

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

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

PAR  
ANNIE-KIM BLANCHET

LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE EN  
ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DES VÉTÉRANS : UNE ÉTUDE QUALITATIVE RÉALISÉE  
AUPRÈS D'ERGOTHÉRAPEUTES

9 DÉCEMBRE 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou 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 ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

## Table des matières

Liste de tableau .....	3
Remerciement.....	4
Résumé.....	5
<b>1. Introduction</b> .....	7
<b>2. Problématique</b> .....	8
<b>3. État des connaissances</b> .....	10
3. 1 Le portrait et les responsabilités des militaires et des vétérans .....	10
3. 2 Les troubles et les maladies associés à ce travail.....	12
3. 2 L'ergothérapie auprès de la clientèle des militaires/vétérans .....	15
3. 3 La relation thérapeutique auprès des vétérans .....	17
<b>4. Cadre de recherche</b> .....	19
4. 1 Modèle canadien du processus de pratique (MCP) .....	19
4. 1. 1 Les points d'action du modèle.....	20
4. 1. 2 Le contexte sociétal et le contexte de la pratique .....	21
4. 2 Justification du choix de cadre de référence .....	21
<b>5. Méthodologie</b> .....	23
5. 1 Devis .....	23
5. 2 Échantillonnage.....	23
5. 3 Collecte de données .....	24
5. 4 Analyse des données .....	25
<b>6. Résultats</b> .....	26
6. 1 Description des participants.....	27
6. 2 Description de la façon dont les ergothérapeutes développent et maintiennent la relation thérapeutique auprès des vétérans.....	28
6. 2. 1 Initier et établir le contact .....	28
6. 2. 2 Établir les balises .....	32
6. 2. 3 Convenir des objectifs et du plan d'intervention .....	34
6. 2. 4 Conclure/mettre fin .....	38
6. 2. 5 Contexte de la pratique .....	40
6. 2. 6 Rôles de la relation thérapeutique.....	46
6. 2. 7 Compétences professionnelles soutenant la relation thérapeutique.....	47
<b>7. Discussion</b> .....	51
7. 1 Développement et maintien de la relation thérapeutique auprès des vétérans tout au long du processus ergothérapeutique.....	53

7. 1. 1 Un premier contact fondateur .....	53
7. 1. 2 Le milieu de pratique : une influence importante .....	54
7. 1. 3 La nécessité d'une bonne compréhension des services de réadaptation.....	55
7. 1. 4 Un partage juste et réfléchi d'informations personnelles .....	56
7. 1. 5 Des compétences et savoirs essentiels .....	57
7. 2 Forces et limites de l'étude .....	59
7. 3 Retombées de l'étude pour l'ergothérapie .....	61
<b>8. Conclusion</b> .....	<b>62</b>
<b>Références</b> .....	<b>63</b>
<b>Annexe I : Préambule et canevas d'entrevue pour les comités d'experts auprès des ergothérapeutes</b> .....	<b>74</b>

**Liste de tableau**

<b>Tableau 1</b> Caractéristiques sociodémographiques des ergothérapeutes participants .....	28
--	----

## Remerciements

Avant tout, j'aimerais prendre un moment pour remercier les personnes qui m'ont aidé et accompagné tout au long de la réalisation de cet essai, sans qui celui-ci n'aurait pu voir le jour, en commençant par les participants ayant pris part à mon projet. Leur partage a permis de faire ressortir des éléments plus que pertinents en ce qui concerne la pratique auprès des vétérans et je les remercie pour leur précieuse implication.

Aussi, je tenais à remercier Mathieu Dumont, directeur de cet essai et professeur au département d'ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Mathieu a su me soutenir dans mes moments d'insécurité où ma confiance en moi ainsi qu'en mon projet n'était pas optimale. Sa disponibilité, son écoute et son calme ont permis de rendre la réalisation de cet essai une expérience fortement agréable. De plus, je remercie Joanie Maclure, professeure au département d'ergothérapie à l'UQTR pour ses commentaires et questionnements lors des séminaires, qui m'ont permis d'approfondir ma réflexion et de bonifier mon essai.

Pour terminer, je souhaitais remercier mon père, Officier supérieur dans les forces armées canadiennes (FAC) depuis maintenant 38 ans pour avoir pris le temps de discuter avec moi et de me partager ses nombreuses connaissances et expériences au sein des FAC, me permettant de mieux connaître le monde militaire. Je remercie aussi mon copain, qui sait toujours comment me rassurer dans les moments de stress et, finalement, je ne pouvais omettre de souligner mes deux grandes amies, Ève Collin et Yolaine Champagne-Nadeau, qui m'ont aidée à demeurer saine d'esprit grâce à leur soutien tout au long de ce processus.

## Résumé

**Problématique :** la culture militaire influence les membres de l'armée lorsque ceux-ci nécessitent d'aller consulter un professionnel de la santé en raison de la stigmatisation présente, qui indique que consulter représente un signe de faiblesse. Il est donc plus difficile pour un professionnel de la santé de développer une relation thérapeutique basée sur la confiance et l'ouverture avec ce type de clientèle, qui est plus réticente à partager ses difficultés vécues.

**Objectif :** le but de cet essai est de décrire la façon dont les ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle des vétérans développent et maintiennent une relation thérapeutique avec ceux-ci.

**Méthodologie :** un devis descriptif qualitatif a été utilisé pour réaliser ce projet. Deux groupes de discussion avec des ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle des vétérans ont été effectués afin de connaître les stratégies utilisées en pratique pour développer et maintenir la relation thérapeutique. Une analyse thématique selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2021) a aussi été réalisée afin de mettre en lumière les principaux thèmes ayant émergé des groupes de discussion. **Résultats :** huit ergothérapeutes ont participé à ce projet. Les résultats indiquent qu'il est essentiel de porter une attention bien particulière au premier contact avec cette clientèle, en créant un environnement propice au confort des vétérans et en prenant le temps de bien expliquer le fonctionnement de la réadaptation. Établir les limites de la relation est aussi une étape importante en s'assurant que chaque parti nomme clairement ses attentes. Diminuer la pression pouvant être ressentie par les vétérans correspond aussi à une stratégie utilisée pour bien développer la relation. Les objectifs doivent être définis par le vétéran lui-même, surtout pour les interventions touchant la santé mentale. À l'inverse, il est efficace pour les vétérans ayant des problématiques de santé physique d'utiliser une banque d'objectifs prédéfinis. Certains désaccords peuvent être présents, principalement en ce qui concerne les modalités d'intervention

et de la thérapie, mais, pour gérer ceux-ci, il est utile de clairement nommer le désaccord. Pour la conclusion de la relation, il est important que les deux partis soient en accords pour mettre fin à celle-ci. Il est aussi important pour l'ergothérapeute de prendre le temps de planifier la fin des interventions et d'outiller le vétéran pour la suite. Plusieurs barrières et facilitateurs au développement et au maintien de la relation thérapeutique auprès de la clientèle des vétérans sont également nommés, surtout en lien avec les différents milieux de pratique des ergothérapeutes.

**Discussion :** le premier contact demeure un élément primordial que les ergothérapeutes doivent bien planifier particulièrement avec cette clientèle afin d'assurer son confort et diminuer son hypervigilance. Le milieu de pratique représente aussi un élément exerçant une grande influence sur le développement de la relation thérapeutique, que ce soit de façon positive ou plus négative. L'importance de bien expliquer le fonctionnement du programme de réadaptation et d'utiliser les compétences, telles que l'écoute et la flexibilité, est aussi soulevée.

## 1. Introduction

Le monde de l'armée représente un contexte de travail bien particulier que l'on peut difficilement comprendre à moins d'en faire partie. La culture militaire prône des normes basées sur le stoïcisme et la suppression des vulnérabilités amenant ses membres à cacher et à ignorer leurs émotions afin de préserver l'image du grand guerrier (Heward et al., 2024). En lien avec ceci, au Canada, les Forces armées canadiennes (FAC) ont des attentes bien précises envers leurs membres. En effet, il est attendu des militaires que ceux-ci fassent preuve de discipline, d'esprit combatif, de leadership et bien plus encore afin d'être prêts à réaliser toutes tâches qu'ils leur sont demandés (Gouvernement du Canada, 2024a). Il est donc possible d'affirmer qu'il s'agit d'un environnement où la pression est élevée et où la performance est mise de l'avant en tout temps. De plus, plusieurs membres des FAC vont être déployés à différents endroits dans le monde et se verront exposés à des situations de combat que l'on peut qualifier de bouleversantes et même traumatisantes pour certains, pouvant engendrer des conséquences, telles que l'apparition de symptômes de dépression et de trouble de stress post-traumatique (Afari et al., 2015). Ainsi, l'influence de la culture militaire basée sur des valeurs de masculinité traditionnelle combinée aux nombreux traumas vécus par les membres de l'armée fait en sorte que le fonctionnement psychosocial de ceux-ci se voit affecté (O'Loughlin et al., 2023). C'est ici que l'ergothérapie entre alors en jeu. En effet, la pression engendrée par les conditions de travail rencontrées dans l'armée peut mener à des besoins en santé pour les militaires, qui sont à risque de développer des blessures physiques ainsi que mentales dans le cadre de leur service et qui se verront parfois dans l'impossibilité de poursuivre leur parcours militaire (ACE, 2025). L'ergothérapeute est donc un professionnel appelé à travailler auprès de cette clientèle dans le

but d'aider celle-ci à participer à des occupations significatives et de soutenir la transition à la vie civile, si cela est le cas (ACE, 2025).

## **2. Problématique**

Les ergothérapeutes travaillent auprès des vétérans depuis la Première Guerre mondiale (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], s.d.). Depuis, leur rôle auprès de cette clientèle s'est développé et est aujourd'hui très varié. Comme mentionné, l'un des principaux objectifs des ergothérapeutes œuvrant dans ce domaine demeure de favoriser l'autonomie des militaires afin que ceux-ci soient assurés de vivre un retour au travail réussi ou une transition à la vie civile optimale (Gouvernement du Canada, 2019). Afin d'atteindre ces objectifs, les ergothérapeutes doivent établir une relation thérapeutique efficace auprès de leurs clients dans le but de favoriser l'engagement de ceux-ci dans les interventions proposées. Pour ce faire, ils doivent utiliser diverses stratégies de savoir-être et de relation d'aide pour créer un lien thérapeutique basé sur la confiance et sur le respect mutuel. Toutefois, les militaires éprouvent beaucoup de difficulté à aller consulter et ainsi à s'ouvrir sur les problématiques rencontrées, et ce, en raison de la stigmatisation vécue en lien avec la culture militaire, qui indique que l'action de consulter, et ainsi d'accepter la présence des difficultés représente un signe de faiblesse et d'échec (Cheney et al., 2018). Les militaires internalisent donc ce discours et préfèrent tenter de régler le problème par eux-mêmes plutôt que de discuter de leurs expériences auprès d'un professionnel de la santé, ce qui fait en sorte qu'ils atteignent un point de détresse important avant d'aller chercher de l'aide (Hitch et al., 2023). De plus, les membres de l'armée craignent de projeter une image de vulnérabilité et de faiblesse devant leurs collègues de travail et ainsi de perdre leur statut, ce qui contribue à leur réticence à consulter (Cogan et al., 2021). Par rapport à

ceci, l'importance de développer une forte relation thérapeutique avec les militaires est montrée dans une étude réalisée auprès de vétérans ayant vécu un trauma sexuel militaire. Effectivement, parmi les principaux résultats, il est soulevé que les vétérans étaient beaucoup plus enclins à dévoiler le trauma subi à leur intervenant lorsque la relation développée avec celui-ci était solide et présente depuis longtemps, les rendant plus confortable à partager leur histoire (Street et al., 2021). Ainsi, il est possible de voir qu'une solide relation thérapeutique est essentielle lors de la prise en charge des vétérans. Cela dit, il n'est pas toujours facile de développer cette relation en raison des éléments mentionnés liés à la culture militaire. À ce jour, aucune recherche n'a été réalisée concernant les stratégies efficaces à employer par les ergothérapeutes québécois travaillant auprès de la clientèle des vétérans afin d'assurer le développement d'une relation thérapeutique optimale et ainsi de favoriser l'atteinte d'objectifs à travers les interventions effectuées. Les difficultés de communication engendrées par les normes et les valeurs de la culture militaire ainsi que le manque de littérature à ce sujet sont ce qui a inspiré cet essai. Plus précisément, la question de recherche à laquelle tente de répondre ce projet est la suivante : comment les ergothérapeutes développent et maintiennent-ils une relation thérapeutique auprès de la clientèle des vétérans ? L'objectif est donc de décrire la façon dont les ergothérapeutes québécois travaillant auprès des vétérans développent et maintiennent une relation thérapeutique auprès de ceux-ci.

En ce qui concerne la structure de cet essai, l'état des connaissances sur ce sujet sera d'abord présenté en définissant les principaux thèmes faisant partie de celui-ci. Ensuite, le cadre de référence sur lequel repose ce projet sera présenté en décrivant les concepts pertinents. Pour poursuivre, la méthodologie employée pour assurer le bon déroulement du projet sera présentée.

Finalement, les résultats obtenus à partir des groupes de discussion réalisés avec des ergothérapeutes œuvrant auprès de la clientèle des vétérans seront présentés et une discussion sera effectuée afin d'interpréter les résultats obtenus.

### **3. État des connaissances**

La prochaine section décrit l'état des connaissances actuelles du sujet sur lequel repose ce projet de recherche. Tout d'abord, le portrait et les responsabilités des militaires ainsi que des vétérans seront présentés. Ensuite, les troubles et maladies associés à ce travail seront expliqués et l'ergothérapie auprès de cette clientèle sera décrite. Finalement, ce que l'on connaît de la relation thérapeutique auprès de cette clientèle sera présenté.

#### **3.1 Le portrait et les responsabilités des militaires et des vétérans**

Avant tout, il est important d'établir la différence entre deux titres bien importants au sein de l'armée, soit celui de militaire et de vétéran. Un militaire est une personne qui fait activement partie de l'armée et qui contribue donc aux mesures de défense collective (Gouvernement du Québec, 2025). Un vétéran correspond plutôt à un ancien membre des FAC (Gouvernement du Canada, 2024). Il s'agit donc d'un militaire retraité. Il est pertinent de bien définir le portrait et les responsabilités des militaires, puisque cela permet de mieux comprendre le vécu des vétérans.

Selon le Plan ministériel publié par la Défense Nationale en 2023, un nombre total de 92 368 militaires à temps plein est attendu pour l'année financière 2024-2025 (Ministère de la Défense et forces armées canadiennes, 2023). Il est possible d'affirmer que cette population est majoritairement composée d'hommes, bien que les femmes soient de plus en plus présentes dans ce domaine avec un pourcentage de 16,48% d'entre elles en date de mai 2023 (Gouvernement du

Canada, 2023). Le nombre présenté ci-haut comprend autant les ressources humaines comprises dans la Force régulière que celles qui travaillent dans la Force de la réserve, soit les deux composantes que l'on retrouve au sein des FAC. Les principales tâches que doivent réaliser les militaires faisant partie de la Force régulière sont d'utiliser différents équipements, tels que des véhicules et des armes manuelles, de mener des opérations, que celles-ci soient de combat ou de maintien de la paix, ainsi que participer à des exercices afin de se préparer pour ces opérations et d'apporter de l'assistance en situation d'urgence, comme lors de désastres naturels ou d'accidents majeurs (Gouvernement du Québec, 2024). De plus, il est important de comprendre que les militaires œuvrant dans la Force régulière peuvent être déployés à tout moment, que ce soit pour aller travailler à un autre endroit dans le Canada ou pour apporter son aide lors d'une opération pouvant se dérouler dans un autre pays. Il est donc possible pour eux de devoir déménager dans une nouvelle ville avec leur famille ou même d'être séparé de celle-ci pendant une longue période. En ce qui concerne les réservistes, ceux-ci n'ont pas l'obligation de servir. Ils travaillent plutôt localement dans leur communauté et ils sont déployés seulement s'ils le désirent (Gouvernement du Canada, 2025). Leur situation est donc différente en ce sens, mais les principales tâches à effectuer demeurent tout de même semblables.

