelles sont les motivations qui poussent les professionnels de la santé à s'engager dans une pratique humanitaire? Sont-elles de nature altruiste, égoïste ou plus ou moins altruiste et égoïste? Une étude réalisée par Hunt (2009) propose que la motivation primaire des professionnels qui s'engagent dans une pratique humanitaire soit d'offrir de l'assistance à une population vulnérable selon leur expertise, suivie d'une motivation à découvrir une nouvelle culture, à vivre une expérience à l'étranger et à relever des défis. L'auteur précise que la motivation du thérapeute a une influence sur les actions posées sur le terrain. Plus encore, elle influence l'expérience vécue par un risque de désillusion, d'anxiété et de déception lorsque les attentes n'étaient pas réalistes au départ (Hunt, 2009). D'autre part, une étude menée par Bjerneld et ses collaborateurs (2006) présente différentes motivations pour les professionnels de la santé à s'engager dans une telle pratique, à savoir : augmenter leur estime de soi, appliquer leur expertise professionnelle, contribuer dans la société, se développer au plan personnel, rechercher de nouvelles expériences et accomplir un travail satisfaisant. L'interprétation que les auteurs font de ces résultats est que les motivations répondent généralement à un besoin égocentrique, plutôt qu'altruiste, et qu'elles relèvent d'une culture occidentale associée à un vouloir d'aider des populations vulnérables, tout en se mettant sur un piédestal. Enfin, pour leur part, Asgary et Lawrence (2014) affirment que la motivation à s'engager dans une pratique humanitaire relève, avant toute chose, d'une certaine forme d'altruisme de la part du thérapeute. En ce sens, selon ces différents auteurs, il est possible de constater que les motivations peuvent être variées, voire être combinées, en ceci qu'une motivation qui relève de besoins égocentriques peut être combinée à une motivation altruiste. Dans tous les cas, la motivation du thérapeute a des implications éthiques comme nous le verrons ultérieurement. Cela dit, quels sont les enjeux éthiques que soulève la pratique humanitaire, et ce, tels qu'ils sont documentés dans les écrits du domaine de la santé?

2.4. Enjeux éthiques de la pratique l'humanitaire

Tout d'abord, il est reconnu que la pratique humanitaire comprend une dimension éthique non négligeable (Asgary et Junck, 2013; Bandyopadhyay, 2019; Barnett, 2005; De Vos, 2011; Slim, 2015; Sommers-Flanagan, 2007). Cette préoccupation a principalement été articulée dans les années 1990 lors de l'émergence fulgurante des ONG se dédiant à cette pratique (De Vos,

2011). Cette émergence des ONG a transformé la pratique humanitaire purement altruiste, en l'inscrivant dans une compétition entre ONG entourant l'image qui est associée à la pratique humanitaire (Barnett, 2005; De Vos, 2011, Fuller, 2006; L'Anson et Pfeifer, 2013). Il s'ensuit que les enjeux éthiques de la pratique humanitaire sont en lien, de manière générale, avec le *white savior complex* (Bandyopadhyay, 2019), suivant lequel des personnes de « race blanche » entretiennent une image de supériorité lorsqu'elles viennent en aide à des populations de pays dits sous-développés ou en voie de développement (Barnett, 2005; Slim, 2015). Plus spécifiquement, les enjeux éthiques à l'échelle de la santé mondiale constituent un champ d'intérêt important pour l'OMS, qui s'illustre à travers différents documents et principes mis de l'avant par cette organisation (Coleman, Bouesseau et Reis, 2008).

Bien que peu nombreuses, quelques études documentent que les professionnels de la santé vivent effectivement des enjeux éthiques dans le cadre de la pratique humanitaire (Asgary et Lawrence, 2014; Fraser et al., 2015; Hunt, 2008; Hunt, 2009; Schwartz et al., 2010). Ces enjeux sont également rapportés spécifiquement pour certaines professions de la santé, comme c'est le cas pour les soins médicaux, incluant la médecine et les soins infirmiers (Asgary et Junck, 2013; Hunt, Schwartz et Elit, 2012) ou la physiothérapie (Klappa, Audette et Do, 2014; Landry, Dyck et Raman, 2007; Sheppard et Landry, 2016). Pour ce qui est de l'ergothérapie, certains écrits témoignent d'enjeux éthiques de façon implicite, notamment via des textes d'opinion (Cameron, 2008; Kronenberg, 2005; Molke et Rudman, 2009; Simmond, 2005; Simò Algado et Cardona, 2005; Stark, 2013; Thibeault, 2002; Watson, 2006) ou des études de cas (Bourke-Taylor et Hudson, 2005; Sheppard et Landry, 2016; Tupe et al., 2015). Toutefois, à ce jour, aucune étude empirique n'a documenté les enjeux éthiques de la pratique humanitaire en ergothérapie.

Cela dit, il est possible de dégager de ces textes, autant en ergothérapie que pour les différents professionnels de la santé, que des enjeux éthiques peuvent survenir en lien avec les différences culturelles (Watson, 2006), plus précisément des différences au plan des valeurs (Bourke-Taylor et Hudson, 2005; Hunt, 2008; Molke et Rudman, 2009; Schwartz et al., 2010; Thibeault, 2002; Thibeault, 2005). Plus encore, des différences sont présentes en lien avec les visions entourant l'enfance (Simmond, 2005; Thibeault, 2002; Thibeault, 2005), l'autonomie

(Bourke-Taylor et Hudson, 2005; Molke et Rudman, 2009), le statut de la femme (Hunt, 2009) ou le handicap (Hunt, 2008; Stark, 2013). Ces différences culturelles peuvent entraîner des confusions dans la pratique pour le thérapeute. Doit-il respecter sa culture occidentale ou alors celle du pays d'accueil? Comment adapter adéquatement sa pratique en ce sens? Il s'agit là d'exemples de questionnements auxquels le thérapeute peut être confronté et qui sont à risque d'occasionner des situations problématiques au point de vue de l'éthique. Certains enjeux peuvent également être en lien avec les ressources qui sont limitées (Bourke-Taylor et Hudson, 2005; Cameron, 2008; Hunt, 2008; Hunt, 2011; Schwartz et al., 2010; Sheppard et Landry, 2016; Simmond, 2005; Sinding et al., 2010; Stark, 2013; Thibeault, 2002) ou avec le contexte de pratique qui est différent (Hunt, 2009; Hunt, 2011; Kronenberg, 2005; Schwartz et al., 2010; Simmond, 2005; Stark, 2013; Thibeault, 2002; Thibeault, 2005; Tupe et al., 2015; Watson, 2006). Ces différences peuvent alors mener le thérapeute à se questionner quant à la pratique qu'il doit adopter. Comment utiliser adéquatement le matériel local? Devrais-je utiliser mon propre matériel de thérapie? Comment réagir lorsque les services offerts à la population sont jugés comme inadéquats d'un point de vue occidental? Qui suis-je pour intervenir dans un contexte de pauvreté? Il va sans dire que les différences quant au contexte socio-économique du pays d'accueil peuvent occasionner plusieurs situations problématiques au point de vue de l'éthique. D'autres auteurs ont également soulevé des enjeux en lien avec les ONG, notamment en raison d'une faible coordination entre elles sur le terrain (Budi Santoso, 2013; Hunt et al. 2014; Sondorp, Kaiser et Zwi, 2001; Thibeault, 2002), de services offerts qui ne sont parfois pas optimaux et adaptés à la population (Asgary et Lawrence, 2014; Fraser et al., 2015; Schwartz et al., 2010) et de l'image de pouvoir qui y est associée (Asgary et Lawrence, 2014; Hunt, 2009; Hunt, 2011; Tupe et al., 2015). Le thérapeute peut alors se trouver déchiré entre le respect des balises imposées par son partenaire ou la dénonciation d'une pratique non soucieuse de l'éthique par le partenaire. À la lumière de ceci, il est juste d'affirmer que la pratique humanitaire soulève différents types d'enjeux éthiques pour les professionnels de la santé, incluant les ergothérapeutes.

Enfin, mentionnons que l'ensemble de ces écrits traite des enjeux éthiques de la pratique humanitaire suivant les caractéristiques de cette pratique qui causent des enjeux éthiques. Ainsi, plutôt que de décrire ces derniers suivant les valeurs impliquées, voire bafouées, les auteurs

décrivent plutôt les contextes et les éléments qui sont liés à la présence d'enjeux éthiques vécus sur le terrain. Mais quels sont les risques associés à une pratique non soucieuse de l'éthique?

2.5. Risques associés à une pratique non soucieuse de l'éthique

Dans le cas où le thérapeute (ou le partenaire avec lequel il fait affaire) applique une pratique non soucieuse de l'éthique à l'humanitaire, trois principaux risques sont documentés dans les écrits. Ceux-ci se manifestent en lien avec le thérapeute lui-même, la domination culturelle et les relations entre les peuples.

Une pratique humanitaire non soucieuse de l'éthique est à risque de provoquer des complications à maints égards, notamment quant à la santé mentale du thérapeute (anxiété, épuisement professionnel, trouble d'adaptation, etc.) (Asgary et Lawrence, 2014; Hunt, 2011). Selon ces études, différents facteurs contribuent à expliquer ce problème, comme le sentiment de toujours devoir faire plus, la surcharge de travail, les conditions de vie et de travail difficiles, le manque d'encadrement sur le terrain et la désillusion quant aux résultats escomptés (Asgary et Lawrence, 2014; Hunt, 2011). De plus, il est possible que le thérapeute vive un choc psychologique sur le terrain s'il n'est pas suffisamment préparé avant le départ (Hunt et al., 2014; Thibeault, 2005), ou lorsqu'il vit des questionnements quant à son identité professionnelle (Hunt, Schwartz et Fraser, 2013; Hurst, Metzger et Mauron, 2009; Schwartz et al., 2010). Selon ces études, ces questionnements peuvent émerger d'une impression de ne pas avoir fait une différence, qu'ils auraient pu en faire plus ou alors concernant le rôle qui lui a été attribué dans un tel contexte.

D'autre part, une pratique humanitaire non soucieuse de l'éthique risque d'imposer une culture occidentale, dévaluant ainsi la culture locale (Cleaver, Carvajal et Sheppard, 2016; Hunt, 2008; Hunt, 2011; Watson, 2006). Autrement dit, les professionnels qui interviennent dans un autre pays sont tentés, malgré eux, d'appliquer leurs connaissances et leurs façons de faire qui relèvent de leur culture, généralement occidentale. En effet, les thérapeutes vont mettre en œuvre la pratique pour laquelle ils ont été formés, laquelle est basée sur des paradigmes occidentaux (Thomas, Gray et McGinty, 2011). Toutefois, les pays d'accueil possèdent une culture et une histoire qui sont différentes de celles des thérapeutes étrangers (Simò Algado et Cardona, 2005;

Watson, 2006). Par exemple, les notions occidentales d'occupation et d'autonomisation ne font souvent aucun sens pour certaines cultures (Molke et Rudman, 2009; Suyi et al., 2006; Thomas, Gray et McGinty, 2011), notamment pour les cultures holistes et collectivistes. D'un point de vue déontologique, selon l'article 21 du code de déontologie des ergothérapeutes, celui-ci a le devoir de « respecter les valeurs et les convictions personnelles du client » (Legis Québec, 2019). Toutefois, le fait d'être confronté à des différences parfois tellement importantes amène le thérapeute à ne pas savoir comment réagir (Simmond, 2005). Cela comporte un risque autant pour le thérapeute que pour la population locale qui se voit imposer une autre culture (Clever, Carvajal et Sheppard, 2016).

Plus encore, une pratique humanitaire non soucieuse de l'éthique risque d'augmenter la dépendance des pays en développement envers les pays occidentaux (Barnett, 2005; De Vos, 2011; Slim, 2015). Autrement dit, la population locale, plus précisément les gouvernements locaux, s'habitue à recevoir de tels services et, conséquemment, ne tend pas à améliorer son propre système de santé. En effet, nombreux sont les témoignages de professionnels de la santé qui mentionnent que la population locale du pays d'accueil attend les services d'ONG étrangères, plutôt que de développer leurs services de réadaptation par exemple (Bourke-Taylor et Hudson, 2005; Sheppard et Landry, 2016; Simmond, 2005; Stark, 2013; Thibeault, 2005). C'est pourquoi Stark (2013) estime qu'à long terme, la pratique humanitaire limite le développement d'un système de santé local qui serait efficace et autonome.

Finalement, une pratique humanitaire non soucieuse de l'éthique risque d'alimenter la hiérarchie entre les pays (Asgary et Lawrence, 2014; Barnett, 2005; Hunt, 2009; Hunt, 2011; Hurst, Metzger et Mauron, 2009; Slim, 2015). En d'autres termes, le fait que ce soient des intervenants provenant de pays industrialisés qui se déplacent pour offrir de l'aide dans des pays en développement projette une image de supériorité des Occidentaux par rapport aux pays hôtes. Cela s'illustre par le fait que « les hauts riches tendent la main aux bas pauvres » (Slim, 2015, p.11, [traduction libre]). Cela illustre encore une fois le *white savior complex* (Bandyopadhyay, 2019) rapporté précédemment. Ce phénomène a des impacts sur le terrain, s'illustrant par de la confiance et/ou de la méfiance de la part de la population locale (Budi Santoso, 2013; Hunt, 2008). D'une part, les locaux peuvent percevoir les thérapeutes occidentaux comme des experts

et, d'autre part, ils peuvent démontrer une méfiance face à des services étrangers. Dans les deux cas, il est possible de constater qu'il est risqué que la pratique humanitaire renforce la hiérarchie entre les pays impliqués, ce qui stigmatise d'autant plus les pays pauvres, en réitérant le fait qu'ils ont besoin d'aide (Slim, 2015). Mais quelles sont les pistes de solution proposées dans les écrits pour minimiser, voire éliminer ces enjeux éthiques?

2.6. Pistes de solutions proposées dans les écrits

Certains écrits proposent des pistes de solution pour surmonter les enjeux éthiques de la pratique humanitaire. Dans un premier temps, plusieurs auteurs suggèrent d'avoir une bonne préparation avant le départ dans le pays hôte qui aborde notamment la culture du pays d'accueil et la visée du projet, tout en favorisant la cohésion de groupe (Asgary et Lawrence, 2014; Cameron, 2008; Fraser et al., 2015; Hunt, 2008; Hunt, 2009; Hunt, Schwartz et Elit, 2012; Hunt et al., 2014; Thibeault, 2002; Thibeault, 2005). D'autres auteurs insistent sur l'importance de réfléchir à ses motivations, ses valeurs et ses croyances personnelles avant de s'engager dans une telle pratique (Asgary et Lawrence, 2014; Bjerneld et al., 2006; Cameron, 2008; Hunt, Schwartz et Elit, 2012; Hunt et al., 2014; Kronenberg, 2005; Watson, 2006). Une fois sur le terrain, il importe que ce soient les thérapeutes étrangers qui s'adaptent à la population locale, et non l'inverse. Cela se manifeste via une pratique qui est basée sur la culture, les croyances, les valeurs (Budi Santoso, 2013; Kronenberg, 2005; Simmond, 2005; Simò Algado et Cardona, 2005; Thibeault, 2002; Thibeault, 2005; Tupe et al., 2015; Watson, 2006) et le contexte socio-économique du pays d'accueil, notamment en utilisant le matériel local (Cameron, 2008; Simmond, 2005; Thibeault, 2005). Plus encore, la pérennité des interventions doit être assurée en renforçant les capacités locales à long terme, plutôt qu'en offrant une aide ponctuelle (Cameron 2008; OMS, 2011; Hunt, 2011; Hunt et al., 2014; Thibeault, 2005; Tupe et al., 2015), de même qu'en procédant à une évaluation des besoins préalablement au projet (Fuller, 2006). Finalement, certains auteurs suggèrent d'aller chercher du soutien en cas de besoin face à une situation, que ce soit auprès de son ONG (Hunt, 2008), de son équipe de travail (Hunt, 2009; Hunt, Schwartz et Elit, 2012), d'un outil d'aide à la délibération éthique (Fraser et al., 2015; Hunt, 2011; Hunt, Schwartz et Fraser, 2013) ou d'un organisme externe à l'ONG (Simmond, 2005). Considérant que l'éducation à l'éthique est encore négligée de nos jours dans les cursus en ergothérapie et en

physiothérapie des universités canadiennes (Hudon et al., 2014), encore faut-il que ces outils d'aide à la délibération soient connus des thérapeutes, ce qui est rarement le cas.

Somme toute, il est possible de constater que des pistes de solutions sont documentées dans les écrits. Sont-elles concrètement utilisées sur le terrain en ergothérapie? S'avèrent-elles efficaces? L'opinion des ergothérapeutes ayant vécu une expérience à l'humanitaire sera alors intéressante à explorer, à la fois pour documenter les enjeux éthiques que soulève une telle pratique ainsi que les moyens utilisés ou envisagés pour gérer ces enjeux.

2.7. Questions et objectifs de recherche

Maintenant que la problématique est exposée, les questions à l'origine de cette recherche sont les suivantes : 1) Quels sont les enjeux éthiques de la pratique humanitaire en ergothérapie ou les caractéristiques de la pratique humanitaire en ergothérapie susceptibles d'occasionner des enjeux éthiques? 2) Quels sont les moyens utilisés ou envisagés par des ergothérapeutes ayant l'expérience de cette pratique pour surmonter ces enjeux? Il s'ensuit que les objectifs de la recherche étaient les suivants : 1) Explorer les enjeux éthiques de la pratique humanitaire en ergothérapie ou les caractéristiques de la pratique humanitaire en ergothérapie susceptibles d'occasionner des enjeux éthiques, et 2) Explorer les moyens utilisés ou envisagés par des ergothérapeutes ayant l'expérience de cette pratique pour surmonter ces enjeux.

2.8. Pertinence scientifique, professionnelle et sociale de la recherche

Cette étude est pertinente d'un point de vue scientifique, professionnel et social. Premièrement, d'un point de vue scientifique, à ce jour, il importe de mentionner que les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie sont en général peu documentés (Bushby et al., 2015). Cela est d'autant plus notable pour la pratique à l'humanitaire. De fait, à notre connaissance, aucune étude empirique n'a spécifiquement documenté les enjeux éthiques vécus par des ergothérapeutes qui ont l'expérience d'une telle pratique. Certains textes d'opinion d'auteurs ergothérapeutes permettent cependant de déduire implicitement la présence d'enjeux éthiques dans la pratique humanitaire (Cameron, 2008; Kronenberg, 2005; Molke et Rudman, 2009; Simmond, 2005; Simò Algado et Cardona, 2005; Stark, 2013; Thibeault, 2002; Watson, 2006).

Une étude aborde spécifiquement les enjeux éthiques vécus par différents professionnels de la santé, mais aucun ergothérapeute n'a pris part à celle-ci (Hunt, 2008). Il s'avère donc pertinent d'aborder les enjeux éthiques de la pratique humanitaire, spécifiquement en ergothérapie. L'état actuel des connaissances sur l'éthique révèle un manque de données probantes relativement à la pratique de l'ergothérapie en général, mais cela est d'autant plus criant pour la pratique de la profession en contexte humanitaire, d'où la pertinence de mener cette étude.

Enfin, pour ce qui est des pertinences professionnelle et sociale, tel que vu précédemment, la pratique humanitaire comporte des risques d'enjeux éthiques pour les professionnels de la santé (Hunt, 2008). Plus encore, une pratique non soucieuse de l'éthique peut amener des risques autant pour le professionnel (Asgary et Lawrence, 2014; Thibeault, 2005) que pour la population locale (Barnett, 2005; De Vos, 2011; Hunt, 2008; Thomas, Gray et McGinty, 2011; Slim, 2015). Il s'avère donc pertinent de documenter les risques d'enjeux éthiques pour les ergothérapeutes, afin que ces derniers développent un souci et une sensibilité éthiques avant de s'engager dans une expérience humanitaire. Cela permet d'être mieux informé des risques, d'envisager des pistes de solution et ainsi d'éviter une situation conflictuelle sur le plan de l'éthique, autant pour l'ergothérapeute que pour la population locale. De manière générale, il est ici présumé que plus les ergothérapeutes seront sensibilisés aux enjeux éthiques que soulève la pratique humanitaire et aux moyens pouvant permettre de minimiser les conséquences négatives de ces enjeux, plus les populations locales pourront tirer profit de l'aide humanitaire prodiguée. Cette étude vise finalement à contribuer, bien qu'humblement, aux meilleures pratiques professionnelles à l'humanitaire. En ce sens, cet essai a comme point de mire les intérêts des populations locales.

3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section définit les principaux concepts qui structurent la présente recherche. En effet, un cadre conceptuel correspond à « l'agencement logique d'un ensemble de concepts et de sous concepts liés entre eux et réunis en raison de leur affinité avec le problème de recherche » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 109). L'exploration des différents concepts qui composent la question de recherche est indiquée dans le cas d'une recherche inductive sur un sujet peu documenté, étant donné qu'il y a absence de modèle ou de théorie pour appuyer ce sujet novateur (Fortin et Gagnon, 2016, p. 109). Le présent cadre conceptuel se veut donc minimaliste. Les principaux concepts de cette recherche sont : la notion de pratique humanitaire qui inclut l'aide humanitaire et l'aide au développement, la notion d'éthique qui se distingue de la morale, du droit et de la déontologie professionnelle, la notion d'enjeu éthique de Swisher et de ses collaborateurs (2005) qui inclut le dilemme, la tentation, le silence et la détresse éthiques, ainsi que les domaines de l'environnement proposés par Glaser (1994).

