

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

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

PAR
LAURYANNE MORIN

TRANSFORMATION ORGANISATIONNELLE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ
ASSOCIÉE À LA CRÉATION DE SANTÉ QUÉBEC : QUELS IMPACTS PERÇUS ET À
PRÉVOIR EN ERGOTHÉRAPIE?

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.

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier Marie-Michèle Lord, superviseuse de cet essai et professeure au Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour le temps qu'elle m'a consacré et pour la richesse de ses conseils. Ta passion pour l'ergothérapie et ton engagement à transmettre ton savoir ont été essentiels à la réalisation de ce projet. Merci pour tes commentaires constructifs et tes encouragements, qui m'ont donné la motivation et l'énergie nécessaires pour mener cette recherche à terme. Ce fut un réel plaisir de collaborer avec toi.

De plus, je tiens à remercier mes collègues de classe, et plus particulièrement mon groupe de séminaire, qui ont toujours été à l'écoute, m'ont soutenue dans les défis rencontrés et m'ont offert de judicieux conseils. Nos séances de rédaction collective ont grandement contribué à l'avancement de mon essai. Vous m'avez poussée à me dépasser, et c'était toujours un plaisir de se retrouver pour s'encourager dans ce processus que nous traversions toutes en même temps et de profiter, à l'occasion, de ces instants de légèreté où nos discussions déviaient durant les séminaires.

Ensuite, je tiens à remercier les participantes de cette recherche. Merci pour votre implication, vos réflexions ouvertes et sans tabous, ainsi que pour vos idées. Sans vous, ce projet n'aurait pas pu voir le jour.

Enfin, je souhaite remercier ma famille et mes amis, qui m'ont soutenue et accompagnée tout au long de mon parcours universitaire. Votre présence au quotidien, votre écoute bienveillante et vos encouragements constants ont su rendre ce cheminement, parfois exigeant, beaucoup plus doux. Merci d'avoir cru en moi et d'avoir été là, autant dans les moments de doute que dans les petites et grandes victoires.

Table des matières

Remerciements.....	2
Liste des tableaux.....	5
Liste des figures	6
Liste des abréviations.....	7
Résumé.....	8
1. Introduction.....	9
2. Problématique	11
2.1 Maintien à domicile.....	11
2.2 Les réformes gouvernementales visant à améliorer les services à domicile.....	12
2.2.1 Les réformes passées	12
2.2.2 Le plan d'action de Santé Québec	15
2.2.3 L'impact des réformes gouvernementales sur le rôle de l'ergothérapeute à domicile.....	18
2.3 Question et objectif de recherche	19
2.4 Pertinence de la recherche	20
3. Cadre théorique.....	21
3.1 Modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979).....	21
3.1.1 Ontosystème.....	22
3.1.2 Microsystème	23
3.1.3 Mésosystème.....	23
3.1.4 Exosystème	24
3.1.5 Macrosystème	24
3.1.6 Chronosystème.....	24
3.2 Pertinence du cadre théorique.....	25
4. Méthode	25
4.1 Devis de recherche.....	25
4.2 Participants et échantillonnage	26
4.3 Collecte de données.....	27
4.4 Analyse des données.....	28
4.5 Considérations éthiques.....	28
5. Résultats.....	29
5.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	29
5.2 La définition du SAD selon les ergothérapeutes	30
5.3 Impact de Santé Québec sur les ergothérapeutes à différents niveaux	31
5.3.1 Impact au niveau de l'ontosystème	32
5.3.2 Impact au niveau microsystemique	33
5.3.3 Impact au niveau mésosystemique.....	34

5.3.4 Impact au niveau exosystémique.....	36
5.3.5 Impact au niveau macrosystémique	43
6. Discussion	46
6.1 Retour sur la question de recherche.....	46
6.2 La centralisation des décisions cliniques au détriment de la confiance et de la marge de manœuvre des professionnels	47
6.3 Le paradoxe de Santé Québec : entre coupures et vision idéalisée du soutien à domicile	50
6.4 La nouvelle gestion publique et son effet dévastateur sur le réseau de la santé	52
6.5 Forces et limites de la recherche.....	56
6.6 Contributions de la recherche	57
6.7 Avenues de recherches possibles	58
7 Conclusion	59
Références.....	61
Annexe A	67
Annexe B	69
Annexe C	70
Annexe D	73

Liste des tableaux

Tableau 1.	Caractéristiques socio-démographiques des participants.....	30
-------------------	---	----

Liste des figures

Figure 1. Illustration du modèle écosystémique de Bronfenbrenner.....22

Figure 2. Impacts de Santé Québec sur les ergothérapeutes sur le terrain à différents niveaux...31

Liste des abréviations

AVQ-AVD : Activités de la vie quotidienne et domestique

CH : Centre hospitalier

CHSLD : Centres d'hébergement et de soins de longue durée

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centres locaux de services communautaires

CSSS : Centres de santé et de services sociaux

DP : Déficience physique

DPE : Dossier Patient Électronique

DSN : Dossier Santé Numérique

EÉSAD : Entreprises d'économie sociale en aide à domicile

GMF : Groupe de médecine de famille

MDA : Maison des aînés

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

NGP : Nouvelle Gestion Publique

OMC : Outil Évaluation Multiclientèle

PAD : Programme d'adaptation de domicile

RI : Ressources intermédiaires

RPA : Résidences privées pour aînés

RSIPA : Réseau de services intégrés pour personnes âgées

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

SAD : Soutien à domicile

SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Résumé

Problématique : Face au vieillissement de la population et à l'accroissement corolaire des besoins des personnes âgées en matière de soins de santé et de services sociaux, le réseau de la santé et des services sociaux est aujourd'hui confronté à de nombreux défis. Il est alors pertinent d'analyser la plus récente réforme gouvernementale issue de la société d'État Santé Québec, ainsi que son impact sur les ergothérapeutes et leur pratique clinique. **Cadre théorique :** Le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979) est utilisé dans cet essai pour explorer les différents environnements autour de l'ergothérapeute. Allant de l'environnement direct à un environnement sociétal, il permet de faire un survol complet des impacts de Santé Québec sur les professionnels. **Méthodologie :** Cette étude descriptive qualitative explore les impacts des transformations liées à Santé Québec sur la pratique des ergothérapeutes du secteur public en soutien à domicile. Les données ont été recueillies par un questionnaire en ligne à questions ouvertes rempli par des ergothérapeutes du secteur public et analysées par une analyse de contenu selon un processus de codification et de catégorisation. **Résultats :** Les 13 ergothérapeutes constatent un éloignement de l'essence même de leur profession, une perte d'autonomie professionnelle due aux contraintes institutionnelles, une déshumanisation croissante du système de santé attribuable à l'approche de la Nouvelle gestion publique, ainsi qu'un accès de plus en plus inégal aux soins pour la population. **Discussion :** Malgré la mise en place récente d'une nouvelle politique, les enjeux soulevés demeurent sensiblement les mêmes que ceux identifiés lors de réformes antérieures. L'étude a ainsi permis de soulever d'importantes réflexions sur les orientations prises par le gouvernement en matière de santé et sur le modèle de gestion, la NGP, qui les dirige. Le manque de consultation et de collaboration avec les professionnels terrain dans le processus de réforme ressort comme un élément très préoccupant.

1. Introduction

Face au vieillissement de la population et à l'accroissement corolaire des besoins des personnes âgées en matière de soins de santé et de services sociaux, le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) est aujourd'hui confronté à de nombreux défis.

Au cours des dernières années, une augmentation importante du nombre de personnes âgées a été observée dans la population québécoise, de manière similaire à plusieurs pays et provinces dans le monde. En 2021, 20 % des Québécois étaient âgés de 65 ans et plus, ce qui représentait 1,7 million d'habitants (Gouvernement du Québec, 2024a). Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec, cette proportion atteindra 24 % en 2031, soit une augmentation de 4 % en dix ans (Gouvernement du Québec, 2024a). Différents facteurs peuvent expliquer ce phénomène. Premièrement, le *baby-boom* fait référence à la période de 1946 à 1965 qui a été marquée par une augmentation importante et rapide du taux de natalité dans une même aire géographique (Martel et Ménard, 2018). Ce phénomène contribue au vieillissement actuel de la population, puisque les *baby-boomers*, très nombreux, appartiennent désormais en majorité à la tranche d'âge des 65 ans et plus (Ministère de la Famille, 2018). De plus, la forte dénatalité qui a suivi le *baby-boom* explique la plus faible proportion d'habitants âgés de moins de 65 ans. Par ailleurs, l'augmentation de l'espérance de vie des Québécois contribue à la présence d'un plus grand nombre de personnes âgées de 65 ans et plus simultanément (Ministère de la Famille, 2018).

Puisque le vieillissement peut s'accompagner d'un déclin physique et cognitif avec l'avancée en âge, les demandes de soutien pour favoriser le maintien à domicile seront en croissance dans les années à venir. Plusieurs types de milieux d'hébergements existent pour les personnes âgées au Québec, tels que les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires (RI) ou encore les résidences privées pour aînés (RPA).

Cependant, ces ressources ne suffisent pas, à l'heure actuelle, à la demande croissante de services et de place en hébergement (Gouvernement du Québec, 2022). En 2021, on comptait 36 350 personnes en CHSLD et 18 742 en RI (Gouvernement du Québec, 2022). En août 2023, 4560 aînés figuraient sur la liste d'attente pour une place en CHSLD (Gouvernement du Québec, 2025a). Le maintien à domicile, qui se définit comme « le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie » (Gouvernement du Québec, 2023) est maintenant vu comme une solution au manque d'hébergement, ainsi que pour une prestation de service répondant mieux aux désirs des personnes âgées. En effet, un sondage mené en 2021 par Léger a révélé que 83 % des personnes interrogées préfèrent rester à domicile si les services adéquats y sont offerts, dont 91% sont des personnes de 55 ans et plus (Le Réseau de coopération des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD), 2021). D'ailleurs, une nouvelle réforme du réseau de la santé a débuté en 2024, marquée principalement par la création de Santé Québec, une société d'État instaurée par la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux. Ce plan d'action vise entre autres à opérer un virage massif vers les soins à domicile (Gouvernement du Québec, 2024d).

À la lumière de cette problématique, il sera pertinent, dans le cadre de cet essai, d'analyser la plus récente réforme gouvernementale issue de la société d'État Santé Québec, ainsi que son impact sur les ergothérapeutes et leur pratique clinique. Pour ce faire, la problématique sera d'abord présentée afin de souligner la pertinence de cet essai. Le cadre théorique sera ensuite exploré, suivi de la méthode de recherche. Finalement, les résultats seront

exposés et analysés de manière critique dans la discussion. Une conclusion viendra résumer les éléments clés de l'étude.

2. Problématique

2.1 Maintien à domicile

Au Québec, différents services sont offerts directement au domicile des usagers afin de favoriser leur autonomie et leur capacité à demeurer chez eux le plus longtemps possible. En effet, les services à domicile désignent des prestations fournies en raison d'une condition de santé ou d'une limitation dans les activités de la vie quotidienne, sans inclure l'aide offerte par les proches de la personne (Gilmour, 2018). Les personnes âgées vivant à domicile peuvent bénéficier de ces services si un besoin est identifié. Il peut s'agir de soins infirmiers, de physiothérapie, d'ergothérapie, de services de nutritionniste, de services psychosociaux, d'assistance personnelle (aide à l'hygiène, à l'alimentation, à l'habillement, etc.) ou encore d'aide domestique (entretien ménager, préparation de repas, etc.) (Gilmour, 2018).

Selon Clavet et al. (2024), les personnes âgées préfèrent rester à domicile plutôt que d'aller en ressources d'hébergement, et ce, qu'ils aient des atteintes fonctionnelles légères, modérées ou même sévères. L'étude réalisée auprès de 3000 Québécois démontre que cette population préfère largement ce choix, pourvu qu'ils aient accès aux services dont ils ont besoin (Clavet et al., 2024). Il est donc important de respecter leur choix, mais pour ce faire, il doit y avoir une accessibilité aux services et soins à domicile, ce qui est un enjeu actuel au Québec. En effet, le manque de personnel et la population vieillissante complexifient la prestation de soins à domicile et donc des réformes sont mises en place pour pallier ces manques.

Les services offerts à domicile permettent de réduire les coûts à déboursés par l'État dans les soins de santé. À titre d'exemple, le coût à déboursés par le Gouvernement du Québec par

année pour une personne en maison des aînés¹ (MDA) peut s'élever jusqu'à 150 000\$ et jusqu'à plus de 125 000\$ pour une personne en CHSLD, contrairement à moins de 25 000\$ pour une personne à domicile (Clavet et al., 2024). La différence est très grande, et peut s'expliquer par le fait qu'il n'est pas nécessaire de payer pour l'alimentation ou le logement et l'entretien d'une personne à domicile contrairement aux MDA et CHSLD. Le maintien à domicile est donc très intéressant, et comme il coûte moins cher, il peut permettre d'aider un plus grand nombre de personnes dans la société (Clavet et al., 2024). Il est donc pertinent d'investir davantage dans le maintien à domicile, et la plus récente réforme du Ministère de la Santé va en ce sens.

2.2 Les réformes gouvernementales visant à améliorer les services à domicile

2.2.1 Les réformes passées

Au fil des années, le gouvernement du Québec (et ses parties successives au pouvoir) a fait des propositions et des réformes gouvernementales dans l'optique de faire face aux différents enjeux auxquels la société était confrontée. Dans ce contexte, le système de santé a subi fréquemment des changements au fil des ans. En effet, le vieillissement de la population, le manque de main-d'œuvre, l'évolution des technologies et les demandes accrues des usagers étaient les principales raisons pour lesquelles des pays occidentaux comme le Canada devaient apporter des modifications à leur système de santé (Bourque, 2007). Ces modifications incluaient notamment celles visant le soutien à domicile. Pour mieux comprendre le phénomène de soutien à domicile, un survol de son histoire au Québec sera réalisé.

¹ Maison des aînés : « Le concept est centré et adapté sur la personne et ses besoins, permettant ainsi aux résidents de se sentir comme à la maison. Une approche qui prône le respect du rythme de vie où l'unicité du résident est reconnue. L'inclusion, la participation sociale de même que le maintien des capacités y sont favorisés. La dimension humaine sera au cœur des relations entre les résidents, leurs proches, le personnel et la communauté » (Gouvernement du Québec, 2025d).

Selon Augustin (1996), avant les années 1960, le clergé et la religion occupaient une place très importante dans la société québécoise. L'aide aux personnes âgées dans le besoin était principalement assurée par la famille, l'Église et la communauté. Il n'existait alors aucune politique gouvernementale de soutien à domicile (Augustin, 1996).

Avec la Révolution tranquille des années 1960, le Québec s'est modernisé et a transformé son système de santé. C'est ainsi qu'en 1971 ont été créés les Centres locaux de services communautaires (CLSC), qui sont devenus la porte d'entrée pour l'accès aux services sociaux et de santé (Augustin, 1996). L'approche communautaire des CLSC visait à s'éloigner d'une vision strictement médicale et curative pour privilégier une approche axée sur la prévention de la santé. En offrant des services directement aux personnes dans leur milieu de vie, les CLSC ont marqué la naissance du soutien à domicile (Augustin, 1996).