Par rapport aux opérations de combat, celles-ci se font généralement en territoire autre que celui du Canada et elles peuvent faire vivre des expériences intenses aux militaires. Ces opérations peuvent être de type offensif autant que défensif (Ministre de la Défense Nationale, 2023). Celles-ci peuvent avoir plusieurs fonctions, telles que la protection du territoire canadien, les interventions en cas d'urgence, la recherche et le sauvetage, l'aide humanitaire et bien plus encore (Gouvernement du Canada, 2018). Plusieurs études réalisées aux États-Unis exposent les

différentes expériences que les militaires peuvent vivre dans un contexte de combat. Parmi ceux-ci, on y retrouve des situations telles qu'expérimenter l'explosion d'une bombe, recevoir un tir d'une arme légère, voir des corps décédés, dégager des bâtiments, se faire attaquer et tirer sur un ennemi (Afari et al., 2015). Selon une étude qualitative de type phénoménologique réalisée par Benner et ses collègues en 2017, dont l'objectif était de comprendre l'expérience de combat vécue par des militaires ayant un trouble de stress post-traumatique développé en raison d'un déploiement, les opérations de combat sont des événements bien complexes. Ils expliquent qu'il s'agit d'une expérience de fraternité, de constante hypervigilance, de discipline, d'émotions fortes, de détachement de ses émotions et d'inconfort physique. De plus, les traumatismes sexuels militaires, incluant le harcèlement et l'agression sexuelle, peuvent aussi survenir lors des opérations de combat. Ceux-ci sont plus fréquents chez les militaires de sexe féminin que ceux de sexe masculin (Goldstein, L. A., 2017). Il est donc possible de voir que plusieurs situations bien particulières peuvent être vécues par les militaires lorsque ceux-ci vont au combat. Pour certains, l'expérimentation de ses événements sera vite oubliée lors du retour à la vie civile, alors que, pour d'autres, des séquelles physiques et psychologiques seront présentes, leur rappelant sans cesse les situations rencontrées en territoire de combat.

### **3. 2 Les troubles et les maladies associés à ce travail**

En ce qui concerne les impacts au niveau de la santé physique, ceux-ci peuvent être nombreux. Parmi les plus fréquents, on y retrouve le traumatisme crânien léger, également appelé commotion cérébrale, qui présente une haute prévalence au sein du personnel militaire faisant partie de l'armée américaine (Cogan, 2014). Dans la définition offerte par le Veterans Affairs/Department of Defense, il s'agit d'une « blessure structurelle et/ou une perturbation physiologique de la fonction cérébrale causée par une force externe ». En raison du fort coup

reçu à la tête, il est possible que le cerveau fasse un mouvement de va-et-vient et qu'il frappe ainsi la boîte crânienne, causant un traumatisme. À la suite de cette blessure, différents symptômes peuvent survenir, tels qu'un mal de tête, des étourdissements, une vision floue, de la fatigue, une irritabilité, une difficulté à comprendre ou à se souvenir de l'information ainsi que des problèmes de concentration (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2024). Toutefois, chez certaines personnes, les symptômes nommés peuvent persister au-delà de trois mois après l'événement ayant causé la blessure (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ), 2024). Cela dit, lors du retour à la vie civile, certains militaires peuvent rencontrer des difficultés en ce qui concerne leur participation dans la communauté, et ce, en raison des symptômes vécus qui impactent directement la réalisation des différentes occupations de cette clientèle. Parmi les défis rencontrés, la réintégration en communauté et ainsi la reprise des rôles sociaux peuvent être ardues pour les militaires ayant subi un traumatisme crânien léger, surtout par rapport au retour au travail et aux relations sociales (Dillahunt-Aspillaga et al., 2018), en raison des séquelles du traumatisme.

Les amputations, que ce soit au niveau des membres supérieurs ou inférieurs, sont également une conséquence vécue par certains militaires à la suite de leur participation à une situation de combat pouvant entraîner d'importantes limitations au quotidien. Une étude réalisée par Cancio et ses collègues en 2019 montre que, depuis le 11 septembre 2001, un total de 1705 soldats de l'armée américaine avait subi une amputation au membre supérieur ou inférieur en raison d'un déploiement. Une analyse de ces données indique que les amputations réalisées aux

membres supérieurs sont associées à un plus grand niveau d'incapacité en comparaison à celles réalisées aux membres inférieurs.

Outre les deux conditions de santé physique discutées ci-haut, la douleur chronique est également bien présente chez plusieurs militaires. Selon une étude, environ 30% des vétérans ayant été dans l'armée vont vivre des symptômes physiques chroniques après avoir été déployé (McAndrew et al., 2018). Ces douleurs vont souvent apporter des difficultés fonctionnelles au quotidien, limitant les militaires dans la réalisation de leurs occupations. Plus précisément, un sondage a relevé que le port de l'équipement militaire, incluant un gilet pare-balles, correspond au principal facteur qui contribue à l'apparition de douleur musculosquelettique au niveau des membres supérieurs (Nagai et al., 2016). Il est donc possible de voir que les militaires peuvent avoir plusieurs atteintes au niveau physique en raison des intenses situations qu'ils vivent dans le cadre de leur service au sein des FAC. De plus, il est important de comprendre que les difficultés vécues peuvent entraîner des limitations fonctionnelles, et ce, même au retour à la vie civile.

Les difficultés de santé physique sont bien présentes au sein de la clientèle des militaires, mais ceux-ci peuvent également avoir des problématiques en ce qui concerne la santé mentale. Effectivement, les situations de combat vécues en contexte de conflit ou de guerre peuvent laisser des séquelles psychologiques importantes, altérant ainsi la réalisation de certaines occupations. Plus précisément, les troubles de santé mentale les plus étudiés chez les militaires ayant été au combat sont le trouble de stress post-traumatique, la dépression et les troubles d'abus de substances (Kimbrel et al., 2014). Le trouble de stress post-traumatique demeure la condition dont on entend le plus souvent parler. Celui-ci survient lorsqu'une personne est

exposée à un événement lui causant un stress psychologique (Gouvernement du Canada, 2024b), ce qui peut survenir lors de la participation à une opération de combat. Dans l'étude phénoménologique réalisée par Benner et ses collègues (2017) mentionnée ci-haut, il est expliqué que les situations intenses vécues continuent d'exister dans l'esprit des militaires, et ce, longtemps après la fin de l'opération. Ces constants rappels des événements peuvent être déclenchés par différents éléments de l'environnement et peuvent se manifester sous forme de cauchemars et de « flashbacks », qui hantent les soldats aux prises avec cette condition en tout temps. Certains vont même éviter de fréquenter divers endroits, comme des lieux où se trouvent beaucoup de personnes, puisque ceux-ci leur rappellent des moments traumatisants vécus lors du déploiement. De plus, ce trouble peut être accompagné de plusieurs autres symptômes, dont les principaux sont l'hypervigilance, les pensées intrusives, la perte d'intérêt, le détachement et une réactivité des signaux physiologiques (Phillips et al., 2018). Même si le trouble de stress post-traumatique demeure la condition de santé mentale la plus présente chez cette clientèle, il est important de comprendre que d'autres troubles psychologiques sont répertoriés chez les militaires, tels que le trouble obsessionnel compulsif, l'agoraphobie, l'anxiété sociale, le trouble d'anxiété généralisée et plusieurs autres (Kimbrel et al., 2014). D'ailleurs, selon une enquête réalisée en 2018 auprès de 3000 militaires de la Force régulière, incluant des membres encore en service et des membres retraitées, 54% d'entre eux ont signalé avoir eu au moins un problème de santé mentale au courant de leur vie (Sareen et al., 2021).

### **3. 2 L'ergothérapie auprès de la clientèle des militaires/vétérans**

Les problématiques de santé physique et de santé mentale mentionnées ci-haut sont susceptibles d'entraîner des enjeux occupationnels chez les militaires, d'où la pertinence d'offrir des services en ergothérapie auprès de cette clientèle. Comme pour chaque client,

l'ergothérapeute doit débiter en effectuant une évaluation exhaustive auprès de la personne afin de bien cerner les difficultés rencontrées au quotidien. Pour ce qui est des interventions, celles-ci sont nombreuses. L'enseignement demeure important (Lessard et al., 2024), que ce soit en lien avec la gestion de la douleur et de l'énergie ou avec l'hygiène de sommeil, par exemple. La gradation de l'activité est aussi une intervention efficace pour les militaires ayant été au combat et ayant un trouble de stress post-traumatique, puisque cette modalité permet à ceux-ci de reprendre graduellement leurs occupations quotidiennes en évitant de se sentir surchargés (Lessard et al., 2024). L'objectif est d'apporter les militaires à s'engager dans les occupations qui sont importantes pour eux afin de les aider à retrouver un niveau de bien-être adéquat (Amorelli et Sposato, 2016). L'utilisation d'aides technique ou la modification de l'environnement peuvent aussi être pertinentes afin de faciliter la réalisation de certaines occupations, telle que la préparation de repas, par exemple (Lessard et al., 2024).

Pour ce qui est des personnes ayant subi une amputation, les modalités d'intervention les plus utilisées dans les douze premiers mois suivants l'opération sont l'entraînement à l'utilisation d'une prothèse, la participation à des activités thérapeutiques, la cryothérapie, l'application d'un plan d'exercices thérapeutiques et la mobilisation des tissus mous. Ces interventions permettent à la personne d'optimiser son indépendance dans la réalisation de ses occupations quotidiennes (Cancio et al. 2020). En ce qui concerne les militaires ayant un traumatisme crânien léger, plusieurs stratégies compensatoires peuvent être enseignées pour intervenir au niveau des occupations difficiles à réaliser en raison des difficultés cognitives que peut engendrer cette condition (Lessard et al., 2024).

La pleine conscience est aussi une intervention pertinente auprès de la clientèle des militaires autant pour aider avec le stress qu'avec la gestion de la douleur. En effet, une étude réalisée par Chen et ses collègues en 2023 sur la faisabilité d'une intervention basée sur la pleine conscience pour des vétérans ayant de la douleur chronique a montré que ce type de modalité a permis à ceux-ci de diminuer leur niveau de pensées catastrophiques en lien avec la douleur, leur permettant ainsi d'avoir une meilleure qualité de vie. Plus précisément, la pleine conscience leur a permis d'être plus productifs au quotidien, d'être plus engagés auprès de leurs proches et dans leurs activités de loisirs ainsi que d'avoir une meilleure qualité de sommeil. Comme il est possible de voir, les interventions en ergothérapie sont variées. Toutefois, il est important de savoir qu'à la base de celles-ci doit se trouver une forte relation thérapeutique entre le client et le thérapeute. Pour ce faire, les ergothérapeutes doivent utiliser des techniques de relation d'aide et user de leurs compétences interpersonnelles afin d'optimiser le bon développement de cette relation.

### **3. 3 La relation thérapeutique auprès des vétérans**

La relation thérapeutique se définit comme étant un lien qui se développe entre le thérapeute et son client et elle est basée sur la collaboration, le respect, l'empathie ainsi que l'absence de jugement permettant à ce dernier de s'exprimer ouvertement sur ses problèmes (Opland et Torrico, 2024). Elle permet non seulement d'instaurer un climat de confiance, mais elle permet également d'assurer un certain engagement de la part du client, en ce qui concerne le traitement. Dans une étude portant sur les facteurs menant à l'abandon de la thérapie chez les vétérans, il est indiqué que plusieurs d'entre eux ont pris la décision d'arrêter leur thérapie en raison de la mauvaise relation entretenue avec leur thérapeute. Un déficit au niveau des

compétences interpersonnelles de ce dernier était souvent la cause de la faible relation (Wells et al., 2023). Le manque de confiance envers un professionnel de la santé représente aussi un facteur qui décourage l'engagement des vétérans dans un traitement, surtout au niveau de la santé mentale (DiNapoli et al., 2016). À l'inverse, pour contribuer au développement d'une relation thérapeutique efficace, les vétérans préfèrent que, lors d'un rendez-vous, l'information soit communiquée de façon à être facilement comprise. Ils veulent être assistés dans leur prise de décision et ils souhaitent que l'intervenant fasse preuve d'écoute active et de patience. De plus, ils souhaitent que la communication partagée soit positive, bienveillante, respectueuse et compatissante (Moore et al., 2016). Une autre étude effectuée auprès de vétérans ayant une maladie rénale chronique met en lumière l'importance d'être pris en charge par un intervenant empathique, qui ajuste sa communication en fonction des besoins individuels de son patient. Cela n'est pas toujours le cas, selon les vétérans, ce qui les frustre (Lederer et al., 2015).

En ce qui concerne les intervenants, ceux-ci sont d'avis qu'il est essentiel pour eux d'être sensibles et conscients des problématiques spécifiques rencontrées par les vétérans, puisque cela leur permet d'optimiser les soins offerts à cette clientèle. Toutefois, ils rapportent ne pas toujours être confortables avec la terminologie militaire ainsi qu'avec les motifs de consultation propre à cette clientèle (Fredericks et Nakazawa, 2015). D'ailleurs, une étude réalisée auprès d'intervenants offrant des soins de santé mentale à des militaires a montré que recevoir de la formation sur la communication a permis à ceux-ci d'améliorer leurs stratégies de communication centrées sur le client et d'augmenter l'identification de problématiques de santé mentale chez les militaires (Douglas et al., 2016).

Il est important de mentionner que les articles inclus dans cette dernière section ne sont pas des études réalisées en ergothérapie. En effet, il s'agit de projets menés dans les domaines de la médecine et de la psychologie. Le fait qu'aucun article portant sur la relation thérapeutique auprès des vétérans n'a été publié montre encore une fois la pertinence d'effectuer un projet sur ce sujet non exploré jusqu'à présent.

#### **4. Cadre de recherche**

Cette prochaine section a pour but de mettre en lumière le cadre de recherche utilisé pour effectuer ce projet. Plus précisément, le Modèle canadien du processus de pratique (Polatajko et al., 2013) est le cadre conceptuel choisi, puisqu'il permet d'illustrer les différents concepts à l'étude dans une même représentation graphique. Ce modèle sera donc présent et intégré dans toutes les étapes de ce projet, de la collecte de données à l'analyse de celles-ci.

##### **4.1 Modèle canadien du processus de pratique (MCP)**

Le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) a été développé par Helene Polatajko, Elizabeth Townsend, Jane Davis et Janet Craik en 2013 et il peut être appliqué avec toute clientèle et dans tout milieu de pratique en ergothérapie. Celui-ci a pour but de guider la pratique des ergothérapeutes en indiquant les principales étapes qui devraient se trouver dans un processus ergothérapeutique régulier. Il intègre autant les aspects reliés à l'évaluation, qu'à ceux en lien avec l'intervention. Ce modèle est représenté par un schéma clair et complet, permettant ainsi de mieux comprendre celui-ci. Il permet principalement d'augmenter les sentiments de confiance, de compétence et d'accomplissement chez les ergothérapeutes (Constantin et Moliner, 2016), qui peuvent se reposer sur un modèle basé sur des données probantes pour guider leur pratique. De plus, il s'agit d'un modèle centré sur le client, qui met de l'avant l'importance des

échanges réciproques et dynamiques entre l'ergothérapeute et son client, leur conférant ainsi chacune des responsabilités bien spécifiques (Craik, Davis et Polatajko, 2013). La collaboration est donc présente tout au long du processus et celle-ci est illustrée, sur le modèle, par un dégradé de couleur. En d'autres mots, les parties du processus ergothérapique nécessitant de la collaboration sont représentées par un dégradé.