3.1. Pratique humanitaire

La définition de la pratique humanitaire, telle que présentée brièvement dans la section de la problématique, doit maintenant être approfondie pour mieux comprendre ce concept primordial qui structure la recherche. Cela dit, la pratique humanitaire correspond à un ensemble d'actions qui s'inscrit dans une mission de coopération internationale, c'est-à-dire qu'elle vise à favoriser la solidarité et l'entraide entre des pays (Barnett, 2005). Plus précisément, Slim (2015) définit cette pratique comme « une réponse empreinte de compassion face à des formes de souffrance extrêmes et particulières résultant soit de la violence humaine ou de catastrophes naturelles » (p. 1, [traduction libre]). En ce sens, il s'agit de l'aide apportée par des individus provenant d'un pays industrialisé à des populations vivant dans un pays sinistré ou en voie de développement. Selon Le Coconnier et Pommier (2012), « l'action humanitaire vise à sauver et préserver la vie et la dignité de personnes victimes d'un conflit ou d'une catastrophe » (p. 3). Toutefois, il importe de préciser que la pratique humanitaire telle que vue dans cette recherche se distingue du tourisme humanitaire, lequel est offert par des individus sans formation spécifique et qui profitent des bienfaits personnels et égocentriques de l'aide humanitaire (voyager, projeter une bonne image, etc.) (Laplante, 2005). En effet, Laplante (2005) apporte la nuance suivante :

« Le tourisme humanitaire se différencie de l'aide humanitaire en tant que telle, qui constitue un travail professionnel ardu ; le tourisme humanitaire réfère aux formes de tourisme qui gravitent autour de l'aide humanitaire » (p. 2). C'est pourquoi cette recherche, s'adressant aux ergothérapeutes, se distingue du concept de tourisme humanitaire.

Cela dit, la pratique humanitaire s'inscrit dans un continuum entre l'aide humanitaire, d'une part, et l'aide au développement, d'autre part. Selon Coalition Humanitaire (2019), l'aide humanitaire a pour mission de sauver des vies dans l'immédiat, de diminuer la souffrance des individus, tout en préservant leur dignité. D'autre part, l'aide au développement s'inscrit dans une perspective plus large, en visant le développement économique, institutionnel et social d'une population. Ces types d'aide peuvent se déployer conjointement et progressivement pour un même événement ou sinistre lorsque ce dernier est stabilisé.

Pour ce faire, la pratique humanitaire se déploie principalement via des ONG (Barnett, 2005; Sondorp, Kaiser et Zwi, 2001), tel qu'Humanité et Inclusion, Médecins sans frontières et la Croix-Rouge. Les ONG sont des organisations autonomes et indépendantes des gouvernements. Elles sont sans but lucratif et généralement financées par des fonds publics et des donations (Sanchez, 2012). À partir de la fin du 20^e siècle, « les ONG se sont multipliées et sont maintenant partout, et leur nombre augmente, de même que leur champ d'action » (Roeder et Simard, 2013, p.7, [traduction libre]). Uniquement au Québec, on compte 64 ONG de coopération internationale (AQOCI, s.d.). Les ergothérapeutes font généralement affaire avec ce type d'organisation pour offrir des services à l'humanitaire (ALNAP, 2018; WFOT, 2019). Pour d'autres, la pratique humanitaire peut s'inscrire dans un cadre universitaire, par le biais de formations, de stages ou de recherches. Ainsi, la présente recherche utilise le terme de partenaire pour faire référence à l'organisation avec laquelle l'ergothérapeute s'engage, que ce soit une ONG, une université ou un organisme subventionnaire qui offre des fonds pour développer des programmes dans ces pays, et ce, bien que cette organisation ne soit parfois qu'un bailleur de fonds. Cela dit, le point suivant aborde la notion d'éthique sous-jacente à la pratique humanitaire.

3.2. Notion d'éthique

Comme noté dans la problématique, la pratique humanitaire est à risque d'enjeux éthiques (Asgary et Junck, 2013; Bandyopadhyay, 2019; Barnett, 2005; De Vos, 2011; Hunt, 2008; Slim, 2015; Sommers-Flanagan, 2007) et les ergothérapeutes n'y échappent pas (Bourke-Taylor et Hudson, 2005; Cameron, 2008; Kronenberg, 2005; Molke et Rudman, 2009; Sheppard et Landry, 2016; Simmond, 2005; Simò Algado et Cardona, 2005; Stark, 2013; Thibeault, 2002; Watson, 2006). En ce sens, il importe de définir la notion d'éthique, laquelle constitue un point central de cette recherche. La définition proposée par Drolet (2014) est retenue dans le cadre de cet essai, puisqu'elle s'intéresse à son application clinique en ergothérapie. Pour circonscrire cette notion, il peut être intéressant de la distinguer de concepts ou disciplines apparentés qui visent également à baliser les comportements humains pour tendre vers un mieux vivre ensemble, soit la morale, le droit et la déontologie professionnelle (Drolet, 2014).

3.2.1. Morale, droit et déontologie professionnelle

La morale correspond à un ensemble de règles de conduite attendues au sein d'un groupe ou d'une société qui relève de la religion, de la culture, des us et coutumes ou des traditions d'un peuple (Drolet, 2014). Ainsi, contrairement à l'éthique, la morale n'est pas une discipline qui trouve ses racines dans la philosophie. Par ailleurs, la morale encadre les conduites humaines de manière quasi absolue, ce qui diffère encore ici de l'éthique qui repose, quant à elle, sur des valeurs et des principes qui visent un certain idéal du vivre ensemble (Drolet, 2014; Weinstock, 2006). C'est que l'éthique s'intéresse à l'essence du bien, du juste et du vertueux, par l'entremise de la raison humaine, plutôt que via des dogmes ou des croyances (Weinstock, 2006). Ainsi, il peut y avoir des contradictions entre certaines règles morales et certains principes éthiques. De fait, l'éthique entretient un rapport critique envers les morales (Drolet, 2014).

Le droit correspond à l'ensemble des lois d'une société (Kelsen, 1941). Il indique ce qui est permis et interdit de faire dans une situation donnée (Drolet, 2014). Des sanctions socialement organisées sont appliquées lorsqu'une personne enfreint une loi et est prise en flagrant délit. En tant que phénomène social, le droit est de fait lié à la contrainte (Kelsen, 1941). Ces sanctions et les règles juridiques qui leur sont liées permettent ainsi de baliser les

comportements des individus dans une société déterminée. Tout comme l'éthique entretient un rapport critique par rapport à la morale, il en est de même pour le droit. Ainsi, certaines lois peuvent être considérées injustes ou injustifiées d'un point de vue éthique (Drolet, 2014).

La déontologie professionnelle correspond, quant à elle, aux règles qui précisent les devoirs de professionnels à l'égard des clients, du public et de la profession (Drolet, 2014). Tout comme les lois, le non-respect des règles déontologiques est également sanctionné selon des balises socialement organisées, si un professionnel est trouvé coupable de ne pas avoir respecté un ou des devoirs professionnels. Pour les ergothérapeutes, le *Code de déontologie des ergothérapeutes du Québec* (Légis Québec, 2019) énonce les devoirs professionnels des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec à l'égard de la clientèle et de la profession et donc ce qui est attendu des ergothérapeutes au plan déontologique dans le cadre de leur pratique. Toutefois, respecter un code de déontologie ne signifie pas nécessairement avoir une pratique soucieuse de l'éthique (Weinstock, 2006). Là encore, l'éthique entretient un regard critique à l'endroit de la déontologie professionnelle (Drolet, 2014).

À la lumière de ces définitions, il est possible de dire que l'éthique se distingue à la fois de la morale, du droit et de la déontologie professionnelle (Drolet, 2014). L'éthique provient de la philosophie : elle est une discipline rationnelle qui s'intéresse à la science de la pensée (Drolet, 2014; Weinstock, 2006). Certes, l'éthique vise à baliser les comportements des individus, mais est basée sur une réflexion critique qui vise à déterminer l'essence du bien, du juste et du vertueux (Drolet, 2014), ayant pour visée de favoriser le vivre-ensemble (Weinstock, 2006). L'éthique vise donc à orienter les comportements humains selon ce qui est juste, bien et vertueux de faire dans une situation donnée, ce qui nécessite une réflexion rationnelle et critique (Drolet, 2014; Weinstock, 2006). L'éthique propose certaines valeurs et certains principes pour guider la réflexion sur le bien et le mal, le juste et l'injuste, la vertu et le vice, mais qui diffèrent des règles morales, des lois et des règles déontologiques. Plus encore, l'éthique repose sur des valeurs, des principes ou des vertus qui vont au-delà des normes sociales, en ceci qu'elles visent une certaine idéalité (Drolet, 2014). Lorsque des valeurs sont en jeu et bafouées dans une situation donnée, il survient alors un enjeu éthique (Swisher et al., 2005; Jameton, 1984), qui nécessite une délibération éthique propre à chaque situation (Weinstock, 2006).

3.2.2. Notion d'enjeu éthique

Comme tout juste mentionné, un enjeu éthique est une situation qui implique minimalement une valeur qui est mise en péril dans une situation donnée (Swisher et al., 2005; Jameton, 1984). Swisher et ses collaborateurs (2005) ont développé une typologie qui comprend quatre types d'enjeux éthiques qu'il est possible de rencontrer dans le cadre de la pratique professionnelle, soit : le dilemme éthique, la tentation éthique, le silence éthique et la détresse éthique. Cette typologie a été utilisée dans le cadre de cette recherche, puisqu'elle propose un spectre d'enjeux éthiques somme toute représentatif des enjeux éthiques susceptibles d'être vécus dans le cadre de la pratique ergothérapique, voire de la pratique de l'ergothérapie à l'humanitaire.

Tout d'abord, le dilemme éthique représente une situation où minimalement deux options sont en tension parce qu'elles reposent sur des valeurs difficiles à concilier (Swisher et al., 2005). Ces auteurs illustrent ceci par une situation « *right versus right* », au sens où le professionnel est confronté à un choix déchirant qui oppose au moins deux valeurs légitimes, mais irréconciliables ou difficiles à concilier. Le raisonnement clinique du professionnel est alors nécessaire pour résoudre cet enjeu éthique. Comme chaque professionnel est porteur de valeurs qui peuvent varier, il en est de même pour les situations de dilemme éthique. Cette situation de dilemme éthique est à risque de survenir en ergothérapie (Kinsella et al., 2008).

La tentation éthique correspond, quant à elle, à une situation où le professionnel est confronté à un choix opposant une option qui se fonde sur valeur légitime à une autre option qui se fonde sur un intérêt personnel ou organisationnel contraire à une telle valeur (Swisher et al., 2005). Ces auteurs présentent cette situation comme une situation « *right versus wrong* ». Il s'agit alors d'une tentation éthique, puisque le professionnel est tenté d'orienter ses actions vers l'option qui se fonde sur son intérêt personnel ou organisationnel, en raison des bénéfices personnels que cette option lui procure (Swisher et al., 2005), et où cet intérêt bafoue une valeur légitime. Dans le cadre d'une pratique humanitaire, la tentation éthique peut se manifester en lien avec l'ONG qui encadre les services. Il s'agit alors d'un conflit d'intérêts. Ainsi, le professionnel doit démontrer du courage éthique pour se sortir de cette situation, en actualisant l'option qui se

fonde sur la valeur légitime, par exemple la santé, le bien-être et les intérêts fondamentaux des populations locales.

Le silence éthique consiste en une situation où un professionnel constate un manquement éthique, mais n'aborde pas la situation (Swisher et al., 2005). Cela peut se produire pour diverses raisons, notamment parce que l'ergothérapeute ne reconnaît pas la situation ou parce qu'il ne veut pas la reconnaître en raison de sa complexité (Swisher et al., 2005). Cette situation de silence éthique est fréquente en ergothérapie (Kinsella et al., 2008), et est également à risque de se produire dans le cadre d'une pratique humanitaire. Dans le pays d'accueil, les enjeux éthiques quant au fonctionnement des soins de santé ou des différences culturelles, notamment, peuvent amener l'ergothérapeute à taire la situation en raison de sa posture d'étranger et ainsi manifester un silence éthique.

Finalement, la détresse éthique se produit lorsqu'un professionnel reconnaît l'enjeu éthique et l'action souhaitable à actualiser, mais rencontre certaines barrières ou obstacles qui l'empêchent d'accomplir cette action (Swisher et al., 2005). À titre d'exemple, le contexte de soins de santé ou l'environnement institutionnel (Weinstock, 2006) peuvent limiter l'actualisation d'actions éthiquement attendues de la part de l'ergothérapeute (Kinsella et al., 2008). Dans le cas de la pratique humanitaire, on peut penser notamment au manque de ressources matérielles, financières ou humaines dans le pays d'accueil, qui sont nécessaires pour offrir des soins de santé ou des services de réadaptation adéquats selon le thérapeute. La détresse éthique est exigeante, notamment au plan affectif pour le professionnel impliqué, puisqu'elle mine l'équilibre psychologique du thérapeute (Swisher et al., 2005).

3.3. Domaines de l'environnement

Lorsqu'il est question d'éthique, Glaser (1994) propose trois domaines de l'éthique, voire de l'environnement, dans lesquels les situations problématiques sur le plan de l'éthique se manifestent, soit : le micro-environnement, le méso-environnement et le macro-environnement (voir la Figure 1). Ces domaines sont interreliés et ont une influence mutuelle entre eux, ce qui explique le format circulaire et concentrique de la figure. Dans la présente recherche, cette typologie a été utilisée dans le canevas de l'entrevue et est utilisée dans cet essai lors de la

présentation des résultats. Ainsi, les enjeux éthiques et leurs solutions ont été classifiés suivant ces trois domaines de l'éthique.

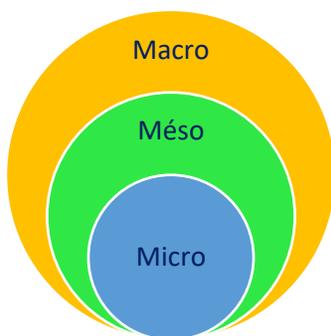


Figure 1. Typologie de Glaser (1994) : les trois domaines de l'éthique

Le domaine micro-environnemental fait référence à l'individu et aux interactions entre les individus (Glaser, 1994). Il s'agit du domaine le plus proximal à la personne, c'est pourquoi il prend place au milieu de la figure. Dans le cas de la pratique humanitaire, le domaine micro-environnemental représente les interactions entre le thérapeute, les bénéficiaires des services et les membres de l'équipe.

Le domaine méso-environnemental s'intéresse à la structure organisationnelle dans laquelle se manifeste une situation (Glaser, 1994). Il peut s'agir d'une institution publique, d'un organisme communautaire ou d'une entreprise privée. Dans le cas de la pratique humanitaire, il s'agit de l'organisme qui encadre la pratique et qui déploie les services aux populations des pays concernés. Il peut s'agir notamment d'une ONG, d'une université ou d'organismes subventionnaires.

Le domaine macro-environnemental fait référence à la société dans son ensemble, voire aux relations entre des sociétés. Glaser (1994) le définit comme le domaine de l'éthique qui s'intéresse à la société dans son ensemble, c'est pourquoi il représente le plus grand cercle de la figure. Concernant la pratique humanitaire, on peut penser ici aux lois, aux normes et aux politiques du pays d'accueil, de même qu'à la relation entre les différents pays impliqués.

Le cadre conceptuel servant à mener cette étude est ainsi présenté, soit les définitions de la pratique humanitaire, du concept d'éthique et des différents types d'enjeux ainsi que des différents domaines de l'éthique. Il est possible de constater que ces concepts sont interreliés. En effet, la pratique humanitaire est susceptible de faire émerger différents enjeux éthiques pour l'ergothérapeute impliqué, lesquels peuvent se manifester aux domaines micro, méso ou macro environnementale. Ces concepts seront ainsi utilisés comme trame de fond tout au long de la recherche.

4. MÉTHODE

Cette section présente la démarche scientifique qui a été utilisée afin de répondre aux questions à l'origine de la recherche et, de ce fait, d'atteindre les objectifs de l'étude qui consistent à explorer les enjeux éthiques de l'ergothérapie à l'humanitaire et les manières de surmonter de tels enjeux. Plus précisément, le devis de recherche, les méthodes de sélection des participants ainsi que les méthodes de collecte et d'analyse des données sont présentés, suivis des considérations éthiques au fondement de cette étude.

4.1. Devis de recherche

Puisqu'il s'agit d'un phénomène qui est peu documenté, un devis inductif qualitatif d'inspiration phénoménologique (Husserl, 1970; 1999) a été utilisé pour répondre à la question à l'origine de la recherche. Selon Hunt et Carnevale (2011), ce devis est indiqué pour documenter les dimensions éthiques de différentes pratiques professionnelles, notamment celles de la pratique humanitaire (Hunt, 2008). Le devis phénoménologique de Husserl (1970; 1999) permet en effet de recueillir les perceptions de phénomènes par l'entremise d'entrevues qualitatives auprès de personnes ayant une expérience intime et concrète des phénomènes scrutés. Plus précisément, ce devis permet de s'intéresser à un phénomène de manière inductive, c'est-à-dire que les résultats obtenus émergent des expériences des participants et cernent des phénomènes de manière qualitative, soit par l'entremise de la narration des participants (Fortin et Gagnon, 2016). Il s'agit au final d'avoir une compréhension unifiée des perceptions des phénomènes, tels que rapportées par les participants. Selon Fortin et Gagnon, « le but [de l'approche phénoménologique] est de décrire l'expérience telle qu'elle est vécue et rapportée par des personnes touchées par un phénomène précis » (2016, p.34). Ainsi, ce devis inductif est recommandé pour les études portant sur des sujets peu étudiés, tel est le cas pour cette recherche-ci. De ce fait, les enjeux éthiques vécus par les ergothérapeutes lors d'une pratique humanitaire et les pistes de solution pour surmonter ces enjeux sont les phénomènes explorés dans cette étude et demeurent à ce jour non étudiés.

4.2. Participants à l'étude

Pour ce type de devis, un nombre de 6 à 12 participants était souhaité afin d'obtenir la saturation des données (Thomas et Pollio, 2002). De plus, afin de décrire le plus fidèlement possible les phénomènes à l'étude, la participation d'ergothérapeutes ayant travaillé à l'humanitaire et ayant des caractéristiques variées était souhaitée. Cela se traduit en termes d'âge (novice ou expérimenté), d'expérience professionnelle (milieu de pratique, clientèle), de formation universitaire (degré de scolarité, formation en éthique ou en compétence culturelle) et de type d'expérience à l'humanitaire. Plus précisément, concernant cette dernière caractéristique, il peut s'agir du pays d'accueil, du rôle assigné (coordination, supervision, clinique, recherche), de l'équipe d'intervention (unidisciplinaire, multidisciplinaire, etc.) ou de l'organisme chapeautant les services, du nombre d'expériences à l'humanitaire et de la durée du séjour à l'étranger. Ce faisant, comme l'indiquent Fortin et Gagnon (2016), l'objectif ici était d'avoir un échantillon le plus représentatif possible de la population cible. Il est ainsi souhaité que les enjeux éthiques et les pistes de solution mentionnés par les participants à l'étude soient transférables aux expériences vécues par d'autres ergothérapeutes ayant eu une ou plusieurs expérience(s) à l'humanitaire. Finalement, les ergothérapeutes devaient pouvoir s'exprimer en français, étant donné que les documents permettant la collecte de données étaient rédigés en français.

4.2.1. Critères de sélection

Puisqu'il s'agit d'une étude exploratoire sur un sujet peu exploré à ce jour et que le nombre d'ergothérapeutes ayant travaillé à l'humanitaire est possiblement peu élevé, les critères de sélection étaient peu restrictifs. Il s'agissait de rejoindre un maximum de participants. Les critères d'inclusion étaient : 1) d'être ergothérapeute; 2) d'avoir au moins une expérience à l'humanitaire à titre d'ergothérapeute; 3) d'avoir ou non rencontré des enjeux éthiques durant cette expérience professionnelle; 4) d'être disposé à participer à la recherche durant la collecte des données et 5) de parler et lire le français. Aucun critère d'exclusion n'a été utilisé.

4.2.2. Recrutement

Trois stratégies ont été utilisées pour recruter les participants à l'étude. Dans un premier temps, le recrutement des participants a été réalisé selon une méthode d'échantillonnage par réseaux et, dans un deuxième temps, par effet boule de neige. Des ergothérapeutes connus de Marie-Josée Drolet, la directrice de la recherche, répondant aux critères d'inclusion ont été contactés par courriel via une lettre de recrutement (voir l'Annexe A). Ces derniers ont par la suite été invités à solliciter d'autres participants potentiels. Dans un troisième temps, afin d'atteindre un plus grand nombre de participants, une sollicitation a été effectuée via une plateforme web professionnelle, soit la page *Facebook* Ergothérapie Québec. Cette façon de procéder correspond à une méthode d'échantillonnage non probabiliste accidentel selon Fortin et Gagnon puisque cela consiste à « choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis » (2016, p. 269), c'est-à-dire au moment où ils ont consulté cette plateforme web.

