

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

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

PAR
MARIE-MICHÈLE GUILBERT

L'INTÉGRATION DU PERSONNEL NON-ERGOTHÉRAPEUTE EN SOUTIEN À LA
PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE : UNE RÉPONSE AUX DÉFIS DU SYSTÈME DE
SANTÉ QUÉBÉCOIS

10 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

Je tiens d'abord à exprimer ma gratitude à Mme Catherine Briand, ma directrice d'essai, pour son accompagnement bienveillant, sa disponibilité et sa confiance tout au long de ce projet. Sa présence rassurante et son soutien dans les moments d'incertitude ont grandement facilité la réalisation de cet essai.

Je remercie sincèrement les ergothérapeutes ayant participé à ma recherche. Leur générosité et leur ouverture, particulièrement dans un contexte déjà exigeant, ont donné tout son sens à ce projet.

Mes remerciements s'adressent également à Mme Marie-Josée St-Pierre ainsi qu'aux étudiantes des séminaires de maîtrise pour leurs commentaires pertinents et leurs réflexions constructives, qui ont enrichi ma démarche. J'exprime aussi ma reconnaissance envers les personnes ayant contribué à l'analyse des données, à la relecture de mon essai et à la formulation de suggestions éclairantes, ayant permis d'approfondir ma réflexion.

Enfin, je souhaite remercier du fond du cœur ma famille et mes amis pour leur soutien tout au long de mon parcours universitaire. Une pensée particulière à mes parents pour leur appui et leur confiance en moi. Votre présence et vos encouragements ont été essentiels à la poursuite de ce projet, et je vous en suis très reconnaissante.

TABLE DES MATIÈRES

<i>REMERCIEMENTS</i>	2
<i>RÉSUMÉ</i>	5
<i>ABSTRACT</i>	6
<i>1. INTRODUCTION</i>	7
<i>2. PROBLÉMATIQUE</i>	8
2.1 Défis des systèmes de santé dans le monde	8
2.1.1 Défis spécifiques au Québec	8
2.2 Les rôles d'assistants dans la pratique	10
2.2.1 À l'échelle internationale	10
2.2.2 Au Canada	11
2.2.3 Au Québec	13
2.3 Écarts dans la littérature	15
<i>3. QUESTION DE RECHERCHE/OBJECTIFS</i>	16
3.1 Question de recherche principale	16
3.2 Objectifs spécifiques	16
<i>4. CADRE CONCEPTUEL</i>	16
4.1 Le Modèle canadien du processus de pratique (MCP)	16
4.2 Les huit points d'action du MCP	16
4.3 Utilisation du MCP pour l'analyse des résultats	18
<i>5. MÉTHODOLOGIE</i>	18
5.1 Devis de recherche	18
5.2 Consultation d'expert ergothérapeutes	19
5.3 Recrutement des experts ergothérapeutes	19
5.4 Collecte de données	19
5.5 Analyse des données	20
5.6 Considérations éthiques	20
<i>6. RÉSULTATS</i>	21
6.1 Description des experts	21
6.2 Réponses à la question de recherche et aux objectifs spécifiques	21
6.2.1 Rôles concrets du PNE selon le MCP	22
6.2.2 Retombées de l'intégration du PNE	25
6.2.3 Facteurs favorables à une intégration réussie	28
6.2.4 Facteurs défavorables à l'intégration	31
<i>7. DISCUSSION</i>	36
7.1 Balises professionnelles et limites actuelles à l'intégration du PNE	36
7.2 Retombées sur la pratique clinique et le système de santé	39
7.3 Les fondements d'une intégration efficace du PNE en ergothérapie	41
7.4 Limites	42

7.5 Forces.....	43
7.6 Implications pour la pratique en ergothérapie	43
7.7 Pistes pour de futures recherches.....	44
8. <i>CONCLUSION</i>	45
<i>RÉFÉRENCES</i>	47
<i>ANNEXE A</i>	51

RÉSUMÉ

Problématique : Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de surcharge des services, les ergothérapeutes au Québec doivent répondre à des besoins croissants avec des ressources limitées. Bien que le personnel non-ergothérapeute (PNE) soit déjà présent sur le terrain, son rôle demeure flou, peu structuré et peu étudié. Ce manque de balises nuit à son intégration optimale dans les équipes de réadaptation.

Objectif : Cette étude vise à explorer la pertinence d'intégrer du PNE pour soutenir les ergothérapeutes dans leur pratique, afin de répondre aux défis actuels du système de santé québécois. Plus spécifiquement, elle poursuit trois objectifs : 1) comprendre comment les ergothérapeutes se positionnent par rapport à l'utilisation du PNE dans leur pratique ; 2) faire ressortir les retombées perçues de cette intégration sur la pratique clinique et les services de santé ; et 3) identifier les principaux facilitateurs et obstacles à sa mise en œuvre.

Cadre conceptuel : Le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) a servi à situer concrètement les rôles que peut jouer le PNE dans le processus en ergothérapie.

Méthode : Une étude qualitative descriptive a été menée auprès de huit ergothérapeutes issus de divers milieux cliniques, à l'aide de groupes de discussion. Les données ont été analysées selon un processus de codage thématique.

Résultats : Les ergothérapeutes interrogés identifient plusieurs rôles concrets pour le PNE, notamment pour initier et établir le contact, mettre en œuvre le plan tel que des activités ciblées et au niveau de la logistique (ex. installation de matériel, tenue de dossier). L'intégration du PNE est perçue comme bénéfique pour améliorer l'accès aux services, alléger la charge des ergothérapeutes et assurer une meilleure continuité des interventions. Toutefois, plusieurs freins subsistent : absence de formation structurée, reconnaissance professionnelle limitée, balises floues, et contraintes organisationnelles comme le manque de personnel et de budget. Les experts soulignent aussi que l'expérience du PNE, la qualité de la supervision et la collaboration sont des conditions essentielles à une intégration efficace.

Discussion : Les tensions et enjeux entourant l'intégration du PNE en ergothérapie au Québec sont mis en lumière. Malgré l'existence de balises professionnelles, celles-ci sont perçues comme inadaptées aux réalités actuelles, générant un flou et une réticence chez les ergothérapeutes. Ce manque de clarté sur les rôles et responsabilités rejoint les constats de plusieurs études internationales, qui soulignent l'importance d'un encadrement normatif, d'une formation adéquate et d'une reconnaissance officielle du rôle des assistants pour assurer leur efficacité. Par ailleurs, les retombées positives rapportées dans la littérature telles que l'amélioration de l'efficacité clinique, la réduction des délais et la continuité des soins, illustrent le potentiel du PNE lorsqu'il est bien intégré. Également, trois conditions essentielles à cette intégration ressortent soient l'expérience terrain ou formation du PNE, une supervision structurée et une dynamique collaborative basée sur la confiance et le respect mutuel. Ces éléments sont reconnus comme des leviers pour renforcer la qualité des soins.

Conclusion : Structurer et reconnaître l'apport du PNE représente une solution concrète et réaliste pour optimiser l'offre de services en ergothérapie au Québec, sans avoir à créer de nouveaux postes, mais en misant sur les ressources déjà présentes.

Mots-clés : Ergothérapie, personnel non-ergothérapeute, collaboration, délégation, réadaptation.

ABSTRACT

Background: In a context of workforce shortage and service overload, occupational therapists in Quebec must meet increasing demands with limited resources. Although non-occupational therapy personnel are already present in various practice settings, their role remains unclear, insufficiently structured, and underexplored. This lack of clear guidelines limits their optimal integration within rehabilitation teams.

Objective: This study aims to examine the relevance of integrating non-occupational therapy personnel to support occupational therapists in their practice, as a response to the current challenges of the Quebec healthcare system. Specifically, it seeks to: (1) understand how occupational therapists position themselves regarding the involvement of non-occupational therapy personnel in their practice; (2) identify the perceived impacts of this integration on clinical practice and healthcare services; and (3) highlight the main facilitators and barriers to its implementation.

Conceptual framework: The Canadian Practice Process Framework (CPPF) was used to situate the specific roles that non-occupational therapy personnel can play within the occupational therapy process.

Method: A descriptive qualitative study was conducted with eight occupational therapists from diverse clinical settings, using focus group discussions. Data were analyzed through a thematic coding process.

Results: The occupational therapists identified several concrete roles for non-occupational therapy personnel, particularly in initiating and establishing contact, implementing components of the intervention plan (e.g., targeted activities), and managing logistical tasks such as equipment setup and record keeping. Their integration was perceived as beneficial for improving service accessibility, reducing therapists' workload, and enhancing continuity of care. However, several barriers remain, including the absence of structured training, limited professional recognition, unclear practice boundaries, and organizational constraints such as staffing and budget limitations. The experts also emphasized that prior experience, quality supervision, and collaborative relationships are essential conditions for successful integration.

Discussion: The study highlights the tensions and challenges surrounding the integration of non-occupational therapy personnel into occupational therapy practice in Quebec. Although professional guidelines exist, they are perceived as poorly adapted to current realities, generating uncertainty and hesitation among occupational therapists. This lack of clarity regarding roles and responsibilities aligns with findings from international studies, which emphasize the importance of structured frameworks, adequate training, and official recognition of support personnel. Furthermore, reported benefits in the literature—such as improved clinical efficiency, reduced waiting times, and enhanced continuity of care—demonstrate the potential of non-occupational therapy personnel when properly integrated. Three essential conditions for successful implementation emerge: prior training or field experience, structured supervision, and a collaborative dynamic grounded in trust and mutual respect.

Conclusion: Structuring and recognizing the contribution of non-occupational therapy personnel represent a practical and realistic avenue to optimize the delivery of occupational therapy services in Quebec by valuing existing human resources rather than creating new positions.

Keywords: Occupational therapy, non-occupational therapy personnel, collaboration, delegation, rehabilitation.

1. INTRODUCTION

Les systèmes de santé à travers le monde sont confrontés à des défis majeurs. Parmi ces défis, on retrouve le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, ainsi que des inégalités d'accès aux soins de santé (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2024). En effet, l'OMS mentionne qu'entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans va augmenter, allant de 12% à 22% de la population mondiale, ce qui représente presque le double. Au Québec, ces enjeux sont amplifiés par des pénuries de personnel, une demande de service qui ne cesse d'augmenter et une pression accrue sur les ressources existantes (Gouvernement du Québec, 2024). Cette situation met en lumière la nécessité de repenser les modèles traditionnels de prestation des soins afin d'assurer un accès à des services de qualité pour l'ensemble de la population.

D'ailleurs, face à ces défis, plusieurs pays ont adopté des solutions innovantes pour améliorer l'efficacité de leurs systèmes de santé. Parmi ces solutions, l'intégration des assistants en santé alliée (AHA) s'est révélée efficace pour soutenir les professionnels de la santé et optimiser les services offerts (Lizarondo et al., 2010). Ces assistants jouent un rôle clé dans la prestation des soins en accomplissant des tâches déléguées, permettant ainsi aux cliniciens de se concentrer sur des interventions plus complexes (Lizarondo et al., 2010).

Cependant, malgré les résultats prometteurs observés à l'international, la littérature demeure limitée en ce qui concerne l'intégration de ces professionnels au Québec. Le système québécois reste principalement centré sur le modèle biomédical et l'organisation des soins est davantage orientée vers les services médicaux que vers la réadaptation (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023). Il est important de souligner que l'appellation du personnel d'assistance varie selon les régions du monde. Au Québec, en ergothérapie, ces professionnels sont spécifiquement désignés sous le terme de personnel non-ergothérapeute (PNE). Toutefois, le manque d'études sur le rôle spécifique des PNE dans la pratique de l'ergothérapie crée un vide scientifique.

Ainsi, cette étude vise à combler un vide dans la littérature scientifique et à proposer des pistes concrètes pour optimiser les services d'ergothérapie, en assurant une meilleure qualité des soins et un meilleur accès pour les patients. Pour ce faire, la problématique sera exposée, suivie de la question de recherche et des objectifs. Ensuite, le cadre conceptuel sera présenté et défini, suivi de la méthodologie qui guidera l'essai. Les résultats seront ensuite mentionnés

pour mener à la discussion en incluant les forces et limites. Finalement, une conclusion sera faite en ressortant les points importants ainsi que les retombées de l'étude.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1 Défis des systèmes de santé dans le monde

Les systèmes de santé mondiaux sont actuellement confrontés à des défis considérables liés à l'augmentation des coûts, au manque de main d'œuvre, à la prévalence croissante des maladies chroniques et à la montée des troubles de santé mentale (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2016, 2020, 2022). Ces facteurs mettent une pression importante sur les ressources disponibles et augmentent les difficultés liées à l'accès aux soins de qualité. En effet, l'OMS (2023) souligne que dans plusieurs pays, plus de 50 % des personnes ne bénéficient pas des services de réadaptation dont elles ont besoin.

Le système de santé, traditionnellement axé sur le modèle biomédical, présente des limites face à ces enjeux, notamment en raison de sa focalisation sur le traitement des maladies plutôt que sur la prévention et la gestion globale de la santé (Bickenbach et al., 2023). L'Initiative Réadaptation 2030 attire l'attention sur ces besoins non satisfaits et insiste sur la nécessité d'intégrer la réadaptation à tous les niveaux des soins de santé. En effet, cette initiative nomme que l'OMS considère la réadaptation comme un service essentiel pour atteindre un accès universel aux soins de santé, en particulier dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques (World Health Organization [WHO], s.d.).