#### **4. 1. 1 Les points d'action du modèle**

Les éléments centraux aux modèles correspondent aux huit points d'action à suivre pour compléter un processus ergothérapique complet. Ils permettent de guider les ergothérapeutes en leur indiquant l'action à compléter ou la décision à actualiser pour chacun des points. Voici les huit points dont il est question dans le MCPP :

1. Initier et établir le contact
2. Établir les balises
3. Évaluer et analyser
4. Convenir des objectifs et du plan
5. Mettre en œuvre un plan
6. Faire le suivi et adapter
7. Évaluer le résultat
8. Conclure et mettre fin

#### **4. 1. 2 Le contexte sociétal et le contexte de la pratique**

Aussi, le MCPP prend en compte le contexte sociétal et le contexte de pratique en plaçant ceux-ci autour des étapes du processus ergothérapique dans le modèle. Plus précisément, il est expliqué que ces deux contextes vont influencer le processus ergothérapique par la présence d'éléments facilitateurs et de barrières, qui dépendent de l'environnement dans lequel se déroule le processus. Le contexte sociétal inclue des éléments tels que le réseau social, la culture au sein d'une profession, le contexte économique et plus encore. De son côté, le contexte de pratique inclut des éléments tels que les salles de traitement disponibles, les autres professionnels de la santé présents dans l'équipe, la mission de l'établissement de pratique et plusieurs autres (Craik, Davis et Polatajko, 2013). En ajout à ceci, ce modèle explique que le thérapeute et son client entrent en relation en ayant un bagage qui leur est propre. Les éléments que l'on trouve dans celui-ci sont leurs connaissances, leurs capacités, leurs habiletés, etc., et ils correspondent à ce que le MCPP appelle les facteurs personnels (Craik, Davis et Polatajko, 2013). Ces facteurs vont aussi influencer le processus ergothérapique et ainsi le développement de la relation thérapeutique.

#### **4. 2 Justification du choix de cadre de référence**

La question de recherche sur laquelle se base ce projet demeure générale, et ce, étant donné qu'il existe peu de données sur le sujet de recherche, ne permettant pas de préciser celle-ci. Par rapport à ceci, l'utilisation du MCPP comme cadre de recherche permet de structurer le projet en offrant une ligne directrice bien définie sur laquelle se baser. En effet, le MCPP permet de guider la collecte de données en s'assurant que le développement de la relation thérapeutique

soit exploré du début à la fin du processus ergothérapeutique, qui est très bien illustré dans le modèle choisi.

De plus, dans la problématique, l'importance du développement d'une relation thérapeutique solide auprès de la clientèle des vétérans est soulevée. La définition offerte de la relation thérapeutique aborde des éléments comme la collaboration, le respect et l'empathie, qui sont des concepts que l'on retrouve dans le MCPP. L'utilisation de ce modèle comme cadre de recherche est donc cohérente avec la problématique soulevée. En effet, celui-ci permet de faire ressortir les concepts d'intérêt et assure que ces derniers soient bien explorés, permettant de répondre adéquatement à la question de recherche.

En ajout à ceci, il a également été mentionné dans la problématique que la culture militaire influence la volonté des vétérans à aller consulter et à s'ouvrir sur les difficultés vécues, impactant ainsi le développement de la relation thérapeutique. Par rapport à ceci, le MCPP aborde l'aspect du contexte sociétal et de son influence sur le processus ergothérapeutique dans lequel collaborent le thérapeute et son client. Le contexte sociétal présent dans le modèle inclut, entre autres, la culture présente au sein d'une profession et d'un milieu de travail (Craik, Davis et Polatajko, 2013), ce qui est directement lié à la problématique soulevée. L'utilisation du MCPP comme cadre de recherche permet donc, encore une fois, de faire ressortir des concepts centraux au sujet de la recherche, de lier ceux-ci les uns avec les autres et ainsi de structurer le projet afin qu'il puisse répondre à la question de recherche initiale.

## **5. Méthodologie**

Cette section présente le plan de conduite de la recherche. Plus précisément, le devis dans lequel se situe l'étude, la stratégie d'échantillonnage, la méthode de collecte de données et d'analyse de celle-ci seront présentés.

### **5.1 Devis**

Le devis dans lequel s'intègre ce projet de recherche est de type qualitatif descriptif. Une étude qui s'inscrit dans ce devis a pour but de « décrire les expériences personnelles et les réponses des personnes à un événement ou une situation » (Fortin et Gagnon, 2022). Ce type de devis permet de répondre directement à l'objectif de la recherche, qui est de décrire comment les ergothérapeutes développent et maintiennent une relation thérapeutique auprès de la clientèle des vétérans. Le devis qualitatif descriptif permet donc d'avoir une meilleure compréhension de cette situation peu étudiée en ayant accès aux expériences d'ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle des vétérans tout en prenant en compte le contexte précis dans lequel le développement de la relation thérapeutique se fait. Toutefois, ce devis laisse place à une certaine subjectivité des données, puisqu'une interprétation de celles-ci est inévitablement réalisée, ce qui peut engendrer des biais et faire en sorte que les résultats ne soient pas réellement représentatifs de la situation.

### **5.2 Échantillonnage**

Pour recruter les ergothérapeutes qui ont participé à ce projet d'étude, la méthode d'échantillonnage par réseaux a été employée. Il s'agit d'une technique qui consiste à former graduellement l'échantillon à partir de références effectuées par un répondant recruté initialement (Fortin et Gagnon, 2022). Dans le cadre de ce projet, une ergothérapeute contactée

en début de processus a mentionné connaître plusieurs autres professionnels travaillant auprès de la clientèle des vétérans, qui pourraient potentiellement vouloir participer au projet. Celle-ci a donc envoyé le courriel de recrutement à ses contacts, qui devaient par la suite montrer leur intérêt en envoyant un courriel à l'étudiante-chercheuse. De plus, ce même courriel de recrutement a été envoyé à l'Association des ergothérapeutes en pratique privée ainsi qu'aux cliniques privées *Kinatex* situées à Saint-Jean-sur-Richelieu ainsi qu'à Val-Bélair, étant donné que des bases militaires se situent à ces endroits. De plus, il est important de mentionner que les ergothérapeutes recherchés pour faire partie du projet devaient avoir un minimum d'expérience avec cette clientèle et avoir développé une certaine expertise afin de constituer un groupe d'experts et ainsi optimiser la crédibilité des résultats. En ajout à ceci, le recrutement d'experts concorde directement avec l'objectif du projet, qui est de connaître les stratégies à mettre en place pour développer et maintenir la relation thérapeutique, d'où la pertinence d'avoir des ergothérapeutes ayant de l'expérience avec cette clientèle. Pour ce faire, des critères d'inclusion ont été définis. Ceux-ci consistaient à être ergothérapeute, de pratiquer auprès de la clientèle des vétérans ou d'avoir pratiqué auprès d'eux dans les cinq dernières années et d'avoir au moins six mois d'expérience auprès de cette clientèle. Le désir d'avoir un portrait de la situation actuelle ainsi que les stratégies les plus récentes concernant ce sujet est aussi ce qui a déterminé les critères d'inclusion nommés. Aucun critère d'exclusion n'est identifié.

### **5.3 Collecte de données**

Pour recueillir les données auprès des ergothérapeutes participants, des groupes de discussion focalisés avec des groupes d'experts ont été formés dans le but d'obtenir des renseignements sur la pratique des ergothérapeutes ainsi que sur les stratégies et astuces utilisées pour développer et maintenir la relation thérapeutique auprès des vétérans. L'objectif était

d'avoir accès à leur expertise afin de mieux comprendre la situation étudiée dans son contexte précis. Cette méthode de collecte de données permet de créer une ambiance d'ouverture et de partage entre les ergothérapeutes, ce qui enrichit ainsi les données obtenues (Fortin et Gagnon, 2022). Elle permet d'avoir un accès direct à l'expertise des ergothérapeutes, qui peuvent s'exprimer librement sur le sujet d'intérêt. Un canevas d'entrevue a été développé en guise de préparation à la discussion qui a eu lieu avec les groupes d'experts formés (voir annexe I). Celui-ci abordait la façon dont les ergothérapeutes établissent, maintiennent et concluent la relation thérapeutique auprès des vétérans. Il abordait également les barrières et facilitateurs au développement de cette relation ainsi que les stratégies utilisées pour promouvoir un climat de collaboration et de confiance auprès de la clientèle. En début de séance de discussion, des informations sur l'objectif de la recherche ont été données afin de s'assurer que les ergothérapeutes comprennent la nature des réponses attendues. Deux groupes de discussion focalisés avec groupe d'experts ont été réalisés. Ceux-ci ont eu lieu sur la plateforme Zoom et ont duré entre 60 et 80 minutes. Aussi, un questionnaire sociodémographique a été distribué aux ergothérapeutes afin d'avoir un portrait global de ceux-ci. Tous les ergothérapeutes participants ont donné leur consentement pour faire partie du projet de recherche et pour être enregistrés lors de leur discussion.

#### **5. 4 Analyse des données**

Une analyse thématique a été réalisée selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2021), qui a pour but de faire ressortir les principaux thèmes émergeant des données obtenues et de vérifier si ceux-ci se ressemblent ou diffèrent. Plus précisément, quatre étapes ont été suivies afin de réaliser l'analyse qualitative permettant d'obtenir les résultats. Premièrement, une familiarisation avec les données a été effectuée en lisant à plusieurs reprises les transcriptions des discussions

eues lors des groupes de discussion focalisés avec les deux groupes d'experts. Deuxièmement, des unités de sens, soit des parties du texte contenant de l'information reliée à la question de recherche, ont été identifiées afin de mettre en lumière les éléments d'informations pertinentes ressortant des groupes de discussion réalisés. Troisièmement, des thèmes ont été attribués à chacune des unités de sens. Ces thèmes ont été élaborés de façon à faire ressortir l'idée principale retrouvée dans les différents extraits identifiés. Ces deux dernières étapes ont été réalisées à l'aide du logiciel Nvivo 15, qui permet d'effectuer l'identification des unités de sens et l'attribution des thèmes de façon efficace. Quatrièmement, les thèmes identifiés à l'étape précédente ont été regroupés en catégories plus larges, permettant de bien organiser les données obtenues de façon claire. Ainsi, en établissant différentes catégories dans lesquelles se trouvent les thèmes identifiés, un arbre thématique a été créé, permettant d'avoir une représentation visuelle des résultats obtenus. De plus, tout au long du processus d'analyse thématique, une définition a été donnée à chacun des thèmes identifiés afin de bien comprendre comment ceux-ci se définissent. Un journal de recherche a été créé afin de prendre en note les définitions et de laisser des traces de tout changement apporté lors de l'analyse des données, permettant de bien documenter les raisons pour lesquelles ces changements ont été effectués.

## **6. Résultats**

La prochaine section présente un portrait des ergothérapeutes ayant participé aux groupes de discussion focalisés ainsi que les résultats obtenus à la suite de l'analyse des données effectuée à partir des verbatim obtenus lors des discussions. Tout d'abord, les données sociodémographiques récoltées par l'entremise du questionnaire sociodémographique seront décrites. Ensuite, la façon dont les ergothérapeutes développent et maintiennent la relation

thérapeutique auprès des vétérans sera expliquée à travers les étapes du MCPP, tout en abordant les éléments du contexte de la pratique ayant une influence sur la construction de cette relation.

## **6. 1 Description des participants**

Un total de huit ergothérapeutes a participé à l'un des deux groupes de discussion focalisés formés. Chaque séance de discussion comptait quatre ergothérapeutes. Toutefois, il est important de mentionner que seuls sept d'entre eux ont répondu au questionnaire sociodémographique envoyé. Il y a donc une personne pour qui les informations demandées sont manquantes. Parmi les réponses obtenues, cinq ergothérapeutes s'identifiaient comme des femmes et deux comme des hommes. Tous les ergothérapeutes pratiquaient dans une clinique privée, mis à part deux d'entre eux, qui sont travailleurs autonomes. Leur nombre d'années d'expérience en ergothérapie variait d'une personne à une autre, de même que leur nombre d'années d'expérience auprès de la clientèle des vétérans. Le tableau 1 suivant présente les caractéristiques sociodémographiques des participants plus clairement.

**Tableau 1***Caractéristiques sociodémographiques des ergothérapeutes participants*

Caractéristiques		Nombre d'ergothérapeutes
Genre	Homme	2
	Femme	5
Milieu de pratique	Clinique privée	5
	Travailleur autonome	2
Années d'expérience en ergothérapie	Moins de cinq ans	3
	Entre cinq et dix ans	2
	Plus de dix ans	2
Années d'expérience en ergothérapie auprès de la clientèle des vétérans	Moins de cinq ans	4
	Entre cinq et dix ans	3
	Plus de dix ans	0

## **6. 2 Description de la façon dont les ergothérapeutes développent et maintiennent la relation thérapeutique auprès des vétérans**

Pour décrire la façon dont les ergothérapeutes développent et maintiennent la relation thérapeutique auprès des vétérans, les grandes étapes du MCPP ainsi que diverses catégories seront présentées et les thèmes émergents dans celles-ci seront décrits.

### **6. 2. 1 Initier et établir le contact**

Cette première catégorie décrit la façon dont les ergothérapeutes établissent le premier contact avec la clientèle des vétérans. Elle inclut deux thèmes, soit la mise en place d'un

environnement propice au développement de la relation thérapeutique et l'établissement de la relation thérapeutique.

### **6. 2. 1. 1 Mise en place d'un environnement propice au développement de la relation thérapeutique**

La majorité des ergothérapeutes ont exprimé que, d'entrée de jeu, il était essentiel d'accueillir les vétérans dans un contexte qui allait favoriser leur confort, et ce, afin de les rendre à l'aise dès le début de leur suivi en ergothérapie. Pour ce faire, il est important d'accorder une attention à l'environnement physique dans lequel auront lieu les séances d'ergothérapie :

*« Puis t'sais, on les met déjà à l'aise dans un environnement qui n'ont pas à être dans l'hypervigilance. Fait que t'sais, de pas les mettre dans une salle déjà dos au monde, qui pourrait avoir plein de petits bruits comme imprévisible. [...] Créer un contexte, en fait, qui diminue leur vigilance, puis qu'ils se sentent en sécurité. Par exemple, face à la porte, qu'ils savent où sont les voies de sortie. Il y a tout un contexte qui peut les rassurer. » (ergothérapeute 6)*

Il a été mentionné que, lorsque cela est possible, il peut être facilitant d'effectuer les premières séances à distance, en utilisant un logiciel de visioconférence. Cela est moins menaçant pour le vétéran, qui ne sait pas nécessairement ce qu'est l'ergothérapie et qui peut présenter une certaine méfiance en début de relation. Aussi, il a été soulevé qu'en début de suivi, la prise de note sur un ordinateur peut créer une barrière entre l'ergothérapeute et le vétéran, et ce, en raison de l'écran qui limite la fluidité des interactions initiales, nuisant ainsi à

l'établissement de la relation thérapeutique. Il peut donc être utile de prendre des notes papier en début de suivi avec le vétérinaire afin d'éviter cette barrière.