4.3. Collecte des données

Les ergothérapeutes ont été contactés par courriel et avec leur accord, les différents documents liés à la collecte des données leur ont été acheminés également par courriel, soit le formulaire d'information et de consentement (voir l'Annexe B), le questionnaire sociodémographique (voir l'Annexe C) et le schéma de l'entrevue individuelle semi-structurée (voir l'Annexe D) afin qu'ils puissent en prendre connaissance avant de s'engager en tant que participants dans l'étude. Le cas échéant, les participants étaient invités à remplir, signer et renvoyer le formulaire d'information et de consentement ainsi que le questionnaire sociodémographique. À la réception de ces documents, il y a eu prise de contact par l'étudiante-chercheuse avec le participant afin de prendre rendez-vous à un moment à sa convenance pour réaliser l'entretien qualitatif. L'ensemble des entrevues individuelles ont été réalisées par téléphone et ont duré entre 50 et 75 minutes. L'entrevue était enregistrée sur une bande audionumérique à des fins de transcription des verbatim et conservée de façon confidentielle (des détails sont donnés à la section consacrée aux considérations éthiques). Comme spécifié plus tôt, le schéma de l'entrevue semi-structurée était basé sur la typologie des domaines de l'éthique de Glaser (1994) et celle des enjeux éthiques de Swisher et ses collaborateurs (2005) qui, selon les

expériences de recherche de la directrice de recherche, permet aux participants de s'exprimer davantage sur les différents enjeux éthiques qu'ils rencontrent dans leur travail.

4.4. Analyse des données

Afin de générer des unités de sens à travers les données qui ont été collectées par l'entremise des entrevues, une analyse thématique de type herméneutique a été effectuée (Gadamer, 1976). Cette façon de faire « met l'accent sur l'interprétation des expériences vécues plutôt que sur leur simple description » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 192). Plus encore, l'analyse qualitative des verbatim a été réalisée en suivant les cinq étapes de Giorgi (1997), lesquelles permettent de respecter le principe de la réduction phénoménologique de Husserl (1970; 1999), soit : 1. la transcription intégrale des entretiens en verbatim; 2. la lecture répétée des verbatim des entretiens; 3. la création graduelle des unités de sens; 4. l'organisation et la formulation des données collectées dans le langage disciplinaire; et 5. la synthèse des résultats (Corbière et Larivière, 2014). Cette méthode d'analyse du discours des participants permet de faire ressortir le sens que les ergothérapeutes attribuent aux enjeux éthiques qu'ils vivent et aux manières de les résoudre (Kinsella et al., 2008). Ainsi, après plusieurs lectures, des unités de sens ont émergé de l'analyse des verbatim, lesquelles ont été organisées et énoncées dans le langage disciplinaire. Cette méthode d'analyse des données est également pertinente dans le cas d'une recherche exploratoire ayant un devis phénoménologique. En effet, l'objectif de l'analyse phénoménologique est de « décrire le sens d'une expérience à travers la reconnaissance de thèmes significatifs » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 367).

4.5. Considérations éthiques

Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (voir le certificat éthique à l'Annexe E). Afin de protéger la vie privée des participants, les données recueillies ont été conservées dans l'ordinateur de l'étudiante-chercheuse, lequel est protégé par un mot de passe. Il en est de même pour les documents de l'étude contenant des informations nominales. Les seules personnes qui y ont accès sont l'étudiante-chercheuse et sa directrice de recherche, et ces dernières ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites, c'est-à-dire supprimées de tout

support informatique, au plus tard sept ans après la collecte des données. Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à l'identification des participants. À cet effet, considérant le petit échantillon de participants et d'ergothérapeutes dans ce domaine, aucun nom ou numéro fictif ne sont associés aux participants, afin d'éviter l'association croisée des verbatim. De plus, toute information nominative a été retirée des extraits de verbatim insérés dans ce document. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essais, de communications ou d'articles scientifique ou professionnel, ne permettront pas d'identifier les participants. Plus précisément, puisque la pratique humanitaire constitue un petit milieu, les participants sont décrits en tant que groupe et non pas comme individu afin d'éviter l'identification par association des participants. De plus, lors des entrevues, une attitude d'écoute active et d'ouverture a été adoptée pour respecter l'expérience des participants, leur liberté d'expression et leur dignité, en concordance avec l'approche phénoménologique (Corbière et Larivière, 2014). Finalement, le consentement libre, éclairé et continu des participants a été respecté tout au long de la recherche, et tous les participants ont signé un formulaire de consentement pour prendre part à l'étude.

5. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats cette recherche qui visait à apporter des pistes de réponses aux questions suivantes : 1) Quels sont les enjeux éthiques de la pratique humanitaire en ergothérapie ou les caractéristiques de la pratique humanitaire en ergothérapie susceptibles d'occasionner des enjeux éthiques? 2) Quels sont les moyens utilisés ou envisagés par des ergothérapeutes ayant l'expérience de cette pratique pour surmonter ces enjeux? Mentionnons que les enjeux éthiques et les pistes de solution ont été analysés de façon distincte et sont ici présentés séparément, soit les enjeux éthiques dans un premier temps, suivis des pistes de solution dans un deuxième temps. Pour chacun de ces volets, les résultats sont présentés suivant les domaines de l'éthique proposés par de Glaser (1994), soit le micro-environnement, méso-environnement et macro-environnement. Par ailleurs, bien que la typologie de Swisher et ses collaborateurs (2005) fût utilisée pour bâtir le schéma de l'entrevue, les résultats ayant trait aux enjeux éthiques sont plutôt présentés suivant leurs causes afin d'être fidèle aux réponses des participants. Des extraits des verbatim des entretiens sont insérés au fil du texte afin d'illustrer les résultats, que ce soient ceux ayant trait aux enjeux ou ceux relatifs aux pistes de solution. Cela dit, avant de présenter les réponses aux questions de l'étude, les participants à l'étude sont décrits.

5.1. Description des participants

Sept ergothérapeutes femmes ont participé à l'étude (n=7). Parmi celles-ci, six sont francophones d'origine canadienne (n=6), tandis qu'une est anglophone d'origine pluriculturelle (n=1). Au moment de la collecte de données, leur moyenne d'âge était de 46 ans, allant de 29 ans à 61 ans. Concernant leur établissement de formation en ergothérapie, trois sont diplômées de l'Université de Montréal (n=3), deux de l'Université Laval (n=2), une de l'Université d'Ottawa (n=1) et une de l'Université McGill (n=1). Pour la plupart, il s'agit d'un diplôme de premier cycle, soit le baccalauréat en ergothérapie (n=4). Les autres ont poursuivi aux études supérieures, allant de la maîtrise (n=2) au postdoctorat (n=1). La plupart ont suivi une formation en éthique, soit une formation de quelques heures ou jours (n=3), un cours universitaire entièrement dédié (n=2) ou plusieurs cours universitaires (n=1). Une seule participante n'a reçu aucune formation en éthique (n=1). D'autre part, la majorité n'a pas reçu de formation en compétence culturelle

(n=4), tandis que certaines ont eu une formation de quelques heures ou jours sur le sujet (n=2) et une a eu un cours universitaire entièrement dédié (n=1). L'ensemble des participantes n'a pas réalisé de stage à l'humanitaire dans le cadre de leur formation professionnelle en ergothérapie.

Concernant leur expérience à l'humanitaire, la durée cumulative des expériences pour une même participante varie d'un mois à 30 ans. Mis à part les deux participantes qui s'impliquent plutôt dans la recherche à l'humanitaire s'échelonnant sur de longues années, la durée des projets pour les ergothérapeutes cliniciennes (n=5) varie entre 2 semaines à 4 mois. Quelques participantes (n=4) ont vécu plusieurs expériences à l'humanitaire. Les différentes expériences des participantes se sont déroulées en Amérique latine (n=6), en Afrique (n=4), en Asie (n=4) ou au Moyen-Orient (n=1). Leurs fonctions étaient variées et parfois combinées, allant d'ergothérapeute clinicienne (n=4), à formatrice de personnel local (n=2), à superviseuse et/ou coordonnatrice de stage (n=2) ou à chercheuse en ergothérapie (n=2). Pour la plupart, elles étaient affiliées à un partenaire qui encadrait cette pratique, que ce soit une ONG (n=3), une université (n=2) ou un organisme subventionnaire (n=1). Une seule participante s'est organisée par elle-même en contactant directement le milieu du pays d'accueil, sans intermédiaire (n=1). Certaines se considéraient suffisamment préparées (n=2), alors que d'autres moyennement (n=3) et certaines pas du tout (n=2). Enfin, comme toutes les participantes sont des femmes, à partir de maintenant lorsque nous référons aux participants, nous utilisons le féminin.

5.2. Enjeux éthiques

Le contenu des entrevues a permis de confirmer la présence d'enjeux éthiques lors de la pratique de la profession d'ergothérapeute à l'humanitaire. En effet, chacune des participantes a rapporté avoir vécu fréquemment des enjeux éthiques au cours de leur(s) expérience(s) à l'humanitaire. À la suite de l'analyse des verbatim, il a été possible de classer les enjeux éthiques vécus par les participantes selon les trois domaines de l'éthique proposés par Glaser (1994). Ainsi, la Figure 2 présente la classification des enjeux éthiques vécus par les ergothérapeutes. Pour cette recherche, le contenu des entrevues a été analysé en s'intéressant aux différents facteurs de la pratique humanitaire qui sont susceptibles d'amener des enjeux éthiques pour le thérapeute.

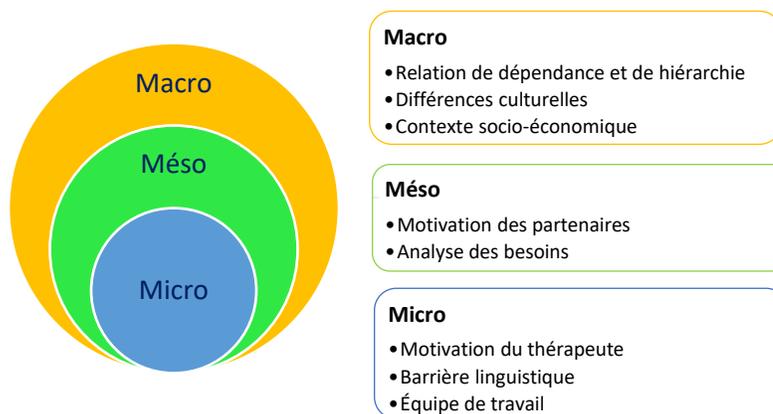


Figure 2. Classification des enjeux éthiques selon la typologie de Glaser (1994)

5.2.1. Domaine micro-environnemental

Les ergothérapeutes interrogées ont rapporté avoir vécu des enjeux éthiques dans le domaine micro-environnemental, c'est-à-dire en lien avec elles-mêmes et leurs interactions avec autrui. Plus précisément, ces enjeux se présentent sous trois catégories : a) la motivation du thérapeute à s'engager dans une pratique humanitaire, b) les barrières linguistiques avec les individus du pays d'accueil et c) les enjeux liés à l'équipe de travail sur le terrain.

5.2.1.1. Motivation de la thérapeute

Avant toute chose, l'implication d'un ergothérapeute dans une pratique humanitaire est liée à une motivation. Un questionnement éthique est toutefois soulevé lorsque la motivation de celui-ci relève d'une motivation personnelle qui n'est pas nécessairement liée à l'altruisme ou à la bienfaisance, mais à des motivations plus individualistes, voire égoïstes. En d'autres termes, selon les participantes, il est fréquent qu'un professionnel de la santé offre de l'aide humanitaire davantage pour lui-même, c'est-à-dire en raison des bénéfices personnels qu'il retire de cette expérience (voyager, se sentir utile, apprendre d'une autre culture, etc.), plutôt que pour venir véritablement en aide aux populations locales. La participante suivante témoigne que cette motivation n'est pas suffisante en contexte humanitaire :

Ça ne sert à rien de faire de l'humanitaire transitoire, juste pour assurer son besoin égocentrique, de "j'ai fait ça"... puis après, c'est d'aller au-delà de ça...

Ça ne sert à rien de le faire pour moi ... Est-ce que ça va avoir des effets, des retombées réelles pour le milieu?

Sur le terrain, les enjeux peuvent se manifester notamment par une présence qui est transitoire, comme le rapporte cette participante : *« Ce qu'on fait en 2 semaines de visite à l'orphelinat, ce n'est pas suffisant pour contrecarrer le sentiment d'abandon que l'enfant va vivre. [...] C'est beaucoup plus pour le bénéfice des gens qui y vont que pour les populations vulnérables locales. »* Une autre participante apporte toutefois la nuance que ce besoin égoïste peut être inconsciemment présent chez l'individu :

Il faut faire attention à pourquoi on fait ça. Parce que justement, souvent on a l'impression qu'on le fait pour aider les gens là-bas, mais on le fait plus pour soi-même, par choix de vivre une expérience ou quoi que ce soit, sans s'en rendre compte là...ce n'est pas toujours une décision qui est faite méchamment disons... Inconsciemment, sans le savoir.

En effet, lorsque questionnées sur le sujet, la majorité des participantes ont rapporté que leur motivation à s'engager dans un projet humanitaire relevait de leurs intérêts personnels, que ce soit en lien avec les voyages ou la découverte d'une autre culture. Cet engouement était souvent combiné à l'intérêt d'appliquer leur expertise en réadaptation auprès d'une population vulnérable. En ce sens, il est juste de dire qu'une certaine motivation égocentrique, inconsciente ou non, les a menés à s'engager dans cette pratique.

Cette motivation peut également s'expliquer par l'image qui est associée à l'aide humanitaire, comme le rapporte cette participante : *« Il y a un côté très glamour à l'aide humanitaire, ça paraît bien. Et il y a des gens qui y vont pour ça, je trouve que [dans ce pays] c'est rendu beaucoup ça... Ça passe beaucoup dans les médias. »* Elle ajoute l'exemple suivant : *« J'ai vu un Américain qui voulait appareiller le plus grand nombre de personnes possible, parce que ça paraissait bien dans les médias : la première personne à être appareillée. »* Ainsi, il appert que l'image généralement positive véhiculée par notre société en lien avec l'aide humanitaire pousse des thérapeutes à s'engager dans une telle pratique, sans nécessairement avoir des préoccupations réelles pour répondre aux besoins réels de la population du pays d'accueil. En somme, un enjeu éthique lié à la pratique humanitaire a trait à la motivation qui pousse certains professionnels de la santé à s'engager dans une telle pratique, au sens où ces

motivations sont susceptibles d'affecter négativement la qualité de l'aide prodiguée, si celles-ci sont égocentriques plutôt qu'altruistes.

5.2.1.2. Barrières linguistiques

Les ergothérapeutes ont également noté la présence d'enjeux éthiques en lien avec les barrières linguistiques dans le pays d'accueil. Les interactions avec la population locale se trouvent souvent limitées par ces barrières, que ce soit auprès des intervenants locaux ou des bénéficiaires des services ergothérapeutiques. Dans certains pays, bien que certains individus arrivent à comprendre le français, les échanges sont tout de même limités lorsqu'ils n'utilisent pas leur langue première, comme en témoigne cette participante : « *Et la barrière linguistique aussi tu es limitée, des fois tu ne peux pas non plus... même s'ils comprennent, tu ne peux pas aller trop profond dans les détails.* » Une autre participante précise que cette barrière limite la thérapeute, voire les stagiaires dans ce cas-ci, dans leur relation avec les clients :

La majorité [des étudiants stagiaires] arrive à se débrouiller, parce qu'il y a toujours des professionnels francophones qui peuvent faire la traduction, mais ils ne sont pas toujours disponibles au moment opportun. [Dans ce pays], le français, oui les éduqués le parlent, mais pas le peuple nécessairement. Donc il y a ces défis-là qui en résultent. Comment arriver à un consentement avec un client, comment faire comprendre mes intentions, le plan d'intervention?

Dans d'autres pays, le recours à un interprète s'avère nécessaire pour communiquer avec les populations locales. L'utilisation de cet intermédiaire implique également son lot d'enjeux, notamment en ce qui a trait à la fiabilité de la traduction : « *Travailler avec un interprète, c'est tout un art. Choisir son interprète et travailler avec un interprète, c'est... [...] Des fois, je peux m'en faire passer des petites vites.* » Cette dernière ajoute également que selon les valeurs et les croyances du pays d'accueil, la traduction sera plus ou moins juste. Comme c'est le cas dans certains pays quant à la vision de la femme, la traduction par un interprète masculin auprès d'une thérapeute de sexe féminin influence la fiabilité de la traduction: « *Et non seulement moins bien interpréter [lorsqu'il s'agit d'un homme], mais dire carrément le contraire de ce que je disais.* » Une autre participante partage également ce constat :

Là, dépendant si c'était un traducteur ou une traductrice, je ne sais pas s'ils traduisaient complètement. Quand c'était un homme qui traduisait... [...], je leur faisais répéter pour être sûre qu'il avait compris... c'était plus facile avec ma traductrice que mon traducteur. J'ai l'impression que mon traducteur traduisait ce qu'il voulait.

Il est alors possible de constater que les difficultés de communication en lien avec les barrières linguistiques diminuent l'efficacité des interventions sur le terrain. Que ce soit dans un pays où le français peut parvenir à se faire comprendre ou dans un pays où le recours à un interprète s'avère nécessaire, les enjeux éthiques liés à la communication ont été vécus par l'ensemble des participantes. Il s'agit bel et bien d'un enjeu éthique, en ceci que ces barrières affectent à la négative la qualité des interventions, de même que la capacité de la thérapeute à établir un lien thérapeutique basé sur la confiance et à assurer le consentement libre, éclairé et continu des clients.

5.2.1.3. Équipe de travail

La majorité des participantes a rapporté avoir vécu des enjeux en lien avec l'équipe de travail sur le terrain. Ces enjeux peuvent d'abord être en lien avec la dynamique dans l'équipe et la collaboration entre les membres provenant du même pays aidant, comme le rapportent ces participantes :

Je te dirais que dans un contexte de stage collectif de même, tu as toujours l'élément de dynamique de groupe. Quand tu réalises une expérience collective avec du monde que tu ne connais pas et que tu vas vivre ensemble pour huit semaines, il y a des défis de communication, d'adaptation à l'autre, en plus de la culture.

Parce que, oui, on est canadien, oui, on est une équipe, mais c'est sûr qu'on a des valeurs différentes aussi. Tu en as qui sont plus là pour eux-mêmes, tu en as qui vont faire des décisions différentes de toi, parce qu'ils ont des valeurs différentes même si on vient du même pays. [...] C'est sûr que des fois, il y a des interventions qu'on n'est peut-être pas en accord avec.

La collaboration peut également s'avérer difficile dans le cas où l'équipe est composée de professionnels provenant de différents milieux, comme en témoigne cette participante: « *Mais t'sais c'était premier arrivé premier servi... il ne reste plus de béquilles? Bien, il ne reste plus de*

béquilles. L'autre physio en a peut-être pris cinq paires, puis toi bien... t'en n'a même pas une. »

D'autre part, les enjeux peuvent se manifester relativement à la pratique des intervenants locaux qui se trouvent à être des collègues sur le terrain. La participante suivante rapporte la présence de défis associés au raisonnement clinique des intervenants locaux :

Quand on leur demande [aux thérapeutes] pourquoi ils font ça... puis quand tu finis par regarder ce qu'il y a dans leur genre d'écrits, [...] il n'y a pas d'info, il n'y a juste ... rien. Il fallait partir du début, comme de la base. [...] C'était beaucoup : "Ah bien, il n'y a rien à faire avec ces cas-là". Alors, ça vient te chercher.

Plusieurs participantes ont également rapporté des enjeux en lien avec la pratique des thérapeutes locaux qui diffère de la pratique occidentale, comme en témoignent ces extraits :

Supposons que tu es dans un orphelinat, puis bon... il y a des enfants autistes, problème de comportement et tout ça... et puis eux [les thérapeutes locaux] vont utiliser des tapes [...] pour contrôler les comportements et tout ça. Alors, c'est sûr que toi tu n'es pas d'accord avec ça.

Les thérapeutes étaient très rough avec les clients. Ils leur gueulaient après, puis t'sais, ce n'était pas doux, ce n'était pas dans le jeu... c'était comme : "Hey, tu fais ça, puis là tiens-toi tranquille!" T'sais comme, vraiment très autoritaire. Ce n'est vraiment pas une approche que nous on utilise ici. [...] Je n'étais pas capable d'entendre ça. Ils étaient rough, limite physiquement... pitcher le jeune un peu sur le tapis.

Cette façon de faire relève certes d'une différence culturelle, laquelle est également abordée dans le domaine macro-environnemental, mais amène des enjeux éthiques qui se manifestent lors des interactions proximales au sein de l'équipe de travail. C'est pourquoi cette situation est présentée ici comme un enjeu qui relève du domaine micro-environnemental. La valeur de la collaboration est mise ici en péril.