En réponse à cela, l'OMS (2016) propose une évolution vers une approche plus intégrée et interdisciplinaire, avec une accentuation sur la prévention, la promotion de la santé et la gestion de la santé à long terme dans les milieux de vie des individus. Ainsi, dans ce contexte, il est crucial de repenser la façon dont les services de réadaptation sont organisés et de rechercher des solutions innovantes qui permettent non seulement de mieux répondre aux besoins de soins, mais aussi de rendre les systèmes de santé accessibles et plus complets.

2.1.1 Défis spécifiques au Québec

Au Québec, plus précisément, le système de santé est confronté à des défis croissants pour répondre efficacement aux besoins de santé de la population (Gouvernement du Québec, 2024). Ces défis sont en partie reliés à la pénurie de main-d'œuvre, le vieillissement de la

population et une augmentation des situations cliniques de plus en plus complexes (Gouvernement du Québec, 2024). En effet, le Québec observe une proportion croissante de personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui engendre des défis économiques et sociaux importants liés à la diminution de la main-d'œuvre disponible et à l'augmentation des besoins en soins pour cette population (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2024). Parallèlement, le nombre de postes qui ne sont pas comblés dans la province a presque quadruplé entre 2015 et 2022, alors que l'emploi global augmentait à un rythme beaucoup plus lent (Institut du Québec, 2022). Cette réalité crée une pression considérablement importante sur les professionnels de la santé, y compris les ergothérapeutes, qui doivent répondre à des besoins croissants avec des ressources limitées.

Par ailleurs, bien que des réformes aient été mises en place pour améliorer la performance du système, plusieurs éléments n'ont pas encore été pleinement réalisés incluant l'amélioration des soins primaires (Brousselle et al., 2018). En fait, l'un des enjeux majeurs réside dans la résistance au changement, particulièrement lorsqu'il s'agit de modifier les modèles de rémunération et d'implanter des pratiques plus intégrées et interprofessionnelles (Brousselle et al., 2018).

Dans ce contexte, une approche axée sur le fonctionnement humain, comme le met de l'avant l'OMS, pourrait permettre d'orienter les soins vers l'optimisation des capacités fonctionnelles des patients plutôt que de se limiter à la gestion des pathologies (Bickenbach et al., 2023). Cependant, la réadaptation demeure un domaine encore peu reconnu au Québec, en raison d'une organisation des soins de première ligne centrée principalement sur la médecine. En effet, l'accès aux soins a longtemps été structuré autour de l'inscription auprès d'un médecin de famille (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023). Il s'agit d'ailleurs d'un modèle que le gouvernement du Québec affirme avoir fait évoluer en apportant l'idée aux groupes de médecins (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023). Par ailleurs, cette structuration du système de santé met en lumière la place encore très importante des soins médicaux au détriment de d'autres disciplines, telles que la réadaptation. Il devient donc essentiel d'examiner les enjeux liés à cette dernière, notamment en explorant l'intégration et l'utilisation du personnel assistant dans la pratique de l'ergothérapie.

2.2 Les rôles d'assistants dans la pratique

2.2.1 À l'échelle internationale

Dans le monde, mais davantage documenté en Australie, il est question d'assistant en santé allié (AHA). Contrairement aux assistants en ergothérapie qui seront définis par la suite, les AHA ne sont pas spécifiquement associés à une profession de santé particulière. Leur rôle est polyvalent et leur formation varie (Lizarondo et al., 2010). En effet, les AHA soutiennent divers professionnels de la santé en apportant une aide administrative, surveillant les patients et intervenant directement auprès d'eux (Lizarondo et al., 2010). Ce personnel appuie les équipes de soins de santé en apportant une perspective extérieure et diversifiée puisque leurs connaissances sont souvent variées. Plus précisément en ergothérapie, ces professionnels offrent un soutien aux patients dans leur réadaptation quotidienne et contribuent à la fluidité des services (Occupational Therapy Australia, 2015).

Par exemple, un AHA peut accompagner un patient à domicile pour pratiquer les transferts sécuritaires enseignés par l'ergothérapeute, superviser un exercice de dextérité fine, ou encore animer un groupe de réentraînement aux activités quotidiennes en centre de réadaptation. Il peut également préparer le matériel thérapeutique, nettoyer et ajuster les équipements d'aide technique ou assurer la logistique des rendez-vous (Lizarondo et al., 2010 ; Snowdon et al., 2024). Dans certains hôpitaux, les AHA réalisent des exercices d'amplitude articulaire après une chirurgie de la hanche, permettant aux ergothérapeutes de concentrer leurs interventions sur la rééducation fonctionnelle complexe et la planification du retour à domicile. (Occupational Therapy Australia, 2015). En revanche, il ne peut ni poser de jugement clinique, ni interpréter des résultats d'évaluation, ni modifier un plan d'intervention établi par un professionnel (Lizarondo et al., 2010 ; Snowdon et al., 2024). Cette distinction entre les tâches pouvant être exécutées par le AHA et celles qui relèvent exclusivement de l'ergothérapeute constitue un élément central du cadre de pratique.

Par ailleurs, les études soulignent plusieurs avantages liés à l'utilisation des AHA. Par exemple, une étude menée par Snowdon et al. (2024) dans le cadre des soins aux patients fracturés de la hanche a montré que l'ajout d'AHA permettait d'augmenter le temps de thérapie directe pour les patients, tout en réduisant les coûts et la durée des séjours hospitaliers, sans compromettre la qualité des soins. Les AHA y réalisaient des exercices de mobilité, des entraînements aux transferts et la pratique des activités de base de la vie quotidienne déjà enseignées par les thérapeutes. En gériatrie, Cox et al. (2014) ont démontré

que l'intégration d'AHA dans des groupes de réadaptation pour personnes âgées permettait de maintenir la qualité des soins et d'obtenir des résultats fonctionnels comparables à ceux dirigés par des ergothérapeutes, tout en maintenant un haut niveau de satisfaction chez les patients. Dans ce contexte, l'AHA pouvait, par exemple, accompagner les patients durant les repas pour travailler la motricité fine ou superviser la marche dans les corridors de l'unité selon les recommandations reçues. De plus, Brice-Leddy et al. (2020) ont observé que la collaboration entre les thérapeutes et les AHA permettait de mieux garantir les compétences de ces assistants et de redéfinir leur rôle dans la fourniture des soins. Isbel et al. (2014) ont également montré que l'introduction des AHA favorisait la transition des patients entre l'hôpital et leur domicile, améliorant la gestion des tâches quotidiennes et la coordination des soins communautaires, tout en augmentant la satisfaction des patients. Lizarondo et al. (2010) appuient les résultats mentionnés en soulignant les impacts positifs de l'intégration des AHA tels qu'une satisfaction accrue des patients, une fréquence plus élevée des interventions, davantage de temps pour les professionnels pour des tâches complexes, et de meilleurs résultats cliniques.

2.2.2 Au Canada

Au Canada, du personnel d'assistance est également présent pour soutenir les professionnels de la santé. Toutefois, leur appellation diffère de celle utilisée à l'international. En ergothérapie, ils sont spécifiquement appelés assistants en ergothérapie et jouent un rôle essentiel dans la prestation des soins de réadaptation. Ces professionnels possèdent des connaissances spécifiques en ergothérapie acquises grâce à leur formation, mais ne détiennent pas un diplôme en ergothérapie (Nancarrow et Mackey, 2005). Ainsi, ils participent activement à la prestation des services sous la supervision d'ergothérapeutes qualifiés. Ces assistants ont accès à une formation théorique et clinique en ergothérapie, majoritaire sous forme informelle, c'est-à-dire sur le terrain directement (Guay, 2012). Pour les formations plus théoriques, le site du programme d'agrément de l'enseignement à l'assistant de l'ergothérapie et l'assistant du physiothérapeute le permet afin d'acquérir des compétences spécialisées et de répondre aux exigences des différents milieux de pratique (Occupational Therapist Assistant and Physiotherapist Assistant Education Accreditation Program, s.d.). Ce rôle est également précisé dans le Référentiel de compétences pour les assistantes et assistants de l'ergothérapeute publié par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE, 2024). Selon ce document, ces professionnels soutiennent directement la mise en œuvre du processus d'intervention sous la supervision d'un ergothérapeute.

Par exemple, ils peuvent soutenir la mise en œuvre d'activités thérapeutiques en accompagnant le client lors d'exercices prescrits, l'aider à pratiquer les activités de la vie quotidienne déjà enseignées (ex : transferts, habillage ou préparation de repas), préparer le matériel et l'environnement avant une séance, ou assurer l'entretien et l'ajustement des équipements utilisés (compétences A2.3, A2.5 et A3.2). Ils participent également à la collecte de données observationnelles simples, consignent des notes de suivi pour appuyer le processus clinique et contribuent à des activités de groupe visant la participation occupationnelle (compétences A2.7 et B3.5). Le référentiel insiste sur la collaboration constante avec l'ergothérapeute, la communication claire des observations et le respect des limites de compétence, afin d'assurer une pratique sécuritaire et efficace (domaines B1 et E1). Ainsi, leur rôle vise à accroître la continuité et la fréquence des interventions, tout en optimisant l'efficacité des services sans compromettre la qualité clinique (ACE, 2024).

D'ailleurs, historiquement, les assistants en ergothérapie étaient mal perçus et la reconnaissance de ce personnel était faible. Cependant, cette perception a évolué au fil du temps et ces professionnels sont désormais mieux valorisés dans le système de santé au Canada (Guay, 2012). En effet, leur rôle est désormais essentiel pour permettre aux ergothérapeutes de se concentrer sur des tâches plus complexes et spécialisées. Ces derniers se concentrent principalement sur des tâches directement liées à l'ergothérapie, telles que la gestion de cas, la supervision des patients et le soutien aux ergothérapeutes diplômés (Nancarrow et Mackey, 2005). De plus, leur rôle est défini par un continuum de compétences qui va des compétences de base aux compétences spécialisées, à la fois pour le personnel auxiliaire et pour les ergothérapeutes eux-mêmes (Guay, 2012). Il y a donc différents niveaux d'assistants et cela va venir impacter les tâches qu'ils peuvent faire pour soutenir l'ergothérapeute.

L'intégration des assistants en ergothérapie présente plusieurs avantages dans la pratique au Canada. Leur proximité avec les patients et leur connaissance des ressources externes contribuent à améliorer les résultats des interventions. Les patients bénéficient d'une attention continue, indépendamment des qualifications des assistants. Par ailleurs, ces professionnels permettent aux ergothérapeutes de prendre en charge un plus grand nombre de patients, en augmentant la capacité des services de réadaptation (Guay, 2012).

2.2.3 Au Québec

Au Québec, contrairement à d'autres provinces canadiennes et à d'autres pays, il n'existe aucune formation spécifique menant au titre d'assistant ou d'assistante en ergothérapie. En fait, le terme « personnel non-ergothérapeute » est utilisé pour désigner des professionnels ayant une formation de niveau variable, allant du diplôme universitaire au niveau collégial ou encore de niveau secondaire (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2005). Contrairement aux ergothérapeutes, le PNE n'appartient pas à une profession reconnue par le Code des professions, et n'est donc pas soumis aux mêmes normes de pratique d'une profession (OEQ, 2005). En 2005, l'OEQ a publié des lignes directrices concernant la participation du PNE à la prestation des services d'ergothérapie qui mentionnent que le PNE joue un rôle de soutien dans la prestation des services d'ergothérapie en accomplissant certaines tâches sous la supervision de l'ergothérapeute. Ainsi, le PNE n'est pas un titre d'emploi, mais un rôle exercé lorsque la personne réalise des tâches directement liées au plan d'intervention en ergothérapie d'un usager ciblé. Les lignes directrices de l'OEQ (2005) précisent avec clarté ce qu'un PNE peut ou ne peut pas faire. Les tâches autorisées concernent principalement des activités non cliniques ou cliniques déléguées qui ne comportent pas de risque pour le client.

Par exemple, un PNE peut préparer ou ranger le matériel nécessaire à l'intervention, effectuer l'entretien d'aides techniques, accompagner un client lors de la pratique d'une activité déjà enseignée (comme un transfert ou une tâche domestique simple), ou consigner des observations objectives dans une grille d'évaluation fournie par l'ergothérapeute. Ces interventions demeurent possibles uniquement lorsque le plan d'intervention est clairement défini et que le PNE travaille sous supervision directe ou indirecte de l'ergothérapeute. À l'inverse, les activités réservées exclusivement aux ergothérapeutes ne peuvent en aucun cas être déléguées. Il s'agit notamment de l'évaluation des capacités fonctionnelles, de la formulation des objectifs du plan d'intervention, de la communication des résultats au client ou à l'équipe, ainsi que de toute tâche exigeant un raisonnement clinique ou comportant un risque pour la sécurité (OEQ, 2005). L'ergothérapeute demeure responsable du processus global d'intervention et de la supervision des tâches déléguées, ce qui garantit la qualité et la sécurité des soins.