### **6. 2. 1. 2 Établissement de la relation thérapeutique**

Concernant le tout premier contact avec le vétérinaire, soit la prise du rendez-vous initial, il a été mentionné à plusieurs reprises qu'il est pertinent que ce soit l'ergothérapeute qui réalise ce premier appel téléphonique. En effet, la majorité des ergothérapeutes participants pratiquent en clinique privée, où des adjointes administratives sont présentes pour assurer la prise de rendez-vous. Toutefois, ils ont expliqué qu'en effectuant le premier appel par eux-mêmes, ils peuvent déjà établir un petit lien, ce qui fait en sorte que le vétérinaire est plus à l'aise et déjà plus confortable lorsqu'il arrive en clinique. Par le fait même, l'ergothérapeute peut ainsi se présenter, expliquer son rôle et débiter la relation sur une bonne base et de la façon qui lui convient le mieux. Par rapport à ceci, pratiquement tous les ergothérapeutes ont mentionné à quel point il était important de bien expliquer le fonctionnement de la thérapie, et ce, dès le début de la relation. Effectivement, il peut s'agir de la première fois que le vétérinaire reçoit des services de réadaptation, ce qui fait en sorte qu'il ne sait pas trop à quoi s'attendre. Pour faciliter le développement de la relation et diminuer certaines appréhensions qu'il peut avoir, il est pertinent de venir expliquer comment fonctionne le programme dans lequel il se trouve, qu'est-ce que l'ergothérapie, à quoi ressemble les séances, quels sont les délais de traitement de différentes recommandations et bien plus encore. Cela permet également de mettre le vétérinaire en confiance :

*« Fait que, de bien leur expliquer ce qui va se passer. C'est quoi l'évaluation qu'on va faire aujourd'hui. Les suivis, ça va ressembler à quoi. Ça, ça les aide à être un petit peu plus en confiance. Savoir que, ok, les thérapeutes savent ce qu'ils font,*

*c'est pas juste free for all et on ne sait pas ce qu'on va faire dans les rencontres, puis on sait pas où on s'en va. Fait que moi, ça, c'est vraiment la première étape. D'arriver structurée, de leur dire ce qui va se passer. » (ergothérapeute 3)*

Une autre stratégie permettant de développer la relation thérapeutique inclut le partage réciproque d'informations personnelles entre l'ergothérapeute et le vétéran. Ce dernier doit s'ouvrir et constamment parler de lui et de ses problématiques. Toutefois, il peut être aidant pour l'ergothérapeute de lui aussi partager des éléments concernant sa personne. Plusieurs ont expliqué qu'ils aiment que la première séance se déroule en ne faisant qu'échanger ensemble et en se permettant de divaguer sur différents sujets, qui n'ont pas nécessairement de lien avec l'ergothérapie. En faisant ceci, l'ergothérapeute devient plus qu'un simple intervenant dépersonnalisé, ce qui favorise l'établissement d'une bonne relation thérapeutique. En lien avec ceci, une ergothérapeute a mentionné qu'elle aime partager des informations sur elle, puisque cela lui permet de trouver des points en commun avec le vétéran et qu'elle réussit à percer sa carapace de cette manière :

*« J'en ai un nouveau client, ça l'a pris un bon trois semaines là, puis on se voit deux fois par semaine, avant de le sentir à l'aise. Puis finalement, ça a débloqué quand on a commencé à parler de sa fille, qui se cherche une maison aussi [comme moi]. Fait que t'sais, c'est de trouver des petits points communs avec eux, puis d'aller gruger ça, d'aller explorer ça. » (ergothérapeute 3)*

Quelques ergothérapeutes ont aussi expliqué qu'il est essentiel de questionner le vétéran sur son expérience dans l'armée ainsi que sur son vécu, puisque celui-ci est unique

pour chaque personne et qu'il ne faut surtout pas assumer qu'une même situation aura le même effet d'un vétéran à un autre. En s'informant sur des éléments tels que leurs métiers, les déploiements effectués et leur rotation en Afghanistan, par exemple, les ergothérapeutes obtiennent des informations utiles, mais ils montrent aussi au vétéran qu'ils souhaitent comprendre les expériences qu'ils ont vécues. En lien avec ceci, une ergothérapeute a mentionné qu'il est très important de demander à la personne si elle souhaite se faire remercier pour son service dans l'armée. En effet, elle a expliqué que les formations liées à cette clientèle leur apprennent à les remercier d'emblée, mais que, pour la moitié des vétérans, cela ne fonctionne pas du tout. L'ergothérapeute a remarqué que poser la question rend le vétéran beaucoup plus à l'aise et ouvert à partager, plutôt que d'imposer directement un remerciement.

## **6. 2. 2 Établir les balises**

À cette étape, l'ergothérapeute définit les attentes, les besoins et les limites de la relation avec le vétéran. Deux thèmes s'y retrouvent, soit l'accord mutuel sur la nature de la relation et les comportements soutenant la relation thérapeutique.

### **6. 2. 2. 1 Accord mutuel sur la nature de la relation**

Pour poursuivre le développement de la relation thérapeutique, plusieurs ergothérapeutes ont mentionné qu'il est primordial que chacun nomme ses limites. De cette façon, le vétéran et l'ergothérapeute connaissent les attentes de l'autre, ce qui permet aux fondements de la relation thérapeutique d'être solides. Nommer les attentes, besoins et limites permet aussi d'établir un climat de respect entre les deux individus prenant part à la relation, puisque chaque personne est

consciente des lignes à ne pas dépasser. Il se peut que certaines adaptations doivent être réalisées afin de respecter les limites mentionnées, mais l'important est que celles-ci soient claires. Une ergothérapeute a d'ailleurs expliqué que l'établissement de ces limites contribue au bien-être du vétéran lors des suivis en ergothérapie :

*« Puis renommer que moi j'ai des limites, mais, eux aussi, ont le droit d'avoir des limites. Puis je les encourage vraiment à les respecter, ces limites-là. C'est pour leur sécurité psychologique, je trouve ça important qu'ils le sachent, qu'ils peuvent le faire. »* (ergothérapeute 7)

#### **6. 2. 2. 2 Comportements soutenant la relation thérapeutique**

Lors de l'établissement des balises, plusieurs ont expliqué qu'il est utile d'adopter une attitude et d'émettre des propos qui permettent de diminuer la pression que peuvent ressentir les vétérans. En effet, il s'agit d'une clientèle qui se trouve constamment dans la performance et qui a été habituée à devoir toujours frôler la perfection. Cette même façon de penser est présente dans les suivis en réadaptation et les ergothérapeutes affirment qu'il est aidant de les réassurer qu'ils n'ont pas d'attentes à remplir, qu'ils doivent seulement faire de leur mieux en respectant leurs limites. En nommant cela clairement, les vétérans se sentent plus à l'aise par la suite, puisqu'ils ressentent moins de pression et cela permet aussi de les aider à se doser lors des suivis en ergothérapie :

*« De vraiment baisser les attentes. Expliquer le fait qu'on n'est pas dans la productivité. C'est pas un concours. Des fois, je leur dis même : "notre ego là, hey on le laisse dans la salle d'attente si possible". »* (ergothérapeute 3)

### **6. 2. 3 Convenir des objectifs et du plan d'intervention**

Ici, l'ergothérapeute et son client définissent les objectifs à atteindre en fonction des défis occupationnels soulevés à la suite de l'évaluation et ils établissent un plan d'intervention qui permettra d'atteindre ceux-ci. À cette étape-ci, la relation thérapeutique est développée depuis un certain temps, mais elle doit se maintenir pour favoriser la bonne continuité des suivis. Il y a trois thèmes qui ressortent, soit les méthodes de définition des objectifs et le plan d'intervention, les stratégies pour assurer la compréhension des objectifs et du plan d'intervention ainsi que les sources potentielles et stratégies de gestion des désaccords.

#### **6. 2. 3. 1 Méthodes de définition des objectifs et du plan d'intervention**

Lorsqu'il est question d'établir les objectifs, pratiquement tous les ergothérapeutes ont soulevé le point qu'il était primordial que ceux-ci soient déterminés par le vétéran lui-même, surtout en santé mentale. Les ergothérapeutes vont donc demander directement à leur client sur quoi il veut travailler, afin que les idées viennent de lui-même. De cette façon, ils sont assurés que les objectifs identifiés sont en cohérence avec les ambitions, les besoins et les désirs du vétéran. Un ergothérapeute a même mentionné que la signifiante des objectifs est encore plus cruciale avec cette clientèle, puisque cela favorise l'application du plan d'intervention par la suite : « *Puis encore plus, je trouve avec les vétérans, il faut que ça fasse du sens pour eux, parce que sinon ils vont vraiment pas adhérer* » (ergothérapeute 6). En santé physique, il demeure important que les objectifs viennent du vétéran, mais une ergothérapeute a expliqué qu'elle a généralement une banque d'objectif prédéterminé qu'elle utilise et qu'elle module en fonction du vétéran. Elle a expliqué que cela survient puisqu'elle a régulièrement des cas similaires, ce qui fait en sorte que les mêmes objectifs reviennent souvent. Il est donc utile pour elle de dresser une

liste d'objectifs qu'elle réutilise lorsque cela est approprié. Plusieurs ont aussi mentionné qu'il est nécessaire de recadrer certains objectifs proposés par le vétéran en raison du fait que ceux-ci ne sont pas occupationnels. En effet, avec la clientèle des vétérans, il arrive fréquemment que le désir de la personne est d'arrêter d'avoir de la douleur. Or, cela ne correspond pas à un objectif fonctionnel, d'où la nécessité que celui-ci soit recadré par l'ergothérapeute. De plus, il est aussi expliqué que le rôle de l'ergothérapeute demeure parfois flou pour le vétéran, faisant en sorte que les objectifs déterminés par celui-ci ne sont pas ergothérapeutiques, ce qui nécessite ainsi un recadrage.

### **6. 2. 3. 2 Stratégies pour assurer la compréhension des objectifs et du plan d'intervention**

Toujours concernant l'établissement des objectifs et du plan d'intervention, il est mentionné que, malgré le fait que ceux-ci sont toujours déterminés par le vétéran, il peut être intéressant de leur parler d'autres interventions ou solutions auxquelles ils n'avaient pas pensé, puisque cela peut les aider à construire leur plan. L'expertise et les connaissances que possèdent les ergothérapeutes permettent à ceux-ci de proposer des solutions qui peuvent plaire, ou non, au vétéran, mais qui peuvent surtout les informer sur les ressources et solutions disponibles :

*« Fait que ça part d'un besoin du client. Moi, je les accompagne en leur disant : "voici ce qui existe pour ce besoin-là". Puis ouais, c'est... Des fois, je vais leur amener des solutions qu'ils avaient pas pensées. Ils avaient pas vu cet angle-là. »*

(ergothérapeute 1)

De plus, lors de l'établissement des objectifs et du plan d'intervention, une ergothérapeute a expliqué qu'il est important de rendre ceux-ci concrets pour les vétérans, afin de favoriser leur compréhension de ce qu'ils ont à faire, mais aussi pour les aider à s'assurer qu'ils sont dans la bonne voie. Pour ce faire, elle aime écrire sur papier les objectifs sur lesquels travailler pour la prochaine rencontre. En ayant une trace écrite, elle a expliqué que le vétéran peut ainsi concrètement visualiser ce qu'il a à faire pour les suivis à venir et augmente ainsi les chances qu'il applique réellement les interventions proposées. Finalement, il est mentionné qu'il est pertinent de réévaluer fréquemment l'atteinte des objectifs auprès des vétérans, puisqu'encore une fois, cela leur permet de constater les progrès effectués, mais leur permet aussi de demeurer centrés sur les objectifs établis et sur le travail à effectuer.

### **6. 2. 3. 3 Sources potentielles et stratégies de gestion des désaccords**

Lorsqu'ils sont questionnés par rapport aux sources de désaccord pouvant affecter la relation thérapeutique, les ergothérapeutes ont affirmé que celles-ci sont souvent liées au plan d'intervention développé. Plus précisément, des désaccords peuvent survenir en ce qui concerne l'intervention à appliquer. Par exemple, certains vétérans présentent un grand inconfort par rapport à devoir faire de l'exposition graduée au raison d'une forte peur présente. Toutefois, il s'agit d'une intervention très utile, ce qui signifie que l'ergothérapeute doit parfois faire de la négociation avec son client afin de lui faire comprendre les bénéfices de l'intervention. Ce type de situation engendre parfois des désaccords qui nécessitent d'être résolus afin de préserver une bonne relation thérapeutique. En lien avec ceci, il peut également y avoir des désaccords par rapport aux modalités de traitement. En d'autres mots, il arrive que l'ergothérapeute et le vétéran

ne soient pas en accord sur certains éléments entourant les suivis en réadaptation, tels que la poursuite ou l'arrêt du traitement, le nombre de séances à effectuer par semaine et les services qui seraient pertinents à avoir dans différentes disciplines. Une ergothérapeute a mentionné que « *parfois il y en a qui vont avoir des idées très arrêtées de qu'est-ce qu'eux voudraient* » (ergothérapeute 3). Cela dit, elle a expliqué que, ce qui est souhaité par le vétéran n'est pas toujours réaliste ou n'est pas en cohérence avec ses idées, ce qui peut mener à des désaccords. À l'inverse, un ergothérapeute a mentionné que, de son côté, il n'a jamais eu de situation de désaccord avec ses clients. Il a expliqué que son milieu de travail ne lui met pas de contraintes importantes, ce qui fait en sorte qu'il présente une grande flexibilité dans ce qu'il peut faire et que son rôle apporte toujours de l'aide au vétéran à travers les programmes, les ressources et les aides techniques proposées. Face à ceci et avec la grande flexibilité qu'il possède, il n'a jamais eu de client qui n'était pas satisfait des recommandations effectuées et ne peut donc pas nommer une source de conflit de son côté.

Pour gérer de façon efficace les désaccords nommés ci-haut, les ergothérapeutes ont expliqué qu'une stratégie qui fonctionne bien est de simplement nommer qu'il y a présence d'un désaccord. Pour ce faire, ils ont mentionné qu'il est bien évidemment important d'avoir une bonne relation thérapeutique pour pouvoir avoir ce type de conversation, mais, une fois que celle-ci est présente, il est très efficace d'aborder directement le désaccord et d'échanger sur le sujet :

*« Puis c'est généralement des personnes hyper respectueuses aussi, donc ils ont déjà ce sens-là que, si le lien thérapeutique est fait, bien après ça, on peut vraiment*

*se dire n'importe quoi, puis on peut être en désaccord, puis ça va être correct d'être en désaccord aussi. » (ergothérapeute 6)*

Une ergothérapeute a nommé un exemple concret où elle allait à domicile chez un client qui possédait beaucoup d'armes et qui lui montrait toujours celles-ci lorsqu'elle venait à domicile, mais qu'elle était inconfortable dans la situation. Elle lui a donc nommé qu'elle n'était pas à l'aise que ses armes soient à la vue lorsqu'elle venait à domicile et qu'elle préférait qu'ils les rangent ailleurs lors de ses visites. En abordant directement le sujet, les deux partis ont pu établir leurs limites et s'adapter en fonction de celles-ci.

#### **6. 2. 4 Conclure/mettre fin**

À ce point-ci, l'ergothérapeute doit mettre fin aux suivis ergothérapeutiques et ainsi à la relation thérapeutique, tout en préparant son client pour la suite des choses. À travers les rencontres, il se peut que celui-ci se soit attaché, c'est pourquoi une bonne préparation à la fin est nécessaire. Deux thèmes se retrouvent à cette étape, soit la conclusion entendue de la relation thérapeutique et la préparation à la fin des services.

##### **6. 2. 4. 1 Conclusion entendue de la relation thérapeutique**

Une des principales choses à faire afin d'assurer une bonne conclusion de la relation thérapeutique selon ce qui est nommé est d'arriver à une entente réciproque concernant la fin de services. Pour faire cela, il est expliqué qu'il est important de prendre le temps de discuter avec le vétéran afin de vérifier s'il est d'accord pour terminer les suivis ou s'il a encore des choses sur lesquelles il veut travailler. En s'entendant de cette manière, les deux partis sont assurés d'être satisfaits de la façon dont la relation se clôt. Plus précisément, un ergothérapeute a mentionné

que, lorsqu'il s'apprête à terminer un suivi avec un client, il aime discuter de toute la progression réalisée par le client dans le but de l'amener à voir les nombreux efforts mis dans les suivis ainsi que le résultat que cela a donné. De cette façon, le vétérinaire peut constater l'évolution effectuée et ainsi bien comprendre en quoi il est pertinent de terminer les consultations.