La première stratégie d'action pour le soutien à domicile est apparue dans les années 1980 avec la politique *Un nouvel âge à partager* (Grenier et al., 2021). Celle-ci a mis de l'avant les impacts négatifs du placement en centre d'hébergement des personnes âgées et a souligné ainsi l'importance du soutien à domicile. Les CLSC ont alors joué un rôle plus crucial que jamais pour réduire l'institutionnalisation des personnes âgées (Grenier et al., 2021).

S'est ensuivie, dans les années 1990, la réforme Rochon, qui a introduit le virage ambulatoire au Québec, soit une diminution des hospitalisations pour plutôt favoriser les soins et services à domicile (Gagnon et al., 2001). Ceci a permis de réduire les coûts déboursés par l'État et de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Les soins se voulaient alors mieux adaptés aux besoins des patients, et cela a permis de réduire l'occupation dans les hôpitaux (Gagnon et al., 2001). Cette réforme a beaucoup influencé celles qui ont suivi

et continue d'influencer les réformes actuelles, en faveur de la décentralisation et des services à domicile.

Une autre réforme importante a été la réforme Couillard en 2003. Des crédits d'impôt et des subventions ont été mis en place pour aider les aînés à obtenir des services d'aide à domicile, et d'importants investissements ont été réalisés pour améliorer les soins à domicile et soutenir les proches aidants (Gouvernement du Québec, 2003). De plus, la réforme visait à réduire la bureaucratie dans le but d'augmenter la prestation des soins. Ainsi, une fusion de différents hôpitaux, CHSLD et CLSC a eu lieu, et ces établissements sont devenus les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) (Gouvernement du Québec, 2003). Cela a grandement complexifié les communications entre les différents acteurs, par exemple entre les CLSC et les hôpitaux, créant ainsi des enjeux pour les services à domicile (Grenier et al., 2021). Des changements ont donc été nécessaires dans les années qui ont suivi. La création des Groupes de médecine de famille (GMF) au Québec en 2002 a profondément transformé l'organisation des soins de première ligne, notamment en éloignant les médecins des CLSC, ce qui a réduit leur capacité à agir comme organisations de soins de proximité (Plourde, 2022). Initialement, les CLSC, créés en 1971, visaient à offrir des services de santé et sociaux de première ligne, axés sur la prévention et le développement communautaire (Plourde, 2022). Cependant, de nombreux médecins de famille ont refusé de s'intégrer à ce modèle public, préférant conserver leur statut de travailleurs autonomes dans des cliniques privées. Cette résistance a limité le développement du modèle CLSC et a ouvert la voie à la création des GMF, qui sont des cliniques privées financées par des fonds publics et gérées par des médecins (Plourde, 2022). Les GMF avaient pour objectifs d'améliorer l'accès aux médecins de famille, de désengorger les urgences et d'augmenter l'accès aux services psychosociaux (Plourde, 2022). Cependant, vingt ans après leur mise en

place, ces objectifs n'ont pas été atteints. Les GMF sont critiqués pour leur modèle centré sur les médecins, avec des heures d'ouverture réduites et un accès aux professionnels de la santé qui doit passer par un médecin, rendant l'accès difficile pour les patients (Plourde, 2022).

La réforme Barrette de 2015 a elle aussi apporté une restructuration dans le RSSS. En effet, les CSSS formés lors de la réforme Couillard ont été fusionnés pour créer les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) dans le but de mieux structurer l'offre de services (Grenier et al., 2021). Cela a entraîné des territoires très vastes et une hiérarchie importante au sein de l'organisation. Les décisions ont donc été prises par l'administration, et les cliniciens devaient appliquer les règles. La communication est donc encore une fois devenue difficile. Cette réforme a été très critiquée, car les soins et services à domicile ont été négligés et n'ont pas reçu l'investissement nécessaire. De plus, les critères d'accès aux services à domicile ont été resserrés, limitant ainsi l'accès à de nombreuses personnes (Grenier et al., 2021). Cela a eu pour conséquence que, face à un manque de services, les patients se sont tournés vers les entreprises privées. Ils ont alors dû payer pour des services qui auraient dû être offerts par le secteur public. Cette réforme a donc exacerbé les besoins en soutien à domicile plutôt que de les réduire (Grenier et al., 2021). La pandémie de COVID-19, survenue en 2020, a également mis en lumière les lacunes de cette réforme, soulignant ainsi les besoins du système de santé. Une nouvelle réforme a donc vu le jour, et c'est celle-ci qui sera analysée dans cet essai.

2.2.2 Le plan d'action de Santé Québec

Une nouvelle réforme du réseau de la santé a débuté en 2024, marquée principalement par la création de Santé Québec, une société d'État instaurée par la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (Gouvernement du Québec, 2024d). Depuis le 1er

décembre 2024, tous les établissements publics du réseau sont regroupés sous cette nouvelle entité, qui a pour mandat de coordonner et d'uniformiser les opérations du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), notamment en matière de soins à domicile (Gouvernement du Québec, 2024d). Parallèlement, un autre plan d'action, cette fois porté par le Ministère responsable des aînés, a été lancé sous le nom de « Fierté de vieillir » (Gouvernement du Québec, 2024b). Ce plan pour 2024 à 2029 vise spécifiquement à améliorer les conditions de vie des personnes âgées, entre autres par une bonification des services de soutien à domicile (Gouvernement du Québec, 2024b). Bien que relevant de ministères distincts, ces deux initiatives s'inscrivent dans une même volonté gouvernementale d'adapter le système de santé aux besoins croissants de la population vieillissante.

Le plan d'action vise principalement à améliorer l'accès aux services pour toute la population, à réduire le temps administratif pour valoriser le travail des professionnels, à ouvrir davantage de ressources d'hébergement pour les personnes âgées, mais surtout, à opérer un virage massif vers les soins à domicile (Gouvernement du Québec, 2024d). Effectivement, l'intensification des services à domicile pour répondre aux besoins de la population est l'un des objectifs de cette nouvelle réforme. Il est possible de penser que cette réforme aura un impact direct sur les professionnels de la santé.

2.2.3. Préparer les professionnels de la santé aux changements découlant des réformes

Les professionnels de la santé doivent respecter les règles institutionnelles mises en place par l'administration de l'organisation. Or, les changements de pratiques induits par des réformes et par les innovations ne sont pas neutres sur le travail et sur la santé des travailleurs. En effet, malgré que des effets positifs peuvent ressortir de ces réformes, il n'en demeure pas moins qu'un risque pour la santé psychologique est présent (Vézina, 2010). Ceci est principalement dû au fait

que les professionnels ne participent pas ou très peu aux décisions, que les exigences psychologiques par rapport à ces changements sont élevées, que cela peut parfois engendrer des relations difficiles avec les supérieurs et/ou les autres professionnels, il peut y avoir un déséquilibre entre l'effort fourni et la reconnaissance au travail, de l'insécurité d'emploi et de l'imprévisibilité du travail (St-Arnaud et Vézina, 2010). Ainsi, les professionnels sont exposés à des stressseurs et des situations contraignantes, amenant alors des enjeux au niveau de la santé psychologique (Therriault, 2010). Les principaux symptômes recensés sont plus de stress négatif, une moins grande satisfaction au travail, une qualité de vie plus faible et des plaintes médicales plus fréquentes (Vandenberghe et al., 2004). Ainsi, ces auteurs affirment que les changements organisationnels ont un impact sur les professionnels.

Comme mentionné, dans les différents systèmes de santé à travers le monde, des changements surviennent fréquemment. Il peut être difficile de la part des professionnels de constamment s'ajuster et modifier leur façon de travailler. Ils peuvent alors appréhender l'arrivée d'une nouvelle réforme. Il est donc important de la part des organisations qui apportent les changements d'être conscient de cet élément et de bien encadrer les professionnels à travers le processus. L'une des principales causes d'échec dans la mise en place de réformes est le manque de collaboration de la part des professionnels (Ahmad et Chowdhury, 2021). En effet, comme ce sont les professionnels qui doivent appliquer les changements au quotidien, leur manque de coopération rendra difficile la réussite de ces initiatives. Ce manque de collaboration est souvent dû à un manque de connaissance sur le changement à venir et à un manque d'encadrement de la part de l'organisation (Ahmad et Chowdhury, 2021).

Il est donc important que les organisations soient conscientes de ce phénomène afin d'éviter un échec dans la mise en œuvre de leurs projets de changement. Selon Ahmad et

Chowdhury (2021), pour réduire au maximum les comportements de résistance de la part des professionnels, les organisations devraient s'assurer d'une bonne communication avec le personnel, notamment en expliquant les raisons de ces changements. En comprenant les motivations derrière la mise en place de nouvelles règles, les professionnels sont plus enclins à s'aligner avec les objectifs de l'organisation. Ensuite, il est essentiel de collaborer avec ces derniers, puisqu'ils sont ceux qui devront appliquer les changements au quotidien. Il est donc important de solliciter leur avis et de prendre en compte leurs opinions. Enfin, si le changement proposé suscite de l'opposition, il est possible que l'organisation doive négocier avec le personnel afin de trouver un compromis permettant la mise en œuvre des réformes. Il s'agit toutefois d'une solution de dernier recours (Ahmad et Chowdhury, 2021).

2.2.3 L'impact des réformes gouvernementales sur le rôle de l'ergothérapeute à domicile

Déjà avant la réforme de 2024, les pratiques organisationnelles en place ne permettaient pas aux ergothérapeutes œuvrant en soutien à domicile de pleinement respecter les valeurs de leur profession (Desrosiers et al., 2020). En effet, l'emphase est plutôt mise sur le rendement, c'est-à-dire voir le plus de patients possible et de réduire les listes d'attente. Cela fait en sorte que les ergothérapeutes doivent souvent se concentrer uniquement sur leur mandat, et non sur l'ensemble de la personne, ce qui néglige l'holisme, pourtant très important en ergothérapie (Desrosiers et al., 2020).

Une lourdeur administrative était également perçue, les professionnels devant faire une reddition de comptes, c'est-à-dire documenter toutes leurs actions réalisées au cours de la journée (Carrier et al., 2016). Cela demande un temps supplémentaire aux ergothérapeutes, si bien qu'à la fin de la semaine, ils consacrent une heure de plus à cela, heure qui aurait pu être utilisée pour voir un autre client (Carrier et al., 2016). Il s'agit d'une règle imposée à laquelle les

professionnels ne peuvent s'opposer. Le tout découle de la Politique SAD du MSSS et démontre ainsi que les politiques gouvernementales ont un grand impact sur la pratique clinique (Carrier et al., 2016).

Les ergothérapeutes doivent fréquemment s'ajuster à de nouvelles règles, même s'ils ne sont pas d'accord avec celles-ci. Ils sont fatigués et sous une grande pression au quotidien (Desrosiers et al., 2020). Les réformes gouvernementales semblent de plus en plus les éloigner de l'essence de leur profession, ce qui rend difficile pour eux d'accepter de nouvelles règles encore et encore.

2.3 Question et objectif de recherche

L'arrivée marquée de Santé Québec et de son plan d'action risque d'entraîner plusieurs changements dans le système de santé. Ces changements devront être mis en œuvre par les professionnels, notamment les ergothérapeutes. En tenant compte de l'impact des réformes sur les professionnels, il apparaît pertinent de documenter comment les ergothérapeutes envisagent les transformations à venir. C'est pourquoi l'objectif principal de cette recherche est d'explorer la perspective des ergothérapeutes sur les transformations organisationnelles et l'intensification de la prise en charge des patients à domicile, découlant du virage amorcé par le Ministère de la Santé du Québec. La question de recherche est donc la suivante: considérant le contexte du virage vers une intensification de la prise en charge des personnes âgées à domicile et les transformations organisationnelles qui en résulteront, quelle est la perception des ergothérapeutes quant à l'impact de ces transformations sur leur pratique professionnelle ? Plus spécifiquement :

- 1) Comment ce virage est-il perçu par les ergothérapeutes du secteur public ? Et 2) Quelles influences possibles entrevoient-ils sur leur pratique ?

2.4 Pertinence de la recherche

Puisqu'il s'agit d'une nouvelle réforme et que les professionnels de la santé ne sont pas consultés avant sa mise en place, il sera pertinent de recueillir l'avis des cliniciens qui devront appliquer ces changements au quotidien. En effet, ces derniers sont les mieux placés pour identifier ce qui peut fonctionner et ce qui risque de poser des défis. Les ergothérapeutes sont des professionnels de la santé très impliqués dans les services à domicile. L'ergothérapie met de l'avant une vision holistique, une approche centrée sur le client ainsi que la valorisation des activités significatives (Desrosiers et al., 2020). Le fait d'intervenir directement au domicile des clients est en parfaite concordance avec ces valeurs.

Toutefois, les priorités organisationnelles peuvent diverger de ces principes, rendant parfois difficile pour les ergothérapeutes de préserver l'essence de leur pratique (Desrosiers et al., 2020). Le désir de réduire les dépenses ainsi que le manque de professionnels obligent souvent les ergothérapeutes à se concentrer principalement sur la sécurité des patients, au détriment d'une prise en charge globale de leurs besoins. Cette situation s'éloigne des fondements de l'ergothérapie. Il s'agit là d'un enjeu majeur dans le cadre du soutien à domicile, où les exigences organisationnelles priment souvent sur une approche centrée sur l'ensemble des besoins du client (Desrosiers et al., 2020).

Il apparaît donc pertinent de questionner les ergothérapeutes pour comprendre leur perspective face aux changements à venir dans le cadre du maintien à domicile, ainsi que l'impact de ces changements sur leur quotidien en tant que cliniciens. À ce jour, cet aspect n'a pas encore été documenté. Par ailleurs, dans un contexte où le vieillissement de la population continuera de s'accroître dans les prochaines années, cet enjeu est d'une importance à la fois professionnelle et sociale, ce qui justifie l'intérêt de le documenter dans le cadre de cet essai.

3. Cadre théorique

Cette section vise à définir le cadre théorique qui servira à analyser de manière critique les résultats de cette étude. Comme nous cherchons à explorer les impacts des réformes organisationnelles sur la pratique clinique des ergothérapeutes, il sera pertinent d'utiliser le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979). En effet, celui-ci explore les différents environnements autour d'une personne et l'impact qu'ils ont sur celle-ci, ce qui est très cohérent avec le but de cette étude. Les différentes composantes de ce modèle sont donc présentées dans cette section, de même que sa pertinence dans le contexte de ce projet.

3.1 Modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979)

Le modèle écosystémique de Bronfenbrenner a été introduit en 1979 par le psychologue et chercheur Urie Bronfenbrenner. Ce modèle conçoit le développement individuel comme le résultat d'interactions dynamiques entre les caractéristiques propres à la personne et les différents systèmes environnementaux dans lesquels elle évolue. Il met en lumière la relation étroite entre l'individu et son environnement, ce qui permet de mieux comprendre la construction de ses expériences. Il s'agit d'un modèle dynamique et interrelié, dans lequel les divers contextes de vie sont en constante interaction. D'abord élaboré pour analyser les facteurs influençant le développement de l'enfant, ce modèle a ensuite été élargi par Bronfenbrenner afin de couvrir l'ensemble du cycle de vie humain (Rosa et Tudge, 2013).