Cependant, comme mentionné plus haut, les activités non cliniques, indirectes ou directes du PNE doivent être réalisées pour un usager précis et contribuer à l'atteinte des objectifs

établis dans son plan d'intervention en ergothérapie. De plus, les lignes directrices mentionnent que, pour qu'un ergothérapeute puisse déléguer des activités cliniques à un PNE, il doit procéder à une analyse rigoureuse des conditions préalables et des facteurs déterminants, afin de s'assurer que les activités sont effectuées de manière appropriée et sécuritaire (OEQ, 2005). Il faut toutefois considérer que le Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada constitue désormais la référence principale pour encadrer la délégation et la supervision (ACORE, ACPUE et ACE, 2021). Ce référentiel précise que l'ergothérapeute doit s'assurer que les activités soient confiées à des personnes compétentes, en contrôler la sécurité et l'efficacité par une supervision appropriée, et respecter les directives réglementaires en vigueur. Ainsi, la responsabilité clinique demeure celle de l'ergothérapeute. Celui-ci doit donc passer à travers un processus de pensée rigoureux pour décider si une tâche peut être déléguée au PNE ou pas. Il lui revient de s'assurer que le PNE possède la formation et les compétences nécessaires en lien avec la condition de l'utilisateur et les tâches déléguées, ainsi que d'obtenir le consentement du patient avant la réalisation de ces activités (OEQ, 2005).

Il faut toutefois préciser que le rôle de PNE n'est pas une fonction fixe, mais bien un rôle contextuel, exercé lorsqu'un intervenant vient spécifiquement soutenir l'ergothérapeute dans la mise en œuvre de son plan d'intervention. Par exemple, un technicien en réadaptation, un kinésiologue ou une éducatrice spécialisée peut endosser ce rôle lorsqu'il applique des exercices ou des stratégies prescrites par l'ergothérapeute pour un client précis. Dans une telle situation, la personne agit à titre de personnel non-ergothérapeute, puisqu'elle contribue directement au processus d'intervention en ergothérapie. Cependant, lorsque ces mêmes intervenants réalisent des activités qui relèvent de leur propre champ d'exercice, ils n'agissent plus comme PNE, mais plutôt en vertu de leur titre d'emploi. Par exemple, lorsqu'un kinésiologue élabore un programme d'exercices visant à améliorer la force musculaire selon son expertise ou intervient de manière autonome auprès d'un client. Cette distinction est essentielle pour comprendre que le rôle de PNE dépend du contexte d'intervention et du lien direct avec le plan d'intervention de l'ergothérapeute, et non du poste ou de la formation initiale de la personne (OEQ, 2005).

Par ailleurs, il est important de souligner que, bien que le terme d'AHA soit couramment utilisé dans la littérature, le rôle de ce personnel et celui de PNE présentent de nombreuses similitudes. En effet, les deux termes sont intimement liés tant en raison de leurs

responsabilités et de leurs tâches. Le PNE, tout comme l'AHA, joue un rôle de soutien essentiel, en développant des compétences qui leur permettent d'accompagner les ergothérapeutes dans la gestion des patients et l'exécution de certaines interventions sous supervision. Dans les deux cas, ce personnel ne relève pas d'un ordre professionnel et peut provenir de divers milieux, ce qui reflète la diversité des profils appelés à exercer ce rôle. Par ailleurs, dans le cadre du présent essai, le terme personnel non-ergothérapeute (PNE) sera utilisé, puisqu'il correspond à l'appellation actuellement en vigueur dans la pratique de l'ergothérapie au Québec. Ce choix vise à clarifier l'objet de l'étude et à distinguer ce rôle des autres formes de soutien évoquées dans la littérature. Ainsi, l'essai ne porte pas sur la fonction d'assistant formé, mais plutôt sur le rôle exercé par toute personne qui vient concrètement soutenir l'ergothérapeute dans son travail, peu importe son titre d'emploi ou sa formation d'origine. Le PNE ne désigne pas une catégorie d'emploi, mais un rôle contextuel assumé lorsqu'un intervenant contribue directement à la pratique d'un ergothérapeute, sous supervision professionnelle. C'est ce rôle qui est au cœur de l'essai présenté ici.

2.3 Écarts dans la littérature

Malgré les avantages bien documentés du personnel d'assistance en ergothérapie dans plusieurs pays, incluant le Canada, son rôle au Québec reste peu exploré. L'Initiative Réadaptation 2030 de l'OMS met en avant l'importance d'une approche de soins plus globale et interdisciplinaire (WHO, s.d.), mais au Québec, les réformes de santé se concentrent encore surtout sur les soins médicaux plutôt que sur la réadaptation (Brousselle et al., 2018). Pourtant, intégrer du PNE pourrait alléger la charge de travail des ergothérapeutes et améliorer l'accès aux services, comme l'ont démontré plusieurs études à l'international. Cependant, le peu de recherches spécifiques sur cette question dans le contexte québécois crée un vide important dans la littérature scientifique. Cet écart dans la littérature dans le domaine de l'ergothérapie au Québec représente un défi majeur pour le système de santé, surtout dans un contexte où la demande pour des services continue d'augmenter, ce qui rend essentiel de trouver des solutions pratiques et adaptées (Gouvernement du Québec, 2024). Ce phénomène est d'autant plus accentué par le vieillissement rapide de la population et les pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la santé (Cabinet du ministre de la Santé, 2024). Il devient donc essentiel de comprendre comment l'intégration du personnel d'assistance influence la pratique des ergothérapeutes ainsi que les défis du système de santé québécois. En mettant en lumière cette réalité, cette recherche pourra aider à améliorer l'organisation des services d'ergothérapie et à offrir des soins plus accessibles et efficaces aux patients.

3. QUESTION DE RECHERCHE/OBJECTIFS

3.1 Question de recherche principale

Quelle est la pertinence d'intégrer du personnel non-ergothérapeute auprès des ergothérapeutes pour les soutenir dans leur pratique afin de répondre aux défis actuels du système de santé québécois?

3.2 Objectifs spécifiques

- 1) Comprendre comment les ergothérapeutes se positionnent quant à l'utilisation du personnel non-ergothérapeute dans leurs pratiques au Québec.
- 2) Faire ressortir les retombées perçues possibles de l'utilisation du personnel non-ergothérapeute sur la pratique clinique et les systèmes de santé.
- 3) Faire ressortir quels seraient les facilitateurs et obstacles à l'utilisation du personnel non-ergothérapeute.

4. CADRE CONCEPTUEL

4.1 Le Modèle canadien du processus de pratique (MCP)

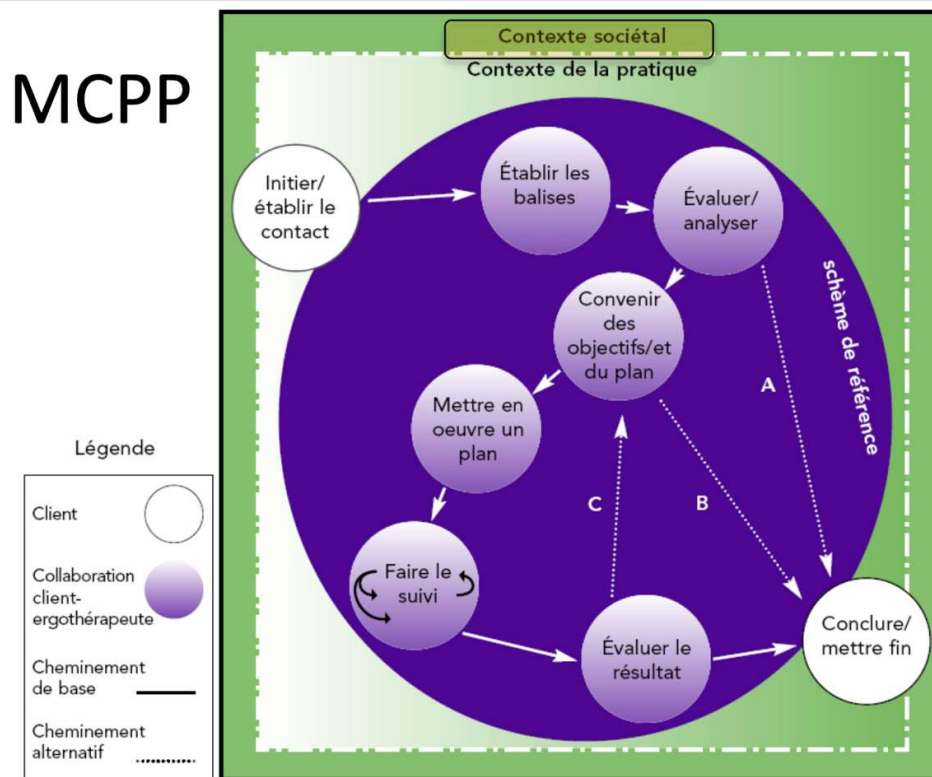
Le Modèle canadien du processus de pratique (MCP), développé par Polatajko et al. (2013), sera utilisé et décrit dans les sections suivantes. Ce modèle constitue une structure guidant l'intervention en ergothérapie. Il comprend huit points d'action qui couvrent l'ensemble du processus, de l'évaluation initiale jusqu'à la conclusion de l'intervention. Il repose sur une approche centrée sur l'occupation qui vise à accompagner le patient vers l'atteinte de ses objectifs occupationnels. Ce modèle met en avant une approche dynamique et collaborative entre l'ergothérapeute et le patient, et ce, dans des contextes de pratique et sociétaux. En effet, l'ergothérapeute et le patient collaborent activement et chacun apporte son expertise : le patient étant expert de ses propres occupations et l'ergothérapeute offrant des connaissances professionnelles pour guider l'intervention.

4.2 Les huit points d'action du MCP

Le processus est structuré en huit points clés. Il comprend les étapes suivantes : initier et établir le contact, établir les balises, évaluer et analyser, convenir des objectifs et du plan, mettre en œuvre le plan, faire le suivi et adapter, évaluer les résultats et conclure l'intervention.

Figure 1

Le modèle canadien du processus de pratique (Polatajko et al., 2013)



Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., et Townsend, E. A. (2008). Cadre conceptuel du processus de pratique canadien. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko, *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, p. 266 Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.

En effet, la première étape consiste à initier et établir le contact entre le patient et l'ergothérapeute. Il s'agit du premier échange permettant d'identifier les défis et besoins occupationnels. À cette étape, une référence vers un autre professionnel peut être envisagée si nécessaire. Ensuite, il faut établir les balises, c'est-à-dire clarifier les attentes mutuelles, définir les rôles et fixer les modalités de collaboration. Une fois ces éléments précisés, l'ergothérapeute procède à l'évaluation et à l'analyse. Cette étape consiste à examiner les facteurs personnels et environnementaux qui influencent les défis occupationnels. L'évaluation est guidée par des schèmes de référence permettant d'interpréter les résultats et de formuler des recommandations adaptées. Par la suite, il est essentiel de convenir des objectifs et du plan d'intervention. Cette phase, qui repose sur une discussion entre l'ergothérapeute et le patient, permet de prioriser les défis et d'élaborer des objectifs réalistes. Une fois les objectifs définis, il s'agit de mettre en œuvre le plan. Cette étape implique l'application des interventions, qui peuvent être ajustées en fonction des réactions et des

progrès du patient. D'ailleurs, la collaboration étroite entre le patient et l'ergothérapeute est essentielle pour favoriser son engagement, et ce, à toutes les étapes du processus. L'étape suivante est le suivi, où l'ergothérapeute évalue la progression et ajuste les interventions si nécessaire. Ensuite, une évaluation des résultats est faite en comparant les objectifs initiaux avec les résultats obtenus. Plusieurs scénarios sont possibles : les objectifs peuvent être atteints, de nouveaux besoins peuvent émerger, ou certains objectifs peuvent ne pas être réalisés, nécessitant alors une révision du plan d'intervention. Enfin, si les objectifs sont atteints, l'intervention se conclut et prend fin. Le patient est informé qu'il peut reprendre contact si de nouveaux besoins surgissent. Un rapport ou une note de fin d'intervention doit être rédigé pour conclure le processus.

4.3 Utilisation du MCPP pour l'analyse des résultats

L'application du MCPP dans cette recherche permettra d'identifier les étapes du processus où l'intégration du PNE pourrait être bénéfique pour alléger la charge de travail des ergothérapeutes et améliorer l'accessibilité aux soins tel que mentionné dans la littérature. Plus spécifiquement, l'analyse visera à déterminer à quelles étapes du processus les PNE sont actuellement impliqués et où leur rôle pourrait être optimisé. Elle permettra également d'évaluer la pertinence de leur intégration pour répondre aux défis institutionnels et sociétaux actuels, notamment la pression exercée sur les ergothérapeutes en raison de la pénurie de main-d'œuvre. Enfin, l'analyse identifiera les facilitateurs et obstacles à cette intégration afin de proposer des recommandations adaptées au contexte québécois. En examinant ces éléments à travers le modèle du MCPP, cette étude pourra apporter des pistes de réflexion concrètes sur l'utilisation du personnel d'assistance en ergothérapie, en tenant compte des contraintes du système de santé et des exigences professionnelles de la pratique en ergothérapie.