5.2.2. Domaine méso-environnemental

Les ergothérapeutes interrogées ont rapporté avoir vécu des enjeux éthiques dans le domaine méso-environnemental, c'est-à-dire en lien avec le partenaire qui encadre la pratique, que ce soit une université, une ONG ou un organisme subventionnaire. Plus précisément, ces

enjeux se présentent sous deux catégories : a) la motivation des partenaires à offrir des services humanitaires et b) la lacune au niveau de l'analyse des besoins de la part des partenaires.

5.2.2.1. Motivation des partenaires

La majorité des ergothérapeutes rencontrées a soulevé la présence d'enjeux en lien avec la motivation des partenaires qui offrent des services à l'humanitaire. Plus précisément, ces enjeux sont en lien avec l'image qui est associée à l'aide humanitaire. La motivation des partenaires à offrir des services humanitaires semble liée à l'image positive que cette pratique leur procure pour leur organisation. Les partenaires actualisent cette image notamment par le biais de publicité pour solliciter des dons ou recruter du personnel. Une participante témoigne des enjeux liés à cette instrumentalisation de la valorisation sociale de l'humanitaire : « *Ça paraît super bien une ONG, mais en réalité c'est un business et elles veulent recruter des gens.* » Elle atteste la présence d'enjeux en rapportant que ces publicités sont parfois erronées pour obtenir plus de dons :

J'ai assisté à un tournage de publicité : ils avaient installé des barres parallèles à côté de l'hôpital, avec des amputés qui étaient déjà appareillés... ça veut dire qu'ils auraient été appareillés en un mois [depuis le séisme]? C'est presque impossible, parce que la cicatrice doit être guérie... Alors, je pense qu'ils ont pris des gens qui étaient déjà amputés et déjà appareillés avant le séisme. Ils ont filmé ces gens-là dans les barres parallèles, comme s'ils faisaient de la rééducation. Et là c'était dans le but de solliciter des fonds.

Cette participante rapporte également la présence d'enjeux en lien avec l'envoi de dons monétaires qui ne sont peut-être pas utilisés comme le partenaire prétend le faire :

J'ai assisté à un party de l'[ONG] : bien du monde, bouffe, alcool... écoute, tu es [dans un pays pauvre], moi, j'avais le goût de dénoncer ça. [...] T'es comme pris parce que t'es engagée par une entreprise, une ONG qui est financée par des fonds. Puis là, c'est clairement l'argent des citoyens.

Les dons matériels apportent également leurs lots d'enjeux sur le terrain. Les partenaires encouragent l'envoi de dons, encore là pour projeter l'image altruiste de l'aide humanitaire. Cette motivation procure, à l'inverse, des effets néfastes dans le pays d'accueil. La participante suivante témoigne des conséquences qu'elle a observées sur le terrain :

Ce que les gens faisaient, ça été d'envoyer nos vieux fauteuils roulants [dans ce pays]. Des containers complets de ça... Et là, ça nous donne bonne conscience. Sauf que nous, ce qu'on avait monté [comme projet dans ce pays], c'est que ce sont les personnes handicapées elles-mêmes qui produisent et réparent des fauteuils roulants. Donc, quand il y a un arrivage, un container de fauteuils roulants gratos qui débarque, ça les met en faillite! [...] Et ce qui arrive quand on fait ça aussi, c'est qu'à l'intérieur de 6 mois normalement les fauteuils roulants qu'on a envoyés sont tout déglingués. Mais là, l'atelier local a été mis en faillite, il n'y a plus personne pour les réparer.

D'autre part, les dons matériels peuvent également ne pas être bien reçus par le pays d'accueil. Par exemple, cette participante partage une situation en lien avec le don de matériels pour fabriquer des orthèses :

On a fait l'orthèse, [...] mais en partant que je n'étais pas certaine [que le client] l'utiliserait. Puis, on a su après, je ne me souviens plus si on avait trouvé l'orthèse dans une poubelle ou... et là je me disais qu'on a fait l'intervention le mieux qu'on pensait avec nos visions, mais ça ne correspondait pas à ce qu'eux autres voyaient comme nécessaire.

Il est donc possible de constater que la motivation des partenaires à déployer des services relève essentiellement de l'image positive liée à la pratique humanitaire, ce qui amène des enjeux considérables sur le terrain : publicité erronée et utilisation non adéquate des dons monétaires et matériels. Il s'ensuit que non seulement la qualité de l'aide apportée est compromise, mais également sa pertinence, c'est-à-dire sa capacité à répondre aux besoins des populations locales.

5.2.2.2. Analyse des besoins

En effet, la motivation des partenaires, relevant essentiellement de l'image projetée et de la quête de bénéfices personnels, peut faire en sorte que les services offerts ne soient pas nécessairement en lien avec les besoins réels du pays d'accueil. Cela illustre une lacune au niveau de l'analyse des besoins de la part des partenaires, comme en témoigne ces participantes :

Eux autres [les organismes subventionnaires], ils garrochent de l'argent et ils ne veulent rien savoir de ce qui se passe sur le terrain, sauf quand ils veulent le rapport à la fin du projet. [...] Un moment donné le [partenaire] nous dit : "Bon, tu as une subvention pour aller monter des programmes pour les enfants atteints de polyo [dans ce pays]". Sauf que le [partenaire] n'a jamais demandé aux gens

[du pays] si c'était ça l'enjeu principal. Donc, moi, j'atterris sur le terrain et les gens sont zéro intéressés à cette problématique-là. Ce qui les inquiète, c'est la cécité chez les personnes âgées. Il y a un parasite qui causait la cécité dans les rivières et pour eux autres, ça c'était beaucoup plus prioritaire. Le [partenaire] s'en fichait : il voulait des programmes pour les enfants. Donc, on se retrouve souvent coincés dans ça, et ça c'est frustrant.

Les fonds pour l'humanitaire, c'est comme la crème glacée flavor of the month, c'est vraiment comme ça que ça marche. Un moment donné, tous les fonds vont pour le SIDA, tous les fonds vont pour la gouvernance, tous les fonds vont pour la tuberculose. Littéralement, ce sont des modes. Donc ça, ça créer des enjeux éthiques assez corsés sur le terrain, et déjà des enjeux éthiques aussi au niveau de la confiance de la population avec laquelle on travaille, qui a un sentiment de ne pas être entendue. C'est comme dire : on a besoin de réadaptation, et tu nous reviens avec un char. Ça ne concorde pas.

Plus encore, les lacunes au niveau de l'analyse des besoins peuvent faire en sorte que les projets instaurés causent plus de mal que de bien pour la population d'accueil :

Au Nicaragua ce que j'ai vu entre autres, et pas juste au Nicaragua, ce sont des écoles qui envoyaient des jeunes du secondaire l'été en disant : vous allez construire une maison. Sauf que ce travail-là, dans certains villages du Nicaragua, ce sont des femmes pauvres et handicapées qui le font. Quand les étudiants arrivent, elles se font renvoyer par l'entrepreneur, parce que lui il vient d'avoir de la main-d'œuvre gratuite.

5.2.3. Domaine macro-environnemental

Finalement, les ergothérapeutes interrogés ont rapporté avoir vécu des enjeux éthiques reliés au domaine macro-environnemental, c'est-à-dire en lien avec les relations entre les pays ou avec le pays d'accueil dans son ensemble. Plus précisément, ces enjeux se présentent sous trois catégories : a) l'entretien d'une relation de dépendance et de hiérarchie entre les pays, b) les différences culturelles entre les pays impliqués et c) le contexte socio-économique du pays d'accueil qui diffère du contexte occidental.

5.2.3.1. Relation de dépendance et de hiérarchie

Le déploiement important de services humanitaires provenant des différents partenaires alimente une relation de dépendance entre les pays impliqués selon l'ensemble des participantes.

Il est possible de le constater par l'attente fébrile de certaines populations locales quant aux soins et services offerts :

C'était un peu chaotique, les locaux savent qu'il y a une équipe qui arrive telle date, il y a beaucoup de bouche à oreille [dans ce pays]. Alors, dès le premier matin, il y a du monde dehors qui attend, il y a du monde partout. Et là, on entre et même des fois on a de la misère à entrer, parce qu'on entre par la même porte.

[Dans ce pays], on va toujours à la même place, les gens nous attendent d'une année à l'autre. Ils font toujours appel aux mêmes gens... d'une année à l'autre. [...] Ils s'attendent à ce que tu reviennes, ils te reconnaissent, ils te demandent comment va ta famille, et tout ça.

Ces témoignages suggèrent qu'au fil des années, la population locale s'habitue à la présence d'équipes occidentales et développe ainsi une forme de dépendance envers elles pour les soins et services santé qu'elles prodiguent. Cela fait également en sorte que les thérapeutes locaux se fient davantage sur les thérapeutes occidentaux pour offrir les services :

C'est sûr que quand on est arrivé là-bas, on a réalisé qu'il y avait vraiment un roulement important de volontaires, puis [les thérapeutes locaux] se fient beaucoup sur les volontaires pour faire le traitement. [...] Ils attendaient juste... c'était très passif.

Et le fait aussi qu'au fil des années, dans l'histoire [de ce pays], ils ont souvent eu des services justement, de donner directement de l'aide, mais qui n'ont pas eu nécessairement les outils pour se bâtir des sociétés fonctionnelles et tout ça.

Plus encore, l'aide humanitaire telle qu'elle est déployée actuellement alimente la hiérarchie entre les pays. Cette hiérarchie s'illustre par le fait que ce sont les Occidentaux qui se déplacent pour venir en aide aux pays pauvres. Cela alimente le préjugé voulant que les Occidentaux soient en quelque sorte dans une position de supériorité, comme le rapporte cette participante : « Dès que les gens voient arriver des Occidentaux, on a le signe de piasse étampé dans le front. » Les témoignages suivants illustrent également cet enjeu : « Effectivement, ce n'est pas neutre, parce que... t'sais... on est les Blancs. Et c'est plate, mais ça a un énorme impact d'être les Blancs là-bas. Comme tu dis, on arrive avec notre pouvoir, argent et tout. »

Clairement, il y avait une hiérarchie, puis on était au-dessus. Parce que c'est vraiment ça : on vient leur enseigner, c'est nous qui décidons quoi faire. Alors que nous on essayait toujours de ramener, nous ce n'était pas ça qu'on voulait, mais c'est de défaire ça. [...] Clairement, dans la hiérarchie de comment s'est fait, c'est clair que nous on donne les ordres, puis eux exécutent.

Je croise encore plein de gens [locaux] qui disent : "bien nous autres, on ne veut même plus travailler avec des Occidentaux parce qu'on sait qu'on va se faire fourrer. On sait qu'ils vont venir, eux autres vont faire la piasse et après ça, ils vont repartir et on n'aura rien accompli".

Il est alors possible de constater que le déploiement important de services humanitaires de la part de différents partenaires apporte des enjeux sur le terrain, notamment en alimentant une relation de dépendance du pays hôte à l'égard de l'organisme humanitaire. Cela impacte ainsi négativement l'autonomie professionnelle et le raisonnement clinique des thérapeutes locaux, de même que le développement d'une société fonctionnelle et indépendante sur le plan de ses soins de santé et de ses services de réadaptation.

5.2.3.2. Différences culturelles

L'ensemble des ergothérapeutes rencontrées a vécu des enjeux en lien avec les différences culturelles dans le pays d'accueil, que ce soit sur le plan des croyances, des valeurs ou des façons de faire. Ces différences viennent teinter les interventions des ergothérapeutes. Par exemple, il est ressorti que la vision du handicap dans certains pays s'oppose aux valeurs de l'ergothérapeute :

Là-bas, je dirais que le handicap... ça on l'a su plus par la bande, en parlant aux travailleurs et tout ça, mais c'est plus caché. C'est quelque chose qui n'est pas bien vu... c'est pour ça que des fois, [les enfants handicapés] sont souvent laissés dans... t'sais les parents, ils vont travailler au champ, ils laissent l'enfant seul toute la journée. Alors, il fait pipi, caca sur lui... Alors ça, ça dépendait des familles, mais c'était beaucoup ça quand même.

J'ai essayé d'avoir des rencontres un moment donné entre les physiothérapeutes d'un hôpital et les associations de personnes handicapées. Et la réaction des physiothérapeutes, ça été : "on refuse que les personnes handicapées viennent nous rencontrer, ce sont juste des personnes handicapées".

Dans la même lignée, la vision de la femme dans certains pays diffère de la vision occidentale en lien avec le respect, les droits de la femme et l'équité entre les genres. Cette différence peut amener des enjeux considérables pour la thérapeute :

On avait une jeune femme qui venait d'accoucher dans la savane et elle faisait une grosse infection. Alors, son mari, qui avait plusieurs femmes, [...] l'amène à la clinique médicale, et là le médecin en chef lui a dit : "Il faudrait que vous l'amenez à l'hôpital" qui est comme à 3 heures de route, c'est une route toute en sable. [...] Et là le mari disait : "Je n'ai pas d'argent". Puis là, on lui disait : "Votre femme va mourir!" "Eh bien, j'en ai d'autres femmes...".

Dans certaines cultures, c'est entre autres par rapport au statut de la femme. Alors, c'est de dire... c'est toujours un déchirement ou un étirement entre deux pôles, donc d'un côté : il y a le pôle du respect de la culture locale, et de l'autre côté : le pôle du respect des femmes. [...] Alors, ce sont des enjeux qui sont difficiles, mais aussi moralement, c'est que oui, on veut améliorer le statut de la femme, mais sans non plus la mettre à risque. Parce que si on la met trop en contradiction avec sa culture, elle risque d'être la cible de violence.

Des différences culturelles peuvent également se manifester à travers les interventions, notamment en lien avec la valeur du jeu dans le développement des enfants :

Les gens, ils ne jouent pas avec leurs enfants. Ce n'est pas dans la culture, et ça c'est un aspect culturel très différent. Et aussi pour dans l'approche de réadaptation, parce qu'ils n'utilisaient pas le jeu tant que ça les thérapeutes.

La notion de temps, plus spécifiquement de rendez-vous est également différente dans certains pays, ce qui complique la prise en charge par les thérapeutes qui sont habitués d'utiliser ce fonctionnement dans leur pratique : « *Un rendez-vous, c'est autre chose... Si tu leur dis : "revenez la semaine prochaine". [...] On ne sait pas si ça a une consonance dans leur tête, une certaine heure.* » Une autre participante a également partagé cet enjeu :

Nous, ici, on est habitué que t'sais, tu as un rendez-vous, généralement tu y vas et si tu ne peux pas, tu vas annuler. Disons que la majorité de la population d'ici va être organisée selon un horaire. Là-bas, c'était souvent un problème. T'sais, on donnait des rendez-vous en clinique externe, les gens ne se pointaient pas, on n'avait pas de nouvelle ou quoi que ce soit.

Finally, certain beliefs shared by the local population can come to influence the approach of the ergotherapist and bring certain issues, as testified by this participant:

Si on veut diminuer le SIDA et le handicap provoqué par le SIDA, il faut aussi travailler à la prévention, [...] mais il y a une grosse résistance par rapport au condom. Les hommes disent que ça diminue le plaisir, qu'ils veulent beaucoup d'enfants, etc. [...] Les sorciers, les guérisseurs traditionnels, étaient prêts à participer. [...] Ce qu'ils ont fait, c'est qu'ils ont présenté le condom comme un objet magique. Donc, ils allaient d'un village à l'autre et ils faisaient des cérémonies traditionnelles autour du condom. Ils ont eu un succès fou. Sauf que moi, je suis associée à un programme, qui en bout de course ment aux gens, mais leur ment pour qu'ils survivent. C'est là où je suis coincée.

It seems evident that cultural differences are present when it comes to a practice of humanitarianism, but it is then possible to observe through these testimonies that these differences can bring significant issues in the practice, which put different values on stage such as equality between people, even between genders, cultural security, public health and truth.

5.2.3.3. Contexte socio-économique

The last issue relevant to the macro-environmental domain is linked with the socio-economic context of the host country. The ensemble of participants has raised issues in this sense. First, the context of poverty lived by the local population can bring diverse issues for the therapist:

Comme dans leur maison, un petit balai, ça coûte moins cher qu'un gros balai, qu'un balai plus haut. Alors, ils travaillent toujours penchés, à nourrir le feu dans leur maison, ou passer le balai dans leur hutte, penchés au niveau des lombaires continuellement. Je leur disais : "Pourquoi vous n'achetez pas un balai plus haut pour être moins penché?" "Bien non, ça coûte trop cher un balai plus haut."

Il y a une situation où on m'a demandé si un adulte était prêt à retourner à son domicile [à la suite de l'hospitalisation] ... mais c'est parce qu'ils en n'ont pas vraiment, de domicile. Puis, s'ils en ont... bien des fois, ils en n'ont plus parce que le séisme a ravagé leur domicile.

Il y a la question beaucoup de quelle population choisir, quand on est dans une zone de conflits. Qui est-ce qu'on va aider en premier? Tout le monde a besoin

d'aide. Donc, ça, c'est aussi un dilemme éthique qu'on vit régulièrement. À qui on va offrir des services et à qui on n'en offrira pas?

De tels enjeux peuvent également se produire dans l'équipe, auprès des thérapeutes locaux qui vivent eux aussi dans un contexte de pauvreté. Cela se manifeste notamment en lien avec la prise de repas, comme en témoignent ces deux participantes :

[La thérapeute] que je formais, bien elle n'avait pas de lunch. [...] Alors moi, je lui disais : "Bien, prend-le mon lunch là, ça n'a pas de bon sang". Donc, tout ça, en même temps, c'est au détriment de ma santé à moi... autant santé physique que santé mentale.

Nous, on était nourri, donc on avait un gros déjeuner le matin et un gros souper, mais le midi... t'sais tu ne pars pas avec ton gros lunch quand tu sais que bien du monde ne dinera pas. [...] J'ai besoin de me nourrir pour fonctionner, puis si je commence à apporter de la nourriture, est-ce que je partage? Ou est-ce que je me prive? Ça fait drôle de dire que je vais me cacher aux toilettes pour manger ma barre tendre, mais en même temps, je ne peux pas nourrir 100 personnes non plus là. Alors qu'est-ce que je fais?

Ce contexte de pauvreté amène également des limites quant aux ressources disponibles, qu'elles soient matérielles, humaines ou financières :

Tout ce qui est ressource matérielle, c'est sûr que c'était limité au maximum. Comme avec les enfants, il y en a qu'on essayait d'améliorer juste leur positionnement, [...] mais en même temps, on n'avait pas grand-chose au niveau fauteuil roulant, coussin... alors c'était les moyens du bord, même plus que les moyens du bord.

T'sais c'était quand même spécial, parce qu'en réalité il n'y avait pas vraiment de ressources, d'aide là. Tu n'as pas un ambulancier... tu n'as pas comme un médecin qui va réanimer la personne.

C'est un peuple qui veut, mais que l'argent nécessaire pour qu'ils puissent avancer n'est pas là. C'est vraiment un pays où l'argent est dans les mains des riches et ne descend pas dans les services au niveau infrastructure, gouvernemental.

D'autre part, le fonctionnement des soins de santé dans certains pays diffère de celui dont les thérapeutes sont habitués. Cela peut amener certains enjeux pour le thérapeute, notamment en

lien avec l'absence de diagnostic, comme en témoigne cette participante : « *C'était super varié et, en fait, c'est que les gens n'ont pas toujours eu des investigations médicales, donc des fois on n'avait pas vraiment d'informations sur la nature des diagnostics ou quoi que ce soit.* » Une autre participante témoigne également en ce sens : « *On n'a pas de diagnostic clair, ni leur âge clairement. Ils ont l'air petits, mais finalement ils ont peut-être 10-12 ans, c'est juste qu'avec la malnutrition puis tout ça, ils sont beaucoup plus petits.* »

Finalement, le fonctionnement du système de santé dans certains pays fait en sorte que la prise en charge des différentes pathologies n'est pas optimale d'un point de vue occidental. Cela peut engendrer des complications dans l'état actuel du patient, comme en témoigne cette participante : « *Puis, des grandes scoliose à des degrés pas possibles qui seraient opérées, ça ferait longtemps ici* ». Une autre participante témoigne également en ce sens : « *C'est sûr qu'une madame après un AVC un an plus tard, les contractures sont prises et tout. [...] Ils s'attendaient à un miracle ou quoi?* ». Les témoignages suivants illustrent également la présence d'enjeux quant à la prise en charge :

Beaucoup de fractures par-dessus des antécédents... parce qu'ils n'ont pas beaucoup de soins là-bas. Donc mettons quelqu'un qui avait un AVC avec hémiparésie gauche et des fractures complètes à droite, donc alité complètement. [...] Donc, ça fait beaucoup de choses à traiter. Puis, en même temps, tu ne peux pas non plus traiter quelque chose que la personne ça fait 3-4 ans qu'elle a. Tu dois y aller par priorité. C'est plate, parce que dans le fond, tu ne peux pas tout adresser.