Bronfenbrenner (1979) identifie cinq principaux systèmes au sein desquels une personne évolue tout au long de son développement : le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et, ajouté plus tard, le chronosystème (voir Figure 1). Les personnes au centre de ce modèle dans le cadre de cette étude, soit l'ontosystème, seront les ergothérapeutes participants. Les différents niveaux seront définis plus en détail dans les paragraphes suivants.

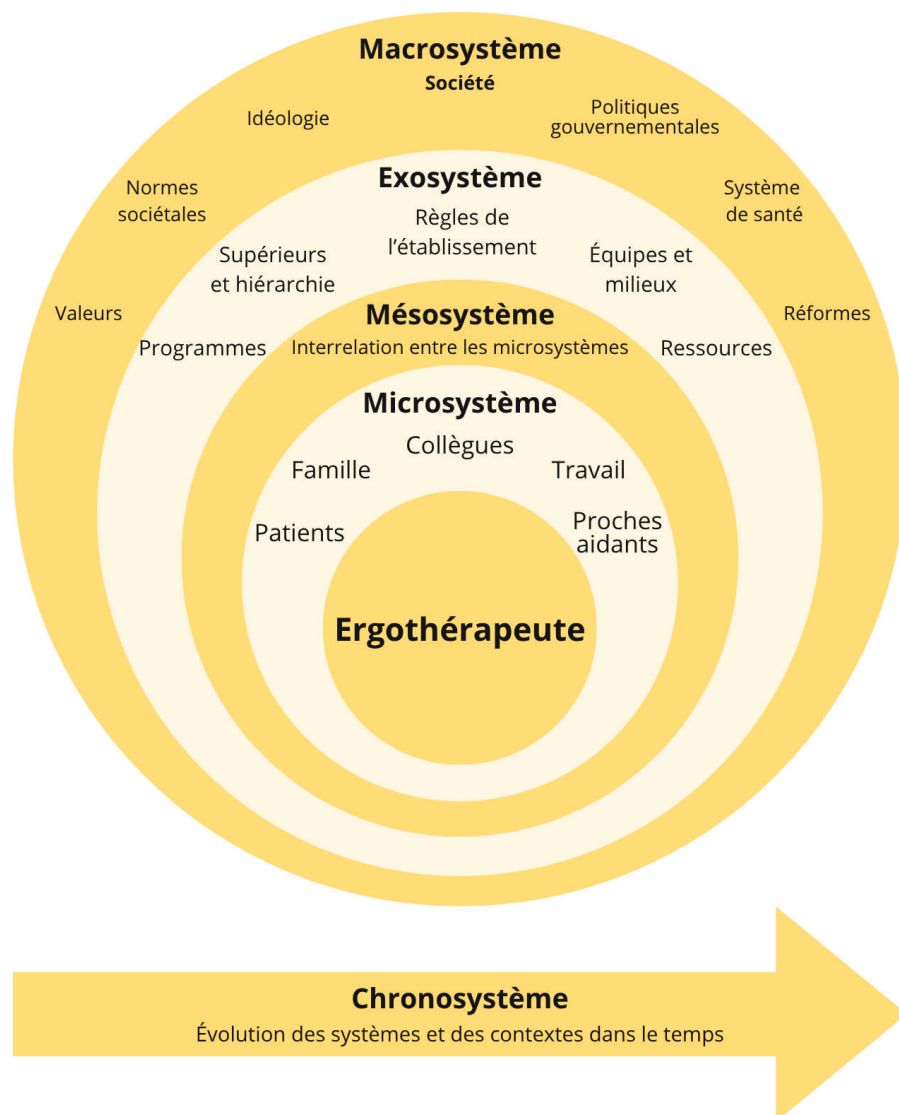


Figure 1. Illustration du modèle écosystémique de Bronfenbrenner selon des exemples reliés à la présente étude, inspirée d'Absil et al. (2012).

3.1.1 Ontosystème

L'ontosystème dans le modèle de Bronfenbrenner (1979) fait référence à l'individu au centre du modèle, de même que ses caractéristiques personnelles (âge, sexe, santé, attributs physiques, etc.), ses compétences, ses habiletés, ses vulnérabilités, ses valeurs, ses difficultés, etc. Le tout peut être soit inné ou soit acquis avec le temps. Comme mentionné précédemment,

dans le cadre de cette étude, l'ontosystème fait référence aux ergothérapeutes, soit les participants de l'étude.

3.1.2 Microsystème

Le microsystème représente le niveau le plus proche de l'individu. Il réfère à l'environnement immédiat de la personne, soit l'ensemble des éléments et des individus avec lesquels elle entretient des interactions régulières, telles que la famille, les amis, le lieu de travail ou encore les activités réalisées (Bronfenbrenner, 1979). Ce système est fondamental, car il influence directement le développement de l'individu à travers des expériences concrètes et fréquentes. Dans le cadre de cette étude, le microsystème correspond principalement aux relations que l'ergothérapeute entretient avec ses collègues (soutien mutuel, sentiment de compétition, surcharge de travail due à un manque de personnel, etc.), ainsi qu'avec les patients, les familles et les proches aidants. Ces relations influencent directement la qualité de la pratique au quotidien. Par exemple, il est intéressant de se questionner sur la possibilité d'établir une relation thérapeutique de qualité avec le patient ou encore sur l'impact des règles institutionnelles qui pourraient prioriser la productivité au détriment de la relation humaine.

3.1.3 Mésosystème

Le mésosystème fait référence aux interactions entre les différents microsystèmes mentionnés précédemment. Selon Bronfenbrenner (1979), il s'agit d'un ensemble de liens qui se tissent entre deux ou plusieurs microsystèmes. Par exemple, cela inclut les relations entre la sphère familiale et le milieu de travail, ou encore l'équilibre entre les différentes activités de la vie quotidienne, la profession et la vie personnelle. Dans le cadre de cette étude, il pourrait s'agir de la collaboration entre l'ergothérapeute, la famille d'un patient, le patient lui-même ainsi que ses autres intervenants au dossier.

3.1.4 Exosystème

Le troisième niveau, l'exosystème, désigne un système qui influence l'individu de manière indirecte. Bien que la personne ne soit pas directement impliquée dans les interactions de ce système, elle en subit néanmoins les effets. Il s'agit généralement de structures sociales ou organisationnelles qui influencent les microsystèmes et mésosystèmes (Bronfenbrenner, 1979). Dans le cadre de cet essai, l'exosystème peut inclure les règles de fonctionnement de l'établissement où exerce l'ergothérapeute, la hiérarchie et les supérieurs, les différents programmes d'aide, les différentes équipes ou milieu de pratique dans une organisation (par exemple, l'équipe SAPA, déficience physique, hôpital, réadaptation, etc.), ou encore les ressources disponibles pour soutenir les ergothérapeutes dans leur pratique.

3.1.5 Macrosystème

Le macrosystème représente le niveau le plus éloigné de l'individu (voir Figure 1). Il englobe notamment l'ensemble des valeurs, croyances, normes et idéologies propres à une société (Bronfenbrenner, 1979). Ce système constitue le contexte culturel global dans lequel s'insèrent les systèmes précédents. Dans le contexte de cette étude, le macrosystème peut inclure des éléments tels que le système de santé québécois, les politiques gouvernementales, les réformes de soutien à domicile, ainsi que les valeurs culturelles québécoises prônant l'autonomie et le maintien à domicile, pour n'en nommer que quelques-uns.

3.1.6 Chronosystème

Enfin, le chronosystème, ajouté plus tard par Bronfenbrenner, introduit la dimension temporelle dans le modèle. Il fait référence à l'évolution des systèmes et des contextes dans le temps. Ce système comprend les changements environnementaux survenant au cours de la vie et influençant le développement de l'individu (Bronfenbrenner, 1979). Dans ce cas précis, le

chronosystème peut inclure la perte progressive d'autonomie d'une personne, le vieillissement de la population québécoise, ou encore les réformes successives des politiques de maintien à domicile et la manière dont elles se sont déployées dans le temps.

3.2 Pertinence du cadre théorique

Le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979) constitue une théorie du développement humain soulignant l'interdépendance entre l'individu et les systèmes sociaux dans lesquels il évolue. Selon ce modèle, le développement d'un individu est influencé par plusieurs environnements interconnectés et évolue à travers les interactions qu'il entretient avec ceux-ci (Bronfenbrenner, 1979). Il s'avère pertinent dans le cadre de cette recherche, puisque l'application de ce cadre théorique permet de mieux comprendre comment un ergothérapeute se développe et exerce sa pratique professionnelle en fonction des environnements desquels il est entouré. De plus, ce modèle offre une analyse pertinente pour examiner l'influence des orientations ministérielles sur les ergothérapeutes, à différents niveaux organisationnels et systémiques. Cette théorie permettra ainsi de mettre en lumière les obstacles et les facteurs facilitants perçus par les ergothérapeutes dans le cadre de la réforme actuelle menée par Santé Québec, ainsi que les impacts que cette réforme pourrait avoir sur leur pratique à différents niveaux.

4. Méthode

4.1 Devis de recherche

Le devis de cette recherche est de type descriptif qualitatif. Une étude descriptive qualitative vise à décrire un phénomène ou une situation sans recourir à une méthodologie qualitative spécifique rigide (Fortin et Gagnon, 2022). Ce type d'approche est donc

particulièrement pertinent pour explorer de manière sommaire des expériences personnelles et subjectives sur un sujet peu documenté (Fortin et Gagnon, 2022). Plus précisément, cette étude a pour objectif de décrire les impacts, tant positifs que négatifs, perçus et vécus au quotidien par les ergothérapeutes à la suite des transformations organisationnelles actuellement en cours dans le système de santé québécois avec l'arrivée de Santé Québec. Ce sujet n'ayant pas encore été exploré dans la littérature, le choix de ce devis de recherche est pertinent.

4.2 Participants et échantillonnage

Le premier critère d'inclusion était d'être un ergothérapeute avec un permis de pratique de l'Ordre des ergothérapeutes valide au Québec. Ce critère était présent pour s'assurer que les réponses des participants cadraient avec la pratique actuelle de l'ergothérapie au Québec et avec les réformes gouvernementales du système québécois et donc qu'elles s'appliquaient à ce contexte de pratique. Le deuxième critère de sélection était que la personne devait travailler pour le secteur public, puisque ce sont les réformes gouvernementales au niveau des soins et services de santé et de services sociaux du public qui étaient explorées. La personne pouvait être clinicienne ou gestionnaire, pourvu qu'elle possède un permis de pratique en ergothérapie valide au Québec. Finalement, la personne devait travailler en soutien à domicile ou collaborer, de près ou de loin, avec ce secteur de pratique. Ce critère était présent puisque les impacts de Santé Québec principalement au niveau du soutien à domicile étaient ciblés au courant de cet essai. Il n'y avait aucun critère d'exclusion.

Une méthode d'échantillonnage non-probabiliste accidentelle et par réseau a été utilisée (Fortin et Gagnon, 2022). D'abord, le questionnaire a été partagé en ligne, sur la page Facebook « Ergothérapie Québec », groupe auquel sont abonnés plus de 6 700 ergothérapeutes du Québec. Les personnes intéressées à participer étaient libres de répondre aux différentes questions du

formulaire en cliquant sur le lien et seulement les formulaires des personnes admissibles ont été considérés pour analyse. Ensuite, le questionnaire a été partagé aux différents contacts admissibles de l'étudiante chercheuse et de la superviseure d'essai dans le but d'atteindre un plus grand nombre de participants. La taille de l'échantillon visé était de 15 personnes.

4.3 Collecte de données

Un questionnaire en ligne a été utilisé dans le cadre de cette étude. Il s'agit d'une méthode pertinente pour cette recherche puisqu'il permet d'obtenir de l'information sur un sujet, des opinions personnelles ainsi que des impressions, et ce auprès d'un grand nombre de personnes (Fortin et Gagnon, 2022). Ainsi, il est possible de généraliser davantage les résultats obtenus à la population à l'étude. Le questionnaire a été réalisé sur Microsoft Forms, puisqu'il s'agit d'une application facile d'utilisation et accessible à tous. Il a été partagé en ligne, sur la page Facebook « Ergothérapie Québec », groupe auquel sont abonnés plus de 6 700 ergothérapeutes du Québec. Une première publication a été faite le 12 mai 2025, et un rappel a été fait le 21 mai 2025 pour obtenir le plus de réponses possible. Les ergothérapeutes pouvaient donc y répondre à partir de leur appareil électronique au moment désiré. Environ 20 minutes étaient requises afin de compléter le questionnaire, puisqu'il a été démontré qu'un questionnaire de plus de 20 minutes amène des réponses moins complètes à la fin de celui-ci en raison d'une fatigue plus importante (Belleau et Gingras, 2015). Il s'agissait d'un questionnaire créé par l'étudiante chercheuse et révisé par la superviseure d'essai, puisqu'il s'agit d'un sujet d'actualité qui n'a pas encore été documenté.

La première section comportait sept questions pour obtenir les données sociodémographiques et professionnelles des participants et pour s'assurer de leur admissibilité à l'étude. La deuxième section avait deux questions et visait à documenter le soutien à domicile

des personnes âgées au Québec. La troisième section débutait avec une courte description de la mission de Santé Québec et visait à documenter les impacts de cette réforme sur la pratique des cliniciens, sur les patients et la perception des ergothérapeutes par rapport à ce virage. La section comportait 10 questions. L'ensemble des questions étaient sous forme de réponses courtes ou développées donnant ainsi accès à des données pouvant être traitées de manière qualitative. La collecte de données a eu lieu du 5 mai au 20 juin 2025.

4.4 Analyse des données

Les données recueillies dans les questionnaires ont été automatiquement retranscrites dans un document Excel. Par la suite, elles ont été transférées dans le logiciel Word pour être analysées. L'analyse de contenu (Fortin et Gagnon, 2022) a ensuite été utilisée dans le cadre de cette recherche, puisqu'elle permet d'analyser les données dans le but de découvrir les thèmes saillants de l'étude. Elle est d'ailleurs très souvent utilisée dans le cadre d'une étude descriptive qualitative (Fortin et Gagnon, 2022). Pour réaliser l'analyse, les données ont d'abord été lues à plusieurs reprises dans le but de se familiariser avec les informations recueillies. Ensuite, les données ont été codées et des catégories et des sous-thèmes ont été identifiés. Ce processus a permis de faire ressortir les tendances principales et de mieux comprendre le phénomène à l'étude. La validation des données obtenues et leur analyse ont été effectuées par deux personnes, soit l'étudiante chercheuse et la directrice de recherche.

4.5 Considérations éthiques

Aucun conflit d'intérêts n'est à signaler en regard de cette recherche. La présente étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le certificat numéro CER-25-318-07.27 a été émis en date du 16 avril 2025 avec une validité d'une période d'un an. Tous les participants devaient lire un

formulaire de consentement et y consentir avant de pouvoir remplir le questionnaire. Également, le questionnaire électronique permettait une collecte de données anonymes, ce qui respectait la confidentialité des participants de l'étude. Les données récoltées ont été conservées dans des fichiers verrouillés par un mot de passe que seule la chercheuse principale connaissait sur un ordinateur portable.