5. MÉTHODOLOGIE

5.1 Devis de recherche

Pour cette recherche, un devis descriptif qualitatif est utilisé, puisque ce devis cherche à décrire un phénomène qui est peu connu de la littérature afin d'en avoir une meilleure compréhension (Fortin et Gagnon, 2016). En effet, comme mentionné plus tôt, peu d'études abordent l'intégration de PNE spécifiquement dans le domaine de l'ergothérapie et dans le contexte québécois. Ce devis est aussi directement en lien avec le but de cette étude qui vise à

comprendre quelle serait la pertinence d'intégrer ce personnel dans la pratique des ergothérapeutes au Québec. Il est donc question de comprendre les facilitateurs, les obstacles ainsi que les impacts liés à ce sujet. Étant donné que l'étude cherche principalement à comprendre la pertinence d'intégrer le PNE et à explorer les facteurs facilitants et obstacles, un devis descriptif qualitatif est tout à fait adapté (Fortin et Gagnon, 2016).

5.2 Consultation d'expert ergothérapeutes

Pour répondre à ma question de recherche, une consultation avec des experts a eu lieu. Ceux-ci devaient être membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), avoir au moins deux ans d'expérience clinique et avoir un intérêt pour la collaboration avec le PNE. L'objectif était aussi d'aller chercher des ergothérapeutes qui travaillent dans différents milieux cliniques et avec différentes clientèles afin d'avoir un portrait global de la pratique. Les ergothérapeutes devaient aussi pratiquer au Québec.

5.3 Recrutement des experts ergothérapeutes

Pour le recrutement des experts, un type d'échantillonnage accidentel a été retenu. Ce type d'échantillonnage permet de sélectionner des participants qui répondent à des critères précis tout en tenant compte de leur disponibilité et de leur emplacement (Fortin et Gagnon, 2016). Le recrutement s'est fait principalement via les réseaux sociaux (Facebook), et un courriel a également été envoyé pour inviter les ergothérapeutes à participer. Les experts intéressés ont pris contact avec la chercheuse par courriel. L'objectif était de recruter entre 6 et 10 ergothérapeutes, ce qui permet d'obtenir une diversité d'opinions tout en maintenant une taille d'échantillon raisonnable pour favoriser la participation aux discussions (Fortin et Gagnon, 2016).

5.4 Collecte de données

La collecte de données s'est effectuée par le biais de groupes de discussion focalisée (focus groups). Cette méthode a été choisie car elle permet de réunir plusieurs experts pour discuter d'un sujet précis (Fortin et Gagnon, 2016). Plus précisément dans le cadre de cette étude, l'objectif est de recueillir des informations détaillées sur la pertinence de l'intégration de PNE dans la pratique des ergothérapeutes au Québec, en explorant les avantages, les obstacles, et les impacts sur la qualité des soins. Différentes dates ont été proposées via courriel afin de convenir d'une date qui accommodait le plus d'experts. Les groupes de

discussion ont eu lieu en Zoom afin de permettre des échanges dynamiques entre les membres du groupe, tout en réduisant les contraintes liées aux déplacements. Cette modalité a favorisé une plus grande accessibilité et flexibilité pour les experts. Les membres ont été invités à partager leurs points de vue en tant qu'experts sur l'intégration du PNE dans la pratique, et la session a duré environ 60 minutes. Pour guider les discussions, un guide a été conçu, incluant des questions ouvertes portant sur différents thèmes tels que les facilitateurs de l'intégration des PNE, les obstacles potentiels, l'impact sur la pratique clinique, etc. Le guide détaillé est déposé dans l'Annexe A.

5.5 Analyse des données

Les enregistrements des discussions ont été transcrits textuellement par la chercheure étudiante afin de bien s'immerger dans les données (Fortin et Gagnon, 2016). Après la retranscription, un codage initial a été réalisé pour repérer les codes émergents via l'utilisation du logiciel NVivo. Par la suite, les codes ont été regroupés afin de faire ressortir des thématiques (Fortin et Gagnon, 2016). L'analyse du codage a été validée par deux chercheurs externes afin d'assurer la rigueur et la crédibilité. Le MCPPE a été utilisé pour situer les propos des ergothérapeutes experts à travers les différentes étapes du processus, en identifiant les moments où l'intégration du personnel non-ergothérapeute semblait particulièrement pertinente.

5.6 Considérations éthiques

Les experts ergothérapeutes ont été informés des objectifs de l'étude, des modalités de participation, des mesures de confidentialité mises en place, ainsi que de leur droit de se retirer à tout moment sans justification. Avant la tenue du groupe de discussion, ils ont été informés que la discussion serait enregistrée et ont tous accepté qu'elle le soit pour des raisons d'analyse. De plus, les données recueillies ont été anonymisées afin d'assurer la protection de l'identité des experts et sont conservées dans un dossier sécurisé conformément aux normes de protection des renseignements personnels et des données de recherche. Dans ce projet, conformément aux directives du comité d'éthique de la recherche sur les êtres humains de l'UQTR, les experts ont partagé des informations dans le cadre de leurs fonctions professionnelles, en fournissant des avis sur des pratiques, des politiques ou des méthodes professionnelles en usage. Ainsi, ils ne sont pas considérés comme des participants à la recherche, mais plutôt comme des experts. Comme l'expliquent le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du

Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada (2022), « dans certains cas, la recherche peut comporter des interactions avec des personnes qui ne sont pas personnellement visées par la recherche, afin d'obtenir de l'information ». Pour ce faire, un soin particulier a été apporté à la formulation des questions afin d'assurer qu'elles se situent bien dans le cadre de la collecte d'informations professionnelles.

6. RÉSULTATS

6.1 Description des experts

Huit experts provenant de divers milieux cliniques ont participé à cette étude. Les milieux représentés comprennent notamment des CLSC (soutien ou maintien à domicile), un centre hospitalier, une clinique privée, un centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) pour enfants, ainsi qu'un milieu en psychiatrie légale. Tous les experts ont été sélectionnés en raison de leur expertise clinique, mais également parce qu'ils étaient en mesure de réfléchir de manière critique à l'intégration potentielle du PNE dans la pratique de l'ergothérapie. D'ailleurs, les experts comptaient entre 2 et 17 années d'expérience dans le domaine de l'ergothérapie. La majorité d'entre eux avaient eu recours à du PNE dans leur pratique, sauf un expert.

6.2 Réponses à la question de recherche et aux objectifs spécifiques

Cette section présente les résultats en réponse à la question de recherche, en les organisant selon les trois objectifs spécifiques de l'étude, dans un ordre conceptuel. Plus précisément, l'étude visait à : 1) comprendre comment les ergothérapeutes se positionnent quant à l'utilisation du personnel non-ergothérapeute dans leurs pratiques au Québec ; 2) faire ressortir les retombées perçues possibles de l'utilisation du PNE sur la pratique clinique et les systèmes de santé ; et 3) identifier les facilitateurs et les obstacles à son utilisation. Les résultats sont présentés de manière à mettre en évidence les idées les plus fréquemment mentionnées par les experts, en précisant le nombre d'ergothérapeutes ayant exprimé chaque point de vue. Ainsi, les éléments soulevés par la majorité des experts (cinq personnes ou plus) sont mis de l'avant, tout en indiquant lorsque certaines idées proviennent de quelques experts (entre deux et cinq). Afin de rendre compte de la richesse des perspectives partagées, toutes les idées ont été conservées et analysées, peu importe leur prévalence, afin de permettre une représentation fidèle et nuancée du discours des experts.

6.2.1 Rôles concrets du PNE selon le MCPP

Afin de mieux comprendre comment le PNE pourrait soutenir la pratique en ergothérapie, les rôles concrets identifiés par les experts ont été analysés à la lumière du MCPP. Ce modèle permet de structurer la pratique en différentes étapes, allant de l'initiation du contact à la mise en œuvre du plan d'intervention.

6.2.1.1 Initier et établir le contact.

Cette étape du MCPP comprend l'établissement de la relation thérapeutique et la collecte des informations préliminaires nécessaires pour préparer l'intervention. Dans le cadre du rôle du PNE, cela peut inclure certaines actions en amont de l'évaluation, telles que le contact initial ou la cueillette de données de base.

Recueillir des données préalables

Quatre experts ont souligné que le PNE pouvait contribuer de manière efficace à la cueillette d'informations de base avant l'évaluation, notamment par des appels téléphoniques ou des visites initiales structurées. Ces tâches permettent de mieux cibler l'intervention subséquente de l'ergothérapeute.

Il (PNE) pouvait prendre le téléphone, pouvait faire une analyse téléphone, il pouvait faire une première visite un peu comme un rôle psychosocial avec les formations du réseau, les formations pour la documentation, et tout ça, il pouvait nous ramener vraiment les problématiques et ciblées et ça nous permettait justement quand on rentrait de focaliser notre évaluation et ne pas avoir besoin de repasser au travers de l'histoire parce qu'elle avait été faite par la PNE. – E3

6.2.1.2 Évaluation

L'évaluation constitue une étape clé du MCPP visant à recueillir et analyser des informations pertinentes afin de poser un jugement clinique. Bien que seuls les ergothérapeutes puissent porter ce jugement, certains PNE peuvent contribuer à cette étape en soutenant la cueillette de données subjectives ou objectives (ex : observations, questionnaires), sans interprétation clinique.

Recueillir des données objectives et subjectives sans jugement clinique

Cinq experts ont mentionné que les PNE pouvaient fournir des données pertinentes pour soutenir l'évaluation, tant subjectives (commentaires, perceptions) qu'objectives (comportements observés), à condition de ne pas poser de jugement clinique.

Je pense que dans évaluer, le personnel non ergo peut quand même amener des éléments. Par exemple, je ne sais pas moi, l'éducatrice spécialisée, elle a fait un suivi pour l'éducation à l'attention avec l'enfant avant que moi je débute, bien l'information qu'elle a recueilli par le passé, c'est de l'information que moi je vais utiliser dans mon analyse. - E6

Elle [PNE] peut faire l'évaluation du premier transfert [...] si l'équipement est installé et que le transfert est évalué bien à ce moment-là elle pouvait nous ramener l'information que oui, c'est bien fait et on pouvait faire l'analyse par la suite, parce que la recommandation initiale venait de l'ergo. - E4

6.2.1.3 Mise en œuvre du plan

Une fois le plan d'intervention établi par l'ergothérapeute, la mise en œuvre consiste à appliquer les modalités d'interventions définies pour répondre aux besoins du patient. Le PNE peut alors soutenir l'exécution d'activités ciblées, selon les directives reçues, tout en respectant les limites de son rôle.

Développement de capacités spécifiques avec les patients

Quatre experts ont nommé que le PNE peut encadrer des activités visant le développement fonctionnel, par exemple chez des clientèles post-AVC. Ces activités sont effectuées sous supervision indirecte, mais en cohérence avec les objectifs fixés par l'ergothérapeute.

Ils nous font des activités, mettons pour nos AVC parce que la clientèle est large en soins aigus, ils font toutes les activités pour les AVC, ils pratiquent les transferts, les déplacements, tout ce qu'on peut bien leur demander. Ils font le positionnement complet, ils nous font /défont des coussins adaptés comme on veut, de la façon qu'on veut. - E7

Manutention des équipements

Trois experts ont mis en lumière le rôle utile des PNE dans la manutention des équipements. Cela inclut le transport, l'installation et l'ajustement du matériel nécessaire aux interventions, en suivant les recommandations préétablies par l'ergothérapeute.

On avait juste à lui [le PNE] demander, on a analysé ça, on aurait besoin de ça. On lui donne l'information, on lui dit : voici nos recommandations, voici les équipements à aller installer. Elle s'occupait de tout ce qui était administratif, s'occupait d'envoyer les demandes d'équipement, aller chercher les équipements, les installer. - E5

6.2.1.4 Soutien autre

Cette section regroupe les fonctions complémentaires du PNE qui ne s'inscrivent pas directement dans une seule étape du MCPP, mais qui soutiennent l'ensemble du processus.

Tâches administratives et connexes

Il s'agit du rôle le plus fréquemment évoqué, nommé par cinq experts. Les tâches administratives réalisées par les PNE peuvent inclure la logistique, le rangement de matériel, la création de pictogrammes, ainsi que l'aide à la préparation de documents en lien avec l'intervention clinique.

On a une personne qui est, comme, je ne sais pas comment la nommer ... aide ergo mais pour tout le monde en fait pas juste ergo. C'est une personne qui peut, entre autres, faire des pictogrammes, des choses comme ça, ranger le matériel, bon, tout autres tâches connexes. – E6

Tenue de dossier

Trois experts ont abordé la question de la tenue de dossier par les PNE. Ils ont souligné que certains milieux permettent aux PNE d'écrire dans le dossier patient, à condition qu'ils disposent de bonnes compétences en documentation.

En termes d'éléments. Je pense que ça dépend vraiment des milieux, donc encore là, je parle du CLSC, mais nous, les PNE faisaient quand même des notes au dossier, donc il faut quand même que tu aies une capacité de bien documenter, qu'est-ce que tu as fait pendant ta visite aussi, il faut que tu sois capable de te créer un canevas de notes, parce que c'est clair que ce n'est pas typique non plus. – E3

Il est important de prendre en compte que la tenue de dossier ne relève pas uniquement des habiletés individuelles, mais dépend également des lois et règlements en vigueur dans chaque milieu. En effet, certains intervenants n'appartenant pas à un ordre professionnel n'ont pas nécessairement accès à l'intégralité du dossier patient, ce qui limite leur participation à ce niveau.

Promotion de la santé

Une seule experte a évoqué le potentiel rôle des PNE dans des activités de promotion de la santé, principalement dans une perspective communautaire ou préventive.