T'sais, au Canada, [les enfants avec hydrocéphalie] sont opérés à la naissance, puis on n'en parle plus. Dans les orphelinats, on voit beaucoup d'enfants avec des grosses têtes, parce qu'ils n'ont pas opéré à la naissance ou alors, des fois, ils se font opérer à 4-5 ans. Ça, on les voyait beaucoup aussi. [...] Alors, ça amène des complications qu'on ne verrait pas ici nécessairement.

Il est alors possible de constater que le contexte socio-économique du pays d'accueil peut engendrer différents enjeux pour le thérapeute, que ce soit en lien avec le contexte de pauvreté, les ressources qui sont limitées ou le fonctionnement des soins de santé et des services de réadaptation. Ainsi, différentes valeurs sont compromises, telles que la santé, le bien-être, la qualité de vie, la dignité humaine et la justice distributive.

5.3. Pistes de solutions

Les entrevues ont également permis d'aborder les pistes de solutions pour prévenir ou surmonter certains de ces enjeux éthiques. À la suite de l'analyse des verbatim, il a été possible de classer les pistes de solutions proposées par les participantes selon les trois domaines de l'éthique de Glaser (1994). Cette manière de présenter les résultats est alors en congruence avec la classification des enjeux éthiques présentés précédemment. Ainsi, la Figure 3 présente la classification des pistes de solution proposées par les ergothérapeutes dans le cadre d'une pratique à l'humanitaire.

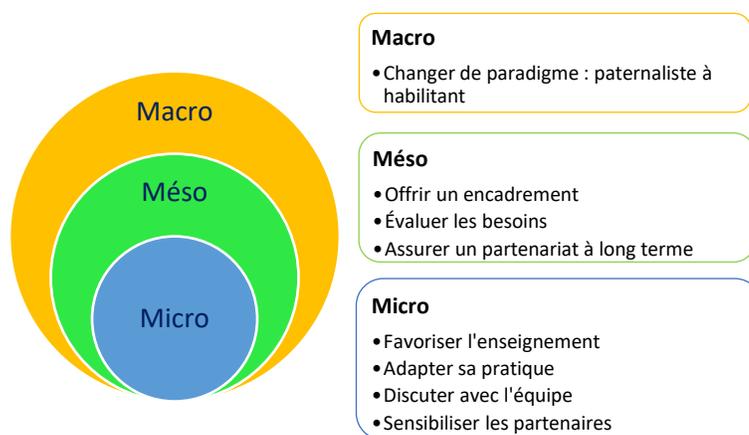


Figure 3. Classification des pistes de solution selon la typologie de Glaser (1994)

5.3.1. Domaine micro-environnemental

Les ergothérapeutes interrogées ont proposé des pistes de solution relevant du domaine micro-environnemental, c'est-à-dire en lien avec elles-mêmes et leurs interactions avec autrui. Plus précisément, ces pistes de solution se présentent sous quatre catégories : a) favoriser l'enseignement à la population locale, b) adapter sa pratique, c) discuter avec l'équipe et d) sensibiliser les partenaires.

5.3.1.1. Favoriser l'enseignement à la population locale

Tout d'abord, la piste de solution la plus rapportée par les participantes est de miser sur le transfert de leurs connaissances aux populations locales pour assurer la pérennité des interventions. Une participante témoigne de l'importance de cette approche auprès des autres

professionnels de l'équipe : « *Transférez-leur vos connaissances justement! Parce que quand vous allez quitter là, personne ne va continuer votre travail, si vous ne l'enseignez pas.* » Une autre participante témoigne également en ce sens par rapport à sa propre pratique: « *Il faut toujours garder en tête que demain matin quand moi je m'en vais, la clinique continue... Alors, essayer d'aller vraiment en éducation. [...] Toujours garder ça en tête, parce que c'est ça qui va faire la plus grosse différence.* » Une autre participante élabore également sur cette notion :

Dans un contexte un peu plus à long terme, à ce moment-là, vaut mieux avoir peut-être une orientation disons de... par exemple de formation justement. Au lieu d'aller donner, de faire de l'ergothérapie, peut-être plus d'aller former. Oui, en faire un peu pour montrer ce que c'est, pour montrer les avantages, [...] mais je pense que ça passe beaucoup par l'enseignement, la formation... pour que ça puisse être intégré et que ça puisse rester sur place, et c'est comme ça que ça va être positif.

Une participante précise qu'au-delà d'assurer une pérennité aux interventions, cette piste de solution pourrait permettre de diminuer la dépendance du pays d'accueil envers les thérapeutes occidentaux : « *C'est vraiment ça moi je pense, qu'il faut [outiller les personnes sur le terrain]. Ça ne marche pas, on ne s'en sort pas que ce soit nous qui fournissons les services, il faut que quelque chose vienne d'eux.* »

Toutefois, inconsciemment, cette façon de faire est à risque d'imposer une culture en transférant des connaissances qui relèvent d'une culture occidentale, comme en témoigne cette participante : « *Parce que plus on est visible, plus on biaise la situation* ». C'est pourquoi elle opte plutôt pour une stratégie qui met de l'avant les intervenants locaux, en formant une personne locale sur différents sujets en réadaptation. C'est ensuite au rôle de cette personne de former les personnes sur le terrain, selon leur propre culture et leurs façons de faire :

Puis la stratégie, ça a toujours été de m'assurer de ne pas être le visage du projet, quand c'était possible. Donc, très tôt, dans le processus, j'essaie de trouver des leaders locaux qui vont prendre la relève et que je vais appuyer. Pour la pérennité justement, c'est hyper important que ce ne soit pas moi l'effigie du projet. [...] En bout de course, oui, les gens peuvent se prendre en charge et le font beaucoup mieux que moi que ce soit d'autres. Alors... et en fait, les projets qui ont été les plus durables à long terme, ce sont vraiment les projets où ce sont les acteurs locaux qui les ont menés.

Cette façon de faire assure donc une pérennité aux interventions, en misant sur un transfert de connaissances, tout en respectant la culture locale. Cette participante ajoute : « *On se retrouve donc avec une structure qui coûte beaucoup moins cher et qui a d'excellents résultats cliniques.* »

5.3.1.2. Adapter sa pratique

La majorité des participantes a mentionné la nécessité d'adapter leur pratique, notamment par le fait de s'ajuster selon le contexte du pays d'accueil. Cette piste de solution est en lien avec l'enjeu des différences culturelles. Cela débute d'abord par l'apprentissage de quelques mots de base de la langue locale, comme en témoigne cette participante : « *Ils sont bien contents quand on dit quelques mots dans leur langue!* ». Au-delà de cela, il s'agit ensuite d'ajuster ses interventions selon la réalité locale : « *On peut éduquer, on peut enseigner comment gérer des plaies même si on n'a pas toutes les méthodes qu'on a ici, etc. Donc, c'est de l'adaptation des interventions et de la flexibilité qui vont être acquises comme compétences* ». Une autre participante témoigne également en ce sens :

Je me souviens d'un monsieur qui a fait l'AVC, puis qui était arrivé... Nous, on aurait eu d'autres priorités que les leurs, clairement. Nous, on voulait qu'il mange et qu'il soit placé de telle façon, [...] mais centrons-nous sur ce qu'ils veulent, parce que sinon on travaille dans le vide. Ça recentre sur la pratique centrée sur le client. Ne prends pas pour acquis que ce qu'ils veulent c'est faire telle chose.

D'autre part, quelques participantes ont témoigné de l'importance de devoir moduler leurs attentes selon la réalité du pays d'accueil. Elles ont mentionné avoir eu une prise de conscience, en réalisant que leurs actions n'auraient peut-être pas la portée souhaitée au départ. En ce sens, il s'agit d'adapter sa pratique en ayant des attentes réalistes, comme le partagent ces participantes :

Je pense qu'il faut que le monde soit conscient. En fait, moi, j'étais quand même un peu consciente que je n'allais peut-être pas en retirer beaucoup, mais tu te fais prendre par tous les projets que tu montes, toutes les formations, puis finalement le jour d'après il n'y a rien. [...] Tout ce que je pensais nourrir, d'aider les autres... oui, ça nourrit sur le coup, tu es content des réussites et tout ça, mais il y a quand même beaucoup de désillusions.

Juste d'accepter les points de vue différents et d'accepter qu'on ne va pas changer le monde en deux semaines. On peut faire une petite différence, on peut planter des graines dans la tête de certaines personnes, on peut aider un petit peu, rendre leur quotidien un peu plus doux pour ce temps-là. Si tout le monde faisait ça, peut-être qu'on arriverait à changer vraiment à long terme, mais il ne faut pas penser qu'on va là et qu'on va changer le pays.

La nécessité d'avoir une telle réflexion illustre qu'au départ, les personnes qui s'engagent dans une pratique humanitaire peuvent avoir certaines attentes en lien avec l'image qui est projetée par l'aide humanitaire, de même que par la publicité des différents partenaires. Cette piste de solution est donc également en lien avec les enjeux de motivation mentionnés précédemment. Il s'agit en somme de le faire pour les bonnes raisons et de ne pas avoir d'attentes démesurées.

5.3.1.3. Discuter avec l'équipe

Tel que mentionné, la pratique humanitaire se déploie généralement en équipe, qu'elle soit composée de thérapeutes locaux ou occidentaux. Quelques participantes proposent ainsi d'être ouvertes aux discussions d'équipe pour surmonter certains enjeux. Cette discussion peut permettre d'avoir une délibération éthique sur certaines situations et de communiquer pour être transparentes sur ses actions, comme l'explique une participante : « *Les enjeux éthiques, c'est la discussion. C'est de nommer, délibérer, réfléchir, en parler, partager entre eux... Donc, devenir solidaires dans un processus où ils voient des écarts.* » L'importance d'avoir une bonne communication d'équipe est également rapportée par cette participante :

Je pense que nous on avait beaucoup de débriefing d'équipe, puis c'était ça : il n'y a pas de mauvais commentaires, on essayait d'aborder les situations au fur et à mesure, dédramatiser, voir ce qu'on aurait pu faire différemment et agir au fur et à mesure.

Elle ajoute qu'au-delà des discussions, la collaboration dans l'équipe est un aspect d'autant plus important dans un contexte humanitaire :

On était toujours un ergo et un physio ensemble, on travaillait ensemble, on faisait les évaluations ensemble... Puis, il n'y a pas de guerres de couverture de dire : ça c'est mon terrain, ça c'est ton terrain. Je pense que les gens qui font de

l'humanitaire, il faut que tu aies ça. Si tu n'as pas ça, oui ça va créer des conflits. Il faut enlever... on est là pour aider, puis on a un temps donné pour donner le maximum dans le temps qu'on est là. Puis aller aux priorités, même si ça veut dire que ce n'est pas exactement en ergothérapie, on est une équipe de réadaptation, on travaille ensemble.

Ainsi, avoir une bonne dynamique de groupe en misant sur la discussion, la transparence et la collaboration peut aider à surmonter certains enjeux qui sont vécus sur le terrain. Plus encore, l'utilisation d'un outil de délibération éthique est une piste de solution utilisée pour alimenter les réflexions éthiques par deux participantes :

Moi, je leur ai déjà proposé : "ah là, pour [cette situation-là], assoyez-vous avec la grille de délibération éthique et faites le tour, parce qu'il y a plusieurs solutions et il va falloir prendre une position commune malgré les désaccords ou les valeurs différentes".

J'utilise une grille, [...] c'est une grille de prise de décision éthique en santé. [...] C'est l'outil que j'utilise le plus pour essayer d'explorer les enjeux. La grille ne donne pas de réponse, parce qu'en bout de ligne, la réponse c'est notre conscience, comment on se sent. Mais au moins la grille permet un balayage systématique d'un enjeu éthique. Et au moins, quand on prend la décision, on a fait un tour d'horizon approfondi.

5.3.1.4. Sensibiliser les partenaires

Quelques participantes ont mentionné avoir sensibilisé les partenaires avec lesquelles elles faisaient affaire concernant les enjeux éthiques qu'elles ont vécus, comme l'explique cette participante :

Même si [le partenaire] n'en voulait pas, j'ai toujours fait une section que j'intitulais "déontologie" dans mes rapports. De leur dire : "oui, je vous envoie le rapport que vous m'avez demandé, mais je rajoute une section sur les dilemmes éthiques dans lesquels vous m'avez plongée". Pour les informer... je me dis : "il faut les éduquer".

Il s'agit alors d'une piste de solution pour sensibiliser les partenaires aux enjeux éthiques, puisqu'ils ne sont parfois pas conscients des réalités vécues sur le terrain, comme en témoigne cette participante : « *On a émis certaines petites recommandations à la directrice à la fin, pour comme... notre constat. [...] Parce qu'elle là, elle n'est même pas dans le domaine, la directrice,*

elle n'en a aucune idée. » Une autre participante ajoute : « *Je leur dis que c'est vraiment aussi au cœur de leurs responsabilités sociales d'entreprise. Certain, ça ne les émeut pas, mais d'autres [...] vont réagir plus positivement.* » Une autre participante témoigne également avoir ressenti le besoin d'émettre des commentaires au partenaire avec lequel elle a fait affaire :

Moi, ce que j'avais fait, quand j'étais revenue, de ma propre initiative, j'avais tout préparé des recommandations. Et t'sais, je ne suis pas une experte, donc je n'avais pas la prétention de dire comme... c'est ça qui est bien versus ce que vous faites c'est mal. Mais de par mon expérience là-bas et mon expérience de vie... j'avais même monté un document de recommandations.

De ce fait, que le partenaire soit une université, une ONG ou des organismes subventionnaires, il peut être judicieux de prendre le temps de les sensibiliser aux enjeux éthiques de la pratique qu'ils déploient sur le terrain. Au final, cela peut avoir des répercussions positives, comme en témoigne cette participante :

Le [partenaire] qui donne dix ans de fonds, au début, il me donnait un an, et c'était sur le mode traditionnel où il n'écoutait pas vraiment les consultations communautaires et les enjeux. Mais maintenant, avec cette stratégie-là, [...] non seulement il y a le rapport, mais je vais rencontrer le [partenaire]. J'ai droit à une rencontre avec lui, et je peux amener des gens du terrain avec moi. On parle de ces enjeux-là.

5.3.2. Domaine méso-environnemental

Les ergothérapeutes interrogées ont proposé des pistes de solution relevant du domaine méso-environnemental, c'est-à-dire qu'elles s'adressent comme indiqué ci-haut aux partenaires qui encadrent la pratique. Plus précisément, ces pistes de solution se présentent sous trois catégories : a) offrir un encadrement aux thérapeutes qui s'impliquent dans leur projet, b) évaluer les besoins du pays d'accueil et c) assurer un partenariat à long terme dans un même endroit.

5.3.2.1. Offrir un encadrement

La majorité des participantes mentionne qu'il est préférable que les partenaires offrent un encadrement à leur équipe autant avant, pendant qu'après le projet. Tout d'abord, une

participante propose de mettre en place un processus de sélection des candidats pour prévenir les enjeux sur le terrain :

Après ça, encore là dans une vision de préparation, qu'il y ait un processus de sélection par rapport à un projet pour bien cerner leur motivation, personnalité, attitude, compétence et savoir-être de la personne qui va participer au projet, mais aussi du groupe. Parce que tu peux avoir de super bons profils, mais qui ne fitent pas nécessairement ensemble.

Une fois que le groupe est formé, il est recommandé par les participantes d'offrir une préparation avant le départ dans le pays hôte qui aborde les enjeux éthiques qui sont à risque de se produire : « *Même avec la meilleure préparation, ils en parlent des enjeux, mais je pense qu'on minimise l'impact en ayant une bonne préparation* ». Une autre participante témoigne également en ce sens : « *Je crois que les enjeux éthiques, quand c'est nommé en amont, et que c'est décrit la forme que ça peut prendre, par des exemples, il y a une grande ouverture et une écoute pour les dépister lorsqu'ils émergent.* » Une autre participante ajoute que cette préparation est favorable à une bonne dynamique de groupe:

Préparer le groupe à ce qu'ils vont vivre là-bas, à ce qui va être leur rôle là-bas, à la vie en groupe aussi. Parce que souvent, c'est dans des contextes super différents justement, où tu peux être dans le milieu 24/7, qui sont différents de la vie ici où tu vas travailler généralement et tu retournes le soir, tu vois tes amis, etc. Alors, je pense que ça passe beaucoup par la préparation de groupe.

Par la suite, une fois sur le terrain, il est souhaité que les partenaires offrent aux thérapeutes l'accès à une personne-ressource pour s'y référer en cas de besoin, comme en témoigne cette participante : « *Moi, je pense qu'il faudrait qu'il y ait, pas nécessairement un médecin, mais des personnes-ressources ciblées... mettons un responsable ergo.* » Une autre participante ajoute :

Bien, c'est certain que si c'est avec une organisation déjà existante ou s'il y a une équipe, d'avoir un système de mentorat pour avoir une personne-ressource vers qui aller. Que ça soit quelqu'un qui a vécu des choses similaires ou juste quelqu'un qui a de l'expérience.

D'autre part, il est attendu que l'encadrement du partenaire se poursuit également au retour de l'expérience, en offrant un suivi aux participants :

Et même dans le après aussi... Je pense qu'en revenant d'un projet, on ne fait pas juste revenir comme si de rien n'était. Il faut revenir, débriefer, faire des recommandations pour les prochains groupes... C'est un peu comme ça que ça va aider à se poursuivre.

Il y a toujours un débriefing de groupe, que ce soient les superviseurs ou les étudiants, mais à la suite de ça c'est d'ouvrir la porte pour leur dire que c'est normal et que ça peut durer jusqu'à 2, 3, 6 mois... un an, les transformations qu'ils vivent et que... de ne pas s'en vouloir, de venir nous voir s'il le faut, de trouver des ressources pour les accompagner si c'est quelque chose qui vient affecter leur fonctionnement.

Ainsi, il est possible de constater que l'encadrement qui est offert par le partenaire tout au long du processus influence l'expérience des participants, notamment relativement aux enjeux éthiques vécus.

5.3.2.2. Évaluer les besoins

Quelques participantes ont rappelé l'importance pour les partenaires de répondre à des besoins réels de la communauté, tel que rapporté comme enjeu précédemment. Une participante rapporte que certains partenaires ne prennent pas le temps de faire une évaluation des besoins de la population locale, alors que cela constitue pourtant la raison pour laquelle les services humanitaires sont précisément offerts :

Moralement, selon moi, on pourrait toujours faire aussi une consultation communautaire. Pour moi, je trouve ça... c'est un gros enjeu éthique. Souvent, les [partenaires] ne veulent pas faire de consultation parce qu'ils trouvent que ça leur complique la vie. Alors que selon moi, c'est impossible d'avoir une intervention bien ciblée, qui respecte la communauté si on n'en fait pas. [...] Et encore énormément d'organisations n'en font pas du tout.

Une participante affirme aussi que faire l'évaluation des besoins permet de dresser les priorités dans le milieu : « Nous, on était le premier groupe, alors c'était vraiment plus d'étudier ce qu'il y a à faire potentiellement et de dresser un peu la liste. Qu'est-ce qu'on choisit de commencer en ce moment? » Une autre participante précise que cette évaluation assure une

meilleure collaboration entre le milieu et le partenaire : « *Souvent, la meilleure stratégie, c'est clair, ce serait d'amener [le partenaire] à comprendre la réalité de terrain et à créer un dialogue entre les deux parties.* » De ce fait, les services déployés seraient davantage axés sur les besoins réels des populations locales.

5.3.2.3. Assurer un partenariat à long terme

La majorité des participantes mentionne qu'il est préférable que les partenaires offrent des partenariats à long terme dans un même milieu, plutôt que de déployer plusieurs projets de courte durée dans différents endroits, comme en témoigne cette participante : « *Il aurait fallu être là pendant 2-3 ans pour que ça fonctionne.* » Les effets sont alors davantage bénéfiques pour le pays hôte :

La communauté où on est installé nous voit positivement après tant d'années. Ils voient les impacts positifs de notre présence. Ça transforme leur pratique. Ils souhaitent engager des professionnels. Ils savent qu'est-ce que c'est maintenant.

Alors quand j'ai pu avoir des subventions qui étaient renouvelables ou qui étaient plus longues, donc sur des périodes disons de 5 à 10 ans, c'est ça qui a donné les meilleurs résultats. [...] C'est incroyable à quel point ça fait une différence. Quand on sait qu'on peut semer des graines, qu'on va être capable de faire avancer le projet, qu'on ne bouscule pas les gens dans leur processus de changement. Et ce que j'observe, c'est que ça fait des changements qui sont beaucoup plus solides, les gens se les approprient véritablement, et ensuite on peut construire là-dessus.

Certaines participantes ont mentionné être conscientes de devoir privilégier des projets à long terme, comme c'est le cas pour cette participante :

Puis aussi, dans la durée des liens... c'est un peu pour ça que moi je ne voulais pas y aller juste pour quelques semaines. Même là, pour quelques mois, je trouve que ce n'était pas beaucoup. Je pense que c'est encore mieux quand c'est plus en plusieurs mois, quelques années ou d'y aller quelques mois, mais sur une base régulière. [...] Déjà, on est un peu plus le maintien à long terme, plutôt qu'une aide ponctuelle.