5. Résultats

La présente section aborde les résultats obtenus dans le cadre de cette recherche, laquelle visait à explorer la perspective des ergothérapeutes concernant les transformations organisationnelles perçues et envisagées découlant du virage amorcé par le Ministère de la Santé du Québec. Une description des participants ayant pris part à l'étude sera d'abord présentée, suivie de l'analyse de la perception des ergothérapeutes à l'égard de la nouvelle réforme Santé Québec.

5.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants

Un total de 13 participantes a répondu au questionnaire en ligne. Toutes sont de genre féminin et travaillent comme ergothérapeutes cliniciennes dans le réseau public. La majorité d'entre elles œuvrent en soutien à domicile, soit au SAPA ou en déficience physique (DP). Leur expérience professionnelle moyenne est de 13,3 années, avec une variation allant de 1 à 25 ans. L'âge des participantes se situe entre 25 et 48 ans, pour une moyenne de 36,8 ans.

Tableau 1. *Caractéristiques socio-démographiques des participants*

Description	Répartition ($n_{total}= 13$)	
	n	%
Sexe	Femme	13 (100%)
	Homme	0 (0%)
Âge	[19 ans -29 ans[3 (23,1%)
	[29 ans – 39 ans[4 (30,8%)
	[39 ans – 49 ans[6 (46,1%)
	Étendue Moyenne	25 ans – 48 ans 36,8 ans
Nombre d'années de pratique	Étendue	1 an – 25 ans
	Médiane	15 ans
	Moyenne	13,3 ans
Titre d'emploi	Clinicienne	13 (100%)
	Gestionnaire	0 (0%)
Milieu de pratique	SAD	10 (76,9%)
	Services de réadaptation externe	2 (15,4%)
	UCDG	1 (7,7%)

5.2 La définition du SAD selon les ergothérapeutes

Pour mieux comprendre les résultats présentés ci-bas, il a été demandé aux participantes de fournir leur propre définition du soutien à domicile (SAD). Trois concepts principaux ressortent de la majorité des réponses. Premièrement, le SAD est perçu comme un moyen de permettre à la personne âgée de demeurer dans son milieu de vie le plus longtemps possible, et ce de manière autonome. Deuxièmement, il vise à assurer la qualité de vie et la sécurité de la personne, notamment par l'adaptation du domicile ou l'utilisation d'aides techniques. Troisièmement, la collaboration avec le client et son entourage est un élément fréquemment mentionné, soulignant l'importance du rôle des proches aidants dans le maintien à domicile, ainsi que la nécessité de les soutenir adéquatement.

Cette définition du SAD est cohérente avec les valeurs sociétales actuelles du Québec, qui favorisent le maintien à domicile des personnes âgées (EÉSAD, 2021). Elle est donc appuyée par le macroenvironnement des ergothérapeutes en SAD.

5.3 Impact de Santé Québec sur les ergothérapeutes à différents niveaux

Selon l'expertise et l'expérience des ergothérapeutes œuvrant sur le terrain, l'arrivée de Santé Québec entraîne plusieurs changements à différents niveaux. Ces professionnels doivent donc s'adapter à l'ensemble de ces modifications, qu'elles soient perçues de manière positive ou négative. Les éléments soulevés sont présentés dans les sections suivantes et classés selon le niveau auquel ils se rattachent, allant de l'ontosystème au macrosystème. Un résumé de ces changements est également présenté à la *Figure 2*.

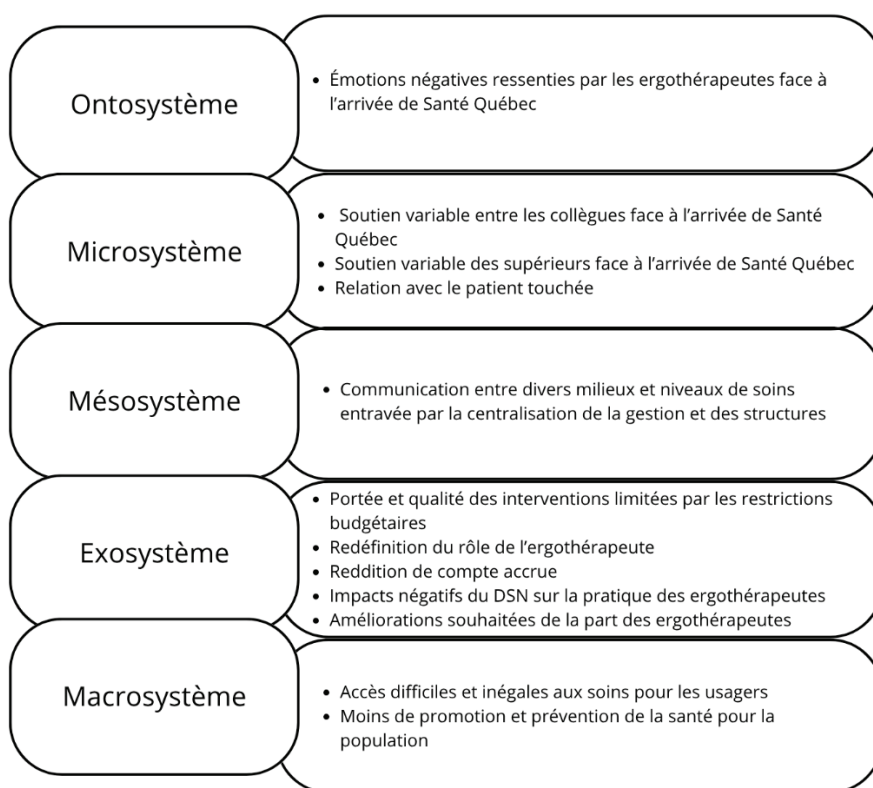


Figure 2. Impacts de Santé Québec sur les ergothérapeutes sur le terrain à différents niveaux.

5.3.1 Impact au niveau de l'ontosystème

5.3.1.1 Émotions négatives ressenties par les ergothérapeutes face à l'arrivée de Santé Québec

Les ergothérapeutes participant à l'étude ont mentionné ressentir plusieurs émotions face à l'arrivée de Santé Québec et à tous les changements que cela entraîne dans leur pratique.

Plusieurs indiquent ressentir une grande pression au quotidien, comme le souligne la participante 4 : « L'accent est uniquement mis sur la performance depuis plusieurs mois et cela augmente la pression au travail, même au détriment de notre jugement clinique ». Cette pression importante a un impact direct sur leur façon d'exercer leur travail, rendant l'environnement de travail plus anxiogène.

De plus, le manque d'informations et de soutien envers les ergothérapeutes génère de la frustration et du découragement au sein des équipes, ainsi qu'une peur face à l'inconnu : « Je sens un découragement généralisé dans l'équipe, ainsi qu'une anxiété constante d'une prochaine vague de coupures » (participante 11). Il y a donc une forte appréhension face à l'avenir, puisque les cliniciennes ne sont pas informées des changements à venir liés à Santé Québec, comme l'exprime la participante 1 : « Les ressources sont manquantes et le virage n'est pas accompagné du soutien requis pour les cliniciens. C'est donc vécu avec beaucoup d'appréhension. »

Ces émotions, ressenties quotidiennement par les professionnels, ont un impact important sur leur pratique. Plusieurs disent se sentir épuisées. Par ailleurs, un sentiment de culpabilité est aussi présent, alors qu'elles n'ont pas les ressources (matérielles, financières, humaines) nécessaires pour offrir les interventions dont les patients ont besoin : « Je suis de plus en plus gênée de devoir expliquer aux clients que je ne peux pas en faire davantage alors qu'il y a quelques mois, j'avais plein de solutions » (participante 4). Elles doivent donc constamment se justifier auprès des clients, ce qui contribue à l'épuisement et à la frustration qu'elles ressentent.

5.3.2 Impact au niveau microsystemique

5.3.2.1 Soutien variable entre collègues

Un premier changement au niveau de l'environnement immédiat des participantes est la relation avec les collègues de travail. Il est possible de constater, selon les réponses des participantes, que cette relation est différente d'un milieu à l'autre. Plusieurs mentionnent que des tensions nouvelles sont présentes au sein de leur équipe depuis l'arrivée de Santé Québec. Un premier élément impactant cette relation est la diminution du travail d'équipe. Plusieurs participantes mentionnent maintenant devoir travailler seules et ne pas avoir le soutien de leurs collègues, vu leur horaire très chargé : « Nous travaillons de moins en moins en équipe. Beaucoup de travail en silo et peu d'interventions interdisciplinaires qui pourtant rendraient notre pratique efficiente et de qualité » (participante 4). De plus, la demande de performance et les coupures dans les postes amènent une anxiété et une peur qui viennent impacter négativement la collaboration dans les équipes de travail, comme le dit la participante 5 : « Il peut y avoir des tensions [dans l'équipe] par crainte de perdre notre poste et parfois par l'augmentation de la charge de travail. ».

Par contre, d'autres participantes mentionnent au contraire qu'elles sont encore plus proches de leurs collègues qu'avant la réforme puisqu'ils vivent les mêmes choses au quotidien et donc ils se comprennent bien : « À l'intérieur de notre équipe d'ergo, nous communiquons et collaborons étroitement pour trouver des solutions ensemble pour continuer d'aider nos usagers le mieux possible dans les circonstances » (participante 12).

5.3.2.2 Soutien variable des supérieurs face à l'arrivée de Santé Québec

La relation avec les supérieurs immédiats est aussi variable d'un milieu à l'autre. En effet, plusieurs participantes mentionnent se sentir épaulées par leur supérieur et conserver une belle

relation avec celui-ci, malgré que les supérieurs reçoivent l'information au compte-gouttes, ce qui fait en sorte que l'information est relayée très lentement. Les ergothérapeutes mentionnent que leurs supérieurs font leur possible et que la relation n'est donc pas touchée : « J'ai la chance d'avoir un gestionnaire bienveillant qui est très à l'écoute de ses intervenants et une coordonnatrice très compréhensive de la réalité des intervenants. Ils nous accompagnent du mieux qu'ils peuvent dans les changements » (participante 8).

Par contre, ce ne sont pas toutes les participantes qui sont de cet avis. Il est possible de constater que le soutien varie énormément en fonction de l'équipe. Plusieurs mentionnent qu'elles se sentent seules dans ce grand changement : « Les ressources sont manquantes et le virage n'est pas accompagné du soutien requis pour les cliniciens » (participante 1) ; « Je considère que j'ai plus d'informations via les médias que via mon employeur » (participante 7).

5.3.2.3 Relation avec le patient touchée

Le patient fait aussi partie de l'environnement immédiat de l'ergothérapeute, avec lequel il collabore étroitement au quotidien. Or, les participantes mentionnent qu'il est plus difficile d'établir un lien thérapeutique fort avec le client, alors qu'il leur est demandé d'être productifs et donc de passer moins de temps avec les clients, dans le but de voir le plus de gens possible. Il est alors plus difficile d'établir un lien de confiance en un court laps de temps : « la culture organisationnelle axée sur la productivité nuit à l'établissement du lien thérapeutique avec une clientèle âgée et souvent vulnérable (isolée, faible revenu, etc.) » (participante 4).

5.3.3 Impact au niveau mésosystémique

5.3.3.1 Communication entre divers milieux entravée par la centralisation de la gestion et des structures

La communication est un élément qui est revenu à plusieurs reprises dans les réponses de la majorité des participantes. C'est un élément mésosystémique, puisqu'il s'agit de la

communication entre deux environnements microsystemiques de l'ergothérapeute (par exemple : la collaboration entre les cliniciens du SAD et du CH, la communication entre deux intervenants dans un même dossier, la communication entre les ergothérapeutes et les supérieurs immédiats, etc.). Plusieurs mentionnent que le fait de grossir le réseau en devenant tous sous la même société d'État, Santé Québec, complexifie grandement les échanges : « Pour l'instant, les communications sont très difficiles, par exemple l'accès aux notes/rapports, le fait d'être averti d'une hospitalisation. Il y a beaucoup de travail en silos » (participante 11). Encore une fois, l'élément du travail en silo revient. Le travail de manière individuelle est donc aussi un enjeu à la bonne communication et collaboration au sein d'une équipe de travail.

De plus, un élément important mentionné par les participantes est qu'il y a plusieurs gestionnaires qui n'ont jamais fait de travail terrain. Il est donc plus difficile de bien se comprendre et de travailler en collaboration avec quelqu'un qui comprend parfois moins bien la réalité quotidienne des ergothérapeutes, selon les participantes :

Cela [la communication] a toujours été un enjeu, mais c'est encore plus difficile dernièrement. Plusieurs nouveaux gestionnaires qui ne connaissent pas la pratique terrain ou certaines informations pour bien organiser les corridors de services. Plusieurs documents à compléter et plusieurs têtes qui s'occupent d'un même dossier rendent les échanges complexes (participante 4).

Finalement, les ergothérapeutes participantes mentionnent qu'elles ont de la difficulté à se faire entendre par les personnes plus haut placées dans la hiérarchie. Elles ne sont donc, selon elles, pas prises en compte dans les prises de décisions importantes, alors qu'elles sont, toujours selon elles, les mieux placées pour témoigner des besoins sur le terrain : « Ils [les dirigeants] réfléchissent à notre place et prennent les décisions pour nous, sans consulter les gens du terrain, sur ce qui gruge réellement du temps clinique et du budget selon nous » (participante 9) ; « Tout

ce qu'on se fait dire c'est qu'on est entendu et que l'information est remontée [aux dirigeants], mais sans pouvoir réel de changer les choses » (participante 6).

Par contre, les participantes se montrent optimistes par rapport à l'arrivée de Santé Québec et à la mise en place du dossier santé numérique (DSN), un outil qui regroupera toutes les données des dossiers des patients à un même endroit, comprenant les notes médicales, les notes évolutives, les examens cliniques, les fiches de médication, les requêtes et suivis d'exams, etc. (Gouvernement du Québec, 2025b). Les ergothérapeutes entendent donc une communication facilitée par l'usage de cet outil, puisque l'information pourra circuler plus facilement entre tous les différents acteurs impliqués :

L'arrivée du DSN sera un facilitateur pour communiquer avec les différents niveaux de soins. Actuellement, il y a de nombreuses plateformes et logiciels qui ne se "parlent" pas entre les milieux, donc il est difficile d'obtenir des informations rapidement au sujet d'un usager (participante 10).

5.3.4 Impact au niveau exosystémique

Plusieurs éléments viennent aussi impacter la pratique des ergothérapeutes en soutien à domicile de manière un peu plus indirecte. En effet, plusieurs prises de décisions par rapport à des règles et politiques institutionnelles viennent compliquer le travail quotidien des ergothérapeutes. Il s'agit d'une part majeure, selon les participantes, des impacts et changements de Santé Québec. Les divers éléments sont présentés dans les prochaines sections.

5.3.4.1 Portée et qualité des interventions limitées par les restrictions budgétaires

Les restrictions budgétaires mises en place avec l'arrivée de Santé Québec sont de loin les éléments qui impactent le plus la pratique terrain des ergothérapeutes au SAD. Le premier élément mentionné par rapport à ces restrictions est la diminution d'effectifs terrain. En effet, selon les participantes, avec l'arrivée de cette réforme, plusieurs postes de gestionnaires et de dirigeants ont été créés au détriment de plusieurs postes terrain qui sont supprimés. Cela

contribue donc à exacerber les demandes et la pression que les ergothérapeutes terrain ressentent pour être plus efficaces et voir encore plus d'usagers :

On a sincèrement besoin de bras et non de 2e et 3e gestionnaires. Présentement, plus de gestionnaires pour micro-gérer. Ajout récent d'un courtier de services en plus de la coordonnatrice clinique... ça fait beaucoup de non-terrain pour peu de terrain! On retire toute cette sur-gestion et ajoute ces personnes sur le terrain, là on aura un impact! (participante 3).