Je pense aussi qu'il y a certaines interventions, tu sais de promotion de la santé qui pourrait être fait aussi par du PNE. Je pense encore une fois aux enfants, mais tu sais, mettons dans les milieux de garde ou dans les endroits où est ce qu'il y a des loisirs communautaires, des choses comme ça que ça peut être chapeauter par une formation d'ergothérapeutes ou tout ça pour éviter de surcharger le système de santé par la suite, je pense qu'il y a quelque chose autant, en fait autant en pédiatrie que tu sais, adultes ou personnes âgées ou tout ça, je pense, qu'il y a peut-être une place pour ça. - E6

6.2.2 Retombées de l'intégration du PNE

L'intégration d'un PNE dans les équipes de réadaptation est perçue par les experts comme génératrice de retombées positives tant pour les patients, les ergothérapeutes que pour l'ensemble du système de santé.

6.2.2.1 Pour les patients

L'un des apports les plus fréquemment mentionnés est l'impact positif sur l'expérience et le parcours de soins des patients. Deux retombées principales ont été identifiées dans cette catégorie : l'augmentation du temps direct avec le client et la continuité des services.

Plus de temps direct avec le patient

Cette retombée est celle qui a été mentionnée par le plus grand nombre d'experts (3) dans cette catégorie. Le fait de déléguer certaines tâches dites connexes ou administratives à un PNE permettrait aux ergothérapeutes de passer davantage de temps en interaction directe avec les patients. Le PNE agit donc ici comme un facilitateur indirect de la participation occupationnelle du patient, en libérant l'ergothérapeute des tâches connexes.

C'est sûr que ça [les tâches connexes], ça prend une partie de notre temps qui ne nous permet pas d'être en direct avec le patient contrairement à si on avait une aide. - E6

Continuité des services

Deux experts ont insisté sur le fait que le PNE joue un rôle clé dans le maintien de la continuité des services, particulièrement lorsque l'ergothérapeute est limité par sa charge de travail. En assurant un suivi des recommandations formulées lors de l'évaluation initiale, le PNE permet de bonifier la mise en œuvre du plan d'intervention. Le PNE devient ainsi un élément essentiel pour éviter que certaines recommandations ne tombent dans l'oubli ou soient partiellement mises en œuvre.

C'est qu'on fait une évaluation, notamment, puis qu'on met en place plein de recommandations qui sont ... qu'on n'a pas vraiment le temps de les actualiser, ou on peut juste axé sur certains points en particulier. D'avoir du personnel qui puisse justement aller voir mes recommandations puis faire: ok, moi, je travaille plus techniquement avec telle personne sur le budget ou sur développer les capacités d'organisations et de planification, ce serait extrêmement utile et supportant à plusieurs moments spécifiques quand on manque de temps, qu'on a de la paperasse, qu'on manque beaucoup de main d'œuvre. - E1

6.2.2.2 Pour les ergothérapeutes

L'intégration d'un PNE dans l'équipe ne bénéficie pas uniquement aux patients, mais constitue également un soutien concret pour les ergothérapeutes eux-mêmes.

Apport complémentaire à l'analyse clinique

Trois experts ont mentionné que le PNE, par sa présence sur le terrain et sa proximité avec les patients, peut fournir des informations précieuses qui viennent bonifier l'analyse clinique de l'ergothérapeute. Il joue ainsi un rôle d'« œil supplémentaire », en apportant des observations et des détails.

La kinésiologue qui est sur le terrain, j'aime tout le temps avoir son point de vue, c'est sûr qu'elle a vu des choses que je n'ai pas vues [...] là, je parle plus en santé mentale, mais notre patient, il va se confier à un ou plus à l'autre [...], donc ça peut être un œil de plus sur le terrain qui me dit : ah, j'ai observé telle affaire chez la cliente. - E2

Diminution des listes d'attente

Deux experts ont souligné que l'ajout d'un PNE dans l'équipe permettrait de réduire les listes d'attente en ergothérapie. Cette retombée découle du fait que certaines tâches initiales pourraient être effectuées par le PNE ce qui permet ainsi aux ergothérapeutes de prioriser les cas plus complexes ou de se concentrer sur les interventions spécialisées.

Je sais que nous quand il y en avait une [PNE] de présente et qu'on avait confiance en elle et bien, il y a des références qui attendent depuis deux ou trois ans sur nos listes d'attente, donc la PNE pouvait aider grandement. - E3

6.2.2.3 Pour le système de santé

L'intégration du PNE présente également des retombées positives à l'échelle du système de santé. Un expert a souligné l'impact potentiel sur la réduction de la durée d'hospitalisation en mettant en lumière les bénéfices d'une meilleure coordination des services et d'un accompagnement soutenu dans les démarches administratives.

Réduction de la durée d'hospitalisation

Cette retombée, bien que mentionnée par un seul expert, présente un fort potentiel d'impact systémique. Elle souligne que le PNE pourrait contribuer à désengorger les établissements de soins en facilitant les transitions vers le domicile ou les milieux de vie alternatifs.

Ça serait très pertinent d'avoir une aide et c'est moins cher pour le système quelqu'un qui sort plus vite de l'hôpital. [...] Si j'avais un PNE, ça aiderait la boucle des hospitalisations qui durent beaucoup trop longtemps, ça serait un deux en un. - E1

6.2.3 Facteurs favorables à une intégration réussie

Plusieurs éléments ont été identifiés par les experts comme facilitant l'intégration du PNE. Cette section présente ces facteurs favorables regroupés selon trois grandes catégories : les compétences du PNE, l'encadrement offert, et la qualité de la relation de travail entre les professionnels.

6.2.3.1 Qualités et compétences du PNE

Cette catégorie regroupe les habiletés personnelles et professionnelles qui favorisent une intégration réussie du PNE dans les milieux cliniques. L'autonomie, la capacité d'adaptation, ainsi qu'un bagage de formation ou d'expérience pertinent sont perçus comme essentiels pour que le PNE puisse contribuer efficacement.

Expérience et études

Mentionné par trois experts, le bagage professionnel ou la formation antérieure du PNE est vu comme un facilitateur important. Un personnel ayant une base solide peut rapidement saisir les enjeux cliniques et contribuer efficacement à l'équipe.

[...] le PNE peut être habilité à faire certaines tâches s'il est formé pour ou qu'il a l'expérience pour. [...] la formation, puis l'expérience joue pour beaucoup. - E6

Capacité d'autonomie et d'adaptation

Mentionné par deux experts, ce facteur est important à une intégration efficace. Le PNE doit démontrer une capacité à comprendre rapidement, à appliquer les consignes, et à les adapter selon les situations rencontrées, tout en respectant son rôle.

[...] il faut avoir quelqu'un d'autonome, de dynamique, il faut avoir quelqu'un qui a une compréhension rapide où est ce qu'on explique une fois, tu as retenu l'information et tu es capable de l'appliquer et le transposer dans d'autres situations aussi. Donc c'est pour ça que la PNE, il faut qu'elle soit versatile, mais il faut qu'elle soit, aussi, il faut qu'elle comprenne rapidement. - E3

6.2.3.2 Encadrement et outils

L'encadrement désigne ici les structures mises en place pour soutenir l'intégration du PNE, notamment au niveau de l'enseignement et de l'utilisation de procédures et d'algorithmes décisionnels. Ces moyens permettent de clarifier les attentes, de réduire la charge de formation assumée par les ergothérapeutes, et d'assurer une certaine uniformité dans la pratique du PNE.

Enseignement

Mentionné par deux experts, un bon processus d'enseignement est vu comme essentiel. Il permet au PNE d'acquérir les habiletés nécessaires.

Ce qu'on avait mis en place c'était : Ok, bien, pour apprendre telle chose bien tu vas aller voir telle personne, ils vont tout te l'expliquer justement pour pas que ce soit l'ergo qui explique comment installer un siège de toilette, mais la personne qui est au parc d'équipement peut faire cet enseignement-là, un petit peu pour nous décharger à l'apprentissage de la PNE, c'est qu'on avait quand même ciblé différents acteurs qui pourraient faire cet enseignement-là, pour pas que ça vienne de nous et que ça gruge notre temps - E3

Utilisation de canevas et protocoles

Un expert a souligné l'utilité d'outils uniformisés (ou harmonisés) pour baliser les pratiques du PNE. Ces protocoles facilitent l'apprentissage autonome et garantissent une certaine uniformité dans les interventions.

De la manière que je me suis prise en tout cas pour l'instant pour essayer de gagner du temps, c'est que je me suis dit bon, les questions que mes stagiaires me posaient le plus souvent, c'était quoi, mes stagiaires, c'étaient des ergothérapeutes, mais parfois les questions qu'ils me posaient, ce sont des trucs qui pouvaient aussi être faits par du PNE. Fait que je me suis dit bon bien, je vais leur créer un fameux protocole sur les bases: comment est-ce qu'on ouvre un dossier dans Medexa, comment est-ce qu'on ouvre un dossier CNESST, comment est-ce qu'on fait ... tu sais, les choses de base. - E2

6.2.3.3 Relation interpersonnelle

Une collaboration harmonieuse entre l'ergothérapeute et le PNE est déterminante pour une intégration réussie. Cette catégorie regroupe les facteurs liés à la dynamique interpersonnelle, tels que la confiance mutuelle et la communication, qui influencent directement la pratique du PNE et de l'ergothérapeute.

Bonne collaboration

Mentionnée par trois experts, la collaboration repose sur la qualité du lien interpersonnel et la capacité du PNE à poser des questions. Une bonne collaboration favorise un climat de confiance propice à une intégration réussie.

Un défi c'est le côté personnel de la personne, parce que, vu que tu travailles étroitement, faut que ça clique aussi, il faut travailler ensemble et il faut que la PNE n'ait pas peur de venir poser des questions, si jamais elle s'interroge sur quelque chose parce que sinon, ça peut avoir un lien, un impact négatif sur l'usager. - E3

Confiance mutuelle

Également mentionné par trois experts, la confiance mutuelle est primordiale. Sans confiance en la compétence du PNE, l'ergothérapeute sera réticent à déléguer, ce qui réduit l'utilité du soutien offert par ce personnel.

Si c'est une PNE, mais que tu n'as pas confiance en elle [...] ça devient une personne qui est là, mais qui n'est pas tant soutien, parce qu'il faut que tu lui tiennes la main à chaque étape. - E3

6.2.4 Facteurs défavorables à l'intégration

Malgré les retombées positives perçues, plusieurs obstacles à l'intégration du PNE ont été soulevés par les experts. Cette section présente les obstacles regroupés selon les grandes catégories ressorties du codage.

6.2.4.1 Contraintes professionnelles et réglementaires

Cette catégorie regroupe les limites imposées par les cadres légaux, réglementaires et professionnels en ergothérapie. Ces contraintes influencent directement la capacité à déléguer certaines tâches aux PNE. Elles incluent des craintes quant au respect du champ de pratique réservé, une interprétation rigide du rôle professionnel, ou encore un manque de clarté dans les balises fournies par l'Ordre professionnel.

Rôle propre à l'ergothérapeute

Mentionné par trois experts, ce frein concerne les tâches qui doivent demeurer exclusivement dans le champ de compétences de l'ergothérapeute, notamment l'analyse occupationnelle et la formulation des plans d'intervention.

Évaluer, analyser, convenir les objectifs du plan ça serait dangereux dans un sens parce qu'avec le peu d'ergothérapeutes qu'il y a actuellement, avec les coupures qu'il y a, moi, je pense que si on ne défend pas cette partie-là, on va juste être tassé. - E7

Je suis d'accord avec E7 que l'analyse, ça, je ne la laisserai pas à d'autres personnes. Je pense que c'est notre, ben c'est ça, c'est l'analyse des activités de la personne,

l'environnement qui fait que c'est notre profession qui est là, c'est nos titres [activités] réservées. - E6

Enjeu de respect des balises établies lors de la délégation des tâches

Mentionné par deux experts, ce facteur renvoie à la réticence des ergothérapeutes à déléguer certaines tâches, par crainte d'erreurs, de débordements de rôle ou de perte d'information importante.

En tant qu'ergo, on a toujours une crainte ou une inquiétude face à l'ordre, une inquiétude face à déléguer quelque chose où est-ce qu'on risque de passer à côté de la traque [...]. - E4

[...] il y a une aisance qui se crée, puis elle [PNE] déborde un peu de son rôle. [...] Donc il y a un petit danger et il faut faire attention nous comme professionnel responsable. - E4

Temps d'enseignement

Également mentionné par deux experts, ce frein fait référence au temps requis pour encadrer adéquatement le PNE, particulièrement en début d'intégration. Un manque de temps compromet la réussite de l'implantation.

Qu'est-ce que j'ai trouvé de difficile ou les grands défis, c'est que même quand on a une personne d'autonome, il faut avoir le temps de lui expliquer ça, son rôle, les différentes tâches à faire, il faut avoir le temps de bien lui expliquer pour bien l'encadrer afin qu'elle puisse débiter. Puis, qu'est-ce que j'ai remarqué [...] c'est que si tu n'as pas le temps, ça va mal commencer, puis quand ça commence mal, une nouvelle personne qui intègre une équipe et qu'il y a un nouveau rôle, ça apporte des mauvaises expériences. - E3

6.2.4.2 Enjeux organisationnels

Les enjeux organisationnels réfèrent aux éléments de la pratique qui compliquent l'intégration du PNE. Cela peut inclure le manque de temps pour la formation, l'absence de

reconnaissance claire du rôle, ou les obstacles liés aux structures syndicales et administratives. Ces éléments freinent la mise en place efficace d'un soutien complémentaire.