Bien qu'il puisse être difficile pour une même thérapeute de se déplacer pour une longue période, une solution envisageable serait d'offrir un suivi pour assurer le transfert des

connaissances ou alors un partenariat à long terme avec des thérapeutes travaillant dans le même sens, comme le propose cette participante :

Clairement, le suivi, je pense que ça, on ne s'en passe pas. En n'ayant pas fait de suivi, c'est comme quand tu fais une formation continue, je veux dire... un moment donné, tu as besoin d'un temps, et après ça de réactiver cette connaissance-là, c'est sûr que ça t'aide à l'appliquer. C'est un peu le même principe : il aurait fallu y retourner [...] pour qu'il y ait une continuité, ou alors vraiment quelqu'un du même centre avec les mêmes visions, parce que c'est clair que d'avoir un roulement de personnes de même, il n'y a pas de continuité, pas de suite vraiment.

Toutefois, il importe de demeurer sensible aux enjeux de dépendance et de hiérarchie entre les pays, en établissant des partenariats sur une base égalitaire et respectueuse à long terme. C'est pourquoi une participante opte pour la stratégie suivante :

La première visite, ça va être souvent 1-2 mois où je suis sur le terrain. Et après ça, mes visites subséquentes, je vais peut-être y aller deux fois par année, trois semaines chaque fois. [...] Je donne aux gens des tâches graduellement, j'essaie de les amener à se construire. Et je suis en arrière-plan, c'est eux qui vont faire l'implantation. [...] Le reste du temps, on fonctionne par Skype.

De ce fait, il serait judicieux de la part des partenaires de prioriser les projets à long terme dans une perspective d'aide au développement. Cette piste de solution aiderait à limiter les enjeux liés à une présence transitoire et tendrait davantage vers leur mission de coopération internationale, en établissant des partenariats solides et véritables.

5.3.3. Domaine macro-environnemental

Parmi les ergothérapeutes interrogées, quelques-unes seulement ont été en mesure de proposer une piste de solution relevant du domaine macro-environnemental, c'est-à-dire en lien avec la société dans son ensemble. Cette piste de solution consiste à sensibiliser la société vers un changement de paradigme visant à orienter les pratiques vers des méthodes habilitantes.

5.3.3.1. Changer de paradigme : paternaliste à habilitant

Tel qu'illustré tout au long de ce travail, l'aide humanitaire amène un nombre considérable d'enjeux éthiques. Pour y remédier, une piste de solution envisageable sur le plan global serait de limiter l'aide étrangère sous le paradigme paternaliste, comme elle est déployée actuellement. Cette méthode paternaliste a des répercussions à différents niveaux, notamment sur le roulement important de volontaire : « *Bin moi, je pense vraiment que ça ne mène à rien [d'envoyer plusieurs volontaires] ... je pense que ça nuit plus que d'autres choses. Ils sont tout mêlés à travers les différentes approches.* » Une autre participante ajoute que certains pays peuvent ne pas être en accord avec les services reçus :

C'est quoi cette affaire-là d'envoyer toujours quelqu'un d'un western country? T'sais... je veux dire... il faut quelque chose qui part d'eux! Une prise de conscience ou quelque chose qui vient d'eux, sur leur désir de changer leur pratique. Là, ils se faisaient imposer aussi des volontaires, ce n'est pas eux qui ont demandé ça là! T'sais, je veux dire... c'est de même, ils reçoivent de l'aide... sont-ils d'accord?

Cela dit, le changement de paradigme viserait à habilitier les populations locales à se prendre en main. Une participante propose qu'il « *pourrait s'agir de déplacer les financements accordés aux pratiques actuelles et les rediriger vers des pratiques visant un renforcement authentique des capacités locales par des agents locaux bien formés et au fait des pièges éthiques inhérents à leur contexte culturel* ». Autrement dit, pour cette participante, il ne s'agit pas de « jeter le bébé avec l'eau du bain », mais de limiter l'aide étrangère qui ne parvient à actualiser les meilleures pratiques humanitaires.

Ainsi, cette piste de solution s'inscrit au-delà de favoriser l'enseignement aux populations locales présenté précédemment. Il s'agit plutôt, au niveau sociétal, d'instaurer des programmes de renforcement des capacités locales par des agents multiplicateurs. De fait, le changement de paradigme orienté vers l'habilitation doit mettre de l'avant des pratiques qui se fondent sur les préoccupations des communautés locales et qui misent sur leurs forces afin de respecter des valeurs, telles que le respect, l'égalité entre les peuples et les personnes, la santé et le bien-être des populations locales, de même que la sécurité culturelle.

À la lumière des résultats obtenus, il est possible de classifier les enjeux éthiques et leurs pistes de solution selon les domaines de l'éthique de Glaser (1994). La Figure 4 illustre cette analyse et facilite la comparaison des résultats obtenus pour les deux questions de recherche.

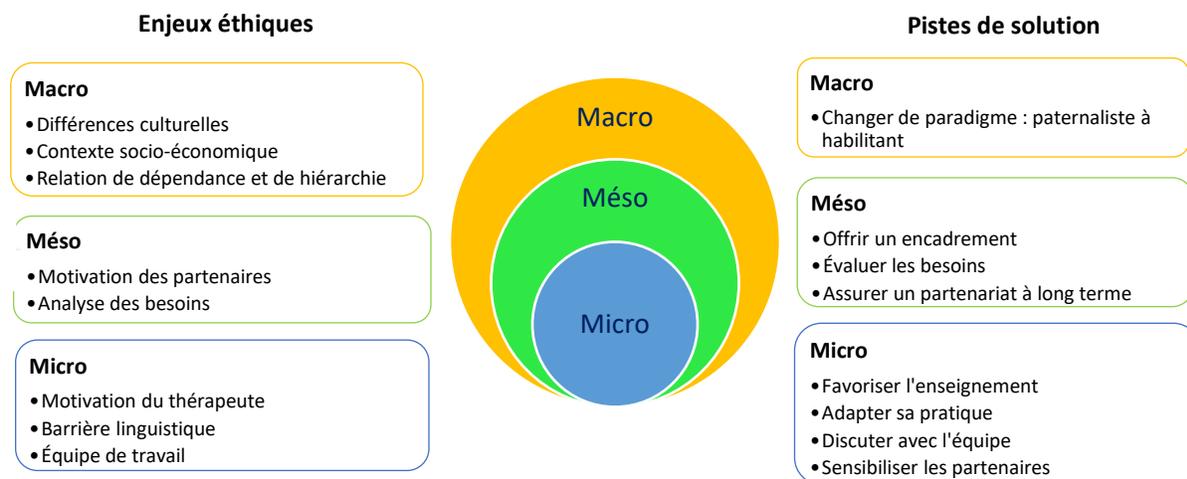


Figure 4. Résultats obtenus aux deux questions de recherche selon la typologie de Glaser (1994)

6. DISCUSSION

Dans cette section, un retour aux objectifs de la recherche et aux questions de recherche est effectué, lequel est suivi d'une comparaison entre les résultats de la recherche et ceux documentés dans les écrits. Aussi, une interprétation critique des résultats est présentée, laquelle aborde trois thèmes, soit : a) les motivations sous-jacentes à l'engagement dans une pratique humanitaire, b) la difficulté pour les participantes à agir dans le domaine macro-environnemental et c) le paradoxe entre la bienfaisance et la nuisance de la pratique humanitaire. Finalement, les forces et limites de l'étude sont présentées, de même que les retombées potentielles de la recherche sur les plans de la clinique, de l'enseignement, de la recherche et de la gouvernance.

6.1. Retour aux questions et objectifs de la recherche

Les questions à l'origine de la présente recherche étaient : 1) Quels sont les enjeux éthiques de la pratique humanitaire en ergothérapie ou les caractéristiques de la pratique humanitaire en ergothérapie susceptibles d'occasionner des enjeux éthiques? 2) Quels sont les moyens utilisés ou envisagés par des ergothérapeutes ayant l'expérience de cette pratique pour surmonter ces enjeux? Il s'ensuit que les objectifs de la recherche étaient les suivants : 1) Explorer les enjeux éthiques de la pratique humanitaire en ergothérapie ou les caractéristiques de la pratique humanitaire en ergothérapie susceptibles d'occasionner des enjeux éthiques, et 2) Explorer les moyens utilisés ou envisagés par des ergothérapeutes ayant l'expérience de cette pratique pour surmonter ces enjeux.

Les questions de recherche ont été répondues par l'entremise d'entrevues réalisées avec sept ergothérapeutes. L'échantillon de participantes ayant des caractéristiques variées, autant en termes d'expériences humanitaires que des formations reçues, a permis de tendre vers la saturation des données, tel que suggéré par Thomas et Pollio (2002). En effet, les réponses obtenues aux dernières entrevues reflétaient ce qui avait été rapporté précédemment par les autres participantes, ce qui laisse penser que la saturation des données ait été obtenue. Il est alors possible d'affirmer que les objectifs de l'étude ont été atteints, tenant compte de l'aspect exploratoire de la recherche.

6.2. Comparaison des résultats avec ceux documentés dans les écrits

Il s'avère maintenant intéressant de comparer les résultats ici obtenus avec ceux documentés dans les écrits. Pour ce faire, les ressemblances, les différences, de même que les résultats inédits sont soulevés autant pour le thème des enjeux éthiques que pour celui des pistes de solution.

6.2.1. Enjeux éthiques

Concernant les enjeux éthiques, quelques ressemblances avec les écrits émergent. Tout d'abord, à l'instar de maints auteurs (Asgary et Junck, 2013; Bandyopadhyay, 2019; Barnett, 2005; De Vos, 2011; Slim, 2015; Sommers-Flanagan, 2007), les participantes ont rapporté que la pratique humanitaire comprend une dimension éthique considérable. Aussi, l'ensemble des participantes a spontanément discuté des enjeux éthiques de la pratique humanitaire suivant les caractéristiques de cette pratique qui les causent, comme c'est aussi le cas dans les écrits (Bourke-Taylor et Hudson, 2005; Cameron, 2008; Kronenberg, 2005; Molke et Rudman, 2009; Sheppard et Landry, 2016; Simmond, 2005; Simò Algado et Cardona, 2005; Stark, 2013; Thibeault, 2002; Tupe et al., 2015; Watson, 2006). Il semble être plus facile pour les ergothérapeutes d'aborder la dimension éthique de la pratique humanitaire à partir de caractéristiques concrètes de cette pratique, plutôt qu'en termes de valeurs potentiellement bafouées au quotidien. Il faut dire que les valeurs sont des concepts abstraits de nature évaluative (Drolet, 2014) souvent difficiles à appréhender de manière concrète. Les autres ressemblances entre les résultats de cette étude et les écrits concernent le fait que des enjeux éthiques peuvent émerger de certaines motivations égocentriques (Bjerneld et al., 2006; Hunt, 2009), des barrières linguistiques (Budi Santoso, 2013; Thibeault, 2002; Thibeault, 2005), de la collaboration avec des thérapeutes locaux (Hunt, 2008; Simmond, 2005), des différences culturelles (Watson, 2006) et du contexte socio-économique (Bourke-Taylor et Hudson, 2005; Cameron, 2008; Hunt, 2008; Hunt, 2009; Hunt, 2011; Kronenberg, 2005; Schwartz et al., 2010; Sheppard et Landry, 2016; Simmond, 2005; Sinding et al., 2010; Stark, 2013; Thibeault, 2002; Thibeault, 2005; Tupe et al., 2015; Watson, 2006). Ces ressemblances entre les résultats et ceux documentés dans les écrits ne sont guère étonnantes, puisqu'il s'agit de caractéristiques connues et attendues de la pratique humanitaire.

Pour ce qui est des différences, l'une d'elles a émergé quant aux enjeux éthiques en lien avec les différents types de partenaires. Dans plusieurs écrits, les enjeux concernent les ONG et sont principalement en lien avec une faible coordination des services sur le terrain (Budi Santoso, 2013; Sondorp, Kaiser et Zwi, 2001; Thibeault, 2002) ou reliés au fait que les services ne sont pas centrés sur les besoins avérés ou réels de la population (Asgary et Lawrence, 2014; Fuller, 2006; Fraser et al., 2015). Ces résultats sont confirmés dans la présente étude non seulement pour les ONG, mais également pour d'autres types de partenaires, comme les universités ou les organismes subventionnaires. Ainsi, il semble juste d'affirmer que peu importe le partenaire avec lequel le professionnel est en lien, des enjeux éthiques sont susceptibles de se produire. Aussi, les phénomènes de hiérarchie et de relation de dépendance entre les pays ont été relevés autant dans cette étude que dans les écrits (Asgary et Lawrence, 2014; Barnett, 2005; De Vos, 2011; Hunt, 2009; Hunt, 2011; Slim, 2015; Tupe et al., 2015). Toutefois, les participantes ont certes constaté la présence d'enjeux éthiques en lien avec ces phénomènes, mais cela pendant ou après l'expérience. De ce fait, il s'agit d'enjeux qui sont présents et observables sur le terrain, comme en témoignent les écrits, mais qui ne sont pas abordés en amont selon les participantes.

Un résultat inédit émerge de la présente étude, puisqu'il n'était pas abordé dans les écrits à notre connaissance. Il s'agit du fait que l'équipe de travail constitue un facteur susceptible d'amener des enjeux éthiques dans le cadre de la pratique humanitaire. En fait, dans les écrits, l'importance d'avoir une bonne équipe de travail est plutôt traitée comme une piste de solution : par exemple, il est recommandé d'avoir une préparation prédépart en groupe (Asgary et Lawrence, 2014; Cameron, 2008; Fraser et al., 2015; Hunt, 2008; Hunt, 2009; Hunt, Schwartz et Elit, 2012; Hunt et al., 2014; Thibeault, 2002; Thibeault, 2005), de même que d'avoir des discussions d'équipe sur le terrain (Hunt, 2009; Hunt, Schwartz et Elit, 2012). La présente étude confirme qu'une bonne équipe est source de succès, mais que celle-ci n'est pas toujours présente ou vient avec ses contraintes, d'où la possibilité que l'équipe puisse être une source d'enjeux éthiques, et ce, que cette équipe soit constituée d'intervenants occidentaux ou locaux.

6.2.2. Pistes de solution

Pour ce qui est des pistes de solution, les ressemblances entre les résultats de l'étude et les écrits concernent l'importance d'adapter sa pratique selon le pays d'accueil (Budi Santoso,

2013; Kronenberg, 2005; Simmond, 2005; Simò Algado et Cardona, 2005; Thibeault, 2002; Thibeault, 2005; Tupe et al., 2015; Watson, 2006), de réfléchir sur ses motivations, ses valeurs et ses croyances pour ajuster ses attentes (Asgary et Lawrence, 2014; Bjerneld et al., 2006; Cameron, 2008; Hunt, Schwartz et Elit, 2012; Hunt et al., 2014; Kronenberg, 2005; Watson, 2006), de délibérer en équipe face à une situation problématique (Hunt, 2009; Hunt, Schwartz et Elit, 2012) et que les partenaires offrent un encadrement tout au long du processus (Hunt, 2008; Hunt, Schwartz et Elit, 2012). D'autre part, une piste de solution qui a émergé de l'analyse des verbatim était de limiter l'aide humanitaire, telle qu'elle est déployée actuellement, c'est-à-dire suivant une approche essentiellement *top-down* et déconnectée des véritables besoins et préoccupations des populations locales. L'Anson et Pfeifer (2013) partagent également ce point de vue, qu'ils qualifient certes de radical, mais qui permettrait de limiter l'effet néfaste de l'aide humanitaire provoqué par les partenaires, les ONG plus précisément. Il s'agit alors d'une piste de solution peu documentée, mais qui est unanime pour les individus qui s'intéressent et qui sont en mesure de nommer des solutions relevant du domaine macro-environnemental. Une approche plus nuancée consiste à miser sur une pratique humanitaire *bottom-up* habilitante et centrée sur les besoins, forces et préoccupations des populations locales.

Une différence est ressortie quant au transfert des connaissances aux thérapeutes locaux. Les études actuelles sur le sujet recommandent certes d'assurer la pérennité des services, mais sans spécifier qu'il est possible de le faire en transférant ses connaissances. Il est possible de croire que cela s'explique par une contradiction entre le fait de respecter la culture locale et l'enseignement de notions qui relèvent d'une culture occidentale. Tel que mentionné par une des participantes et dans certains écrits (Cameron 2008; OMS, 2011; Hunt, 2011; Hunt et al., 2014; Thibeault, 2005; Tupe et al., 2015), il s'agit plutôt de renforcer les capacités locales en se basant sur leur culture et leurs valeurs. Cette nuance n'était toutefois pas nommée par la majorité des participantes. Il serait alors intéressant de se questionner sur le paradoxe entre, d'une part, le transfert de connaissances suivant une approche *top-down* et paternaliste et, d'autre part, une approche *bottom-up* habilitante et respectueuse de la culture locale. Tout ceci pour dire que les résultats révèlent une tension entre deux manières de concevoir la pratique humanitaire. De fait, les résultats attestent d'une tension entre deux paradigmes au fondement de cette pratique. Ainsi, lorsque la participante adopte le paradigme *top-down*, elle souhaite l'élimination de la pratique

humanitaire. Par contre, lorsqu'une participante prône le paradigme *bottom-up*, elle vise plutôt la réforme de cette pratique, soit le remplacement de l'approche *top-down* par l'approche *bottom-up*.

Un résultat inédit est ressorti de l'étude quant aux pistes de solution. En fait, certaines participantes ont mentionné avoir eu à sensibiliser les partenaires avec lesquels elles ont fait affaire en lien avec les enjeux éthiques vécus sur le terrain. Elles rapportent que, selon leur expérience, les partenaires n'ont parfois pas conscience des enjeux de cette pratique, puisqu'ils s'intéressent peu à la réalité du terrain, en raison de leur motivation souvent financière. Ces participantes rapportent alors l'importance de sensibiliser les partenaires aux enjeux dans lesquels ils les plongent sur le terrain. À notre connaissance, cette piste de solution n'est pas documentée dans les écrits pour ce qui est de la pratique humanitaire effectuée par des professionnels de la santé. Cette piste de solution relève d'une certaine compétence d'*advocacy*, en ceci qu'elle est liée au fait d'argumenter dans le but de convaincre. Il semble que les participantes interrogées ont fait preuve d'*advocacy* et qu'elles étaient centrées sur les besoins réels de la population, mais seules des observations terrain ou de la documentation des perceptions des populations locales permettraient de le confirmer. Dans tous les cas, cela manifeste certainement des compétences attendues de la part de l'ergothérapeute, notamment en ce qui a trait aux rôles d'agent de changement social (ACE, 2012).

6.3. Interprétation critique des résultats

La présente section laisse maintenant place à une interprétation critique des résultats. Pour ce faire, trois thèmes seront discutés : a) les motivations sous-jacentes à l'engagement dans une pratique humanitaire, b) la difficulté pour les participantes à agir dans le domaine macro-environnemental et c) le paradoxe entre la bienfaisance et la nuisance de la pratique humanitaire.

6.3.1. Motivations sous-jacentes à l'engagement humanitaire

Dans un premier temps, les résultats ont révélé, autant pour le thérapeute que pour le partenaire, qu'une motivation égocentrique peut parfois les mener à s'engager dans une pratique humanitaire. Il s'avère intéressant d'aborder ce phénomène du point de vue de l'éthique déontologique, qui affirme que les intentions d'un individu déterminent la valeur éthique de ses

actions (Kant, 1986). De ce point de vue, les motivations altruistes sont souhaitées au détriment des motivations liées aux intérêts personnels de nature individualiste, voire égocentrique, puisqu'elles considèrent les droits d'autrui et favorisent la conduite éthique. Il s'agit alors de la notion de bonne volonté proposée par Kant (1986), suivant laquelle les intentions doivent être pures et reposer sur l'actualisation de nos devoirs éthiques en tant qu'individu. De ce fait, les ergothérapeutes et les partenaires impliqués dans la pratique humanitaire, qui le font parfois pour répondre à un besoin égoïste, risquent de bafouer les droits des individus qui reçoivent leurs services, si leurs intentions ne sont pas exemptes de considérations égoïstes. Ils risquent d'être confrontés à des conflits d'intérêts, voire à des tentations éthiques (Swisher et al., 2005) difficiles à percevoir et à gérer. Face à de telles situations, les ergothérapeutes ou les partenaires doivent s'assurer que leurs intérêts personnels de nature égocentriques ne briment pas les droits et intérêts des individus concernés, que leurs actions actualisent des valeurs comme le respect de la dignité humaine et de l'autodétermination, pour ne nommer que ces deux valeurs centrales dans l'éthique déontologique (Drolet, 2014). Il importe donc de reconnaître lorsqu'une telle motivation égoïste se manifeste, afin d'orienter ses actions selon un souci des droits éthiques des populations touchées. En ce sens, Slim (2015) propose que d'avoir des motivations variées, autant personnelles que morales ou plutôt éthiques, est justifiable dans un contexte d'aide humanitaire, tant que les individus le reconnaissent et aient une sensibilité éthique dans leurs actions. Pour ce faire, il sera pertinent d'offrir davantage de sensibilisation quant aux enjeux éthiques de la pratique humanitaire, autant pour les partenaires que pour les individus.