Ensuite, un autre élément important mentionné par les participantes est les coupures dans les équipements. Effectivement, comme mentionné dans la définition du rôle de l'ergothérapeute au SAD plus haut, les équipements sont nécessaires pour favoriser le maintien à domicile de la clientèle âgée. Selon les ergothérapeutes, c'est l'outil d'intervention le plus utilisé en SAD. Le Programme d'aide technique pour les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme permettait de fournir les équipements nécessaires à la clientèle en SAD (Gouvernement du Québec, 2024c). Ceci faisait donc en sorte de s'assurer que toutes personnes aient accès de manière équitable à l'aide dont ils ont besoin. De couper dans ces équipements vient donc impacter la qualité des interventions offertes aux usagers et limiter grandement le pouvoir d'aider de l'ergothérapeute :

Aussi, nous avons récemment appris que les CISSS ne prêteront plus à court/long terme les équipements valant moins de 300 \$. Ainsi, nous serons limités quant aux moyens que nous pourrons mettre en place pour soutenir et aider un maintien. Par exemple, nous recommanderons un siège de toilette, mais la personne isolée sans réseau et ne pouvant pas sortir de son domicile devra s'organiser pour l'acheter (ce qui sera peu réaliste dans la vraie vie). Plusieurs autres enjeux importants sont soulevés dans la mise en place de cette orientation, notamment le fait que des auxiliaires familiales donneront des bains sur des équipements personnels, non standardisés et pouvant difficilement dire s'ils correspondent aux besoins du client (ex : la limite de poids). Aussi, plusieurs petits équipements (ex. surface de glissement, coussin de positionnement, enfile-bas) valant moins de 300 \$ ne seront plus fournis, alors que c'étaient des outils davantage utilisés pour la sécurité du personnel (participante 4).

Par ailleurs, les coupures dans les différents programmes d'aide pour les usagers viennent aussi complexifier la prestation de services au quotidien. En effet, ces programmes sont nécessaires pour permettre à toute la population d'avoir accès à des services de manière équitable. Plusieurs personnes âgées n'ont pas les moyens de se procurer les aides techniques et équipements recommandés, qui peuvent parfois être très coûteux, et donc ces programmes aident grandement. Sans ceux-ci, les ergothérapeutes doivent trouver des moyens autres d'aider les usagers, ce qui est un grand défi : « les programmes financiers sont coupés (ex : AVQ-AVD, PAD) et prennent en otage les personnes qui sont dans le besoin et qui ont réellement besoin de cette aide financière » (participante 6). Ces coupures font donc en sorte que certains usagers doivent changer de milieu de vie puisque leur demeure ne peut être adaptée, alors que les ressources d'hébergement sont déjà très en demande.

Finalement, un dernier élément par rapport aux restrictions budgétaires soulevé par les participantes est les coupures dans les formations pour les professionnels. En effet, il est obligatoire pour les ergothérapeutes de faire de la formation continue chaque année, mais ces dites formations sont très coûteuses. Les coupures dans les montants alloués viennent donc décourager le personnel de faire les formations qu'ils désirent, les obligeant parfois à faire des formations moins pertinentes pour leur pratique, mais qui sont moins chères, et donc ils ne peuvent se développer autant professionnellement : « En coupant dans la formation, les intervenants sont moins compétents, ce qui ralentit aussi la prestation de services » (participante 11).

5.3.4.2 Redéfinition du rôle de l'ergothérapeute

Avec les nouvelles règles institutionnelles en place, il est demandé aux ergothérapeutes de voir le plus de clients possible pour réduire les listes d'attente. Les ergothérapeutes au SAD

doivent donc, selon les nouvelles politiques, se concentrer seulement sur le motif de la demande et assurer la sécurité de la personne, et non répondre aux besoins et attentes réels du patient. Les ergothérapeutes mentionnent donc qu'elles sentent qu'elles s'éloignent de l'essence de la profession, qui se veut de prendre le temps avec le patient et d'avoir une approche holistique. De plus, elles mentionnent qu'en tentant de fermer le dossier le plus rapidement possible, souvent de nouveaux problèmes vont survenir par la suite chez l'utilisateur et il faudra tout recommencer de zéro, parfois par un autre ergothérapeute, ce qui augmente le temps consacré.

Ce qui est important [pour le gouvernement], c'est d'ouvrir et fermer les épisodes de soins pour prouver notre performance, alors que le soutien à domicile est plutôt une pratique proximale axée sur le lien de confiance qui se travaille au bout de plusieurs rencontres et appels (participant 4).

Une autre participante mentionne aussi que, encore une fois dans le but de favoriser la performance de tous les membres de l'équipe, on sélectionne un intervenant pivot qui doit alors faire beaucoup plus que son rôle d'ergothérapeute. On est alors vraiment dans une redéfinition du rôle de l'ergothérapeute :

Je trouve que le temps administratif a augmenté dans les derniers mois. Ils nous demandent, à un seul intervenant (pivot), de compléter les évaluations et interventions qui étaient auparavant faites par les intervenantes sociales (en plus d'accomplir notre rôle initial d'ergothérapeute), comme si nous avions tous eu les mêmes formations académiques (participante 13).

Ensuite, comme mentionné plus haut, les ergothérapeutes n'ayant plus les ressources nécessaires pour aider les usagers doivent trouver d'autres solutions. Ceci fait donc en sorte que les interventions sont plus limitées, et qu'ils doivent redéfinir leur rôle au niveau des interventions qu'ils peuvent offrir : « Si les coupures massives de budget se poursuivent, je crains que je doive évaluer les clients sans avoir aucun moyen d'intervention, car nos usagers ont souvent de très faibles revenus pour payer certains équipements qui ne seront plus fournis » (participante 12). Une participante mentionne même : « Depuis la réforme de Santé Québec, j'ai

de moins en moins d'intérêt pour ma pratique en SAD. Pas à cause des clients, mais bien à cause de la diminution des moyens possibles d'intervention auprès de ma clientèle vulnérable » (participante 4). Même s'il s'agit de moyens mis en place plus loin, au niveau de l'exosystème, il est possible de constater qu'il y a un impact direct sur l'ergothérapeute.

Finalement, les ergothérapeutes mentionnent que leur rôle est souvent mal compris et sous-estimé par tous, et donc qu'elles se retrouvent parfois à boucher des trous et faire des choses qui s'éloignent de leur profession dans le but de faire avancer les interventions. Elles sentent aussi une différence avec l'importance accordée au centre hospitalier, qui semble être vu comme plus important que le SAD : « Actuellement, le SAD est sous-financé comparativement au centre hospitalier. Présentement, j'ai plus l'impression que notre rôle est de vider le CH et d'éviter qu'il ne se remplisse. [...] Je trouve que le CH est souvent favorisé à notre détriment. » (participante 9).

5.3.4.3 Reddition de compte accrue qui diminue l'efficacité des interventions terrain

Les règles institutionnelles mises en place demandent aussi aux ergothérapeutes de faire de la reddition de compte, soit de détailler tout ce qu'ils font dans une journée. Ceci augmente grandement le temps administratif et diminue donc le temps passé auprès des clients. De plus, il leur est demandé de remplir toutes sortes de documents administratifs, ce qui gruge beaucoup de leur temps : « Présentement, il y a un impact direct sur le temps que je peux allouer à mes usagers, car avec les coupures de personnel administratif, il y a une augmentation des tâches que je dois faire (FAX, demandes de soumission, impressions, etc.) » (participante 11); « La bureaucratie pour l'accès et la mise en place de services permettant le maintien à domicile est lourde. Les formulaires, les justifications qui n'en finissent plus. » (participante 9). Il s'agit ici

d'éléments qui prennent beaucoup de temps et donc les professionnels sont moins efficaces dans les interventions sur le terrain.

5.3.4.4 Impacts négatifs de l'implantation du DSN sur la pratique

Malgré que des améliorations soient attendues par les participantes avec l'arrivée du DSN comme mentionné plus haut, des impacts négatifs sont aussi perçus par les ergothérapeutes. En effet, pour se familiariser avec cet outil, plusieurs heures de formation seront exigées aux professionnels, ce qui diminuera le temps clinique qu'ils peuvent accorder à leurs usagers. Donc, même si sur le long terme elles s'attendent à ce que cela augmente leur efficacité, au départ ce sera plutôt le contraire qui surviendra selon la perception des participantes :

On sait que nous serons formés pendant 15 heures pour pouvoir utiliser le nouveau système. Déjà ça témoigne de la lourdeur [...]. Déjà qu'on n'a pas beaucoup de temps clinique, il sera grandement amputé avec toutes les formations, en plus des gens sont déjà retirés du terrain pour devenir formateurs (participante 9).

De plus, le DSN ne sera peut-être pas adapté aux besoins du soutien à domicile selon plusieurs participantes. En effet, le SAD utilise plusieurs logiciels distincts des autres milieux de pratique, et malgré que le DSN soit censé remplacer tout cela, une inquiétude est présente chez les ergothérapeutes à savoir si cela répondra à leurs besoins :

En SAD, nous avons beaucoup de logiciels différents à utiliser (DPE pour le dossier, SIC PLUS pour les stats, RSIPA pour les OÉMC, etc.). Le DSN est supposé remplacer tout cela, mais nous avons des craintes que ce soit trop axé sur le modèle médical (participante 8).

Aussi, l'accès à Internet n'est pas possible lorsque les cliniciens sont chez les usagers, donc plusieurs soulèvent l'inquiétude de ne pas être en mesure d'utiliser le DSN lorsqu'ils ne sont pas au bureau, par exemple pour consulter ou compléter un dossier ou les notes de l'utilisateur pendant la rencontre à domicile.

5.3.4.5 Améliorations souhaitées de la part des ergothérapeutes

Santé Québec apportera plusieurs changements sur une longue période. En effet, toutes les modifications ne sont pas encore mises en place. Cela laisse donc place à des projections face à l'avenir de la part des participantes. Celles-ci espèrent plusieurs améliorations pour leur pratique pour le futur.

Premièrement, l'élément qui est sorti le plus souvent est le souhait d'avoir plus de ressources à leur disposition pour faciliter leur pratique. Que ce soit l'achat d'équipement, les programmes d'aide, d'avoir plus d'effectifs terrain ou d'avoir du personnel pour aider avec les tâches administratives, les professionnels sentent que cela pourrait vraiment alléger leur quotidien et permettre d'offrir de meilleurs soins à domicile :

Selon ce qui est prévu par Santé Québec, une fois que les budgets seront rééquilibrés, les services à domicile devraient être une priorité, donc cela devrait être un facilitateur. En effet, si nous avons plus de ressources et de services à domicile, il devrait être plus facile d'actualiser nos services en ergothérapie à domicile également (participante 10).

Ensuite, la communication est un élément qui a été mentionné plus haut comme étant actuellement difficile au sein du réseau de la santé. Il est donc espéré que cet élément serait amélioré avec Santé Québec : « Une amélioration de la collaboration entre les différents niveaux de soins, mais aussi entre les différents CIUSSS [est souhaitée] » (participante 11).

Par ailleurs, les participantes sentent que le DSN sera pertinent pour augmenter l'efficacité de rédaction et de recherche d'informations, et donc réduire le temps administratif. En effet, comme tout sera situé au même endroit, les professionnels n'auront plus à se déplacer d'un logiciel à l'autre, et donc ils seront plus efficaces. Il sera plus facile de trouver une information sur un patient : « J'ai espoir que la rédaction et les aspects administratifs du métier

soient allégés et facilités. L'information sera plus facile d'accès en étant toute au même endroit » (participante 5).

Finalement, les ergothérapeutes expriment le souhait de retrouver une plus grande autonomie professionnelle ainsi qu'une liberté accrue leur permettant de revenir aux fondements mêmes de leur profession. Comme mentionné précédemment, les règles institutionnelles actuellement en place redéfinissent leur rôle, ce qui renforce leur désir de renouer avec l'essence de l'ergothérapie : « [J'espère] qu'on nous laisse revenir à nos racines et fondements de l'ergothérapie. Qu'on puisse intervenir en tant qu'ergothérapeute et non pas comme intervenante pivot seulement. » (participante 13).

5.3.5 Impact au niveau macrosystémique

5.3.5.1 Accès aux soins pour les usagers – projection pour l'avenir

Selon les participantes, l'arrivée de Santé Québec aura un grand impact sur l'accès aux soins pour les usagers âgés. Encore une fois, il s'agit de projections pour l'avenir puisque la mise en place de Santé Québec est encore en cours. Avec leur expertise, les ergothérapeutes participant envisagent plusieurs changements pour le futur.

Dans un premier temps, certains professionnels croient qu'il y aura plus de services pour la population, vu la demande de productivité envers les ergothérapeutes. En effet, s'il leur est demandé de voir le plus d'usagers possible et de fermer les dossiers rapidement, cela leur permet de voir une plus grande population : « Dans un sens, elles [les règles institutionnelles] permettent de favoriser une prise en charge constante de nouveaux usagers » (participante 5) ;
« Toutefois, elle [la réforme] vise à donner des services plus rapidement à une plus grande proportion de la population, ce qui peut faciliter la promotion de la santé et la prévention » (participante 2).

Par contre, d'autres participantes pensent au contraire qu'il y aura une augmentation du temps d'attente des usagers, en raison de la lourdeur administrative qui gruge beaucoup de leur temps clinique, ainsi qu'en raison des différentes coupures de postes : « Je crois que si nous n'augmentons pas les ressources humaines et matérielles disponibles en CLSC pour la clientèle âgée, la liste d'attente ne fera que s'allonger et les services seront alors plus difficiles d'accès » (participante 5) ; « Avec les coupures budgétaires, les délais d'attente sont plus longs avant la prise en charge » (participante 6).

Ensuite, elles s'attendent à ce que la réforme offre une moins bonne qualité de soins dispensés en soutien à domicile au Québec. En effet, les usagers ont moins de temps de service alloué, certaines interventions ne peuvent être offertes, il y a un grand roulement d'employés, bref, il est difficile d'offrir des soins de qualité dans le contexte actuel : « Depuis plusieurs années, la qualité des soins a beaucoup diminué au SAD en raison de l'important roulement et manque de personnel. Plus personne n'est imputable de rien. Le manque de constance rend les suivis très difficiles » (participante 9) ; « Aussi, les coupures budgétaires affectent les services à la population, même si le gouvernement dit le contraire, donc c'est difficile de pouvoir offrir plus avec moins » (participante 8).

Ces enjeux d'accès aux soins et de qualité des soins mettent beaucoup de pression sur les proches aidants, qui doivent compenser les manques occasionnés par la réforme : « Plusieurs aidants épuisés pour lesquels on a peu de solutions pour le moment. Plusieurs aidants et familles nécessitant du support social que nous sommes incapables de desservir » (participante 4).