#### **6. 2. 4. 2 Préparation à la fin des services**

En vue de la fermeture du suivi auprès d'un vétérinaire, quelques ergothérapeutes ont expliqué qu'ils s'assurent de présenter à celui-ci les ressources qui existent pour lui ainsi que ses droits en ce qui a trait aux services de réadaptation. Cette façon de faire permet non seulement de réassurer le vétérinaire, mais fait également en sorte qu'un certain filet de sécurité demeure présent autour de celui-ci en cas de besoin. Ils expliquent au vétérinaire qu'il peut toujours refaire une demande s'il sent que cela est nécessaire :

*« Puis t'sais ce qui est rassurant pour les gens, c'est que je vais le nommer qu'il existe d'autres programmes. T'sais, La Croix Bleue, leurs couvertures. On est encore disponible au privé s'ils ont vraiment besoin [...] T'sais c'est jamais comme je disparaissais. Je ne disparaissais pas, je reste là, ils ont mon numéro, il y a ma carte, ils ont tous mon courriel, puis mon numéro de téléphone de mon cellulaire professionnel. Fait qu'ils ont toute manière de me rejoindre. » (ergothérapeute 7)*

En plus de nommer les ressources existantes, une ergothérapeute a mentionné qu'elle aime faire une feuille résumée des interventions vues dans les suivis en ergothérapie afin que le vétérinaire parte avec un aide-mémoire des éléments qui peuvent l'aider au quotidien. Par exemple, elle écrit une stratégie qui fonctionne pour la personne, comme la gestion d'énergie, et elle inscrit

les points clés à se souvenir, tel que de ne pas tout faire en un avant-midi. Elle a expliqué qu'en faisant ceci, le vétéreran peut se souvenir plus facilement de ce qui a été vu, surtout s'il se trouvait dans un moment où il se sentait plus anxieux et qu'il était plus difficile pour lui d'appliquer les astuces apprises. Écrire les principales interventions sur une feuille est donc facilitant pour cela. Essentiellement, il a été nommé que, ce qui fonctionne lors de la conclusion de la relation et des services, c'est de faire un plan pour bien préparer le vétéreran pour la suite, que ce soit en discutant des personnes qu'il peut contacter ou en lui rappelant les précieux outils qu'ils ont développés à travers les séances en ergothérapie. Fournir les informations nécessaires au vétéreran permet de le rassurer, puisque plusieurs personnes de cette clientèle craignent de se retrouver les mains vides :

*« Faire un plan. Faire un plan avec eux. Leur expliquer ça va être quoi la suite [...] Voici des pointers un peu de t'sais, qui tu devrais appeler par la suite, qu'est ce qui va se passer en gros. Parce que, souvent, la crainte chez ces personnes-là, c'est qu'ils vont être lâchés dans le vide. Qu'ils n'auront plus de services après. Puis qu'ils vont comme devoir se débrouiller à travers tout ça. Fais que moi, c'est beaucoup ça mes conclusions avec les vétérerans. » (ergothérapeute 3)*

Il est important de mentionner que certaines étapes du MCPP ne se trouvent pas dans les résultats, et ce, puisqu'aucune donnée significative en lien avec la relation thérapeutique n'est ressortie des deux comités d'expert par rapport à celles-ci.

### **6. 2. 5 Contexte de la pratique**

Comme mentionné dans le cadre de recherche, le contexte de pratique exerce assurément une influence sur le processus ergothérapeutique et ainsi sur la relation thérapeutique. Ce contexte inclut autant des éléments de l'environnement dans lequel se déroulent les suivis à petite et à

grande échelle que des éléments personnels provenant du bagage des deux personnes présentes dans la relation, soit l'ergothérapeute et son client. Les différents éléments du contexte de la pratique peuvent faciliter ou nuire au développement de la relation thérapeutique. Les thèmes abordés sont donc l'impact du contexte de pratique et l'impact du contexte militaire.

### **6. 2. 5. 1 Impact du contexte de pratique**

Par rapport au milieu de pratique, la flexibilité du contexte de la pratique autonome est assurément un facilitateur pour les ergothérapeutes travaillant dans ce milieu. En effet, ils ont expliqué qu'ils n'ont pas nécessairement de contraintes en ce qui a trait aux nombres de séances ou au temps qu'ils peuvent passer avec leurs clients. Ils ont la chance de pouvoir organiser les évaluations et les interventions de la façon dont ils le veulent, ce qui facilite la relation thérapeutique, puisqu'ils peuvent adapter la modalité des suivis à chaque personne rencontrée. Cela est différent de l'organisation du milieu de pratique en clinique privée. En effet, il est nommé par plusieurs ergothérapeutes que le contexte de la clinique privée correspond par moment à une barrière à la relation thérapeutique. En effet, ce milieu est plutôt rigide en ce qui concerne les services de réadaptation, que ce soit concernant le nombre de suivis en ergothérapie alloué ou le mandat déterminé. Ainsi, les ergothérapeutes ont moins de temps et ne peuvent pas explorer tout ce qu'ils veulent avec le vétéran, ce qui peut nuire à la relation thérapeutique lorsque les besoins et désirs de celui-ci sortent du cadre de ce qui est alloué :

*« Ça peut être difficile, aussi parce que nos mandats sont quand même très serrés. T'sais, avec le programme, c'est comme eille ton mandat, c'est vraiment des gains fonctionnels, mais si tu sors de ce mandat-là dans le fond, tu dois fermer ton dossier. Bien que t'sais des fois, c'est plate parce que tu commences à développer*

*un lien, puis le vétéran t'apporte quelque chose, puis tu dis "eille ce serait super intéressant qu'on ait exploré ça", mais un : je suis peut-être pas la bonne personne, deux : je suis peut-être pas dans le bon mandat. » (ergothérapeute 3)*

Cette rigidité du milieu privé fait également en sorte que la conclusion avec les vétérans est parfois brusque et rapide, ce qui termine mal la relation thérapeutique dans certains cas, puisque le vétéran ne peut pas être préparé à la fin des suivis et qu'il se sent ainsi délaissé. De plus, lorsqu'un vétéran participe au programme de réadaptation, il est mentionné que celui-ci a une certaine prime qui est ajoutée à son salaire. À cause de ces avantages financiers, il est rapporté qu'il arrive que des vétérans n'osent pas tout dire lors des évaluations dans le but de poursuivre le programme afin de continuer de recevoir cette prime, ce qui nuit à la relation thérapeutique, puisqu'il est difficile pour l'ergothérapeute de comprendre les réels désirs, intentions et besoins de la personne. Quelques ergothérapeutes ont également expliqué qu'il y a de longs délais d'accès aux services au privé, ce qui fait en sorte que la confiance des vétérans envers le programme est, dès le départ, moins présente et fait aussi en sorte que les cas sont plus chronicisés et complexes. Lorsque l'on parle de programme, il s'agit du programme de réadaptation offert par Ancien Combattant Canada (ACC), où la personne doit faire une demande pour y être inscrite. Une fois que la personne est jugée admissible au programme de réadaptation, elle est orientée vers le partenariat de services de réadaptation aux vétérans canadiens (PSRVC). Une évaluation des besoins sera alors effectuée afin d'orienter la personne vers les bons services, dont fait partie l'ergothérapie, et ainsi débiter un programme de réadaptation (Partenaires des services de réadaptation aux vétérans canadiens, n. d.). Le processus pour avoir accès à des services compte plusieurs étapes, qui sont toutes les mêmes, peu importe le milieu où se fait la

réadaptation. En lien avec ceci, il arrive que certains vétérans vivent de la frustration auprès du programme de réadaptation via ACC pour différentes raisons et que cette frustration se transfère à l'ergothérapeute, ce qui rend le développement de la relation thérapeutique beaucoup plus difficile :

*« Je dirais les événements administratifs, c'est des obstacles à notre relation thérapeutique. Tu as bien beau avoir la meilleure relation thérapeutique de la terre, si ça va pas bien avec ACC, ça se peut donc qu'un client, ça ne lui tente pas de te parler aujourd'hui. Parce que t'sais ça fait une heure qu'il se débat avec ACC ou avec je sais pas quoi. » (ergothérapeute 2)*

Le manque de connaissance envers le programme correspond aussi à une barrière au développement de la relation thérapeutique, puisque certains vétérans sont simplement lancés dans un suivi en réadaptation, sans comprendre tous les éléments entourant celui-ci, ce qui fait en sorte qu'ils sont davantage réticents. Certains vétérans présentent aussi par moments de la méfiance ou du scepticisme envers l'ergothérapeute dû au manque de connaissance sur l'ergothérapie ainsi qu'au fait qu'ils ont parfois déjà eu recours à d'autres services et que ceux-ci n'ont pas fonctionné. Ainsi, il est plus difficile pour l'ergothérapeute de développer la relation thérapeutique, puisque le vétéran semble entrer dans celle-ci à contrecœur :

*« Puis, des fois, quand ils viennent nous voir, ils savent pas trop qu'est-ce qu'on est, où est ce qu'on est situé. Est ce qu'on fait partie de l'unité, est ce qu'on est une autre branche? Est ce qu'on est plus haut dans la hiérarchie, plus bas? Il y a beaucoup d'analyse, puis ils sont vraiment dans le néant fait que des fois il y a un peu de méfiance. » (ergothérapeute 8)*

Un autre élément mentionné par quelques ergothérapeutes comme étant une barrière est à la différence de genre entre ceux-ci et le vétéran. Plus précisément, un ergothérapeute s'identifiant comme un homme a expliqué qu'il est plus difficile de rendre certaines vétéranes à l'aise, puisque celles-ci ont vécu des abus physiques et sexuels de la part d'un homme en contexte militaire. Cela peut donc ajouter un niveau de difficulté. De son côté, une ergothérapeute femme a mentionné qu'environ 75% de sa clientèle de vétérans sont des hommes et qu'une certaine dynamique de pouvoir s'installe parfois entre elle et ses clients, puisqu'ils sont habitués d'avoir le contrôle ainsi que de donner des commandes et non l'inverse. Elle rencontre donc parfois de la difficulté à établir la relation en raison de ceci. Finalement, une ergothérapeute travaillant en pratique autonome a expliqué que les conjoints et conjointes de ses clients sont souvent des barrières à la relation thérapeutique. Effectivement, elle a affirmé qu'il n'est pas rare que les proches des vétérans aient une attitude très négative par rapport à l'état de ces derniers et portent ainsi des propos pouvant être dénigrants pour eux. Elle doit donc tenter d'établir une relation thérapeutique en entrant dans un climat tendu et en gérant des situations conjugales particulières, ce qui l'empêche d'établir un lien aussi facilement qu'elle le souhaiterait.

### **6. 2. 5. 2 Impact du contexte militaire**

Les ergothérapeutes ont mentionné les différentes façons dont la culture militaire influence la thérapie et ainsi la relation thérapeutique en ergothérapie. Une chose qui est présente dans les suivis est la difficulté pour les militaires de doser l'effort à déployer. Lorsqu'ils leur sont demandés d'effectuer une tâche et de s'arrêter lorsque la douleur est présente, il est rare que cela soit réellement respecté :

*« Avec un civil, on lui demanderait d'aller dans le seuil de la douleur, mais pas d'aller trop loin, puis il va suivre la consigne, puis il va même arrêter parce qu'il pense qu'il va avoir mal. Puis dans le monde militaire, c'est euh... il va au bout du bout, puis il n'en parle pas. Il dit pas que ça fait mal. Fait qu'il faut comme les doser, baisser les attentes qu'on a envers eux, puis l'expliquer clairement que c'est ça. » (ergothérapeute 1)*

Cela vient du fait que, dans l'armée, il n'est pas bien vu pour les militaires de dire lorsqu'ils ont mal et ils leur sont enseignés qu'ils doivent performer et aller jusqu'au bout en tout temps. Toutefois, en thérapie, cela peut devenir compliqué pour l'ergothérapeute, puisqu'il sera difficile pour lui d'effectuer des recommandations si le vétéran minimise ses douleurs. De plus, le monde militaire exerce une influence sur la façon dont le vétéran perçoit la vie civile. En effet, il est expliqué que cette perception est parfois erronée et que cela peut avoir un impact sur la relation thérapeutique, puisque celui-ci n'aura pas la même vision qu'une personne civile sur la façon dont certaines choses fonctionnent. Par exemple, une ergothérapeute a expliqué que les vétérans sont souvent habitués à ce que tout se déroule rapidement et qu'ils soient en mode action réaction. Elle doit donc prendre le temps d'expliquer qu'il y a plusieurs délais dans le monde civil et qu'il se peut que le traitement des recommandations ou l'application de services prennent du temps. En ajout à ceci, une autre ergothérapeute a expliqué que, de son côté, elle doit parler de ponctualité avec les vétérans, pour qui être à l'heure est très important, puisque c'est ce qu'ils se font dire dans l'armée. Toutefois, cette réalité n'est pas la même en contexte de clinique privée, où plusieurs clients doivent être vus dans une journée. Elle doit donc lui faire comprendre qu'il se peut qu'elle arrive quelques minutes en retard aux rendez-vous, mais que cela ne signifie

pas qu'elle accorde moins d'importance ou d'intérêt au suivi et à la relation qu'ils ont ensemble. Un autre aspect qui caractérise les vétérans et qui a une influence sur les suivis en ergothérapie est la présence de dissociation chez eux. Effectivement, certains vétérans se trouvent encore en état de dissociation lorsqu'ils viennent en réadaptation, ce qui fait en sorte qu'ils sont déconnectés de leurs pensées, de leurs émotions et de leurs corps. Ainsi, il peut être difficile de bien comprendre le vétéran, puisque celui-ci n'est pas encore totalement en contact avec la réalité et donne des réponses qui peuvent sembler non cohérentes. Il est toutefois possible de les aider à ce niveau :

*« Puis, en fait, ce que moi je fais avec les clients, c'est que je leur fais beaucoup de travail devant le miroir. Donc de voir, justement, de prendre en conscience, t'sais des prises de conscience à ce niveau-là, pour vraiment reconnecter avec le corps. »*

(ergothérapeute 4)

### **6. 2. 6 Rôles de la relation thérapeutique**

Certaines informations obtenues lors des groupes de discussion avec les comités d'expert n'entraient pas nécessairement dans les différentes étapes du MCPP, mais il est tout de même pertinent de présenter celles-ci. Entre autres, en discutant des stratégies permettant de développer la relation thérapeutique adéquatement, les ergothérapeutes ont soulevé des points concernant l'importance de celle-ci en ergothérapie. Tout d'abord, un ergothérapeute a mentionné qu'une relation thérapeutique solide facilite la gestion des désaccords et des conflits par la suite. Effectivement, il a expliqué qu'avec cette clientèle, une fois que le lien est bien établi, celui-ci est fort, ce qui fait en sorte qu'il est possible de discuter des désaccords ouvertement par la suite et qu'il est plus facile de trouver une solution pour le résoudre, étant donné que la relation thérapeutique est bien établie. L'ergothérapeute est donc d'avis que, si celle-ci n'est pas bien

développée dans les débuts, il sera difficile de la préserver lorsque des conflits ou des désaccords seront rencontrés. Il est également mentionné qu'il est important d'avoir une bonne relation thérapeutique, puisque cela favorise l'application des recommandations par la suite :

*« J'ai moins une relation thérapeutique à développer [à cause des suivis très brefs en ergothérapie], mais ça reste quand même important pour espérer convaincre le vétérán, des fois, d'intégrer les aides techniques, d'intégrer les adaptations. »*

(ergothérapeute 1)

Une bonne relation thérapeutique augmente la confiance du vétérán envers le thérapeute et ses compétences, ce qui favorise ainsi sa crédibilité en tant que professionnel de la santé et augmente les chances que le client applique les interventions recommandées. Finalement, il est expliqué qu'une relation thérapeutique solide favorise l'ouverture du vétérán à partager sur lui-même par rapport à son vécu et à ses expériences, ce qui est aidant pour l'ergothérapeute, qui doit obtenir ces informations pour effectuer son travail.