6.3.2. Difficulté à agir dans le domaine macro-environnemental

Lorsque questionnées sur le sujet, les participantes ont été en mesure de nommer plus facilement des pistes de solution relevant du domaine micro-environnemental et méso-environnemental. Toutefois, peu de participantes ont su relever des pistes de solution du domaine macro-environnemental, malgré qu'elles reconnaissent la présence d'enjeux à ce niveau, comme les résultats en témoignent. En ce sens, il est possible de constater que les ergothérapeutes nomment des pistes de solution sur lesquelles elles peuvent exercer un contrôle. Les pistes de solution relevant du domaine méso-environnemental sont également nommées par les ergothérapeutes, puisqu'elles ont pratiqué dans cette structure organisationnelle pendant l'expérience et ont su, pour la majorité, reconnaître ce qui pourrait se faire autrement à ce niveau.

Toutefois, pour ce qui est des pistes de solution du domaine macro-environnemental, une seule piste de solution est ressortie pour quelques participantes seulement. Ce résultat n'est toutefois guère surprenant, puisqu'il est compréhensible que les ergothérapeutes soient moins portés à agir sur les solutions qui relèvent de la société dans son ensemble, notamment en raison de l'impression de ne pas pouvoir y exercer un contrôle. Cependant, la piste de solution proposée, qui est de changer d'un paradigme paternaliste à habilitant, permettrait d'avoir un impact plus considérable sur l'occurrence des enjeux éthiques que celles relevant des domaines micro et méso-environnemental dont l'impact demeure parfois limité. Lorsqu'on agit au niveau macro-environnemental, il s'agit d'agir en amont et de prévenir les enjeux éthiques à leur source. En d'autres termes, agir au niveau sociétal permettrait de réduire de manière efficace la présence des enjeux éthiques découlant de la pratique humanitaire. Cela mène d'ailleurs à se questionner sur l'efficacité de la pratique humanitaire en lien avec le nombre d'enjeux qui ont découlé des résultats. Cette réflexion constitue le prochain élément de discussion.

6.3.3. Paradoxe entre la bienfaisance et la nuisance

À la lumière des résultats, des questionnements émergent quant à l'efficacité réelle des services déployés sur le terrain. Tel que mentionné, la pratique humanitaire apporte son lot d'enjeux et une pratique non soucieuse de l'éthique peut comporter des risques autant pour les professionnels de la santé que pour la population locale soi-disant bénéficiaire des services. De plus, les pistes de solutions existantes ne sont pas suffisantes pour surmonter ces risques. Cela mène finalement à nous questionner si la pratique humanitaire n'était pas davantage nuisible que bienfaisante pour le pays d'accueil, notamment en ce qui a trait aux pratiques humanitaires qui ne respectent pas les meilleures pratiques humanitaires. Le fait de parler d'aide humanitaire présume peut-être à tort qu'il s'agit dans tous les cas d'une aide réelle qui est apportée ou masquée, à tout le moins, le fait que des maux ou des torts puissent être commis. En outre, on peut se questionner quant à l'impact de cette dite aide humanitaire sur l'égalité entre les pays du Nord et du Sud. Cette aide n'instaure-t-elle pas une hiérarchie entre les peuples? N'est-elle pas le visage contemporain du colonialisme des siècles derniers? Ne stigmatise-t-elle pas les pays en développement comme imparfaits, incomplets ou immatures, en ceci qu'ils ont besoin d'aide et sont en voie de développement? Le philosophe contemporain Peter Singer (2015) propose la notion d'altruisme efficace, suivant laquelle chaque individu devrait s'assurer que ses actions

sont réellement efficaces pour réduire les inégalités entre les pays. Il estime que les individus nantis ont la responsabilité éthique de réduire ces inégalités par l'altruisme efficace. En ce sens, il propose de se questionner pour favoriser des actions qui ont le plus grand impact pour les populations dites vulnérables, afin d'être le plus efficace possible dans nos comportements altruistes. Il propose comme exemple le fait d'investir plutôt l'argent dépensé inutilement dans notre quotidien dans l'envoi de dons monétaires à des organisations prouvées comme efficaces. Il illustre cette notion d'altruisme efficace comme la combinaison entre les émotions et la raison, comme quoi il importe de se questionner de façon rationnelle pour tendre efficacement vers des actions altruistes. En d'autres termes, il s'agit d'utiliser son intelligence pour s'assurer que les actions choisies soient réellement efficaces, c'est-à-dire au bénéfice des personnes qui ont de fait besoin d'aide. À la lumière de ceci, il serait intéressant que les professionnels de la santé qui souhaitent s'engager dans une pratique humanitaire se questionnent d'abord sur l'efficacité réelle de leurs interventions, pour ainsi opter vers une action qui serait réellement efficace et donc bénéfique pour la population ciblée, donc de s'engager, le cas échéant, à l'humanitaire dans des pratiques véritablement probantes et non pas dans des pratiques paternalistes qui nuisent aux relations entre les peuples.

6.4. Forces et limites de l'étude

Cette étude présente des forces et des limites. Pour ce qui est des forces, l'étude documente des enjeux éthiques non documentés à ce jour, ce qui contribue au développement des connaissances éthiques dans le domaine de l'ergothérapie. Aussi, le recrutement des participantes à l'aide de deux méthodes de recrutement a permis d'obtenir un échantillon varié de participantes, notamment sur le plan des expériences à l'humanitaire, des formations en éthique ainsi que des expériences et des fonctions professionnelles. Les résultats obtenus lors des entrevues reflétaient dès alors un large spectre d'expériences, permettant ainsi de récolter des perceptions variées sur la pratique de l'ergothérapie à l'humanitaire, sans toutefois nuire à la saturation des données. De plus, l'utilisation d'un canevas d'entrevue abordant les enjeux éthiques de manière libre et éclairée a permis de donner la parole aux ergothérapeutes sur un sujet peu abordé et de laisser place à leurs perceptions de leurs expériences et leurs réflexions sur le sujet. Finalement, l'utilisation de la typologie de Glaser (1994) pour classer les résultats a

permis une cohérence entre les caractéristiques d'enjeux éthiques et les pistes de solution, ce qui en a facilité l'interprétation critique.

En ce qui a trait aux limites, tout d'abord, aucun participant masculin n'a pris part à la recherche. Il est possible que des hommes ergothérapeutes aient une perception différente, dans une certaine mesure, des phénomènes ici investigués. Cependant, nous ne sommes pas en mesure de l'affirmer ni de le nier à l'heure actuelle. Aussi, les phénomènes scrutés ont été documentés selon la perception des ergothérapeutes. Toutefois, il aurait pu être intéressant de trianguler les informations sur le sujet, en documentant les perceptions des partenaires et des populations locales. Cela aurait permis de recueillir les points de vue de l'ensemble des acteurs impliqués et ainsi d'obtenir des résultats holistiques sur le sujet. De plus, bien que la saturation des données semble avoir été obtenue, il n'est pas impossible que la perception d'autres participants aurait permis de bonifier certains résultats. En ce sens, il est possible de penser qu'une autre méthode d'échantillonnage aurait pu rejoindre de façon plus optimale un plus grand nombre de participants ayant de l'expérience dans ce domaine.

6.5. Retombées potentielles de l'étude

Cette recherche a des retombées potentielles sur les plans de la clinique, de l'enseignement, de la recherche et de la gouvernance. Tout d'abord, d'un point de vue clinique, les ergothérapeutes ayant un intérêt pour la pratique humanitaire peuvent se référer à cette recherche dans leur processus de préparation afin d'être davantage sensibilisés aux enjeux éthiques qui sont à risque de survenir, permettant ensuite d'amorcer la réflexion quant aux pistes de solution possibles. L'ergothérapeute pourrait alors orienter ses actions en ce sens, par exemple en décidant de s'engager ou non dans une pratique humanitaire ou de choisir une pratique probante au détriment d'une pratique non probante. Dans le cas où l'ergothérapeute décide de s'engager sur le terrain, cette préparation et cette sensibilisation sur le plan de l'éthique lui permettront de prévenir l'apparition de situations problématiques de nature éthique et ainsi de possiblement diminuer les risques associés pour lui-même et pour la population locale.

Du point de vue de l'enseignement, cette étude soutient le fait que la formation en éthique est nécessaire dans le cadre des études en ergothérapie (Hudon et al., 2014), puisqu'elle a des

impacts réels sur le terrain et dans la pratique humanitaire, dans ce cas-ci. En ce sens, il importe que les professionnels développent une sensibilité éthique avant de s'engager sur le terrain et d'offrir des services à des populations vulnérables et culturellement différentes, comme c'est le cas notamment pour la pratique humanitaire. Les résultats de la recherche peuvent aussi sensibiliser les étudiants en ergothérapie qui réalisent un stage à l'international dans le cadre de leurs études aux enjeux éthiques d'une telle pratique.

Du point de vue de la recherche, cette étude permet de documenter pour une première fois un sujet innovant, autant en ce qui a trait à la pratique humanitaire en ergothérapie qu'aux enjeux éthiques. Elle offre également des pistes de solution pour outiller les ergothérapeutes ayant un intérêt pour la pratique humanitaire à faire face à des situations problématiques sur le plan de l'éthique. Cette recherche ouvre également la porte à des recherches plus approfondies sur le sujet, notamment quant aux différentes perceptions des acteurs impliqués, des différents paradigmes au fondement des pratiques humanitaires ou à l'efficacité de la pratique humanitaire, pour ne donner que ces exemples.

Finalement, au sujet de la gouvernance, cette recherche met en évidence que les enjeux éthiques et les pistes de solutions quant à la pratique humanitaire relèvent en grande partie de la société dans son ensemble, voire des organisations internationales. En effet, cette pratique relève ultimement des interactions au niveau sociétal entre les pays. Cela dit, il s'agit d'une problématique qui est fortement influencée par les décisions gouvernementales et les politiques nationales et internationales. Les résultats montrent que les enjeux de la pratique humanitaire sont réels et que des pistes de solution doivent être mises en place en amont, car cette pratique semble parfois engendrer des conséquences négatives pour les populations locales. Cette étude a également permis de constater que peu de solutions sont nommées au niveau macro-environnemental, mais que les changements concrets et efficaces se situent à ce niveau, ne serait-ce qu'en sensibilisant la société, en contrôlant davantage les services offerts à l'humanitaire, en optant pour une approche *bottom-up* habilitante et respectueuse des traditions locales ou encore en imposant des balises aux partenaires qui veulent déployer des services dans des pays en développement que les risques associés à la pratique humanitaire pourraient se voir diminués. À

la lumière de ceci, cette recherche peut voir des retombées et ouvrir des pistes de réflexion d'intérêt pour la gouvernance de cette pratique.

7. CONCLUSION

Cette recherche visait l'exploration des enjeux éthiques de la pratique humanitaire en ergothérapie et des pistes de solutions utilisées ou envisagées par les ergothérapeutes pour aborder ces enjeux. De ce fait, dans un premier temps, l'ensemble des participantes a témoigné des enjeux éthiques en termes des caractéristiques de la pratique humanitaire susceptibles d'occasionner de tels enjeux, et ce, dans les trois domaines de l'éthique de Glaser (1994). Dans un deuxième temps, les pistes de solutions rapportées par les participantes ont également été analysées selon les domaines d'environnement de Glaser (1997).

Enfin, bien qu'exploratoire, cette recherche révèle l'importance de réfléchir sur les motivations sous-jacentes à la pratique humanitaire, autant pour les professionnels que pour les partenaires, de même que l'importance de mettre en place des solutions, ou du moins de sensibiliser, au niveau sociétal, les divers acteurs de la pratique humanitaire quant aux enjeux éthiques de cette pratique. Finalement, cette recherche mène à se questionner quant à l'efficacité réelle du déploiement de tels services dans les pays en développement. De fait, cette recherche ouvre la porte à des recherches futures sur l'éthique humanitaire pour les professionnels de la santé, lequel constitue un phénomène de plus en plus en vogue actuellement, mais dont généralement un seul côté de la médaille, soit les avantages et les beaux côtés d'une telle pratique, est généralement exposé à la société. Cet essai offre ainsi un aperçu de l'envers de la médaille. En espérant que l'ergothérapie de demain saura actualiser son rôle d'expert en habilitation aux occupations, et ce en prônant une approche habilitante dans les pays en voie de développement.

RÉFÉRENCES

- Active Learning Network for Accountability and Performance [ALNAP]. (2018). *The State of the Humanitarian System: Summary*. Repéré à <https://sohs.alnap.org/help-library/the-state-of-the-humanitarian-system-2018-summary>
- Asgary, R., et Junck, E. (2013). New trends of short-term humanitarian medical volunteerism: professional and ethical considerations. *Journal of Medical Ethics*, 39(10), 625-631.
- Asgary, R., et Lawrence, K. (2014). Characteristics, determinants and perspectives of experienced medical humanitarians: a qualitative approach. *BMJ Open*, 4(12), 1-14. doi:10.1136/bmjopen-2014-006460
- Association canadienne des ergothérapeutes [ACE]. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Repéré à https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Profil_de_la_pratique_des_ergotherapeutes_au_Canada20121.pdf
- Association québécoise des organismes de coopération internationale [AQOCI]. (s.d.). Répertoire des membres. Repéré à <https://www.aqoci.qc.ca/?-Repertoire-des-membres->
- Bandyopadhyay, R. (2019). Volunteer tourism and “The White Man’s Burden”: globalization of suffering, white savior complex, religion and modernity. *Journal of Sustainable Tourism*, 27(3), 327-343. doi:10.1080/09669582.2019.1578361
- Barnett, M. (2005). Humanitarianism Transformed. *Perspectives on Politics*, 3(4), 723-740. doi:10.1017/S1537592705050401
- Bjerneld, M., Lindmark, G., McSpadden, L. A., et Garrett, M. J. (2006). Motivations, Concerns, and Expectations of Scandinavian Health Professionals Volunteering for Humanitarian Assignments. *Disaster Management & Response*, 4(2), 49-58. doi:https://doi.org/10.1016/j.dmr.2006.01.002
- Bourke-Taylor, H., et Hudson, D. (2005). Cultural differences: The experience of establishing an occupational therapy service in a developing community. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(3), 188-198. doi:10.1111/j.1440-1630.2005.00493.x
- Budi Santoso, T. (2013). Occupational therapy fieldwork experience in disaster response and recovery. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 68(1), 31-43. doi:10.1179/otb.2013.68.1.009
- Bushby, K., Chan, J., Druif, S., Ho, K., et Kinsella, E. A. (2015). Ethical tensions in occupational therapy practice: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(4), 212-221. doi:10.1177/0308022614564770

- Cameron, D. (2008). Working Internationally. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 28(2), 109-116. doi:10.1080/01942630802031792
- Cleaver, S. R., Carvajal, J. K., et Sheppard, P. S. (2016). L'humilité culturelle : Une façon de penser pour orienter la pratique à l'échelle mondiale. *Physiotherapy Canada*, 68(1), 2-4. doi:10.3138/ptc.68.1.GEF
- Coalition Humanitaire. (2019). *L'aide humanitaire et l'aide au développement forment-ils un continuum?* Repéré à <https://www.coalitionhumanitaire.ca/laide-humanitaire-et-laide-au-developpement>
- Coleman, C.H., Bouesseau, M.C., et Reis, A. (2008). Contribution de l'éthique à la santé publique. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 86, 577-656. Repéré à <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-055954/fr/>
- Corbière, M., et Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- De Vos, J. (2011). The psychologization of humanitarian aid: skimming the battlefield and the disaster zone. *History of the Human Sciences*, 24(3), 103-122. doi:10.1177/0952695111398572
- Drolet, M.-J. (2014). *De l'éthique à l'ergothérapie: la philosophie au service de la pratique ergothérapique*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Fortin, M.F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche (3e édition). Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, Canada : Chenelière Éducation.
- Fraser, V., Hunt, M. R., de Laat, S., et Schwartz, L. (2015). The Development of a Humanitarian Health Ethics Analysis Tool. *Prehospital and Disaster Medicine*, 30(4), 412-420. doi:10.1017/S1049023X1500480X
- Fuller, L. (2006). Justified Commitments? Considering Resource Allocation and Fairness in Medecins Sans Frontieres-Holland. *Developing World Bioethics*, 6, 59–70.
- Gadamer, H.G. (1976). *Philosophical hermeneutics*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théories, pratique et évaluation. Dans J. Poupart, L.H. Groulx, J.P. Deslauriers, A. Lapierre, R. Mayer et A.P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 341-364), Boucherville : Gaëtan Morin,.
- Glaser, J. (1994). *Three realms of ethics: Individual, institutional, societal : theoretical model and case studies*. Kansas City, MO: Sheed & Ward.

- Global Humanitarian Assistance [GHA]. (2014). Global Humanitarian Assistance Report. Repéré à <http://devinit.org/wp-content/uploads/2014/09/Global-Humanitarian-Assistance-Report-2014.pdf>
- Haig, A. J., Im, J., Adewole, D., Nelson, V., et Krabak, B. (2009). The practice of physical and rehabilitation medicine in sub-Saharan Africa and Antarctica: A white paper or a black mark? *Journal of Rehabilitation Medication*, 41, 401–405.
- Hudon, A., Laliberté, M., Hunt, M., Sonier, V., Williams-Jones, B., Mazer, B., . . . Feldman, D. E. (2014). What place for ethics? An overview of ethics teaching in occupational therapy and physiotherapy programs in Canada. *Disability and Rehabilitation: An Humanitaire, Multidisciplinary Journal*, 36(9), 775-780. doi:10.3109/09638288.2013.813082
- Hunt, M. R. (2008). Ethics beyond borders: How health professionals experience ethics in humanitarian assistance and development work. *Developing World Bioethics*, 8(2), 59-69. doi:10.1111/j.1471-8847.2006.00153.x
- Hunt, M. R. (2009). Moral Experience of Canadian Healthcare Professionals in Humanitarian Work. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(6), 518-524. doi:10.1017/S1049023X00007445
- Hunt, M. R. (2011). Establishing moral bearings: ethics and expatriate health care professionals in humanitarian work. *Disasters*, 35(3), 606-622. doi:10.1111/j.1467-7717.2011.01232.x
- Hunt, M. R., et Carnevale, F. A. (2011). Moral experience: a framework for bioethics research. *Journal of medical ethics*, 37(11), 658-662.
- Hunt, M. R., Schwartz, L., et Elit, L. (2012). Experience of Ethics Training and Support for Health Care Professionals in International Aid Work. *Public Health Ethics*, 5(1), 91-99.
- Hunt, M. R., Schwartz, L., et Fraser, V. (2013). “How Far Do You Go and Where Are the Issues Surrounding That?” Dilemmas at the Boundaries of Clinical Competency in Humanitarian Health Work. *Prehospital and Disaster Medicine*, 28(5), 502-508. doi:10.1017/S1049023X13008698
- Hunt, M. R., Schwartz, L., Sinding, C., et Elit, L. (2014). The ethics of engaged presence: A framework for health professionals in humanitarian assistance and development work. *Developing World Bioethics*, 14(1), 47-55. doi:10.1111/dewb.12013
- Hurst, S. A., Metzger, N., et Mauron, A. (2009). Allocating Resources in Humanitarian Medicine. *Public Health Ethics*, 2, 89–99.
- Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology*. Evanston: Northwestern University Press.