De plus, la maltraitance organisationnelle, soit « toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les pratiques ou les procédures d'organisations responsables d'offrir différents soins ou services aux personnes âgées » (Gouvernement du Québec, 2025c), est plus présente dans le

réseau de la santé depuis cette réforme selon les participantes. En effet, les directions sont au courant des enjeux mentionnés plus haut (diminution de la qualité et de l'accès aux soins, restrictions budgétaires, etc.), qui viennent impacter la clientèle, mais aucun changement n'est mis en place actuellement selon les participantes pour diminuer cette forme de maltraitance : « Nous observons de nombreuses situations de négligences organisationnelles dans ces milieux [en soutien à domicile], pour lesquels il ne semble pas y avoir beaucoup de recours... » (participante 4).

Finalement, une augmentation de l'inégalité dans l'accès aux soins est notée en raison de la privatisation du réseau de la santé. En effet, plusieurs personnes ont recours au privé en raison des délais d'attente et du manque de ressources du réseau public. Or, ce n'est pas tout le monde qui a les moyens de consulter au privé, ce qui fait en sorte qu'une inégalité est notée : « J'espère sincèrement que cela [l'arrivée de la réforme] pourrait réduire les inégalités, mais le manque de ressources fait en sorte que les inégalités se creusent davantage avec le recours au privé » (participante 10).

5.3.5.2 Moins de prévention et de promotion de la santé

Les enjeux mentionnés plus haut permettent de constater que, selon les participantes, celles-ci sont surchargées. Plusieurs mentionnent qu'un rôle important de l'ergothérapeute est de faire de la promotion et de la prévention de la santé à toute la population de façon générale, dans le but d'augmenter le bien-être de la population et de diminuer les demandes de services. Or, les participantes mentionnent qu'elles n'ont plus le temps de faire cette partie de leur travail, et ceci augmente donc les besoins de la population :

Selon moi, ces énergies et cet argent [en lien avec l'arrivée de Santé Québec] pourraient être dépensés plus adéquatement, surtout en prévention, ce qui, selon moi, permettrait d'économiser beaucoup plus à long terme et créer une meilleure société en tout point ! Amélioration de la prévention auprès des jeunes, ce qui, à

long terme, aurait des conséquences positives sur leur santé physique et mentale, et donc des suivis moins lourds à l'âge adulte (participante 7).

6. Discussion

Cette section présente la discussion concernant les résultats de cette recherche. Dans un premier temps, un retour sur la question et l'objectif de départ sera fait, suivi d'une interprétation critique des résultats, en comparaison avec les écrits scientifiques. Ensuite, les forces et les limites de cette étude seront nommées, ainsi que des perspectives de recherches futures et des retombées possibles de cette recherche.

6.1 Retour sur la question de recherche

Ce projet a permis de répondre à la question suivante : considérant le contexte du virage vers une intensification de la prise en charge des personnes âgées à domicile et les transformations organisationnelles qui en résulteront, quelle est la perception des ergothérapeutes quant à l'impact de ces transformations sur leur pratique professionnelle? Plus précisément, ce projet a permis de déterminer comment le virage découlant de Santé Québec est perçu par les ergothérapeutes du secteur public, ainsi que de recenser les influences possibles de ce changement sur leur pratique clinique, selon leur point de vue. Il a été possible de répondre à cette question de recherche en interrogeant des ergothérapeutes du secteur public à l'aide d'un questionnaire en ligne. L'objectif ayant guidé la recherche, soit d'explorer la perspective des ergothérapeutes sur les transformations organisationnelles et l'intensification de la prise en charge des patients à domicile, découlant du virage amorcé par le Ministère de la Santé du Québec, a donc été atteint.

6.2 La centralisation des décisions cliniques au détriment de la confiance et de la marge de manœuvre des professionnels

Il est possible de constater, à la lumière des résultats, un décalage entre la pratique actuelle et les valeurs fondamentales de l'ergothérapie. Ces résultats rejoignent ceux de Drolet et Maclure (2016), qui soulignent que les contraintes organisationnelles du réseau de la santé limitent l'actualisation de ces valeurs. Déjà en 2016, ces auteures faisaient état de lacunes importantes dans le réseau. Bien que des réformes aient depuis été mises en œuvre pour tenter de corriger la situation, les mêmes enjeux persistent près de dix ans plus tard.

L'autonomie professionnelle figure parmi les principales valeurs affectées par ces contraintes (Desrosiers et al., 2020; Drolet et Maclure, 2016). En effet, la marge de manœuvre des professionnelles est fortement réduite. Une pression est exercée pour voir un plus grand nombre de patients afin de désengorger le système, ce qui limite considérablement le champ d'intervention (Desrosiers et al., 2020). De plus, comme le confirment les résultats de la présente étude et les écrits de Desrosiers et al. (2020), les restrictions budgétaires sont souvent imposées sans consultation préalable des professionnels concernés, ce qui engendre de nombreuses frustrations au sein des équipes. Le manque de ressources complique la recherche de solutions adaptées aux besoins des patients, ce qui contribue à une atteinte de l'autonomie professionnelle (Drolet et Maclure, 2016).

Selon les données recueillies, les professionnels ont aussi le sentiment de ne plus pouvoir adopter une vision holistique de leurs patients ni centrer leurs interventions sur les besoins de ceux-ci, dans un contexte de culture de performance au sein du réseau de la santé. Or, cette approche globale constitue l'un des fondements de la profession (Drolet et Maclure, 2016). Desrosiers et al. (2020) rapportent d'ailleurs un effritement du rôle de l'ergothérapeute, désormais contraint à suivre des règles rigides et à adopter une posture davantage technique,

alors qu'il devrait être en mesure d'analyser chaque situation de manière individualisée et d'intervenir en conséquence. Cette situation peut entraîner une perte de sens quant à leur rôle professionnel, comme cela a été relevé dans les résultats.

Un autre facteur accentuant l'éloignement par rapport à l'approche holistique est la lourdeur des tâches administratives imposées aux professionnels (Desrosiers et al., 2020; Drolet et Maclure, 2016). En effet, selon les participantes de la recherche, le RSSS exige actuellement une reddition de comptes constante, incluant le remplissage de formulaires administratifs pour justifier chaque demande ainsi que la consignation de leurs actions sous forme de données statistiques. Les professionnels ont alors l'impression d'être constamment surveillés et de devoir prouver leur performance. Cette réalité rejoint les écrits, qui dénoncent le caractère envahissant des processus administratifs et leur effet limitatif sur la portée des interventions des ergothérapeutes. Il en résulte une sous-utilisation de leur plein potentiel (Desrosiers et al., 2020; Drolet et Maclure, 2016).

Par ailleurs, Carrier et al. (2016) soulignent que cette obligation de rendre compte du nombre de patients vus incite les professionnels à privilégier des évaluations et des interventions plus courtes à domicile, limitant souvent leur mandat à assurer la sécurité de la personne. Cette stratégie vise à répondre aux exigences de performance, mais compromet la qualité et la profondeur des services offerts. Plusieurs professionnels rapportent ainsi ne plus avoir l'impression d'offrir des services aussi complets et pertinents qu'auparavant. En cohérence avec les résultats de la présente étude, Carrier et al. (2016) mentionnent également que la reddition de comptes et l'optimisation de la performance freinent grandement les activités de promotion et de prévention en santé, s'éloignant ainsi des objectifs fondamentaux du système de santé.

Par ailleurs, les participantes se disaient optimistes quant à l'arrivée du DSN. Elles estiment qu'il contribuera à améliorer l'efficacité de la rédaction et de la recherche d'informations, réduisant ainsi le temps consacré aux tâches administratives. L'implantation du système devait débiter le 29 novembre 2025. Toutefois, le 2 octobre 2025, Santé Québec a annoncé le report de son lancement. Peu de détails ont été fournis aux professionnels, si ce n'est que certaines conditions essentielles n'étaient pas réunies pour assurer une mise en œuvre adéquate (Gouvernement du Québec, 2025b). La formation prévue pour les professionnels a donc été annulée, et ce, jusqu'à nouvel ordre. Ainsi, l'un des seuls éléments positifs mentionnés par les participants se voit maintenant compromis. Le DSN verra-t-il réellement le jour? Dans quel délai? La question demeure ouverte.

Enfin, les participantes de cette étude soulignent une diminution de la qualité et de la portée des interventions, ce qui est en concordance avec la littérature. Le professionnalisme, une autre valeur et une compétence clé de l'ergothérapeute, se trouve affecté dans ce contexte de rationalisation des soins. Plusieurs affirment devoir parfois « couper les coins ronds », souvent en raison d'un manque de temps et de ressources, ce qui nuit à la qualité des services offerts (Drolet et Maclure, 2016). Cette situation peut être difficile sur le plan émotionnel et générer une forme de détresse psychologique, comme l'ont exprimé certaines participantes et comme le rapportent également Desrosiers et al. (2020) ainsi que Drolet et Maclure (2016).

Il existe donc plusieurs barrières à l'actualisation des valeurs propres à l'ergothérapie. D'ailleurs, Drolet et Goulet (2017) classent ces obstacles selon le micro-environnement (l'individu), le méso-environnement (l'équipe ou le milieu de travail) et le macro-environnement (les politiques et le système de santé dans son ensemble). Ces constats confirment la pertinence d'utiliser un modèle tenant compte des différents niveaux d'influence entourant le professionnel,

comme cela a été fait dans le cadre de cet essai. Il est en concordance avec les résultats de cette recherche que le manque de temps et de ressources, les politiques et règles institutionnelles, les valeurs de l'institution et l'organisation du système de santé viennent tous impacter l'actualisation des valeurs en ergothérapie (Drolet et Goulet, 2017).

6.3 Le paradoxe de Santé Québec : entre coupures et vision idéalisée du soutien à domicile

L'un des objectifs mentionné par Santé Québec est d'améliorer l'accès aux services pour toute la population, d'ouvrir davantage de ressources d'hébergements pour les personnes âgées et d'opérer un virage massif vers les soins à domicile. (Gouvernement du Québec, 2024d). Or, actuellement, ce n'est pas ce qui est en train de se produire, bien au contraire.

Comme mentionné par les participantes de cette étude, les coupures dans les programmes font en sorte d'exacerber les inégalités d'accès aux soins. En effet, les coupures dans les programmes d'aides et dans les équipements font en sorte que les personnes avec plus de moyens financiers ont accès à de meilleurs soins, puisqu'ils peuvent se procurer eux-mêmes les équipements dont ils ont besoin, et l'ergothérapeute peut donc continuer les interventions avec ceux-ci. Les personnes qui n'ont pas les moyens de se procurer les équipements, ou encore qui n'ont pas d'entourage pour aller chercher le matériel pour eux sont donc désavantagées, ce qui est contradictoire avec l'objectif de Santé Québec d'améliorer l'accès aux soins pour tous. Ces personnes vont donc souvent être relocalisées en ressource d'hébergements, qui elles sont déjà saturées, alors qu'avec les ressources nécessaires, plusieurs auraient pu rester à domicile plus longtemps.

Dans un contexte où les ressources sont limitées, plusieurs se questionnent à savoir comment distribuer le peu de ressources de manière équitable pour tous (Drolet et Maclure, 2016). La réalité, c'est que ce n'est pas fait. Il y a une grande inégalité aux soins, comme

mentionné dans les résultats de cette étude. Drolet et Maclure (2016) sont aussi de cet avis, mentionnant que certains patients ont accès plus facilement ou a davantage de services que d'autres. Par exemple, un patient référé par un tiers payeur sera vu plus rapidement, alors que ses besoins ne sont pas nécessairement plus grands. Le manque de ressources fait donc en sorte que certains groupes sont priorisés au détriment de d'autres (Viscogliosi et al., 2025).

De plus, comme mentionné par les participantes, le SAD est sous-financé contrairement à d'autres milieux comme les centres hospitaliers. Or, Santé Québec vise à faire un virage massif vers les soins à domicile, alors pourquoi y a-t-il un très grand nombre de coupures budgétaires, et non pas un investissement? Les participantes se posent cette question.

La privatisation du système de Santé québécois est un réel enjeu sociétal actuellement. Les participantes de cet essai ont mentionné voir plusieurs personnes se tourner vers le privé dans le but de recevoir les services dont ils ont besoin plus rapidement. Ceci accentue encore une fois l'inégalité aux soins : les gens avec le plus de moyens financiers ont accès à des soins plus rapidement. Ceci va à l'encontre de l'objectif de Santé Québec et du système de santé québécois en général, qui vise à offrir un accès facile et gratuit aux soins pour tous (Gouvernement du Québec, 2024d). De plus, le gouvernement québécois investit davantage dans les services privés, puisqu'ils sont moins coûteux (Plourde, 2025). En 2023-2024, moins de 13% des heures d'aide à domicile de longue durée ont été données par des employés du secteur public. Ceci fait en sorte de détériorer la qualité des conditions de travail des professionnels de la santé ainsi que de diminuer la qualité des services offerts (Plourde, 2025). Le fait de se tourner vers des entreprises de prestations de soins privés et des agences fait donc en sorte d'encourager la privatisation au niveau du SAD dans le réseau de la santé. Un bon exemple est les GMF, abordés plus tôt dans la problématique. Plusieurs ne sont pas au courant qu'il s'agit d'entreprises privées financées par

les fonds publics. Or, les lacunes demeurent présentes : l'accès aux soins demeure difficile, on transfère des professionnels des CLSC vers les GMF, augmentant ainsi les besoins au SAD public. Les populations plus vulnérables se retrouvent alors avec une perte d'accès au soin (Chaput-Richard, 2024).

Bref, un paradoxe est présent avec l'arrivée de Santé Québec. Ce qui devait aider à diminuer les inégalités d'accès aux soins ferait plutôt le contraire actuellement. On vise à faire un virage massif vers les soins à domicile, mais les actions mises en place par Santé Québec laissent les professionnels sceptiques. Or, le tout découle de la Nouvelle Gestion Publique (NGP), qui guide les actions mises en place dans le réseau de la santé. Le tout est expliqué en détail dans la prochaine section.

6.4 La nouvelle gestion publique et son effet dévastateur sur le réseau de la santé

Selon Grenier et al. (2021), la Nouvelle Gestion Publique est une approche implantée depuis plusieurs années dans la société québécoise, visant à mettre en œuvre des réformes qui améliorent l'efficacité, l'efficience et la qualité des services offerts à la population. L'objectif de la NGP est d'optimiser les services et les soins tout en réduisant les coûts assumés par l'État. Pour y parvenir, un contrôle des ressources et des activités professionnelles est exercé, la reddition de comptes est exigée, des stratégies favorisant l'efficacité des modalités d'intervention sont mises en place, et les professionnels sont tenus responsables de leurs actions (Grenier et al., 2021). Dans un contexte où les maladies chroniques sont de plus en plus fréquentes et où le vieillissement de la population occupe une place grandissante, les dépenses de l'État sont grandes, ce qui l'incite à maintenir cette approche de la NGP dans le système de santé québécois (Le Pain et al., 2021).