Formations pertinentes

Mentionnée par cinq experts, cette dimension ressort fortement comme un levier concret pour favoriser l'intégration durable du PNE. Il ne s'agit pas seulement d'un besoin ponctuel d'enseignement, mais d'un besoin structurel d'avoir des formations de base sur la profession d'ergothérapeute, sa vision de l'occupation, et les balises entourant son champ d'exercice.

T'sais je pensais à ça, puis c'est vrai qu'on a vraiment des milieux de tous, différents, mais toujours une base qui revient, du fait qu'on est ergothérapeute. Combien de fois on se fait demander ça fait quoi un ergothérapeute dans la vie, tu sais, par tout le monde donc d'avoir un peu une formation, sur c'est quoi l'ergothérapie, c'est quoi la vision de l'ergothérapeute, comment on décortique l'occupation, comment on voit différentes occupations, c'est quoi les composantes dans notre évaluation juste pour que quand ils arrivent avec nous, mais ils connaissent déjà plus c'est quoi un ergothérapeute, qu'ils puissent mieux m'accompagner, donc ça, je pense que ça, c'est extrêmement généralisable d'un milieu à l'autre. - E1

Plusieurs experts évoquent également l'absence de parcours de formation structurée au Québec, contrairement à d'autres provinces canadiennes. Ils perçoivent cela comme un frein à la reconnaissance du rôle, mais aussi comme une occasion d'améliorer l'organisation des services.

On n'a pas ça au Québec, mais je sais que dans le reste du Canada, ils ont une technique, je crois, mais ils ont, ça existe des assistants en ergothérapie avec une formation, puis ça serait tellement bien qu'on ait ça dans un contexte où on va en avoir besoin dans des années, je ne sais pas pourquoi on n'a pas développé ça au Québec. Mais c'est comme un peu un frein et ça serait tellement bien parce qu'il y aurait tellement un plus la reconnaissance qu'ils ont besoin puis, au moins, on aurait un bassin de gens qui sont formés. - E7

Barrières syndicales et de gestion

Mentionnées par trois experts, ces barrières font référence aux contraintes syndicales ou organisationnelles qui limitent la possibilité de confier certaines tâches aux PNE, ou qui limitent à d'autres moments, notamment lors du processus d'embauche.

Un des enjeux qu'on a eu puis qui est un peu un frein, c'est niaiseux, mais ce sont les syndicats au niveau ...l'exemple qu'on a ce sont les gens qui voulaient devenir assistants en réadaptation avaient un test à faire avec l'ergothérapeute et un assistant connu qui était déjà là, puis en fait, depuis quelques années, c'est rendu, ils considèrent ça illégal. Fait que là, on se retrouve avec des gens qui sont préposés, mais qui n'ont pas du tout d'approche, ils ne savent pas comment coudre un coussin, mais nous on a besoin de ça. - E7

Cadre fourni par l'ordre professionnel

Deux experts ont souligné l'ambiguïté et le manque de clarté des lignes directrices fournies par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), ce qui limite leur confiance dans l'élargissement des tâches du PNE.

Ce que je remarque beaucoup avec les kinésiologues qui ont quand même un baccalauréat en kinésiologie, ils sont aussi limités que l'assistant en réadaptation qui a une formation de préposée. [...] ils ont quand même un bacc, mais j'ai l'impression que des fois comme l'ordre est assez, tu sais, cadré des fois, je pense qu'il y aurait certains professionnels qui pourraient être plus autonome, mais qu'on peut pas par rapport au cadre de référence de l'OEQ ou c'est nous qui le comprends mal, mais même quand je lis le document [ligne directrices pour l'utilisation du PNE], c'est jamais très clair, ça fait longtemps que ça a été mis à jour fait que là, même quand on demande à l'OEQ, on leur écrit, c'est pas clair non plus. [...] donc que je trouve que c'est ça qui me limite moi plus dans comment je pourrais ouvrir ça. - E7

Enjeu de titre non défini

Mentionné par deux experts, ce facteur fait référence à l'absence d'une reconnaissance officielle ou d'un titre clair pour désigner le PNE ce qui complique son embauche et son positionnement dans l'organisation.

[...] on ne sait pas quel titre qu'il pourrait avoir, c'est quoi leur rémunération [...], ce qui fait en sorte que c'est assez difficile. - E1

Nous quand que la première PNE est arrivée, je pense que l'enjeu organisationnel, un enjeu de plus haut, ce n'était pas reconnu comme titre, donc au système public comment est-ce que tu vas mettre le nom de la personne dans ton utilisation de bases de données de traitement de notes et à quelle échelle salariale que tu vas lui donner si elle n'a pas un titre [...] – E3

6.2.4.3 Limites des ressources

Cette dernière catégorie rassemble les facteurs externes liés à la disponibilité et au financement du personnel. Ces limites structurelles compliquent le maintien à long terme de l'intégration du PNE, même si celle-ci est jugée souhaitable.

Manque de personnel

Il s'agit du facteur le plus souvent mentionné (5). Il concerne à la fois la pénurie d'ergothérapeutes et la rareté du PNE. Cette situation limite la capacité d'implanter ou de maintenir le PNE.

L'enjeu aussi, c'est qu'on n'en a pas beaucoup d'assistants en réadaptation fait que autant nous on a une pénurie de main d'œuvre, mais eux aussi, fait que là, on ne peut pas toujours tout leur demander, mais s'ils n'étaient pas là, ils n'auraient juste pas de suivi, pas rien en ce moment-là, nous ce n'est pas réaliste. - E7

[...] il manque d'ergo, mais il manque aussi de personnel autre de toute façon, donc je ne sais pas si on va en trouver de toute façon de ce PNE, là aussi, puis aussi bien t'sais considérant qu'on a un emploi typiquement féminin le salaire, il ne monte pas de

la même façon que certains autres emplois, donc je ne sais pas si c'est attrayant ou si est ce qu'on va réussir à attirer des gens. - E2

Budget limité

Trois experts ont mentionné les contraintes financières comme frein majeur à l'embauche ou au soutien du PNE.

Je pense que l'obstacle actuel, c'est le budget pour ça, pour avoir ce type de personnel, là. - E6

[Réponse à la question : qu'est-ce que vous voyez qui pourrait être un obstacle à l'intégration de ce personnel] C'est définitivement organisationnel. Malheureusement, dans un contexte de coupures budgétaires, tout est regardé. – E1

7. DISCUSSION

L'étude a permis de développer des connaissances sur la pertinence d'intégrer du PNE pour soutenir les ergothérapeutes dans leur pratique au Québec. Elle visait à mieux comprendre les perceptions des ergothérapeutes face à cette pratique, encore peu documentée dans la littérature scientifique québécoise. Les trois objectifs spécifiques ont été abordés, soient : comprendre le positionnement des ergothérapeutes quant à l'utilisation du PNE, faire ressortir les retombées perçues de cette intégration, ainsi qu'identifier les facilitateurs et obstacles à sa mise en œuvre. La discussion qui suit présente une analyse de ces résultats à la lumière des écrits scientifiques existants.

7.1 Balises professionnelles et limites actuelles à l'intégration du PNE

Premièrement, l'analyse des résultats obtenus dans le cadre de cet essai met en lumière une tension importante entre la volonté des ergothérapeutes de déléguer certaines tâches à un PNE et les balises actuellement en place, telles qu'imposées par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). Bien que des lignes directrices encadrant l'utilisation du PNE soient en place depuis 2005, plusieurs experts consultés mentionnent qu'elles peuvent parfois manquer de clarté ou ne pas refléter pleinement les réalités actuelles de la pratique clinique. Ce constat met en lumière des enjeux plus larges soient que les balises actuelles semblent parfois insuffisantes pour appuyer pleinement l'intégration du PNE dans un système

de santé en évolution et que la définition exacte du rôle et de ses limites demeure floue. Cette ambiguïté découle principalement de la nature contextuelle du rôle de PNE et de la diversité des titres d'emploi des personnes qui peuvent l'occuper.

En effet, le PNE ne constitue pas une profession reconnue, mais plutôt un rôle temporaire assumé lorsqu'un intervenant soutient directement un ergothérapeute dans l'application de son plan d'intervention. Ainsi, plusieurs personnes tel qu'une éducatrice spécialisée ou un kinésiologue peuvent agir comme PNE lorsqu'il ou elle vient en aide à l'ergothérapeute. Cependant, ces mêmes intervenants possèdent leurs propres champs d'exercice et responsabilités professionnelles, ce qui peut entraîner une confusion entre les tâches réalisées à titre de PNE et celles relevant de leur profession d'origine.

Les exemples issus des résultats illustrent bien cette distinction. Par exemple, dans certains milieux, des kinésiologues collaborent étroitement avec les ergothérapeutes pour favoriser la reprise fonctionnelle de clients ayant subi une blessure musculosquelettique. Lorsque le kinésiologue applique des modalités élaborées par l'ergothérapeute, il agit à titre de PNE, puisqu'il met en œuvre un volet précis du plan d'intervention sous supervision. En revanche, s'il suit son propre plan de traitement ou met en œuvre des exercices issus de son champ d'expertise, il n'agit plus comme PNE, mais plutôt dans une dynamique de collaboration interdisciplinaire entre professionnels. Dans ce cas, les deux disciplines travaillent en parallèle, chacune selon ses propres objectifs et méthodes. De même, une éducatrice spécialisée peut recueillir des observations sur le comportement ou la participation d'un enfant dans un contexte scolaire. Si ces observations s'inscrivent dans le plan d'intervention de l'ergothérapeute, elles relèvent du rôle de PNE. En revanche, si l'éducatrice observe ces comportements dans le cadre de ses propres objectifs éducatifs, sans lien direct avec le processus en ergothérapie, elle n'agit pas comme PNE. Son action s'inscrit alors, elle aussi, dans une collaboration interdisciplinaire, où chaque professionnel poursuit son mandat spécifique.

Ces exemples illustrent bien que cette double appartenance professionnelle crée une zone grise, où il devient parfois difficile de déterminer si certaines tâches sont réalisées dans le cadre de la profession d'origine ou à titre de personnel non-ergothérapeute. Cette confusion ne découle pas d'un manque de rigueur, mais plutôt d'un flou structurel et terminologique. Les multiples appellations utilisées dans la littérature et les milieux de pratique (assistant en ergothérapie, assistant en santé alliée ou technicien en réadaptation, etc.) reflètent une

diversité de réalités, mais contribuent aussi à brouiller la compréhension commune des rôles et à rendre leur distinction plus complexe.

Cette limite rejoint un enjeu soulevé par les ergothérapeutes, soit le besoin de clarifier les rôles et les responsabilités. En effet, le flou actuel entourant les tâches pouvant être déléguées au PNE suscite une certaine inquiétude chez plusieurs ergothérapeutes, qui souhaitent s'assurer de respecter pleinement leurs obligations professionnelles. Ainsi, cette incertitude freine leur utilisation.

Ces constats font écho aux travaux de Hall et al. (2021), qui insistent sur la nécessité de définir clairement les rôles des assistants pour faciliter leur intégration dans les équipes interprofessionnelles. Aussi, l'article de King et al. (2022) renforcent cette observation et mentionnent que les AHA eux-mêmes identifient le manque de clarté autour de leur rôle comme un obstacle central à leur efficacité. Plusieurs assistants évoluent dans des contextes où les limites professionnelles sont mal définies, ce qui alimente une incertitude et limite leur autonomie. Les auteurs insistent également sur l'importance d'une formation adéquate et structurée, alors que la majorité des AHA reçoivent une formation informelle. Ainsi, leurs propos illustrent la nécessité d'établir des parcours de formation standardisés et de reconnaître officiellement leur rôle au sein de l'équipe interdisciplinaire. À ce titre, une meilleure reconnaissance institutionnelle et une définition rigoureuse des tâches déléguées pourraient faciliter leur intégration dans le système de santé québécois.

De plus, cette situation au Québec contraste avec les recommandations internationales, notamment celles de l'American Occupational Therapy Association (Johnson et al., 2019), qui souligne l'importance d'un encadrement normatif clair pour favoriser l'utilisation efficace des assistants en ergothérapie. De même, Hall et al. (2021) identifient la définition précise des rôles et responsabilités comme un levier fondamental pour leur intégration dans les équipes interdisciplinaires. Ceux-ci ajoutent que le manque de balises crée un risque de sous-utilisation des PNE ou, à l'inverse, de dérive des tâches ce qui peut ensuite compromettre la sécurité des soins. À ce propos, l'article de Stanmore et Waterman (2007) apporte un élément pertinent. En effet, cette étude, réalisée au Royaume-Uni, démontre que l'implantation de rôles nommés comme génériques en réadaptation, tel que les assistants en réadaptation, est facilitée par un cadre clair et une supervision adéquate. En l'absence de balises précises, les assistants étaient utilisés de façon variable selon les milieux, ce qui générait des tensions autour des rôles, de l'autonomie et de la reconnaissance. Ainsi,

cette étude illustre bien les conséquences négatives d'un flou organisationnel et au niveau des balises.