### **6. 2. 7 Compétences professionnelles soutenant la relation thérapeutique**

Tout au long des groupes de discussion, les ergothérapeutes ont parlé des différentes compétences et connaissances à avoir pour faciliter le développement de la relation thérapeutique auprès des vétérans. Par rapport aux connaissances nécessaires, pratiquement tous les ergothérapeutes ont expliqué qu'il est utile de bien connaître le monde militaire. Par exemple, de savoir quelles sont les principales guerres ayant eu lieu dans les dernières années, quelles missions ont été plus difficiles, etc. L'établissement de la relation est plus facile lorsque le vétérán sent que l'ergothérapeute possède un minimum d'information sur l'armée, car il aura davantage l'impression de pouvoir partager son vécu et de se faire réellement comprendre :

*« Mais moi, je trouve qu'une des choses qui est plus facilitantes avec les vétérans pour créer la relation thérapeutique c'est de leur faire savoir qu'on comprend le contexte des vétérans. Donc, tu sais, ils sont pas en terrain inconnu avec nous. C'est pas comme on est toute neuve, là, toute fraîche, puis qu'on connaît rien de la guerre, puis qu'on connaît rien. Parce qu'eux, ils ont tout le temps un peu un souci en fait de ne pas dire des choses qui vont traumatiser les gens aussi. Donc il faut qu'ils sentent qu'ils peuvent vraiment, comme, tout dire. » (ergothérapeute 6)*

Pour en apprendre davantage sur le monde militaire, les ergothérapeutes prennent le temps de lire sur l'histoire, d'écouter des documentaires ou simplement de se faire éduquer par leurs clients, qui leur en apprennent beaucoup sur la culture militaire avec le temps. En lien avec ceci, il est très important pour l'ergothérapeute de se montrer compétent devant un vétéran, puisque l'organisation et la compétence sont des éléments essentiels pour eux. La confiance est beaucoup plus présente lorsque l'ergothérapeute montre qu'il connaît ces choses, qu'il a un plan et qu'il sait où il se dirige, ce qui favorise ainsi la relation thérapeutique. De plus, il est mentionné que, si quelque chose est dit, il est important qu'elle soit faite, sans quoi la confiance du vétéran sera perdue et l'ergothérapeute devra travailler davantage pour reconstruire un certain lien de confiance :

*« Puis en fait, if you're gonna say it, do it. Parce que, si on dit quelque chose, puis on le fait pas, that's it, you're done. Puis comme, tu as plus de chance après. Bien moi, j'ai l'impression que tu as plus de chance après. Il faut que tu patauges plus. » (ergothérapeute 4)*

Effectivement, il est soulevé à quelques reprises que les vétérans apprécient grandement la transparence et ils préfèrent se faire dire les choses directement. Avec la population générale, il est nécessaire d'apporter les choses d'une façon plus délicate afin que le message passe mieux, mais, dans le cas des vétérans, ils aiment se faire dire les choses de façon crue. En agissant comme cela avec eux, ils sont beaucoup plus enclins à partager leurs réelles pensées et à s'ouvrir sans se retenir. L'humilité est aussi une attitude qui favorise la relation thérapeutique, puisqu'elle permet au vétéran de voir que l'ergothérapeute ne prétend pas être le seul détenteur de savoir et qu'au contraire, il est pertinent pour lui de partager son vécu et ses expériences, car l'ergothérapeute en a autant à apprendre :

*« Mais je les laisse parler. Il faut vraiment travailler avec beaucoup d'humilité, puis juste faire comme : "bien, oui, je vous écoute, ah mon dieu, c'est la première fois que j'entends cette information-là, montrez-moi, vraiment, enseignez-moi tout ce que vous savez par rapport à ce sujet-là". Puis ça, ça fonctionne aussi d'y aller avec beaucoup d'humilité en fait. » (ergothérapeute 4)*

En plus de l'humilité, plusieurs autres compétences de relation d'aide sont mentionnées par les ergothérapeutes, comme étant des compétences essentielles aux bons développements et au maintien de la relation thérapeutique. Parmi celles-ci, on y retrouve l'empathie, l'écoute active ainsi que la flexibilité. En effet, les vétérans peuvent parfois partager leur vécu en lien avec des événements atroces, faisant en sorte qu'ils ont des réactions émotives fortes. Lorsque cela arrive, plusieurs ergothérapeutes ont expliqué que l'empathie est de mise pour pouvoir les accompagner efficacement à travers leurs témoignages. Combiné à ceci, l'écoute active est aussi très aidante, surtout en ce qui concerne le processus que les vétérans doivent faire auprès du programme offert

par ACC. Effectivement, il leur arrive d'avoir des frustrations par rapport au programme, et il est mentionné qu'il est pertinent de les écouter à ce niveau, afin de favoriser leur confiance et leur ouverture par la suite. Aussi, la flexibilité est importante auprès de cette clientèle, qui est habituée de se trouver dans un cadre rigide qu'elle n'a pas le choix de respecter. En affirmant qu'il est possible de s'ajuster, que ce soit concernant l'horaire des suivis ou des objectifs à atteindre, les vétérans se sentent plus confortables et réassurés, ce qui facilite la suite des choses :

*« Moi, une des affaires que j'essaie de faire le plus possible, c'est d'être flexible.*

*Parce que, ils sont vraiment habitués d'être dans un cadre qui est très rigide où ce que les attentes sont claires, puis où ce que les attentes sont élevées envers eux. Dès qu'on commence la réadaptation, c'est comme : "ici, il n'y a pas de stress, on est flexible, ça marche pas, on s'adapte, ça marche pas, on s'ajuste". Fait que c'est vraiment d'entrée de jeu le plus possible qu'ils comprennent que nous, on peut tout entendre, puis on va pouvoir toujours s'adapter le plus possible à eux. »*

(ergothérapeute 5)

Finalement, une ergothérapeute a parlé d'une approche qui fonctionne très bien avec les vétérans, soit l'approche axée sur les forces. Elle a expliqué qu'en début de pratique, elle avait une vision beaucoup plus négative de la culture militaire et de ce qu'elle apportait aux vétérans. Aujourd'hui, elle voit plein de bon dans cette culture et, lorsqu'elle se trouve devant un vétéran, elle va tout le temps tenter de faire dégager les forces et les qualités que celui-ci a développées au fil du temps plutôt que de tenter de tout corriger chez la personne :

*« Puis moi, je vois un très grand respect, en fait, à cette culture-là. [...] Je pense qu'on peut utiliser, en fait, ces forces-là, puis ces qualités, là, qu'ils ont vraiment*

*développées dans le contexte de la culture militaire, pour le transposer, puis en faire du sens dans le quotidien. [...] T'sais apprécier ce qu'ils font de bien. Puis je trouve que t'sais d'avoir une approche pleine d'autocompassion, qui est axée sur les forces, qui est valorisante. Par le passé, moi, ça avait fait en sorte que j'ai des alliances fortes avec les vétérans parce qu'ils ont confiance que je vois du bien en eux, puis je veux pas juste changer ce qu'ils font. » (ergothérapeute 7)*

En ajout à ceci, une ergothérapeute a mentionné que ses propres préjugés envers les vétérans nuisent parfois au développement de la relation thérapeutique, puisqu'il teinte la perception de la personne. Ainsi, il est plus difficile pour elle d'être neutre et entièrement confortable devant certains vétérans :

*« Je trouve que ce qui est encore plus tough sur le lien thérapeutique, c'est qu'on a nos propres, nos propres préjugés t'sais. Quand c'est quelqu'un qui a posé des actes, bien, c'est sûr que c'est dur de ne pas avoir une réaction face à ça, de ne pas avoir un jugement. Fait que t'sais, c'est de le reconnaître, puis de le mettre de côté le mieux qu'on peut, mais ça reste que c'est pas facile. » (ergothérapeute 3)*

## **7. Discussion**

Cette section a pour but de mettre en lumière les principaux résultats obtenus et de les analyser de façon critique. Tout d'abord, l'interprétation des résultats sera effectuée en utilisant le cadre conceptuel choisi, soit le MCPP, ainsi qu'en comparant ceux-ci avec les résultats présents dans la littérature existante. Ensuite, les forces et les limites de ce projet seront abordées et, pour finir, les retombées des résultats pour l'ergothérapie ainsi que les potentielles avenues de recherche seront expliquées.

En guise de rappel, l'objectif de ce projet était de décrire la façon dont les ergothérapeutes développent et maintiennent la relation thérapeutique auprès de la clientèle des vétérans. Les deux comités d'experts formés ont permis de faire ressortir des éléments qui sont concrètement faits dans la pratique en ergothérapie pour établir et maintenir une bonne relation thérapeutique avec les vétérans. En se basant sur le MCPP, de nombreuses stratégies sont mentionnées comme étant pertinentes à différents moments du processus ergothérapeutique pour maintenir une bonne relation thérapeutique (premier contact effectué par l'ergothérapeute, bien expliquer le fonctionnement du programme de réadaptation, bien comprendre le vécu du vétéran dans l'armée, nommer clairement les attentes et les limites, avoir une attitude rassurante, laisser le vétéran déterminer ses objectifs ou utiliser une banque d'objectifs prédéterminés, s'entendre sur la fin des services et bien préparer le vétéran pour la suite). Une grande quantité d'éléments liés à l'environnement et particulièrement aux contextes ont été décrits comme étant importants à prendre en compte en ce qui concerne la relation thérapeutique, que ce soit parce qu'ils favorisent ou nuisent à celle-ci (flexibilité de la pratique autonome, rigidité de la clinique privée, avantages financiers possibles, délais d'accès aux services et impact des proches). Plusieurs compétences essentielles à mobiliser par les ergothérapeutes travaillant auprès de cette clientèle sont aussi nommées, permettant de mieux comprendre la position à adopter afin de promouvoir le confort et le bien-être des vétérans lors des séances en ergothérapie et ainsi favoriser la relation thérapeutique présente. En lien avec ceci, ils ont aussi mentionné des points intéressants par rapport à la culture militaire et à la façon dont celle-ci influence l'attitude des vétérans et ainsi la façon dont ils vont agir lors des suivis en ergothérapie, en plus d'expliquer comment ils s'ajustent pour assurer un bon climat lors de la thérapie.

## **7. 1 Développement et maintien de la relation thérapeutique auprès des vétérans tout au long du processus ergothérapeutique**

Comme mentionné, les résultats obtenus peuvent s'inscrire dans les différentes étapes et composantes du MCPP, telles qu'initier et établir le contact, établir les balises, convenir des objectifs et du plan d'intervention, conclure et mettre fin ainsi que le contexte de la pratique (Polatajko et al., 2013). Ainsi, il est possible d'affirmer qu'il faut accorder une attention particulière à la relation thérapeutique du début à la fin des suivis en ergothérapie et qu'il est pertinent de mobiliser certaines stratégies à des moments précis. De plus, le MCPP permet de voir que le contexte de pratique joue un rôle important en ce qui concerne le développement et le maintien de la relation thérapeutique.

### **7. 1. 1 Un premier contact fondateur**

Le contact initial avec les vétérans est crucial et se doit d'être bien réfléchi ainsi que préparé. Parmi les préparations, l'aspect environnemental ne doit pas être négligé, comme mentionné dans les résultats. L'emplacement où se déroulera la première rencontre, les bruits ambiants, la présence de portes de sortie et l'outil de prise de notes sont tous des éléments à considérer selon les ergothérapeutes, puisque ceux-ci ont un impact sur le niveau d'hypervigilance du vétéran. La préparation de l'environnement a donc pour but de diminuer cette hypervigilance le plus possible. Ainsi, un certain environnement doit être créé afin de rendre le vétéran à l'aise et plus enclin à s'ouvrir. Dans la littérature, ce même constat est présent. Une étude réalisée par Morera-Balaguer et al. (2023) montre l'influence de l'environnement sur la relation thérapeutique présente entre les vétérans et des physiothérapeutes. Plusieurs aspects physiques de l'environnement dans lequel se déroulent les suivis sont mentionnés comme exerçant une influence sur la communication, tels que

l'architecture de la salle, les meubles présents, l'espace disponible, l'ambiance d'intimité ainsi que l'utilisation d'un ordinateur. De plus, il peut être surprenant d'entendre qu'il est utile de demander au vétéran s'il souhaite être remercié pour son service. Toutefois, remercier le vétéran s'avère non efficace pour plusieurs d'entre eux, qui ne veulent pas nécessairement que l'on souligne leur parcours et qui sont donc refroidis par ces paroles. En cohérence avec ceci, Ein et al. (2018) rapportent qu'une trop grande emphase mise sur le parcours dans l'armée et la glorification accordée est en fait un aspect qui n'est pas nécessairement voulu par les vétérans et qui nuit même à l'envie de ces derniers d'obtenir des services de santé. Les facteurs présentés peuvent donc grandement influencer le premier contact avec les vétérans et ainsi l'établissement de la relation thérapeutique et ceux-ci ressortent autant dans les résultats que la littérature.

### **7. 1. 2 Le milieu de pratique : une influence importante**

Il est possible de voir que la réalité des ergothérapeutes est bien différente d'un milieu de pratique à un autre et que ce dernier a une grande influence sur le degré de flexibilité offert, ce qui à son tour a un impact sur le développement de la relation thérapeutique, étant donné les facilitateurs et barrières que le milieu offre. Les résultats mettent en lumière le fait que les ergothérapeutes travaillant en clinique privée ont un certain nombre de séances qu'ils peuvent utiliser auprès d'un seul client, qu'ils ont un mandat bien précis à respecter et qu'ils doivent voir beaucoup de personnes par jour. Ces éléments correspondent à des barrières, puisqu'ils empêchent les ergothérapeutes de prendre un moment pour discuter de différents sujets pertinents avec le client, en raison du manque de temps et du fait que cela n'est pas lié au mandat attribué. Ainsi, ils s'empêchent d'explorer certains besoins ou désirs rapportés par le vétéran, ce qui nuit à sa confiance envers l'ergothérapeute et freine donc la relation thérapeutique instaurée. Cela est cohérent avec la littérature, qui explique que plusieurs facteurs organisationnels, tels que

le faible nombre de thérapeutes pour une panoplie de client, nuisent au respect de l'approche centrée sur le client et ainsi à la satisfaction des vétérans par rapport aux services offerts en réadaptation (Morera-Balaguer et al., 2023). Au contraire, en pratique autonome, la flexibilité offerte permet à l'ergothérapeute d'organiser ses rencontres auprès des vétérans comme il le souhaite et de prendre le temps qu'il veut pour développer la relation auprès du client, ce qui constitue un facilitateur de ce milieu. Effectivement, les résultats indiquent que les ergothérapeutes qui sont en pratique autonome peuvent ajuster la modalité de leurs suivis en fonction du client et peuvent donc prendre le temps d'aborder tout ce qui est pertinent pour ce dernier. Cela fait écho à la littérature, qui mentionne que les vétérans préfèrent recevoir des services auprès d'un thérapeute qui s'assure de développer une réelle connexion avec eux en s'informant sur divers sujets, comme leur parcours de vie, leur vécu émotionnel, leur bien-être mental, etc. (Ball et al., 2023). Il est donc possible de voir que les différents milieux de pratique influencent grandement le développement de la relation thérapeutique auprès des vétérans en raison des fonctionnements respectifs de ceux-ci.