Cette vision a des répercussions importantes sur les professionnels de la santé. Une étude menée par Le Pain et ses collaborateurs (2021) met en lumière les nombreux impacts de la NGP sur les travailleurs sociaux au Québec. Les auteurs rapportent que de la colère et de la frustration sont ressenties au sein des équipes, principalement en raison d'un sentiment de perte de pouvoir décisionnel et de l'obligation de se conformer aux règles sans possibilité de contestation (Le Pain et al., 2021). Ils soulignent également une perte de confiance des travailleurs sociaux envers les gestionnaires, liée à des divergences d'opinions et à un manque de compréhension de la réalité du terrain de la part de ces derniers (Le Pain et al., 2021). En effet, plusieurs gestionnaires ne possèdent pas d'expérience concrète sur le terrain, ce qui accentue le fossé entre les deux groupes (Le Pain et al., 2021). Par ailleurs, l'étude révèle une augmentation des tensions au sein des équipes et une diminution marquée de la collaboration interprofessionnelle, attribuables à l'intensification du travail et à la dégradation des conditions de pratique. Un isolement professionnel est également observé, pouvant engendrer diverses émotions négatives, voire mener à l'épuisement professionnel (Le Pain et al., 2021). Les résultats de l'étude de Le Pain et al. (2021) rejoignent ceux obtenus auprès des ergothérapeutes dans le cadre de la présente recherche. En effet, Santé Québec fonde ses plans d'action sur les principes de la NGP, ce qui entraîne une pression accrue sur les professionnels en lien avec les notions d'économie, d'efficacité et d'efficience. Conformément aux constats de Le Pain et al. (2021), les participantes de la présente étude rapportent également ressentir des émotions négatives telles que la colère et la frustration envers le système de santé et les décisions prises sans consultation préalable. Elles expriment un sentiment d'être peu considérées, ce qui engendre un mal-être professionnel ; certaines mentionnent même se sentir épuisées et songer à quitter la profession. De plus, certaines participantes indiquent que le lien de confiance avec leur gestionnaire est rompu. Elles

ne se sentent pas toujours soutenues, et le fait que plusieurs gestionnaires ne travaillent pas sur le terrain, voire n'y ont jamais exercé, accentue ce sentiment de déconnexion et de désengagement. Enfin, les tensions au sein des équipes sont également relevées tant par les participantes de cette étude que par celles de l'étude de Le Pain et al. (2021), principalement en raison d'un stress accru et de la baisse de la collaboration, désormais peu encouragée. Cela limite les interactions et nuit à la cohésion des équipes.

Il apparaît donc que la NGP a un effet profondément négatif sur la pratique des professionnels du secteur public. Toutefois, ce ne sont pas uniquement les professionnels qui en subissent les conséquences : la NGP a également de lourds impacts sur la qualité des soins et services offerts à la population.

En effet, cette manière de fonctionner peut faire en sorte qu'il y a présence de maltraitance organisationnelle au sein du réseau (Viscogliosi et al., 2025). Comme défini dans la section des résultats, la maltraitance organisationnelle désigne « toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les pratiques ou les procédures d'organisations responsables d'offrir différents soins ou services aux personnes âgées » (Gouvernement du Québec, 2025c). Cela peut être fait de manière intentionnelle ou non, et peut par exemple être :

La formation inadéquate du personnel, une procédure administrative complexe, une absence de directives ou une mauvaise compréhension de la part du personnel, une offre de soins ou de services inadaptée aux besoins des personnes ou des conditions ou des pratiques organisationnelles qui excluent les personnes âgées des prises de décision qui les concernent, qui ne respectent pas leurs choix ou qui limitent de façon injustifiée l'accès à des programmes d'aide (Gouvernement du Québec, 2025c).

Selon les participantes de cette présente étude, il y a présence de maltraitance organisationnelle au sein du réseau de la santé actuellement. Tel qu'elles le mentionnent, il y a une diminution de financement dans la formation du personnel, ce qui peut affecter la qualité des

soins offerts. De plus, les ergothérapeutes disent ne pas toujours être en mesure de répondre réellement aux désirs de l'usager vu la demande de se limiter au mandat de base, et donc les personnes âgées ne sont pas toujours responsables de la prise de décision de leurs soins. Ceci est en adéquation avec les résultats de l'étude de Viscogliosi et al. (2025), qui mentionnent la présence de chosification de l'ainé, soit de répondre seulement aux besoins de bases de l'ainé et non pas à ce qu'il désire réellement. Ensuite, les participantes de la recherche mentionnent sentir que leur mandat s'arrête à assurer la sécurité de la personne, alors qu'elles voudraient en faire beaucoup plus. Ceci corrobore les résultats de l'étude de Viscogliosi et al. (2025), qui mentionne que la société valorise grandement la sécurité au détriment d'être centré sur le client. Ceci peut donc être une forme de maltraitance organisationnelle. De plus, les participants des deux études mentionnent que dans un contexte où l'on demande aux professionnels d'être efficient et d'avoir une grande vitesse d'exécution des soins, ceci peut amener une déshumanisation des soins, comme le disent les participantes qui mentionnent avoir de la difficulté à établir un lien thérapeutique fort. Cette vitesse d'exécution amène aussi un risque de diminuer la qualité des soins offerts à la clientèle. Par ailleurs, les participantes ont mentionné à plusieurs reprises se sentir limitées dans leurs actions en raison des nombreuses procédures et protocoles strictes, comme les nombreux documents administratifs à remplir. Ceci limite grandement les interventions qu'elles peuvent faire. Les résultats de l'étude de Viscogliosi et al. (2025) nomment cela comme étant l'instrumentalisation du personnel, c'est-à-dire qu'ils sont là pour répondre aux décideurs publics et s'assurent que le système de santé fonctionne comme les décideurs le veulent, et ce parfois au détriment du patient. Il y a donc moins de place pour le jugement clinique du professionnel. Finalement, le manque de ressources peut aussi être la cause de maltraitance organisationnelle (Viscogliosi et al., 2025). En effet, la NGP visant à réduire les

coûts à tout prix, et ce via des coupures financières, matérielles ou humaines. Ceci fait en sorte que les usagers se voient privés de certaines ressources dont ils ont réellement besoin, et donc la condition des personnes âgées peut nettement moins s'améliorer, et parfois va même se détériorer (Viscogliosi et al., 2025). Les résultats de cette précédente étude sont confirmés dans ce présent essai, où les restrictions budgétaires sont ressorties dans les réponses de toutes les participantes comme étant la principale cause qui fait en sorte qu'elles ne peuvent offrir des services de qualité et en quantité suffisante à leur clientèle. Ceci contribue au mal être de certains professionnels, alors que d'être témoin de cette maltraitance organisationnelle amène un grand inconfort psychologique pour les intervenants (Viscogliosi et al., 2025).

En somme, la NGP, qui priorise l'efficacité, l'efficacite et la réduction des coûts, fait en sorte que les meilleures pratiques ne sont pas mises en place et il s'agit d'un frein à l'actualisation de changements vers un système de santé plus humaniste. Le bien-être des personnes âgées n'est pas mis de l'avant. La NGP dirige tout et a donc un effet dévastateur sur le système de santé actuel.

6.5 Forces et limites de la recherche

Cette recherche comporte certaines forces et limites qui seront discutées dans la prochaine section. Tout d'abord, l'utilisation d'un questionnaire comme méthode de collecte de données présente certaines limites. Premièrement, il est possible que les participantes aient moins développé leurs réponses puisqu'elles devaient les rédiger à l'écrit. La réalisation d'entrevues aurait peut-être permis d'approfondir davantage les éléments apportés par les participantes. De plus, il n'était pas possible pour l'étudiante-chercheuse de valider la compréhension des réponses auprès des participantes. Il est donc possible que certains propos aient été mal interprétés. Toutefois, la superviseure d'essai a également analysé les réponses des participantes, ce qui a

permis de limiter les risques d'erreurs. Par ailleurs, les participantes ne pouvaient pas valider leur compréhension des questions au moment de remplir le questionnaire ni poser des questions au besoin. Cela représente un autre risque. Cependant, l'anonymat du questionnaire a permis de recueillir l'opinion honnête des participantes sur un sujet d'actualité parfois tabou. Elles pouvaient ainsi s'exprimer librement, sans craindre d'être jugées. Ensuite, la taille de l'échantillon constitue une limite de cette étude. En effet, avec seulement 13 participantes, il n'est pas possible de généraliser les résultats à grande échelle. Cela dit, ces personnes provenaient de milieux et d'équipes variés, ce qui a permis d'observer différentes réalités sur le terrain. De plus, une saturation des données commençait à être perçue, alors que des éléments similaires revenaient dans les réponses des participantes. Ainsi, malgré le nombre restreint de participantes, il a été possible de répondre de manière satisfaisante à la question de recherche. Finalement, il s'agissait de la première expérience de recherche pour l'étudiante-chercheuse, ce qui constitue un biais potentiel dans l'analyse et l'interprétation des résultats. Toutefois, la superviseure d'essai a accompagné de près l'étudiante tout au long du processus afin de réduire les risques liés à cette situation.

6.6 Contributions de la recherche

Alors que les transformations organisationnelles sont encore en cours de mise en place, cet essai constitue une première analyse de la nouvelle réforme découlant de l'arrivée de Santé Québec dans le réseau de la santé. Les retombées possibles de cette étude sont nombreuses et touchent les sphères professionnelle, scientifique et politique. Sur le plan politique, les résultats de cette recherche peuvent sensibiliser les instances gouvernementales aux lacunes actuelles dans la pratique de l'ergothérapie sur le terrain ainsi que dans les services offerts à la population. Cela pourrait amener à remettre en question certains des changements en cours. Sur le plan

scientifique, cet essai a permis de recueillir la perspective et la réalité vécue par les ergothérapeutes du secteur public face à cette réforme, tout en explorant leurs projections quant à l'avenir et aux impacts anticipés. Sur le plan professionnel, cette étude contribue à une meilleure compréhension de la réalité actuelle des ergothérapeutes œuvrant dans le réseau public. En recueillant leur point de vue, il est possible de connaître leur perception des politiques en place. Alors que les discours médiatiques et gouvernementaux relayent souvent la vision des dirigeants et du Ministère de la Santé, la voix des professionnels directement concernés demeure rarement entendue. Cet essai permet donc de mettre en lumière les forces et les lacunes présentes dans le réseau, dans l'objectif d'identifier des pistes de solution. Les participantes ont exprimé leurs besoins et les façons dont, selon elles, le gouvernement pourrait mieux les soutenir. Cette étude met également en évidence l'importance, pour les ergothérapeutes, de remettre en question les pratiques actuelles et d'agir comme agents de changement, tant pour assurer à la clientèle des services de qualité qu'elle mérite que pour défendre et préserver les valeurs et fondements de la profession.

6.7 Avenues de recherches possibles

Plusieurs avenues de recherche s'offrent à l'avenir, puisqu'il s'agit ici d'une première analyse du sujet et que la réforme est très récente au moment d'écrire cet essai. Ce thème pourrait être approfondi de différentes façons. D'abord, il serait pertinent de recueillir l'opinion d'un plus grand nombre de personnes afin d'obtenir un portrait plus représentatif de l'impact de la réforme à différents niveaux. Par exemple, interroger des intervenants issus de diverses régions administratives permettrait d'identifier les similitudes et les différences selon les contextes locaux. Par ailleurs, il serait également pertinent de documenter le point de vue des gestionnaires d'équipes. Cela permettrait de mieux comprendre leur vécu face aux changements

en cours, leur niveau de préparation pour accompagner leurs équipes, ainsi que leur perception globale de cette transformation. De plus, bien que cette recherche se soit concentrée sur le secteur du soutien à domicile, il serait intéressant d'explorer la réalité des ergothérapeutes travaillant dans d'autres milieux, tels que les centres de réadaptation ou les centres hospitaliers. Cela permettrait de mettre en lumière les impacts communs ainsi que les spécificités propres à chaque milieu de pratique. Enfin, cette étude a été menée dans un contexte marqué par d'importantes coupures budgétaires et alors que les changements organisationnels sont toujours en cours. Le Ministère de la Santé procède actuellement à des coupures afin de rééquilibrer les budgets, avec l'objectif de réinvestir éventuellement dans le soutien à domicile. Il serait donc fort pertinent de mener une recherche une fois les réformes pleinement implantées et les coupures terminées, afin de comparer les perceptions des professionnels à ce moment-là. Le portrait qui en émergerait pourrait différer de manière significative.

7 Conclusion

Ce projet visait à explorer la perspective des ergothérapeutes sur les transformations organisationnelles et l'intensification des soins à domicile, dans le contexte du virage amorcé par le Ministère de la Santé du Québec. Pour ce faire, 13 ergothérapeutes œuvrant dans le secteur public ont répondu à un questionnaire en ligne. Les résultats ont révélé que, malgré la mise en place récente d'une nouvelle politique, les enjeux soulevés demeurent sensiblement les mêmes que ceux identifiés lors de réformes antérieures. Notamment, les ergothérapeutes constatent un éloignement de l'essence même de leur profession, une perte d'autonomie professionnelle due aux contraintes institutionnelles, une déshumanisation croissante du système de santé attribuable à l'approche de la Nouvelle gestion publique, ainsi qu'un accès de plus en plus inégal aux soins pour la population. Ces constats, déjà présents il y a plusieurs années, persistent aujourd'hui avec

l'arrivée de Santé Québec. L'étude a ainsi permis de soulever d'importantes réflexions sur les orientations prises par le gouvernement en matière de santé et sur le modèle de gestion, la NGP, qui les dirige. Le manque de consultation et de collaboration avec les professionnels du terrain dans le processus de réforme ressort comme un élément particulièrement préoccupant. Les transformations organisationnelles associées à la création de Santé Québec ont, ou auront, des répercussions notables sur la pratique de l'ergothérapie. Ces impacts ont été analysés à différents niveaux, selon le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979), allant de l'ontosystème (l'ergothérapeute) jusqu'au macrosystème (le système de santé dans son ensemble).

Les résultats de cette étude ouvrent la voie à plusieurs avenues de recherche. D'abord, des recherches faites dans le futur, une fois que la réforme sera bien implantée, pourraient permettre de suivre l'évolution des impacts des réformes actuelles sur la pratique ergothérapique à moyen et long terme. Ensuite, l'élargissement de l'échantillon à d'autres régions du Québec ou à d'autres disciplines en réadaptation permettrait une comparaison interprofessionnelle et territoriale plus riche. Il serait également pertinent d'explorer le point de vue des gestionnaires et des décideurs pour mieux comprendre les intentions et contraintes qui sous-tendent la mise en œuvre des réformes. Dans tous les cas, cette recherche a permis de voir l'importance pour l'ergothérapeute de remettre en question les méthodes actuelles et d'utiliser sa compétence professionnelle d'agent de changement pour lutter pour sa profession et pour sa clientèle.