D'ailleurs, devant ces constats, plusieurs experts jugent important que l'Ordre des ergothérapeutes du Québec mette à jour ses lignes directrices de 2005 afin de mieux définir le rôle du PNE, ses limites et les conditions de supervision. Une actualisation qui reflète les réalités actuelles du terrain, les besoins du réseau de la santé et les bonnes pratiques observées ailleurs pourrait aider les ergothérapeutes dans leur travail et favoriser une utilisation plus claire et sécuritaire du PNE au Québec. Dans la même perspective, les résultats de cet essai mettent en lumière la nécessité d'une clarification collective et structurée du rôle du PNE, afin de mieux distinguer les situations de délégation qui découlent de la pratique en ergothérapie de celles relevant de la collaboration interdisciplinaire. Une telle clarification permettrait d'assurer une supervision adéquate, de renforcer la compréhension partagée des rôles et d'éviter que la contribution du PNE ne soit interprétée différemment selon les milieux. Ainsi, le principal enjeu ne concerne pas l'intégration du PNE dans les milieux de pratique, mais plutôt la définition et la reconnaissance claire et uniforme de son rôle dans un contexte interdisciplinaire. Clarifier cette distinction entre « agir comme PNE » et « agir selon son propre titre professionnel » représente une étape essentielle pour assurer la cohérence des pratiques de collaboration en ergothérapie. Dans une optique de clarification conceptuelle, il serait également pertinent de distinguer la collaboration entre l'ergothérapeute et le PNE de la collaboration interprofessionnelle. Une telle distinction permettrait de mieux comprendre la nature des interactions professionnelles et de préciser les responsabilités de chacun.

7.2 Retombées sur la pratique clinique et le système de santé

Les experts révèlent des retombées concrètes et significatives de l'intégration du PNE à la pratique clinique, tant pour les professionnels que pour les patients et le système de santé dans son ensemble. En effet, du point de vue clinique, plusieurs experts ont souligné que la présence d'un PNE permet de recentrer l'ergothérapeute sur ses tâches cliniques plus complexes. La délégation des activités connexes telles que la manutention des équipements ou certaines interventions répétitives auprès des patients, permet d'optimiser l'utilisation des compétences de chacun. Cette répartition des tâches contribue également à bonifier l'analyse clinique, en permettant une collecte plus riche d'informations sur le terrain. Il faut toutefois rappeler que ces activités doivent être directement liées au processus clinique d'un usager et

réalisées sous la supervision d'un ergothérapeute. Ces constats rejoignent les résultats de Lizarondo et al. (2010), qui démontrent que les assistants en santé alliée (AHA) peuvent améliorer la fréquence et l'efficacité des interventions, tout en maintenant la qualité des soins lorsqu'ils sont bien encadrés. Aussi, l'impact positif sur le temps passé avec le patient constitue un autre avantage important. En déléguant certaines responsabilités, l'ergothérapeute peut consacrer davantage de temps à l'intervention directe, ce qui favorise une relation thérapeutique de qualité et une meilleure compréhension des besoins occupationnels. Cela est d'ailleurs ce qui a été soulevé par l'étude de Snowdon et al. (2024), qui montre que l'ajout d'AHA dans les soins aux patients fracturés de la hanche a permis d'augmenter le temps de thérapie directe, tout en réduisant les coûts globaux et la durée de séjour hospitalier. Il est toutefois important de préciser que le PNE contribue à augmenter le temps d'intervention directe auprès de l'utilisateur, notamment en supervisant un programme d'exercices élaboré par l'ergothérapeute. L'utilisateur peut ainsi poursuivre son programme sans la présence constante de ce dernier. Par ailleurs, le personnel occupant un titre d'emploi, tel qu'un assistant en ergothérapie, se consacre davantage aux tâches de soutien non cliniques, ce qui permet à l'ergothérapeute de consacrer plus de temps aux interventions directes auprès des usagers.

Au niveau systémique, l'essai met en lumière des retombées importantes, notamment en ce qui concerne la réduction des listes d'attente. Le PNE, en favorisant une prise en charge plus rapide des cas simples ou en maintenant la continuité des interventions dans un processus clinique en ergothérapie, contribue à désengorger les services. Ces retombées sont appuyées par Cox et al. (2014), qui rapportent des résultats similaires dans des groupes de réadaptation en gériatrie, où la présence d'AHA a permis de maintenir l'intensité et la qualité des soins malgré une supervision indirecte du professionnel. Cela fait le lien avec un autre point d'intérêt soulevé par les experts est le rôle du PNE dans la continuité des services. En période de surcharge, le PNE peut assurer le suivi et l'application des recommandations, ce qui permet de maintenir la qualité des soins offerts. Dans cette optique, l'étude de Brice-Leddy et al. (2020) appuie l'idée que des assistants bien intégrés peuvent jouer un rôle actif dans la coordination et la continuité des soins, particulièrement lorsque les thérapeutes doivent réduire leur présence directe auprès des patients.

Enfin, bien que moins fréquemment mentionnée, la contribution du PNE à la fluidité du système de santé est important à souligner. Certains experts ont en effet noté que leur

présence pouvait accélérer les transitions de soins, comme les sorties hospitalières, ou soutenir les démarches administratives liées à certains suivi. Cette retombée est particulièrement importante dans le contexte québécois où les équipes doivent composer avec une surcharge de travail et des contraintes budgétaires. À ce sujet, l'article de Isbel et al. (2014) met en lumière la contribution des AHA à l'amélioration des transitions hôpital-domicile et à la satisfaction des patients dans les soins.

En somme, les écrits montrent que le PNE peut jouer un rôle important dans l'offre de soins. Lorsqu'il est bien encadré, son apport représente une solution prometteuse pour aider les services d'ergothérapie à faire face aux défis actuels du système de santé québécois.

7.3 Les fondements d'une intégration efficace du PNE en ergothérapie

Les experts ont mis en lumière trois éléments fondamentaux pour assurer une intégration optimale du PNE : l'expérience, la qualité de la supervision offerte, ainsi que la collaboration au sein de l'équipe.

D'abord, plusieurs experts ont souligné que l'expérience préalable du PNE, qu'elle soit acquise sur le terrain ou par une formation spécifique, influence grandement sa capacité à soutenir efficacement les interventions. Cette observation fait écho aux travaux d'Isbel et al. (2014), qui démontrent que les assistants bien formés et expérimentés permettent non seulement de maintenir la qualité des soins, mais également de renforcer la satisfaction des patients.

Ensuite, la qualité de la supervision est également ressortie comme un prérequis à une intégration réussie. Dans l'essai, les ergothérapeutes interrogés ont exprimé que la supervision du PNE, bien qu'essentielle, est souvent laissée à la discrétion de chacun. En pratique, chaque ergothérapeute semble exercer cette supervision selon son propre jugement et les réalités de son milieu. Ainsi, bien que l'encadrement du PNE constitue une responsabilité obligatoire de l'ergothérapeute, la manière dont cette supervision est réalisée tend à varier d'un contexte à l'autre. Ce manque de structure engendre de l'incertitude sur le terrain et peut nuire à l'efficacité du PNE. Ces résultats rejoignent ceux de Baumann et al. (2024), qui démontrent qu'une supervision directe, planifiée et de qualité est associée à de meilleurs résultats cliniques, tandis qu'une supervision insuffisante peut entraîner des effets variables sur la qualité des soins. Certains experts de l'essai proposent d'ailleurs de mettre en

place un protocole de supervision structuré, ce qui permettrait de standardiser les pratiques tout en sécurisant les ergothérapeutes et le PNE.

Enfin, la collaboration harmonieuse entre les ergothérapeutes et les PNE repose sur des dynamiques relationnelles positives. Plusieurs experts interrogés dans le cadre de cet essai ont souligné l'importance du respect mutuel, de la confiance et d'une communication ouverte pour favoriser l'intégration. Ce constat rejoint les résultats de Diamant et al. (2018), qui identifient six compétences essentielles à une collaboration intraprofessionnelle réussie entre ergothérapeutes et assistants, incluant notamment la communication bidirectionnelle, la compréhension claire des rôles respectifs, le respect mutuel, la flexibilité, et la réflexivité professionnelle. L'étude met de l'avant qu'une relation hiérarchique rigide nuit à l'établissement d'un partenariat équitable, et qu'au contraire, une dynamique de collaboration fondée sur la reconnaissance des compétences de chacun permet d'optimiser les interventions centrées sur le patient. Cette perspective rejoint celle des experts de l'essai, qui ont insisté sur l'importance de créer un climat d'équipe où le PNE est perçu comme un collègue à part entière, sans relation hiérarchique.

7.4 Limites

Comme toute recherche qualitative, cet essai comporte certaines limites qu'il est important de considérer. D'abord, bien que les ergothérapeutes interrogés aient été sélectionnés pour leur expertise et leur diversité de milieux, la taille de l'échantillon (huit ergothérapeutes) demeure restreinte. Ce nombre, bien qu'adéquate pour un devis qualitatif exploratoire, vient limiter la portée généralisable des résultats à l'ensemble des contextes de pratique en ergothérapie au Québec. De plus, certaines clientèles ou types de milieux, comme les milieux scolaires, les régions éloignées ou les milieux autochtones, sont sous-représentés, ce qui restreint la diversité des perspectives recueillies. Ainsi, les résultats doivent être interprétés non pas comme un consensus, mais comme un point de départ pour la réflexion sur le rôle et l'intégration du personnel non-ergothérapeute au Québec.

Par ailleurs, la recherche repose uniquement sur le point de vue des ergothérapeutes. L'absence de données provenant du PNE ou des patients eux-mêmes représente une limite importante, car elle ne permet pas d'obtenir un portrait complet des dynamiques de collaboration et des retombées perçues. Ainsi, intégrer ces perspectives dans une recherche future viendrait enrichir la compréhension globale du phénomène étudié.

De plus, la posture de la chercheure, qui a elle-même occupé un rôle de PNE durant ses études en ergothérapie, peut avoir influencé certaines étapes de l'analyse, malgré les efforts de rigueur méthodologique mis en place. Bien que cette expérience ait permis une sensibilité accrue aux enjeux du terrain, elle pourrait aussi avoir contribué à certaines interprétations orientées. Ce biais a toutefois été atténué par la validation du codage par deux personnes externes et par la relecture critique de lectrices externes, favorisant une triangulation des analyses.

7.5 Forces

Cet essai présente plusieurs forces qui contribuent à la qualité et à la pertinence des résultats obtenus. D'abord, le sujet abordé est peu exploré dans la littérature scientifique québécoise. En ce sens, cette étude contribue au développement des connaissances sur un enjeu réel et actuel du système de santé. Une autre force réside dans la richesse et la diversité des propos recueillis. Les ergothérapeutes interrogés proviennent de milieux variés (CLSC, hôpital, clinique privée, pédiatrie, psychiatrie légale), ce qui permet d'avoir un portrait nuancé et représentatif des réalités vécues dans différents contextes. Cette diversité a permis de dégager des constats qui vont au-delà des particularités d'un seul milieu ce qui vient renforcer la transférabilité des résultats. Par ailleurs, l'utilisation du Modèle canadien du processus de pratique (MCP) comme cadre d'analyse constitue une autre force de l'étude. Ce cadre bien reconnu en ergothérapie permet de situer clairement le rôle du PNE dans les différentes étapes du processus clinique, et d'ancrer les résultats dans une structure professionnelle. L'usage du MCP facilite ainsi l'interprétation des résultats et leur application dans la pratique. De plus, la méthodologie rigoureuse suivie tout au long du projet incluant la transcription intégrale des données, l'analyse qualitative structurée et la validation du codage par deux personnes externes et la relecture critique de l'essai par des lectrices externes contribue à assurer la crédibilité et la fiabilité des résultats. Ces stratégies ont permis de limiter les biais d'interprétation et de soutenir une analyse approfondie et nuancée.

7.6 Implications pour la pratique en ergothérapie

Les résultats de cette étude comportent plusieurs retombées significatives pour la pratique ergothérapique au Québec. D'abord, ils soulignent l'urgence de revisiter les modèles traditionnels afin de mieux répondre aux réalités actuelles du système de santé. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, de complexification des cas et de pression accrue sur

les services (Gouvernement du Québec, 2024 ; Institut du Québec, 2022), l'intégration structurée d'un PNE représente une piste de solution pertinente pour améliorer l'accès, la continuité et la qualité des soins offerts en ergothérapie.

L'un des premiers leviers identifiés concerne la mise à jour des balises professionnelles encadrant l'utilisation du PNE. Plusieurs experts ont exprimé un besoin de clarification quant aux rôles, aux limites et aux responsabilités de ce personnel. Une révision des lignes directrices de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ, 2005), en concertation avec les milieux de pratique, permettrait non seulement de sécuriser la délégation des tâches, mais aussi de soutenir les ergothérapeutes dans leurs décisions cliniques. Cette actualisation pourrait inclure des indications précises sur les conditions de supervision, les exigences de formation, ainsi que des exemples concrets de tâches déléguables en fonction du niveau d'expertise du PNE.

Par ailleurs, les milieux de pratique doivent bien planifier et organiser l'intégration du PNE en mettant en place des outils clairs comme des protocoles de supervision, des guides d'intervention et des ressources de formation. Ces outils facilitent l'apprentissage progressif du PNE et réduisent la charge de supervision pour les ergothérapeutes. Hall et al. (2021) rappellent d'ailleurs l'importance de bien définir les rôles des assistants pour encadrer leur contribution, éviter qu'ils sortent de leur mandat et assurer la sécurité des soins.