### **7. 1. 3 La nécessité d'une bonne compréhension des services de réadaptation**

Pour tous milieux confondus, un même constat général est émis, soit qu'il est nécessaire de bien expliquer le fonctionnement des services en réadaptation, surtout en ce qui concerne les suivis en ergothérapie. En effet, les résultats rapportent qu'une explication claire de la thérapie et du programme de réadaptation contribue à diminuer les appréhensions des vétérans en leur permettant de savoir à quoi s'attendre et de les mettre en confiance en leur montrant qu'il y a présence d'une structure bien définie derrière les services en ergothérapie. Cela n'est pas surprenant et est cohérent avec la littérature où il est montré que le manque de connaissances et la faible compréhension des services, du processus d'accès à ceux-ci et des ressources

disponibles pour eux sont des facteurs qui les découragent à consulter un professionnel de la santé et à entreprendre un suivi auprès de ce dernier (Cheney et al., 2018). En effet, en expliquant avec transparence le fonctionnement du processus de réadaptation et le rôle de l'ergothérapeute au vétérán, celui-ci sera mieux informé et fera davantage confiance aux services offerts ainsi qu'au thérapeute, ce qui favorisera la relation thérapeutique et la motivation du vétérán à s'impliquer dans des suivis en réadaptation (Ein et al., 2024). En lien avec ceci, l'étude réalisée par Moore et al. (2016) confirme que les vétérans préfèrent que l'information leur soit fournie de façon à être compréhensible et que cela favorise les interactions interpersonnelles avec le professionnel de la santé. D'ailleurs, l'importance d'ajuster sa façon de communiquer et la quantité d'informations à partager en fonction de chaque vétérán constituent des éléments qui favorisent la satisfaction de ce dernier envers le thérapeute avec lequel il est en relation, favorisant ainsi la solidité de celle-ci (Lederer et al. 2015). Ce qui est dit par le thérapeute et la façon dont il le dit aura un impact sur la perception que le vétérán a du professionnel et influencera donc son degré de confiance envers lui (Johnson et al. 2024).

#### **7. 1. 4 Un partage juste et réfléchi d'informations personnelles**

Les résultats mettent en lumière le fait que l'établissement de la relation thérapeutique peut être facilité par le partage d'informations personnelles autant de la part de l'ergothérapeute que de la part du vétérán. Cela rend l'intervenant davantage accessible, fait en sorte que le vétérán n'est pas le seul à devoir s'ouvrir et permet de trouver des points communs, contribuant à la relation thérapeutique. Cela correspond à un aspect que la littérature ne met pas en évidence, en ce qui concerne le domaine de l'ergothérapie. Toutefois, le partage d'informations personnelles de la part d'un professionnel de la santé demeure un sujet controversé dont les règles de pratique ne sont pas clairement définies. Effectivement, il faut réfléchir avant de

partager des informations personnelles avec un client, puisque cela peut brouiller la limite entre le développement d'une relation thérapeutique et d'une relation personnelle avec celui-ci (Alberta College of occupational therapists, 2025). En d'autres mots, la littérature explique qu'il faut s'assurer de garder une distance thérapeutique adéquate avec un client, sans quoi la relation peut paraître davantage amicale, ce qui affecte le statut professionnel de l'ergothérapeute (Roux, 2020). Or, le partage d'informations personnelles de la part de l'ergothérapeute représente une stratégie qui fonctionne auprès de la clientèle des vétérans, ce qui peut être surprenant vu l'incertitude associée à cette façon de faire. Cela est supporté par une étude réalisée par Miciak et al. (2018) sur les conditions favorables au développement d'une bonne relation thérapeutique entre des physiothérapeutes et des vétérans, qui montre que ces derniers apprécient en savoir sur la vie personnelle du thérapeute. Cela les rend davantage humains et leur permet donc de s'identifier plus facilement à eux, brisant la perception qu'une dynamique de pouvoir est présente et rendant ainsi le vétéran plus à l'aise. Malgré les avis mitigés trouvés dans la littérature, des données sont présentes et appuient les résultats obtenus.

### **7. 1. 5 Des compétences et savoirs essentiels**

Aussi, plusieurs compétences sont essentielles à posséder et à mobiliser pour développer et maintenir une relation thérapeutique adéquate auprès de la clientèle des vétérans. Par rapport à ceci, un référentiel de compétences encadre la pratique de l'ergothérapie au Canada afin de s'assurer que celle-ci soit uniforme à travers tout le pays. Ce document de référence a été publié en 2021 et contient un domaine de compétences nommé « communication et collaboration », qui explique que les ergothérapeutes se doivent de développer des relations respectueuses avec leurs clients où l'écoute et le partage sont mis de l'avant (ACORE, ACPUE et ACE, 2021). Plus précisément, les résultats nomment la transparence, l'humilité, l'empathie, l'écoute active, la

flexibilité et la bonne connaissance du milieu militaire comme étant des compétences et des savoirs importants à avoir pour favoriser la relation thérapeutique auprès des vétérans. Cela est en cohérence avec la littérature, qui mentionne l'importance d'une relation solide entre un vétéran ainsi qu'un professionnel de la santé et que, pour ce faire, ce dernier doit être bienveillant, il doit bien vulgariser l'information et il doit utiliser une approche collaborative avec ses clients (DiNapoli et al. 2016). Les résultats contribuent ainsi à l'information présente dans la littérature, en soulignant les multiples compétences qui favorisent le développement et le maintien de la relation thérapeutique. Aussi, l'importance de bien connaître le monde militaire et de posséder des savoirs entourant les principaux déploiements ayant eu lieu est un élément qui ressort des résultats. Connaître les principales guerres et missions sont des exemples d'éléments importants à savoir. Ce constat ressort également dans la littérature. En effet, connaître, comprendre ainsi que se familiariser avec la culture militaire et le contexte qui l'entoure peut faciliter le contact avec les vétérans et faire en sorte que les interventions proposées soient davantage adéquates pour cette clientèle (College of family physicians of Canada, 2023). En ajout à ceci, les résultats indiquent qu'il est essentiel pour les ergothérapeutes de prendre le temps de s'informer sur l'histoire de vie unique de chaque vétéran et d'agir avec humilité afin de montrer au vétéran qu'il ne prétend pas être le seul porteur de savoirs dans la relation. En lien avec ceci, une des principales recommandations effectuées aux cliniciens ayant à intervenir auprès des vétérans est de s'assurer d'écouter et d'en apprendre sur l'expérience ainsi que le service militaire effectué par le vétéran tout en accordant une attention particulière à sa perception de la situation (Chronic pain center of excellence for canadian veterans, n.d.). Il est donc possible de voir que les principaux résultats obtenus sont en cohérence avec ce qui se

trouve dans la littérature. Les résultats offrent d'ailleurs des exemples concrets de connaissances et de compétences à avoir, ce qui correspond à un apport intéressant pour la littérature.

## **7. 2 Forces et limites de l'étude**

La principale force de cette étude réside dans le fait qu'elle permet de décrire à quoi ressemble concrètement la situation ciblée, soit le développement et le maintien de la relation thérapeutique en ergothérapie auprès de la clientèle des vétérans, et ce, dans la réalité, puisqu'elle donne directement accès à la voix d'ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle des vétérans. Le fait que ce projet soit centré sur eux permet de voir ce qui est réellement fait en pratique et surtout ce qui fonctionne bien. De plus, la qualité de l'échantillon constitue également une force. En effet, les ergothérapeutes ayant participé au projet sont des intervenants ayant entre un an et dix ans d'expérience de pratique auprès de la clientèle des vétérans. Ainsi, ils constituent une source crédible d'informations, puisqu'ils travaillent avec les vétérans depuis une longue période et peuvent donc partager ce qui est efficace pour développer la relation thérapeutique et, au contraire, ce qui l'est moins. Ceci contribue à la crédibilité des résultats. En ajout à ceci, la méthodologie choisie a permis d'obtenir des résultats d'une grande richesse grâce à la méthode de groupes de discussion focalisés avec groupes d'experts utilisée. En effet, le contexte de groupe a permis aux ergothérapeutes d'échanger et d'enchérir sur les propos et les expériences des autres, permettant de faire émerger des idées, qui n'auraient potentiellement pas surgi si des entrevues individuelles avaient été effectuées. Le fait que le contexte soit si bien décrit correspond à une autre force de ce projet. D'une part, le questionnaire sociodémographique permet de cerner dans quel milieu de pratique travaille chaque ergothérapeute et d'une autre, le contexte est un élément qui a beaucoup été discuté lors des comités d'experts, ce qui permet de

bien comprendre celui-ci et de favoriser la transférabilité des résultats à d'autres situations similaires.

La principale limite de ce projet est qu'une seule source de données a été utilisée, soit celle des groupes de discussion focalisés avec des comités d'experts, ce qui signifie qu'il est difficile de faire entièrement confiance au résultat obtenu. Il aurait été pertinent d'avoir d'autres sources de données, puisqu'une triangulation de celles-ci aurait pu être réalisée, permettant d'enrichir les résultats obtenus et de rendre ceux-ci plus crédibles. Plus précisément, il aurait été pertinent d'obtenir aussi le point de vue des vétérans, puisque ceux-ci sont les mieux placés pour discuter de la façon dont ils aiment que les intervenants agissent avec eux et ainsi, ce qui favorise la relation thérapeutique auprès d'eux. Effectivement, la relation thérapeutique se construit à deux et il se peut que la perception des vétérans et ainsi leur interprétation du développement et du maintien de la relation thérapeutique en ergothérapie soient différentes, mais toute aussi pertinentes, de celles des ergothérapeutes. Des entrevues avec des vétérans auraient donc potentiellement permis d'obtenir plus de données et de mieux comprendre le sujet à l'étude. Malheureusement, la limite de temps accordée pour réaliser ce projet a fait en sorte que seuls les comités d'experts auprès d'ergothérapeutes ont été effectués. En ajout à ceci, la grandeur de l'échantillon de ce projet, soit huit ergothérapeutes, ne permet pas d'atteindre la saturation des données, ce qui constitue une autre limite de cette étude. Effectivement, il est difficile d'affirmer que toutes les données sur le sujet ont été obtenues à travers les discussions réalisées, étant donné que seuls huit ergothérapeutes, formant deux groupes de discussion focalisés seulement, ont participé. Encore une fois, la limite de temps ainsi que l'aspect logistique des comités d'experts ont fait en sorte que seuls deux groupes de discussion ont été réalisés et que l'échantillon s'est

arrêté à huit ergothérapeutes. Toutefois, il est important de mentionner qu'une certaine redondance dans les réponses de participants était présente lors du deuxième groupe de discussion focalisé avec un comité d'experts, ce qui peut réduire cette limite.

### **7. 3 Retombées de l'étude pour l'ergothérapie**

Cette étude a permis d'offrir une description de la façon dont les ergothérapeutes au Québec développent et maintiennent la relation thérapeutique auprès de la clientèle des vétérans, soit un sujet sur lequel aucune étude n'avait été réalisée auparavant. Les résultats obtenus permettent de mettre en lumière les stratégies considérées efficaces appliquées en pratique tout en montrant les facilitateurs et les barrières présents dans l'environnement, qui influence généralement cette relation. Ainsi, ce projet offre de l'information pertinente pour les ergothérapeutes travaillant avec les vétérans, et ce, en les guidant sur la façon de faire pour développer et maintenir la relation thérapeutique auprès de cette clientèle tout au long du processus ergothérapique. Ces résultats permettent à ces professionnels d'être mieux outillés et donc d'offrir de meilleurs soins et suivis aux vétérans, qui, comme mentionné tout au long de cet essai, correspondent à une population ayant une culture et des enjeux uniques. Ce projet offre également des résultats intéressants sur lesquels il serait pertinent d'effectuer davantage de recherche, toujours dans le but de bonifier la pratique de l'ergothérapie auprès des vétérans et de soutenir les ergothérapeutes dans leur pratique. Plus précisément, il serait intéressant d'effectuer une étude où le point de vue des vétérans est entendu afin de bien cerner leurs attentes, en ce qui concerne la relation thérapeutique en ergothérapie. Cela permettrait d'obtenir des données variées sur le sujet et de favoriser une bonne prise en charge de cette clientèle.

## 8. Conclusion

Pour conclure, l'objectif de cette étude était de décrire la façon dont les ergothérapeutes développent et maintiennent la relation thérapeutique auprès de la clientèle des vétérans, étant donné qu'il s'agit d'une population ayant de la difficulté à aller consulter et pour qui la présence d'une bonne relation thérapeutique est essentielle. Pour ce faire, deux comités d'experts ont été formés, regroupant un total de huit ergothérapeutes. Les résultats obtenus permettent en effet de décrire la situation ciblée, en exposant les stratégies utilisées pour établir et maintenir un bon contact avec la clientèle des vétérans tout au long du processus de pratique en ergothérapie. Au-delà de ceci, cette étude a aussi permis de mettre en lumière les barrières et les facilitateurs liés au développement et au maintien de la relation thérapeutique, permettant aux ergothérapeutes d'être conscients de ceux-ci et ainsi de s'adapter au besoin. En continuant de s'intéresser à la prise en charge des vétérans dans le domaine de la santé, il sera possible de mieux comprendre comment améliorer celle-ci pour mieux rejoindre cette clientèle. En ayant une meilleure compréhension de ceci, les services leur étant rendus se verront améliorés, ce qui favorisera potentiellement une meilleure ouverture des vétérans à aller chercher de l'aide auprès de divers professionnels de la santé lorsqu'ils en ressentiront le besoin.

## Références

- ACORE, ACPUE et ACE. (2021). Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada. <https://www.caot-ace.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Afari, N., Pittman, J., Floto, E., Owen, L., Buttnur, M., Hossain, N., Baker, D. G., Lindamer, L. et Lohr, J. B. (2015). Differential Impact of Combat on Postdeployment Symptoms in Female and Male Veterans of Iraq and Afghanistan. *Military medicine*, 180(3), 296-303. [10.7205/MILMED-D-14-00255](https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00255)
- Alberta College of occupational therapists. (2025). *Maintaining appropriate boundaries*. [https://acot.ca/wp-content/uploads/2025/02/ACOT-Maintaining-Appropriate-Boundaries-Practice-Guideline\\_Feb-2025.pdf](https://acot.ca/wp-content/uploads/2025/02/ACOT-Maintaining-Appropriate-Boundaries-Practice-Guideline_Feb-2025.pdf)
- Amorelli, C. et Sposato, L. (2016). War and rehabilitation: occupational therapy's power to transform disability into ability. *U.S. Army Medical Department journal*, 35-38. <https://web-s-ebscohost-com.biblioproxy.uqtr.ca/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=7e859afd-b1e3-4d77-ab69-233ded171366%40redis>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2025). *Document de pratique en ergothérapie : militaires et vétérans* [PDF]. <https://caot.ca/document/8464/Document%20de%20pratique-%20Militaires%20et%20v%C3%A9t%C3%A9rans.pdf>

Association canadienne des ergothérapeutes. (s.d.). *Les forces armées canadiennes et les anciens combattants*. <https://caot.ca/site/adv->

[news/advocacy/CAFV?language=fr\\_FR&client\\_id=caot#:~:text=L%27Association%20canadienne%20des%20ergoth%C3%A9rapeutes%20%28ACE%29%20a%20travail%C3%A9%20et,militaires%2C%20des%20anciens%20combattants%2C%20et%20de%20leurs%20familles.](https://caot.ca/site/adv-news/advocacy/CAFV?language=fr_FR&client_id=caot#:~:text=L%27Association%20canadienne%20des%20ergoth%C3%A9rapeutes%20%28ACE%29%20a%20travail%C3%A9%20et,militaires%2C%20des%20anciens%20combattants%2C%20et%20de%20leurs%20familles.)

Ball, D. D., Sadler, A. G., Steffen, M. J., Paez, M. B. et Mengeling, M. A. (2023). The impact of patient-provider relationships on choosing between VA and VA-purchased care : A qualitative study of health care decision-making among rural veterans. *The journal of rural health*, 40(3), 430-437. [10.1111/jrh.12804](https://doi.org/10.1111/jrh.12804)

Benner, P., Halpern, J., Gordon, D. R., Long Popell, C. et Kelley, P.W. (2018). Beyond Pathologizing Harm : Understanding PTSD in the Context of War Experience. *J med hammit*, 39(1), 45-72. [10.1007/s10912-017-9484-y](https://doi.org/10.1007/s10912-017-9484-y)

Cancio, J. M., Orr, A., Eskridge, S., Shannon, K., Mazzone, B. et Farrokhi, S. (2020).