Références

- Absil, G., Vandoorne, C. et Demarteau, M. (2012). Bronfenbrenner, écologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé. *Université de Liège*.
<https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/114839/1/ELE%20MET-CONC%20A-243.pdf>
- Ahmad, A. et Chowdhury, D. (2021). Resistance to change during uncertainty-perspective of covid-19: An empirical investigation into resistance management in the healthcare organizations. *Review of Applied Socio-Economic Research*, 22(2), 5-20.
<https://doi.org/10.54609/reaser.v22i2.79>
- Augustin, J.-P. (1996). *L'institutionnalisation du territoire au Canada*. Les presses de l'Université Laval. Presses universitaires de Bordeaux.
- Belleau, H. et Gingras, M.-E. (2015). *Avantages et désavantages du sondage en ligne comme méthode de collecte de données : une revue de la littérature*. Institut national de la recherche scientifique – Centre Urbanisation Culture Société.
<https://espace.inrs.ca/id/eprint/2678>
- Bourque, M. (2007). Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : les cas du Québec et du Royaume-Uni. *Revue Gouvernance / Governance Review*, 4(1). <https://doi.org/10.7202/1039117ar>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A. et Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. *Santé Publique*, 28(6), 769. <https://doi.org/10.3917/spub.166.0769>

- Chaput-Richard, L. (2024). La réforme Dubé et Santé Québec : encore plus loin dans la même direction. Entrevue avec Anne Plourde, chercheuse à l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. *Nouvelles pratiques sociales*, 34(1), 7–18.
<https://doi.org/10.7202/1114797ar>
- Clavet, N.-J., Hébert, R., Michaud, P.-C., Navaux, J. et Raïche, M. (2024). *Horizon 2040 : des mesures concrètes pour un virage vers le soutien à domicile*. Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économie, HEC Montréal. https://cjp.hec.ca/wp-content/uploads/2024/04/Horizon-2040_rapport.pdf
- Conseil des Aînés (2008). Avis sur l'état de situation des proches aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Québec: Gouvernement du Québec.
https://cdi.merici.ca/conseil_des_aines/avis_PA.pdf
- Desrosiers, J., Dubé, C., Paquette, M.-A. et Thériault, J. (2020). L'ergothérapie en soutien à domicile au Québec : un travail qui a du sens? *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 6(1), 35-54. <https://doi.org/10.13096/rfre.v6n1.89>
- Drolet, M.-J. et Goulet, M. (2017). Les barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs professionnelles: perceptions d'ergothérapeutes du Québec. *Recueil annuel d'ergothérapie 2017*. https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9133/1/Drolet_M-J_189_ED.pdf
- Drolet, M.-J. et Maclure, J. (2016). Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *Approches inductives*, 3(2), 166–196.
<https://doi.org/10.7202/1037918ar>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4^e éd.). Chenelière éducation.

Gagnon, E., Buberger, N., Côté, D., Gilbert, C., Thivierge, N. et Tremblay, M. (2001). *Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Gilmour, H. (2018). Formal home care use in Canada. *Health reports / Statistics Canada, Canadian Centre for Health, 29(9)*, 3-9.

https://www.researchgate.net/publication/327751231_Formal_home_care_use_in_Canada

a

Gouvernement du Québec (2003). *Chez soi : le premier choix*. La politique de soutien à domicile, Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>

Gouvernement du Québec. (2022). *Pour le mieux-être des personnes hébergées – Plan d'action pour l'hébergement de longue durée, 2021 – 2026*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-01F.pdf>

Gouvernement du Québec. (2023). *Orientation en soutien à domicile : Actualisation de la politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix »*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-704-01W.pdf>

Gouvernement du Québec. (2024a). *Effectifs et proportions de différents groupes d'âge*. Institut de la statistique du Québec.

<https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillesse/themes/population/effectifs-proportions-groupes-age>

Gouvernement du Québec. (2024b). *La fierté de vieillir – plan d'action gouvernemental 2024-2029*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-02W.pdf>

Gouvernement du Québec (2024c). *Programmes d'aides techniques pour les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*.

Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/aides-techniques-deficiences-et-handicaps/aides-techniques-pour-deficience-ou-tsa>

Gouvernement du Québec. (2024d). *Transformation du système de santé et de services sociaux*.

Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/systeme-quebécois-de-sante-et-de-services-sociaux/transformation-systeme-sante/reseau-sante-efficace-population>

Gouvernement du Québec. (2025a). *Données de la liste d'attente pour une place en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)*. Gouvernement du Québec.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001637/>

Gouvernement du Québec. (2025b). *Le Dossier santé numérique (DSN), c'est beaucoup plus qu'un nouvel outil informatique*. Centre intégré universitaire de santé et de services

sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. <https://www.ciusssmcq.ca/a-propos-de-nous/dossier-sante-numerique-dsn/>

Gouvernement du Québec. (2025c). *À propos de la maltraitance envers les personnes âgées et les personnes vulnérables*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/violences/maltraitance-aines-personnes-vulnerables/a-propos-maltraitance-aines-personnes-vulnerables#c154717>

<https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/violences/maltraitance-aines-personnes-vulnerables/a-propos-maltraitance-aines-personnes-vulnerables#c154717>

Gouvernement du Québec. (2025d). *Maisons des aînés et alternatives*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

<https://ciusssmcq.ca/soins-et-services/hebergement/maisons-des-aines-et-alternatives/>

- Grenier, J., Marchand, I. et Bourque, M. (2021). Les services de soutien à domicile au Québec : une analyse des réformes (1980-2020). *Nouvelles pratiques sociales*, 32(1), 26–46. <https://doi.org/10.7202/1080868ar>
- Le Pain, I., Kirouac, L., Larose-Hébert, K. et Namian, D. (2021). Les intervenants sociaux à l'aune de la nouvelle gestion publique : difficultés émotionnelles, relations professionnelles sous tension et collectifs de travail fragilisés. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 76(3), 519–540. <https://doi.org/10.7202/1083611ar>
- Le Réseau de coopération des entreprises d'économies sociale en aide à domicile (EÉ SAD). (2021). *Chez moi pour la vie, le choix des québécois selon un sondage léger*. Entreprises d'économies sociale en aide à domicile. <https://eesad.org/2021/02/sondage/>
- Martel, L. et Ménard, F.-P. (2018). *Les générations au Canada*. Statistiques Canada. https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011003_2-fra.cfm
- Mazon, C., Fage, C. et Sauzéon, H. (2019). Effectiveness and usability of technology-based interventions for children and adolescents with ASD : A systematic review of reliability, consistency, generalization and durability related to the effects of intervention. *Computers in Human Behavior*, 93, 235-251. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.12.001>
- Ministère de la Famille. (2018). *Les aînés du Québec : quelques données récentes*. Ministère de la Famille. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/aines-quebec-chiffres.pdf>
- Plourde, A. (2022). *Bilan des groupes de médecine (GMF) de famille après 20 ans d'existence – Un modèle à revoir en profondeur*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/publications/bilan-des-groupes-de->

[medecine-de-famille-apres-20-ans-dexistence-un-modele-a-revoir-en-profondeur/?utm_source=chatgpt.com](#)

- Plourde, A. (2025). *Privatisation du soutien à domicile : réduire les coûts, mais à quel prix?* Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/privatisation-soutien-domicile/>
- Rosa, E. M. et Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. *Journal of Family Theory & Review*, 5(4), 243-258. <https://doi.org/10.1111/jftr.12022>
- St-Arnaud, L. et Vézina, M. (2010). Les interventions organisationnelles pour prévenir les problèmes de santé mentale en milieu de travail. *Quintessence*, 2(5),1-2.
- Therriault, P.Y. (2010). *Changements organisationnel et technologique, santé mentale et travail* (pp.252). Sarrebruck : Éditions universitaires européennes.
- Vandenberghe, C., Bentein, K. et Stinglhamber, F. (2004). Affective commitment to the organization, supervisor, and work group: antecedents and outcomes, *Journal of Vocational Behavior*, 64, 47-71.
- Viscogliosi, C., Drolet, M.-J., Lord, M.-M., Pinard, C., & Ruest, M. (2025). [Maltraitance organisationnelle envers les personnes âgées lors de services de soutien à domicile: enjeux éthiques identifiés par des ergothérapeutes]. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 44(2), 181–193. <https://doi.org/10.1017/S0714980825000042>
- Vézina, M. (2010). Santé mentale au travail : répondre à des besoins humains fondamentaux. Dans Y. Clot et D. Lhuilier (Dir). *Travail et santé : ouverture clinique* (pp. 169-174). Paris : éditions Érès.

Annexe A**QUESTIONNAIRE**Section 1 : Questions sociodémographiques

1. À quel genre vous identifiez-vous?
 - a) Femme
 - b) Homme
 - c) Autre
 - d) Préfère ne pas répondre

2. Quel âge avez-vous?
_____ ans

3. Êtes-vous membre de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec?
 - a) Oui
 - b) Non

4. Êtes-vous ergothérapeute dans le secteur public?
 - a) Oui
 - b) Non

5. Depuis combien de temps pratiquez-vous le métier d'ergothérapeute?
_____ ans

6. Quel est votre titre d'emploi?
 - c) Clinicien
 - d) Gestionnaire
 - e) Autre : _____

7. Dans quel milieu pratiquez-vous?

Section 2 : Questions générales sur les soins à domicile.

8. Résumez en un court paragraphe le rôle de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile des personnes âgées.

9. Trouvez-vous que les règles organisationnelles mises en place par rapport au soutien à domicile permettent le respect et l'actualisation de ce rôle? Pourquoi?

Section 3 : Santé Québec

Chargé de répondre à l'ensemble des besoins sociosanitaires de la population québécoise, le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) est aujourd'hui confronté à des défis importants.

Le plan d'action de Santé Québec vise à améliorer l'accès aux soins et services de santé et de services sociaux. Pour y arriver, Santé Québec prévoit un virage massif vers des services à domicile pour les personnes âgées et ce en réduisant le temps administratif.

Quels seront les impacts de ce virage? Cette section vise à approfondir ce sujet.

3.1. Impact sur la pratique

10. Quelle est votre perception de la réforme Santé Québec et de ses impacts potentiels sur votre pratique d'ergothérapeute?
11. Pensez-vous que Santé Québec facilitera ou compliquera la prestation des soins à domicile? Pourquoi?
12. Comment évaluez-vous la communication entre les différents niveaux de soins (hôpitaux, CLSC, soins à domicile) dans le contexte de cette réforme?
13. Quelles améliorations espérez-vous voir avec la mise en place de Santé Québec pour le soutien des ergothérapeutes sur le terrain?
14. Craignez-vous que cette réforme apporte des défis spécifiques à votre domaine? Si oui, lesquels?

3.2 Impact pour la clientèle

15. Pensez-vous que ce virage vers les soins à domicile contribue à réduire les inégalités d'accès aux soins de la clientèle âgée, ou les exacerbe-t-il?
16. Observez-vous une différence dans la qualité des soins offerts aux patients avec l'arrivée de Santé Québec? De quelle nature?

3.3 Soutien

1. Avez-vous entendu parler de ce virage organisationnel et des changements à venir par votre gestionnaire ou supérieur?
2. Sentez-vous que vous avez le soutien nécessaire et êtes épaulé dans ce virage et les changements qui en découlent? Si oui, comment et par qui? Si non, pourquoi selon vous?
3. Sentez-vous un impact sur votre relation professionnelle avec vos collègues et la collaboration avec ceux-ci?

Annexe B

Certificat éthique



4918

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

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

Titre : Transformation organisationnelle dans le secteur de la santé : quels impacts en ergothérapie?

Chercheur(s) : Lauryanne Morin
Département d'ergothérapie

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-25-318-07.27

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 16 avril 2025 au 16 avril 2026

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

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

Me Richard LeBlanc
Président du comité

Anthony Voisard
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 16 avril 2025

Annexe C

Formulaire de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT pour les participants de la recherche

Titre du projet de recherche :	Transformation organisationnelle dans le secteur de la santé : quels impacts en ergothérapie?
Mené par :	Laurianne Morin, étudiante à la maîtrise en ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières
Sous la direction de :	Marie-Michèle Lord, département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, ergothérapeute et professeure
Source de financement :	Aucune source de financement n'est utilisée pour cette étude
Déclaration de conflit d'intérêts :	Aucun conflit d'intérêt n'est envisagé dans le cadre de cette étude

Préambule

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre l'impact des réformes et changements organisationnels sur la pratique des ergothérapeutes du Québec, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

Résumé et objectif(s) du projet de recherche

Ce projet vise à mieux comprendre les impacts des transformations organisationnelles dans le réseau de la santé. Plus précisément, l'arrivée récente du plan d'action de Santé Québec implique une intensification de la prise en charge des personnes âgées à domicile. Or, l'objectif principal de la recherche est d'obtenir la perspective des ergothérapeutes quant à ces changements sur leur pratique professionnelle. Plus précisément, comment est perçu ce virage par les ergothérapeutes du secteur public et quelles influences possibles entrevoient-ils sur leur pratique?

|



Nature et durée de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à ce questionnaire en ligne d'une durée d'environ 20 minutes qui abordera des thèmes tels que les changements à venir avec Santé Québec, l'impact sur les soins à domicile et la pratique professionnelle ainsi que les ressources et le soutien disponible pour les ergothérapeutes.

Risques et inconvénients

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 20 minutes, demeure le seul inconvénient.

Avantages ou bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'impact des réformes gouvernementales sur la pratique des ergothérapeutes est le seul bénéfice prévu à votre participation.

Compensation ou incitatif

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont *anonymes* et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée de cette manière. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées dans des documents sur OneDrive, verrouillés avec un code d'accès. Les seules personnes qui y auront accès seront l'étudiante chercheuse et la superviseure d'essai. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites à la fin de l'essai et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Je consens à ce que mes données de recherche soient utilisées à ces conditions : Oui Non

Participation volontaire

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

Le consentement donné pour participer au projet ne vous prive d'aucun droit au recours judiciaire en cas de préjudice lié à la recherche.

Le retrait des données est possible si le participant décide de se retirer de l'étude.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Lauryanne Morin par courriel : Lauryanne.Morin@uqtr.ca ou par téléphone 819-376-5011 poste 3752.



Surveillance des aspects éthiques de la recherche

Cette recherche est approuvée par un comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-25-318-07.27 a été émis le 16 avril 2025.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec le secrétariat de l'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone 819-376-5011 poste 2139, sans frais 1-800-365-0922 poste 2139 ou par courrier électronique cereh@uqtr.ca.

CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Lauryanne Morin m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant des participants humains.


En cliquant sur le bouton de participation, vous indiquez

- avoir lu l'information
- être d'accord pour participer

Dui, j'accepte de participer

Annexe D

Affiche de recrutement



TRANSFORMATION ORGANISATIONNELLE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ: QUELS IMPACTS EN ERGOTHÉRAPIE? RECHERCHE DE PARTICIPANT(E)S

OBJECTIF


Obtenir la perspective des ergothérapeutes quant aux transformations organisationnelles et à l'**intensification** de la **prise en charge** des patients à **domicile** qui découleront du virage du ministère de la Santé du Québec, par la mise en place d'orientations ministérielles et du plan d'action de **Santé Québec**.

PUBLIC CIBLE


- ✓ ERGOTHÉRAPEUTES AYANT UN PERMIS DE PRATIQUE VALIDE AU QUÉBEC
- ✓ TRAVAILLER DANS LE SECTEUR PUBLIC
- ✓ COLLABORER DE PRÈS OU DE LOIN AVEC LE SOUTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES

IMPLICATION

Répondre à un questionnaire d'environ 20 minutes en ligne



Scannez le code QR pour répondre, ou consultez le lien suivant:
<https://forms.office.com/r/L8JdGWUYxz>



UN ÉNORME MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION!

POUR TOUTES QUESTIONS, CONTACTEZ:

Lauryanne Morin, étudiante à la maîtrise en ergothérapie

Lauryanne.Morin@uqtr.ca

819-376-5011 poste 3752

Numéro de certificat éthique

CER-25-318-07.27