- Husserl, E. (1999). The train of thoughts in the lectures. Dans E. C. Polifroni et M. Welch (Éds), *Perspectives on philosophy of science in nursing* (pp. 247-262). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kant, E. (1986). *Oeuvres philosophiques, Tome III*. Paris: Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade.
- Kelsen, H. (1941). The Pure Theory of Law and Analytical Jurisprudence. *Harvard Law Review*, 55(1), 44–70. <http://doi.org/10.2307/1334739>
- Kinsella, E.A., Park, A., Appiagyei, J., Chang, E., et Chow, D. (2008). Through the eyes of students. Ethical tensions in occupational therapy practice, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 176-183.
- Klappa, S., Audette, J., et Do, S. (2014). The roles, barriers and experiences of rehabilitation therapists in disaster relief: post-earthquake Haiti 2010. *Disability and Rehabilitation*, 36(4), 330-338. doi:10.3109/09638288.2013.791726
- Kohlberg, L. (1986). A current statement on some theoretical issues. Dans Modgil, S. et Modgil, C. (Dir.), *Lawrence Kohlberg. Consensus and Controversy* (pp. 485-498). Philadelphia: The Falmer Press, Taylor & Francis Inc.
- Kronenberg, F. (2005). Occupational therapy with street children. Dans F. Kronenberg, S. S. Algado, et N. Pollard (Dir.), *Occupational Therapy without borders: Learning from the spirit of survivors* (pp. 232-244). Edinburgh: Elsevier, Churchill Livingstone.
- Landry, M. D., Dyck, T., et Raman, S. (2007). Poverty, disability and human development: a global challenge for physiotherapy in the 21st Century. *Physiotherapy*, 93(4), 233-234. doi:<https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.09.001>
- L'Anson, C., et Pfeifer, G. (2013). A critique of humanitarian reason: agency, power, and privilege. *Journal of Global Ethics*, 9(1), 49-63. doi:10.1080/17449626.2012.756419
- Laplante, J. (2005). Tourisme humanitaire : Au nom des droits humains et du bien-être pour tous. *Téoros*, 24(3), 30-36. Repéré à <http://journals.openedition.org/teoros/2220>
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., et Letts, L. (2009). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9–23.
- Le Coconnier, M., et Pommier, B. (2012). *L'action humanitaire*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Ledgerd, R. (2011). Human Resources Project 2010. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 63(1), 9-15. doi:10.1179/otb.2011.63.1.003

- Lee, H. C. (2014). The role of occupational therapy in the recovery stage of disaster relief: A report from earthquake stricken areas in China. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(1), 28-31. doi:10.1111/1440-1630.12106
- Légis Québec. (2015). Code de déontologie des ergothérapeutes. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26R113.htm
- Molke, D. K., et Rudman, D. L. (2009). Governing the Majority World? Critical reflections on the role of occupation technology in international contexts. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(4), 239-248. doi:10.1111/j.1440-1630.2008.00742.x
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2011). Rapport mondial du handicap. Repéré à https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/fr/
- Roeder, L. W., et Simard, A. (2013). *Diplomacy and Negotiation for Humanitarian NGOs*. New York, NY: Springer New York.
- Sanchez, J. (2012). Un portrait des ONG canadiennes en développement international. Repéré à <https://www.aqoci.qc.ca/?Un-portrait-des-ONG-canadiennes-en>
- Scaffa, M. E., Gerardi, S., Herzberg, G., et McColl, M. A. (2006). The role of occupational therapy in disaster preparedness, response, and recovery. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 642–649.
- Schwartz, L., Sinding, C., Hunt, M., Elit, L., Redwood-Campbell, L., Adelson, N., . . . DeLaat, S. (2010). Ethics in Humanitarian Aid Work: Learning From the Narratives of Humanitarian Health Workers. *AJOB Primary Research*, 1(3), 45-54. doi:10.1080/21507716.2010.505898
- Sheppard, P. S., et Landry, M. D. (2016). Lessons from the 2015 earthquake(s) in Nepal: implication for rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 38(9), 910-913. doi:10.3109/09638288.2015.1064482
- Simmond, M. (2005). Practicing to learn: Occupational therapy with the children of Viet Nam. Dans F. Kronenberg, S. S. Algado, et N. Pollard (Dir.), *Occupational Therapy without borders: Learning from the spirit of survivors* (pp. 277-286). Edinburgh: Elsevier, Churchill Livingstone.
- Simò Algado, S., et Cardona, C. E. (2005). The return of the corn men: An intervention project with a Mayan community of Guatemala retornos. Dans F. Kronenberg, S. S. Algado, et N. Pollard (Dir.), *Occupational Therapy without borders: Learning from the spirit of survivors* (pp. 336-350). Edinburgh: Elsevier, Churchill Livingstone.
- Sinding, C., Schwartz, L., Hunt, M., Redwood-Campbell, L., Elit, L., et Ranford, J. (2010). 'Playing God Because you Have to': Health Professionals' Narratives of Rationing Care

- in Humanitarian and Development Work. *Public Health Ethics*, 3(2), 147-156. doi:10.1093/phe/phq015
- Singer, P. (2015). *The most good you can do: How effective altruism is changing ideas about living ethically*. États-Unis: Yale University Press.
- Slim, H. (2015). *Humanitarian Ethics: A guide to the morality of aid in war and disaster*. New York: Oxford University Press.
- Sommers-Flanagan, R. (2007). Ethical Considerations in Crisis and Humanitarian Interventions. *Ethics & Behavior*, 17(2), 187-202. doi:10.1080/10508420701378123
- Sondorp, E., Kaiser, T., et Zwi, A. (2001). Beyond emergency care: challenges to health planning in complex emergencies. *Tropical Medicine & International Health*, 6(12), 965-970. doi:10.1046/j.1365-3156.2001.00821.x
- Stark, S. (2013). Stories from the field: reflections on occupational therapy experiences in Haiti following the earthquake. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 68(1), 20-25. doi:10.1179/otb.2013.68.1.007
- Suyi, Y., Mei Poh, S., Tsunaka, M., et Hua Beng, L. (2006). Cultural influences on occupational therapy practice in Singapore: a pilot study. *Occupational Therapy International*, 13(3), 176-192. doi:10.1002/oti.217
- Swisher, L.L., Arsalanian, L.E., et Davis, C.M. (2005). The realm-individual-process situation (RIPS) model of ethical decision making. *HPA Resource*, 5(3), 3-8.
- Thibeault, R. (2002). Occupation and the Rebuilding of Civil Society: Notes From the War Zone. *Journal of Occupational Science*, 9(1), 38-47. doi:10.1080/14427591.2002.9686492
- Thibeault, R. (2005). Connecting health and social justice: A Lebanese experience. Dans F. Kronenberg, S. S. Algado, et N. Pollard (Dir.), *Occupational Therapy without borders: Learning from the spirit of survivors* (pp. 232-244). Edinburgh: Elsevier, Churchill Livingstone.
- Thomas, S. P., et Pollio, H. R. (2002). *Listening to Patients: A Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Thomas, Y., Gray, M., et McGinty, S. (2011). Occupational therapy at the 'cultural interface': Lessons from research with Aboriginal and Torres Strait Islander Australians. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(1), 11-16. doi:10.1111/j.1440-1630.2010.00917.x
- Tuckness, A. (2012). International Justice in Ethical Decision-Making. *Public Integrity*, 14(2), 113-126. doi:10.2753/PIN1099-9922140201

- Tupe, D. A., Kern, S. B., Salvant, S., et Talero, P. (2015). Building International Sustainable Partnerships in Occupational Therapy: A Case Study. *Occupational Therapy International*, 22(3), 131-140. doi:10.1002/oti.1407
- Watson, R. M. (2006). Being before doing: The cultural identity (essence) of occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(3), 151-158. doi:10.1111/j.1440-1630.2006.00598.x
- Weinstock, D. (2006). *Profession éthicien*. Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- World Federation of Occupational Therapists [WFOT]. (2019). *List of International Non-Government Organisations*. Repéré à <https://www.wfot.org/resources/list-of-international-non-governmental-organisations>

ANNEXE A
LETTRE DE RECRUTEMENT

Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie à l'humanitaire et les solutions pour surmonter de tels enjeux

Vous êtes ergothérapeute et vous travaillez, ou avez travaillé, à l'humanitaire? Par la présente, je sollicite votre collaboration pour participer à mon projet de recherche de maîtrise.

Dans le cadre de mes études à l'UQTR, sous la direction de Marie-Josée Drolet, ergothérapeute et éthicienne, je souhaite explorer les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie à l'humanitaire, ainsi que les moyens que les ergothérapeutes utilisent ou envisagent afin de surmonter ces enjeux. Comme ces situations ne sont pas documentées à ce jour, cette étude novatrice vise à donner la parole aux ergothérapeutes ayant l'expérience de cette pratique en croissance actuellement.

Si vous souhaitez participer à cette recherche, qui a obtenu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR, je vous invite à m'écrire par courriel à l'adresse suivante : claudia.rompre-ferland@uqtr.ca.

En vous remerciant grandement à l'avance pour votre précieuse collaboration!



Claudia Rompré-Ferland, étudiante à la maîtrise en ergothérapie



Marie-Josée Drolet, professeure au département d'ergothérapie

ANNEXE B
LETTRÉ D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
POUR LES PROFESSIONNELS**

Titre du projet de recherche :	Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie à l'humanitaire et les solutions pour surmonter de tels enjeux
Mené par :	Claudia Rompré-Ferland, M.sc(c), Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)
Sous la direction de :	Marie-Josée Drolet, PhD., erg., Département d'ergothérapie, UQTR

Préambule

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie à l'humanitaire, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse responsable de ce projet de recherche. Sentez-vous libre de demander des explications de tout mot ou renseignement qui ne sont pas clairs. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

Objectifs et résumé du projet de recherche

L'objectif de ce projet de recherche est d'explorer les enjeux éthiques rencontrés par les ergothérapeutes qui pratiquent à l'humanitaire, ainsi que les moyens qu'ils utilisent ou envisagent pour surmonter ces enjeux.

Nature et durée de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue individuelle semi-dirigée d'une durée d'environ 60 à 90 minutes, en dehors de votre temps de travail, et dans un lieu et à un moment à votre convenance (en personne, par téléphone, par Skype ou autre). L'entrevue comportera deux sections, soit une consacrée aux enjeux éthiques que soulève la pratique de l'ergothérapie à l'humanitaire et une autre dédiée aux moyens que vous utilisez ou envisagez pour surmonter ces enjeux. L'entrevue comportera des questions ouvertes pour vous

puissiez librement partager vos perceptions des enjeux éthiques et de leurs solutions (veuillez-vous référer au schéma de l'entretien qui vous a été envoyé par courriel pour en connaître les questions). Les entrevues seront enregistrées sur une bande audionumérique et les verbatim seront intégralement transcrits aux fins de l'analyse. Un questionnaire sociodémographique complètera la collecte des données. Une fois complété, le questionnaire devra être envoyé par courriel à Claudia Rompré-Ferland (claudia.rompre-ferland@uqtr.ca), ou par un autre moyen à votre convenance.

Risques et inconvénients

Aucun risque n'est associé à votre éventuelle participation à cette recherche. Le temps consacré au projet de recherche, soit environ 60 à 90 minutes, demeure le seul inconvénient. Cela dit, il est possible que le fait de discuter des enjeux éthiques que pose votre pratique à l'humanitaire suscite des émotions. Le cas échéant, l'étudiante-chercheuse s'ajustera pour diminuer l'inconfort suscité. Elle pourra au besoin vous diriger vers des ressources appropriées.

Avantages ou bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des enjeux éthiques de la pratique en ergothérapie à l'humanitaire et de leurs solutions est le seul bénéfice direct prévu à votre participation.

Compensation ou incitatif

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée en vous attribuant un nom fictif ou un numéro. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai, de communications ou d'article, ne permettront pas de vous identifier.

Les données recueillies seront conservées dans l'ordinateur de l'étudiante-chercheuse, lequel est protégé par un mot de passe, de même que les documents de l'étude contenant des informations nominales. Les seules personnes qui y auront accès seront Claudia Rompré-Ferland et Marie-Josée Drolet. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites, c'est-à-dire supprimées de tout support informatique, au plus tard 7 ans après la collecte. Si vous le souhaitez, je pourrai vous transmettre les résultats de l'étude via votre courriel. Les coordonnées des articles et autres documents diffusant les résultats de la recherche pourront, ce faisant, vous être transmis par courriel. Apriori, aucune utilisation secondaire des données n'est prévue. Cela dit, advenant le cas où cela serait souhaité, les participants seront recontactés afin d'obtenir leur accord.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Remerciement

Votre collaboration à cette recherche est très précieuse, notamment parce qu'elle s'inscrit dans le cadre de la maîtrise en ergothérapie de l'étudiante-chercheuse et que cette maîtrise s'échelonne sur 4 sessions seulement. Nous l'apprécions énormément et vous en remercions chaleureusement et sincèrement.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Claudia Rompré-Ferland à l'adresse suivante : claudia.rompre-ferland@uqtr.ca. Vous pouvez aussi contacter Marie-Josée Drolet (marie-josee.drolet@uqtr.ca), directrice de la recherche.

Surveillance des aspects éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-18-252-07.01 a été émis le 21 décembre 2018.

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

CONSENTEMENT

Engagement de l'étudiante-chercheuse

Moi, Claudia Rompré-Ferland, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet les enjeux éthiques de la pratique en ergothérapie à l'humanitaire et les manières de surmonter de tels enjeux. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

Je consens à être enregistré(e).

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant	Étudiante-chercheuse
Signature :	Signature :
Nom :	Nom : Claudia Rompré-Ferland
Date :	Date :

ANNEXE C
QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations sur vous. Soyez assuré que ces informations demeureront strictement confidentielles. Elles ne permettront pas de vous identifier.

A) Caractéristiques personnelles

1. Quel est votre âge? _____
2. Quel est votre genre (sexe)? _____
3. Êtes-vous né(e) au Québec? Si non, où êtes-vous né(e)? _____
4. Quelle(s) est/sont votre/vos origine(s) culturelle(s)? _____
5. Quelle est votre langue maternelle? _____
6. Parlez-vous d'autres langues? Si oui, lesquelles? _____

B) Formation universitaire

1. De quelle université avez-vous obtenu le diplôme menant à l'exercice de la profession?

2. Avez-vous eu l'occasion de faire un stage humanitaire en ergothérapie dans le cadre de vos études? Si oui, dans quel(s) pays et de quelle(s) durée(s)?

3. Quel est votre plus haut degré de scolarité complété? Cochez la case appropriée.
 Baccalauréat
 Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS)
 Maîtrise
 Doctorat
 Post-Doctorat
4. Avez-vous suivi une ou des formations en éthique? Cochez la case appropriée.
 Aucune
 Formation de quelques heures ou jours
 Cours universitaire entièrement dédié à l'éthique
 Plusieurs cours universitaires entièrement dédiés à l'éthique
 Diplôme universitaire dédié à l'éthique

5. Avez-vous suivi une ou des formations en compétence culturelle? Cochez la case appropriée.

Aucune
 Formation de quelques heures ou jours
 Cours universitaire entièrement dédié à la compétence culturelle
 Plusieurs cours universitaires entièrement dédiés à la compétence culturelle
 Diplôme universitaire dédié à la compétence culturelle

6. Expérience professionnelle

1. Depuis combien d'années pratiquez-vous l'ergothérapie? _____

2. Quelle a été la durée totale de votre/vos expérience(s) à l'humanitaire? _____

3. Dans quel(s) pays s'est déroulé votre/vos expérience(s) à l'humanitaire?

4. Quelle était alors votre fonction? Cochez la case appropriée.

Chercheur(e) en ergothérapie
 Coordonateur(trice) clinique
 Coordonateur(trice) de stage
 Enseignant(e) en ergothérapie
 Ergothérapeute clinicien
 Superviseur(e) de stage en ergothérapie
 Autre (précisez : _____)

5. Avez-vous vécu une ou l'autre des situations suivantes? Cochez la ou les cases appropriée(s).

Aucune
 Choc culturel (durant le séjour à l'étranger)
 Rétro-choc culturel (au retour du séjour)
 Choc post-traumatique
 Épuisement professionnel
 Autre (précisez : _____)

6. Estimez-vous que vous étiez suffisamment préparé à votre séjour à l'humanitaire? _____

7. Avez-vous eu recours à des services professionnels en lien avec votre séjour à l'humanitaire? Si oui, lesquels? _____

8. Faisiez-vous partie d'une équipe lors de votre séjour? _____

9. Quel(s) organisme(s) chapeautait(ent) votre/vos séjour(s)? _____

10. Souhaitez ajouter autre chose? Merci de le spécifier ici, le cas échéant.

ANNEXE D

SCHEMA DE L'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE

Merci d'avoir accepté de participer à cette recherche sur les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie à l'humanitaire et les manières de surmonter de tels enjeux. Votre contribution à l'avancement des connaissances dans ce domaine peu exploré par les chercheurs est grandement appréciée.

Je vous rappelle que toute information nominative (votre nom, celui de votre établissement, ceux de vos clients, etc.) divulguée ici restera confidentielle et ne sera utilisée que pour ce projet de recherche.

Au-delà des différentes catégories d'enjeux éthiques, le but de cette collecte de données est de vous offrir l'opportunité de parler des enjeux éthiques que pose votre pratique et de partager vos expériences vécues en ce sens. Il n'y a donc pas de bonne ni de mauvaise réponse.

Si vous êtes d'accord, je vais débiter l'enregistrement audionumérique de l'entrevue.

RÉCHAUFFEMENT

J'ai bien reçu le questionnaire sociodémographique que vous avez rempli, merci beaucoup. Nous allons l'examiner plus en profondeur éventuellement. Pour débiter cette entrevue, j'aimerais connaître votre perception de votre pratique de l'ergothérapie à l'humanitaire.

- A. Pouvez-vous me décrire brièvement votre pratique de l'ergothérapie depuis la fin de vos études?
- B. Pouvez-vous me décrire brièvement votre/vos expérience(s) en ergothérapie à l'humanitaire?
- C. Quelle est votre appréciation générale de cette pratique (points positifs et négatifs)?
- D. Pourquoi avez-vous opté pour la pratique de l'ergothérapie à l'humanitaire?

PARTIE 1 : LES ENJEUX ÉTHIQUES À L'HUMANITAIRE

1. Vous est-il arrivé de rencontrer des **enjeux éthiques** (un enjeu éthique peut être défini comme une situation où au moins une valeur est compromise pour toute sorte de raison)?
2. À quelle **fréquence** avez-vous rencontré de tels enjeux (quotidiennement, hebdomadairement, mensuellement, annuellement ou autre)?

Il existe dans les écrits plusieurs types d'enjeux éthiques comme le dilemme éthique, la tentation éthique, le silence éthique et la détresse éthique (Swisher et al., 2005). Si vous êtes d'accord, nous poursuivrons l'examen des enjeux éthiques à l'aide de cette typologie.

3. Vous arrive-t-il de vivre des situations de **dilemme éthique** (un dilemme éthique correspond à une situation qui oppose au moins deux valeurs. Dans ce genre de situation, le professionnel est déchiré quant à l'action à accomplir, car la situation oppose au moins deux valeurs difficiles à concilier)? Pourriez-vous donner des exemples concrets.
4. Vous arrive-t-il de vivre des situations où vous savez ce que vous devriez faire, mais êtes tenté pour toutes sortes de raisons d'agir autrement (la **tentation éthique** consiste en une situation au sein de laquelle une valeur est opposée à un intérêt personnel ou organisationnel (situation de conflit d'intérêts). Dans ce genre de situation, le professionnel est partagé entre un bien éthique et un mal éthique. Plus encore, il est tenté de choisir le mal éthique, en raison des bénéfices personnels qu'il tire de cette option)? Pourriez-vous donner des exemples concrets.
5. Vous arrive-t-il de vivre des enjeux éthiques, mais que ceux-ci ne sont pas discutés (le **silence éthique** correspond à une situation où une ou plusieurs valeurs sont mises en péril, mais personne ne les discute ni ne les aborde, pour diverses raisons. Il est par exemple possible que le professionnel ne soit pas en mesure de repérer la ou les valeurs bafouées dans la situation ou que la délibération éthique soit contrainte dans son milieu pour différentes raisons)? Pourriez-vous donner des exemples concrets.
6. Vous arrive-t-il de vivre des situations où vous savez ce que vous devriez faire, mais rencontrez des barrières qui vous empêchent d'agir en ce sens? Le cas échéant, avez-vous déjà ressenti une certaine détresse (la **détresse éthique** se présente lorsqu'un professionnel connaît la bonne action à réaliser, mais rencontre des barrières (généralement de nature organisationnelle) qui l'empêchent de l'accomplir et de respecter la ou les valeurs aux assises de cette action. Ce faisant, celui-ci est amené à vivre des émotions négatives, ce qui peut contribuer à l'épuiser affectivement, moralement)? Pourriez-vous donner des exemples concrets.

7. Rencontrez-vous dans votre pratique d'**autres types d'enjeux éthiques** (aveuglement éthique, myopie éthique, enjeu interdisciplinaire, enjeu lié à l'éthique de la recherche, etc.)?

PARTIE 2 : LES MANIÈRES DE SURMONTER CES ENJEUX

8. Comment surmontez-vous les enjeux éthiques (un enjeu éthique peut être défini comme une situation où au moins une valeur est compromise pour toute sorte de raison) que pose votre pratique ? Expliquez.
9. Les manières de surmonter les enjeux éthiques sont de diverses natures (ex. micro, méso et macro). Utilisez-vous des moyens de nature micro-environnementale, c'est-à-dire des solutions qui relèvent des personnes et de leurs interactions pour solutionner ces enjeux? Si oui, lesquels?
10. Utilisez-vous des moyens de nature méso-environnementale, c'est-à-dire des solutions qui relèvent de votre milieu de travail et de l'organisation du travail pour solutionner ces enjeux? Si oui, lesquels?
11. Utilisez-vous des moyens de nature macro-environnementale, c'est-à-dire des solutions qui relèvent de la société dans son ensemble, de ses lois, normes, politiques ou autres pour solutionner ces enjeux? Si oui, lesquels?
12. Consultez-vous les ressources éthiques à votre disposition pour résoudre ces enjeux ? Si oui, quelles sont les ressources (livres, articles, documents, formations, personnes, institutions, etc.) que vous consultez pour soutenir la résolution des enjeux éthiques que pose votre pratique ?
13. Avez-vous des idées de ce qui pourrait être mis en place pour vous aider à résoudre les enjeux éthiques que soulève votre pratique?
14. Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez ajouter ou préciser au sujet des enjeux éthiques que soulève la pratique de l'ergothérapie à l'humanitaire et les manières de surmonter de tels enjeux?

ANNEXE E CERTIFICAT ÉTHIQUE



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

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

Titre : Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie à l'humanitaire et les solutions pour surmonter de tels enjeux

Chercheur(s) : Claudia Rompré-Ferland
Département d'ergothérapie

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-18-252-07.01

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 21 décembre 2018 au 21 décembre 2019

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

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 21 décembre 2018