Occupational therapy practice patterns for military service members with upper limb amputation. *Military Medecine*, 185(3-4), 444-450. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz341>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2024). *Comment référer à l'équipe de prise en charge TCCL/CC du*

*CIUSSSMCQ?* <https://ciusssmcq.ca/a-propos-de-nous/documentation/documentation-partenaires/personnel-clinique-traumatisme-craniocerebral-leger/>

Chen, S-P., Liu, H-T., Appelt, J. C., Klassen, B. L., Liu, L., Smith, J. L. et Miguel-Cruz, A. (2023). Feasibility of mindfulness-based intervention for veterans managing chronic pain. *Canadian journal of occupational therapy*, 90(3), 303-314. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/000841742311562>

Cheney, A. M., Koenig, C. J., Miller, C. J., Zamora, K., Wright, P., Stanley, R., Fortney, J., Burgess, J. F. et Pyne, J. M. (2018). Veteran-centered barriers to VA mental healthcare services use. *BMC Health Services Research*, 18(591), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3346-9>

Chronic Pain Center of Excellence for Canadian Veterans. (n.d.). *A communication Tool for Clinicians Working with Veterans*. [https://cdn.prod.website-files.com/5e554311b8595650304d1019/65527d2dfe8b6e3c709a8a87\\_Clinician%20Communication%20Tool%20-%20ENG.pdf](https://cdn.prod.website-files.com/5e554311b8595650304d1019/65527d2dfe8b6e3c709a8a87_Clinician%20Communication%20Tool%20-%20ENG.pdf)

Cogan, A. (2014). Occupational needs and intervention strategies for military personnel with mild traumatic brain injury and persistent post-concussion symptoms: a review. *Occupational Therapy Journal of Research*, 34(3), 150-159. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.3928/15394492-20140617>

Cogan, A. M., Haines, C. E. et Devore, M. D. (2021). Intersections of US military culture hegemonic masculinity, and health care among injured male service members. *Men and masculinities*, 24(3), 468-482. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/1097184X19872793>

College of Family Physicians of Canada. (2023). Best advice guide: *Resources and Considerations in Providing Care to Veterans, 2nd Edition*. Mississauga, ON. [https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/HPGR-Caring-for-Veterans-BAG\\_ENG\\_Nov23\\_final\\_REM.pdf](https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/HPGR-Caring-for-Veterans-BAG_ENG_Nov23_final_REM.pdf)

Constantin, E. et Moliner, C. (2016). *Le modèle canadien du processus de pratique (MCP) : pour orienter nos actions d'ergothérapeutes*. [diaporama]. Université de Sherbrooke.

Department of Veterans Affairs/Department of Defense (VA/DoD). *VA/DoD clinical practice guideline for management of concussion/mild traumatic brain injury*. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/mtbi/mTBICPGFullCPG50821816.pdf>

Dillahunt-Aspillaga, C. et Powell-Cope, G. (2018). Community Reintegration, Participation, and Employment Issues in Veterans and Service Members With Traumatic Brain Injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 99(2), S1-S3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2017.04.013>

DiNapoli, E. A., Cinna, C., Whiteman, K. L., Fox, I., Appelt, C. J. et Kasckow, J. (2016). Mental health treatment preferences and challenges of living with multimorbidity from the veteran perspective. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(10), 1097-1104. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1002/gps.4550>

Douglas, S. R., Vides de Andrade, A. R., Boyd, S., Leslie, M., Webb, L., Davis, L., Fraine, M., Frazer, N. L., Hargraves, R. et Bickman, L. (2016). Communication training improves patient-centered provider behavior and screening for soldiers' mental health concerns. *Patient Education and Counseling*, 99, 1203-1212. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.018>

Ein, N., Gervasion, J., St. Cyr, K., Liu, J. J. W., Baker, C., Nazarov, A. et Richardson, J. D. (2024). A rapid review of the barriers and facilitators of mental health service access among Veterans and their families. *Frontiers in health services*, 22(4). [10.3389/frhs.2024.1426202](https://doi.org/10.3389/frhs.2024.1426202)

Fortin, M-J. et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche – Méthodes quantitatives et qualitatives* (4<sup>e</sup> éd.). Chenelière éducation.

Fredericks, T. R. et Nakazawa, M. (2015). Perceptions of Physicians in Civilian Medical Practice on Veterans' Issues Related to Health Care. *The Journal of the American osteopathic association*, 115(6), 360-368. [10.7556/jaoa.2015.076](https://doi.org/10.7556/jaoa.2015.076)

Goldstein, L. A., Dinh, J., Donalson, R., Hebenstreit, C.L. et Maguen, S. (2017). Impact of military trauma exposures on posttraumatic stress and depression in female veterans. *Psychiatry Research*, 249, 281-285. [10.1016/j.psychres.2017.01.009](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.009)

Gouvernement du Canada. (2018, 23 août). *Types d'opérations militaires*.

<https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/services/operations/operations-militaires/types.html>

Gouvernement du Canada. (2019, 19 septembre). *L'ergothérapie dans les FAC*.

<https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/feuille-derable/defense/2019/09/ergotherapie-fac.html>

Gouvernement du Canada. (2023, 14 juillet). *Statistiques sur les femmes dans les Forces armées canadiennes*. <https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/services/femmes-dans-les-forces/statistiques.html>

Gouvernement du Canada. (2024a). *Valeurs et éthos*. <https://forces.ca/fr/valeurs-esprit/>

Gouvernement du Canada. (2024b, 8 août). *À propos du trouble de stress post-traumatique (TSPT)*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/sujets/sante-mentale-et-bien-etre/etat-stress-post-traumatique/a-propos-tspt.html>

Gouvernement du Canada. (2025). *Force de réserve*. <https://forces.ca/fr/force-de-reserve/>

Gouvernement du Québec. (2024, 26 juillet). *Combattants / combattantes de première ligne des Forces armées canadiennes*. <https://www.quebec.ca/emploi/informer-metier-profession/explorer-metiers-professions/44200-combattants-combattantes-de-premiere-ligne-des-forces-armees-canadiennes>

Heward, C., Li, W., Chun Tie, Y. et Waterworth, P. (2024). A scoping review of military culture, military identity, and mental health outcomes in military personnel. *Military Medicine*, 189(11-12), e2382-e2393. <https://doi.org/10.1093/milmed/usae276>

Hitch, C., Toner, P. et Armour, C. (2023). Enablers and barriers to military veterans seeking help for mental health and alcohol difficulties: a systematic review of the quantitative evidence. *Journal of Health Services Research & Policy*, 28(3), 197-211. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/13558196221149930>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2024). *Traumatisme craniocérébral léger (commotion cérébrale)*. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS\\_Depliant\\_TCCL\\_INESSS.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Depliant_TCCL_INESSS.pdf)

Johnson, N. L., Stewart Steffensmeier, K., Garvin, L. A., Adamowicz, J. L., Obrecht, A. A., Rothmiller, S. J., Sibenaller, Z., Stout, L., Driscoll, M. A. et Hadlandsmyth, K. (2024). "It Made Me Not Want to See him. . .": The Role of Patient-Provider Communication in Influencing Rural-Dwelling Women Veterans' Motivation to Seek Health Care for

Managing Chronic Pain. *Health Communication*, 39(6), 1161-1174.

[10.1080/10410236.2023.2207280](https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2207280)

Kimbrel, N. A., DeBeer, B. B., Meyer, E. C., Silvia, P. J., Beckham, J. C., Young, K. A. et Morissette, S. B. (2014). An examination of the broader effects of warzone experiences on returning Iraq/Afghanistan veterans' psychiatric health. *Psychiatry Research*, 226(1), 78-83.

[10.1016/j.psychres.2014.12.007](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.007)

Lederer, S., Fischer, M. J., Gordon, H. S., Wadhwa, A., Popli, S. et Gordon, E. J. (2015).

Barriers to effective communication between veterans with chronic kidney disease and their healthcare providers. *Clinical kidney Journal*, 8(6), 766-771. [10.1093/ckj/sfv079](https://doi.org/10.1093/ckj/sfv079)

Lessard, G., Lacombe, L. et Lafontaine, B. (2024). *Ergothérapie et trouble de stress post-traumatique chez les vétérans : comprendre et intervenir* [diaporama].

McAndrew, L. M., Helmer, D. A., Lu, S-E., Chandler, H. K., Slotkin, S. et Quigley, K. S.

(2018). Longitudinal relationship between onset of physical symptoms and functional impairment. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(6), 819-826. [10.1007/s10865-018-9937-4](https://doi.org/10.1007/s10865-018-9937-4)

Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S. et Gross, D. P. (2018). The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy : an interpretive description study. *Archives of Physiotherapy*, 8(3). [10.1186/s40945-018-0044-1](https://doi.org/10.1186/s40945-018-0044-1)

Ministère de la Défense et forces armées canadiennes. (2023). *Plan ministériel 2023-2024*.

<https://www.canada.ca/content/dam/dnd-mdn/documents/departmental-results-report/2023-2024/Plan-minist%C3%A9riel-2023-2024-FR.pdf>

Ministre de la Défense nationale (2023). *La fonction opérationnelle action – Doctrine de l'armée de terre*. [https://www.canada.ca/content/dam/dnd-](https://www.canada.ca/content/dam/dnd-mdn/army/lineofsight/files/articlefiles/fr/ACT_OpFunction_FR_AEL.PDF)

[mdn/army/lineofsight/files/articlefiles/fr/ACT\\_OpFunction\\_FR\\_AEL.PDF](https://www.canada.ca/content/dam/dnd-mdn/army/lineofsight/files/articlefiles/fr/ACT_OpFunction_FR_AEL.PDF)

Moore, A. D., Hamilton, J. B., Krusel, J. L., Moore, L. G. et Pierre-Louis, B. J. (2016). Patients provide recommendations for improving patient satisfaction. *Military medicine*, 181(4),

356-363. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00258>

Morera-Balaguer, J., Martinez-Gonzalez, C., Rio-Medina, S., Zamora-Conesa, V., Leal-Clavel,

M., Botella-Rico, J. M., Leiros-Rodriguez, R. et Rodriguez-Nogue, O. (2023). The influence of the environment on the patient-centered therapeutic relationship in physical

therapy : a qualitative study. *Archives of Public Health*, 81(92). [10.1186/s13690-023-](https://doi.org/10.1186/s13690-023-01064-9)

[01064-9](https://doi.org/10.1186/s13690-023-01064-9)

Nagai, T., Abt, J. P., Sell, T. C., Keenan, K. A., McGrail, M. A., Smalley, B. W. et Lephart, S.

M. (2016). Effects of Deployment on Musculoskeletal and Physiological Characteristics and Balance. *Military Medicine*, 181(9), 1050-1057. [https://doi.org/10.7205/MILMED-D-](https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00370)

[15-00370](https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00370)

Opland, C. et Torrico, T. J. (2024). *Psychotherapy and Therapeutic Relationship*. Statpearls.

[NBK608012](#)

O'Loughlin, J. I., Cox, D. W., Ogradniczuk, J. S. et Castro, C. A. (2022). Traditional masculinity ideology and psychotherapy treatment outcome for military service veteran men.

*Psychology of men & masculinities*, 24(1), 16-25. <https://doi->

[org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1037/men0000415](https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1037/men0000415)

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*.

Armand Colin.

Partenaires des services de réadaptation aux vétérans canadiens. (n. d.). *Parcours de*

*réadaptation*. <https://www.pcvrs.ca/fr/parcours-de-readaptation/>

Phillips, R. D., Wilson, S.M., Sun, D. et Morey, R. (2018). Posttraumatic Stress Disorder

Symptom Network Analysis in U.S. Military Veterans: Examining the Impact of Combat

Exposure. *Frontiers in psychiatry*, 9. [10.3389/fpsy.2018.00608](https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00608)

Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J. et Townsend, E. A. (2013). Cadre conceptuel du processus de

pratique canadien. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko, *Habiliter à l'occupation - faire*

*avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par*

*l'occupation*. p. 274 Ottawa, ON : CAOT publications ACE.

Roux, Y. (2020). *Posture professionnelle et relation thérapeutique au cœur de la prise en charge en ergothérapie*. [Mémoire, Université Clermont Auvergne]. HAL open science.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03068170/document>

Sareen J., Bolton S. L., Mota N., Afifi, T. O., Enns, M. W., Tailleu, T., Stewart-Tufescu, A., El-Gabalawy, R., Marrie, R-A., Richardson, J. D., Stein, M. B., Bernstein, C. N., Bolton, J. M., Wang, J., Asmundson, G. J. G., Thompson, J. M., VanTil, L., MacLean, M-B. et Logsetty, S. (2021). Prévalence et comorbidité de durée de vie des troubles mentaux dans l'enquête de suivi sur la santé mentale auprès des membres des Forces armées canadiennes et des ex-militaires (ESSMFACM) en deux cycles de 2002 à 2018. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 66(11), 951-960. <https://doi.org/10.1177/07067437211000636>

Street, A. E., Shin, M. H., Marchany, K. E., McCaughey, V. K., Bell, M. E. et Hamilton, A. B. (2021). Veterans' perspectives on military sexual trauma-related communication with VHA providers. *Psychological Services*, 18(2), 249-259. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1037/ser0000395>

Wells, S. Y., Morland, L. A., Hurst, S., Jackson, G. L., Kehle-Forbes, S. M., Jaime, K. et Aarons, G. A. (2023). Veterans' reasons for dropping out of prolonged exposure therapy across three delivery modalities: a qualitative examination. *Psychological Services*, 20(3), 483-495. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1037/ser0000714>

## **Annexe I : Préambule et canevas d'entrevue pour les comités d'experts auprès des ergothérapeutes**

### **Préambule**

Bonjour à tous, je tiens tout d'abord à vous remercier de prendre part à la rencontre d'aujourd'hui. Votre expertise en tant qu'ergothérapeutes travaillant auprès des vétérans sera grandement précieuse et essentielle à la réalisation de mon projet de recherche.

L'objectif du comité d'experts formé est de mieux comprendre comment les ergothérapeutes établissent et entretiennent une relation thérapeutique auprès des vétérans, une clientèle souvent confrontée à des défis uniques en raison de leur parcours militaire et de la culture associée. À travers les échanges qui auront lieu, je souhaite explorer les différentes approches et stratégies utilisées pour développer la relation thérapeutique auprès de la clientèle des vétérans et ainsi avoir accès à votre expertise concernant ce sujet. Votre contribution aujourd'hui consistera à partager des renseignements sur ce qui est fait précisément dans votre pratique en tant que clinicien.

Merci encore pour votre participation et votre engagement.

### **Questions pour le comité d'experts**

1. Comment faites-vous pour établir la relation thérapeutique avec les vétérans ?
2. Comment la culture militaire influence-t-elle le développement de la relation thérapeutique avec les vétérans ?
3. Qu'est-ce qui facilite le développement de la relation thérapeutique avec les vétérans ?
4. Qu'est-ce qui nuit au développement de la relation thérapeutique avec les vétérans ?
5. De quelles façons prenez-vous en compte les besoins et les attentes des vétérans lors de l'établissement de la relation thérapeutique ?
6. De quelles façons instaurez-vous un climat de collaboration avec les vétérans ? Comment les impliquez-vous dans l'établissement des objectifs et du plan d'intervention ?
7. Quelles stratégies utilisez-vous pour amener les vétérans à s'exprimer ouvertement sur leurs problèmes ?
8. Quelles stratégies utilisez-vous pour préserver la relation thérapeutique lorsqu'il y a présence d'un désaccord ou d'un conflit avec le client ?
9. Comment concluez-vous la relation thérapeutique avec les vétérans ?