Enfin, cette recherche appelle également à une prise de conscience organisationnelle et politique. Les gestionnaires et décideurs doivent être sensibilisés aux effets positifs de l'intégration du PNE sur la performance des services de réadaptation (Snowdon et al., 2024 ; Cox et al., 2014). Cela demande aussi de revoir certains aspects organisationnels, comme de donner un titre officiel qui est uniformisé dans tous les milieux et établir une échelle salariale appropriée. Aussi, sur le plan collectif, cette ambiguïté entourant le rôle du PNE encourage la profession à réfléchir de façon plus approfondie à l'organisation du travail et à la collaboration entre les différents intervenants.

7.7 Pistes pour de futures recherches

Bien que cette étude ait permis de mieux comprendre les perceptions des ergothérapeutes face à l'intégration du PNE, elle ouvre également la voie à plusieurs avenues de recherche futures qui mériteraient d'être explorées afin d'enrichir les connaissances et soutenir l'évolution de la pratique. D'abord, il serait pertinent de réaliser des études incorporant le

point de vue du PNE lui-même. Mieux comprendre leur expérience, leur niveau de confort face aux tâches qui leur sont confiées, leur perception de leur rôle et leurs besoins de formation représenterait une avancée majeure pour orienter les pratiques d'encadrement et de formation. Cette approche rejoint les constats de King et al. (2022), qui ont montré que les assistants en santé allée (AHA) identifient eux-mêmes le manque de reconnaissance de leur rôle comme un frein à leur efficacité. Ensuite, il serait souhaitable d'explorer la perspective des patients et des familles, afin de documenter les impacts réels de l'intégration du PNE sur la qualité des services, la satisfaction des usagers et la participation occupationnelle. Aussi, une étude sur une plus longue période pourrait aussi mesurer les effets concrets de leur intégration sur la qualité des soins, la satisfaction des patients et le travail des équipes dans un contexte québécois plus particulièrement. De plus, une recension systématique des différents titres utilisés dans le réseau de la santé québécois, tels que préposé aux bénéficiaires (PAB), aide en réadaptation, assistant en ergothérapie ou personnel de soutien en santé, permettrait de mieux comprendre la diversité terminologique actuelle, les chevauchements de rôles et leurs implications sur la compréhension et la reconnaissance du PNE. Une telle analyse contribuerait à clarifier la terminologie utilisée dans la littérature et à proposer un vocabulaire commun favorisant la cohérence des pratiques à l'échelle provinciale. Par ailleurs, d'autres recherches pourraient comparer ce qui se fait dans d'autres provinces canadiennes ou ailleurs dans le monde pour en tirer des idées utiles au Québec. Enfin, dans une visée systémique, des études portant sur les impacts économiques de l'utilisation de ce personnel pourraient appuyer le développement de recommandations auprès des instances décisionnelles et renforcer la légitimité et l'utilisation de cette pratique dans le réseau de la santé.

8. CONCLUSION

Cette étude a permis de mieux comprendre la pertinence d'intégrer un PNE dans la pratique clinique en ergothérapie au Québec. Dans un contexte marqué par la pénurie de main-d'œuvre et une demande croissante de services (Gouvernement du Québec, 2024 ; Institut du Québec, 2022), cette solution apparaît comme une avenue prometteuse pour soutenir les ergothérapeutes, améliorer la continuité des soins et optimiser l'efficacité des interventions. Les résultats révèlent que l'intégration du PNE peut générer des retombées positives pour les patients, les ergothérapeutes et le système de santé. Toutefois, elle comporte aussi des défis, notamment l'absence de formation structurée, le flou entourant les balises professionnelles et certaines limites organisationnelles. Ces constats soulignent

l'importance de mettre en place des conditions claires et encadrées pour favoriser une collaboration et une intégration sécuritaire et efficace. En s'appuyant sur le Modèle canadien du processus de pratique (Polatajko et al., 2013), cette étude propose des pistes concrètes pour guider cette intégration, tout en respectant les rôles et responsabilités de chacun. Bien que certains éléments restent à explorer, notamment du point de vue des PNE et des patients, cet essai contribue à initier une réflexion essentielle sur l'organisation du travail en ergothérapie et sur les leviers à activer pour répondre aux défis actuels du système de santé québécois.

RÉFÉRENCES

- ACORE, ACPUE et ACE. (2021). *Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada / Competencies for Occupational Therapists in Canada* (version française mise à jour en 2024).
<https://caot.ca/document/7678/Competencies%20for%20Occupational%20Therapists%20in%20Canada%202021%20-%20Final%20FR%20HiRes.pdf>
- American Occupational Therapy Association. (2019). *Value of occupational therapy assistant education to the profession. American Journal of Occupational Therapy*, 73(Suppl. 2), 7312410007. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.73S209>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*. CAOT Publications ACE.
<https://caot.ca/document/4274/profilap.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2024). *Référentiel de compétences pour les assistantes et assistants de l'ergothérapeute*. Ottawa, ON.
<https://caot.ca/document/8147/Comptencies%20OTA%20FR%20Feb%208%202024.pdf>
- Baumann, A. N., Hitchman, K. J., Anaspure, O. S., Crawford, M. T., Rogers, H., Ramsier, S. C., et Toal, P. D. (2024). The impact of physical therapy assistants on rehabilitation clinical outcomes: a systematic review of the literature. *Physical Therapy Reviews*, 29(4), 177–186. <https://doi.org/10.1080/10833196.2024.2399484>
- Bickenbach, J., Rubinelli, S., Baffone, C., et Stucki, G. (2023). The human functioning revolution: Implications for health systems and sciences. *Frontiers in Science*, 1, 1118512. <https://doi.org/10.3389/fsci.2023.1118512>
- Brice-Leddy, L., Park, D., Bateman, W., Drysdale, J., Ratushny, L., Musse, S., et Nixon, S. A. (2020). Enabling access to rehabilitation in acute care: Exploring physiotherapists' and occupational therapists' perspectives on patient care when assistants become the primary therapy providers. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 72(2), 169–176. <https://doi.org/10.3138/ptc-2018-0073>
- Brousselle, A., Contandriopoulos, D., Haggerty, J., Breton, M., Rivard, M., Beaulieu, M. D., Champagne, G., et Perroux, M. (2018). Stakeholder views on solutions to improve health system performance. *Healthcare Policy*, 14(1), 71–85.
<https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25547>
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, et Instituts de recherche en santé du Canada. (2022). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC 2, 2022)*. Gouvernement du Canada.
<https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2022-fr.pdf>
- Cox, R. J., Mills, V. J., Fleming, J., et Nalder, E. (2014). Implementation of an advanced occupational therapy assistant-led groups programme in aged care rehabilitation.

- Australian Occupational Therapy Journal*, 61(3), 187–193.
<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12105>
- Diamant, R., Pitonyak, J. S., Corsilles-Sy, C., et James, A. B. (2018). Examining Intraprofessional Competencies for Occupational Therapist and Occupational Therapy Assistant Collaboration. *Occupational therapy in health care*, 32(4), 325–340.
<https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1465211>
- Gouvernement du Québec. (2024, 7 novembre). Avancées du Plan santé - Vers un accès aux soins de santé pour les 8,5 millions de Québécois.
<https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/avancees-du-plan-sante-vers-un-acces-aux-soins-de-sante-pour-les-85-millions-de-quebecois-59386>
- Guay, M. (2012). Enjeux entourant la participation du personnel auxiliaire aux services d'ergothérapie. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 79(2), 108–119.
<https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.2.6>
- Hall, K., Maxwell, L., Cobb, R., Steele, M., Chambers, R., Roll, M., Bell, S. C., et Kuys, S. (2021). Physiotherapy service provision in a specialist adult cystic fibrosis service: A pre-post design study with the inclusion of an allied health assistant. *Chronic Respiratory Disease*, 18, 1–10. <https://doi.org/10.1177/14799731211017895>
- Institut du Québec. (2022). *Bilan 2021 de l'emploi au Québec. Transformations sectorielles et déficit de compétences en vue*. Institut du Québec. <https://institutduquebec.ca/wp-content/uploads/2022/02/202102-IDQ-BILANEMPLOI2021.pdf>
- Isbel, S., Pearce, C., et Kohlhagen, L. (2014). An allied health assistant helps reduce difficulties faced by older people when returning home from hospital. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 9(2), 41–48.
- Johnson, A., Piernik-Yoder, B., et Wilson-Alston, A. (2019). Value of Occupational Therapy Assistant Education to the Profession. *American Journal of Occupational Therapy*, 73, 1–3.
- King, O. A., Pinson, J. A., Dennett, A., Williams, C., Davis, A., et Snowdon, D. A. (2022). Allied health assistants' perspectives of their role in healthcare settings: A qualitative study. *Health & social care in the community*, 30(6), e4684–e4693.
<https://doi.org/10.1111/hsc.13874>
- Lizarondo, L., Kumar, S., Hyde, L., et Skidmore, D. (2010). Allied health assistants and what they do: A systematic review of the literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 3, 143–153. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S12106>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *La fierté de vieillir : Plan d'action gouvernemental 2024-2029*. Gouvernement du Québec.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Plan stratégique 2023-2027*. Gouvernement du Québec. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn->

contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_23-717-01W_MSSS.pdf

- Nancarrow, S., et Mackey, H. (2005). The introduction and evaluation of an occupational therapy assistant practitioner. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 293–301. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2005.00531.x>
- Occupational Therapist Assistant and Physiotherapist Assistant Education Accreditation Program. (s.d.). *Affiliated education programs*. Occupational Therapist Assistant and Physiotherapist Assistant Education Accreditation Program. <https://otapta.ca/english/accreditation/affiliated-education-programs.php>
- Occupational Therapy Australia. (2015). *The role of allied health assistants in supporting occupational therapy practice*. Occupational Therapy Australia. <https://otaus.com.au/publicassets/b3ca7880-2703-e911-a2c2-b75c2fd918c5/The%20role%20of%20Allied%20Health%20Assistants%20in%20Supporting%20Occupational%20Therapy%20Practice.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). *S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé*. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250100/9789242511307-fre.pdf?sequence=3>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020, 9 décembre). *L'OMS révèle les principales causes de décès et d'incapacité dans le monde entre 2000 et 2019*. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022, 8 juin). *Troubles mentaux*. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organisation mondiale de la Santé. (2024, 1 octobre). *Vieillesse et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Polatajko, H.J., Craik J., et Davis, J.(2013a). Chapitre 10. Employer le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) : déployer le processus. Dans E. Townsend et H. Polatajko. *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. (2e éd.). versions française traduit par N. Cantin. Ottawa , ON : CAOT publications ACE. pp.269-289
- Polatajko, H.J., Craik J., et Davis, J.(2013b). Chapitre 9. Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP). Dans E. Townsend et H. Polatajko. *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. (2e éd.). versions française traduit par N. Cantin. Ottawa , ON : CAOT publications ACE. pp.269-289
- Snowdon, D. A., Vincent, P., Callisaya, M. L., Collyer, T. A., Bruscoe, N. K., Wang, Y. T., et Taylor, N. F. (2024). Allied health assistant management of people with hip fracture is feasible and may improve patient adherence to hip fracture mobilisation

guidelines: A feasibility randomised controlled trial. *Physiotherapy*, 124, 51–64.
<https://doi.org/10.1016/j.physio.2024.01.00>

Stanmore, E., et Waterman, H. (2007). Crossing professional and organizational boundaries: The implementation of generic rehabilitation assistants within three organizations in the northwest of England. *Disability and Rehabilitation*, 29(9), 751–759.
<https://doi.org/10.1080/09638280600902836>

Tremblay, L. (2005). *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie – Lignes directrices*. Ordre des ergothérapeutes du Québec.
<https://www.oeq.org/DATA/NORME/35~v~pne-ld.pdf>

World Health Organization. (2023). *Strengthening rehabilitation in health systems (WHA76.6, Agenda item 13.4)*. Seventy-sixth World Health Assembly.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R6-en.pdf

World Health Organization. (s.d.). *Initiative Réadaptation 2030*.
<https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>

ANNEXE A

GUIDE D'ENTREVUE POUR LE GROUPE DE DISCUSSION

Durée totale : 60 minutes

Introduction : Présentation de l'animateur; explication du déroulement de la rencontre; notions de confidentialité et consentement; explication des droits des participants; rappel des objectifs de l'étude.

Informations sur les experts

- Dans quel milieu de pratique travaillez-vous actuellement ?
- Depuis combien d'années pratiquez-vous en tant qu'ergothérapeute ?
- Avez-vous déjà travaillé avec du personnel non-ergothérapeute (PNE) dans votre pratique ?

Questions pour la discussion

- 1) **Comment percevez-vous l'intégration du personnel non-ergothérapeute (PNE) dans la pratique de l'ergothérapie au Québec ?**
 - a) Quels sont les rôles qu'ils occupent actuellement sur le terrain ou pourraient occuper dans la pratique (expansion du rôle) ?
 - b) En quoi leur présence influence-t-elle la pratique pour chaque niveau dans le MCPP?
 - c) Comment l'intégration du PNE pourrait-elle contribuer à répondre aux défis actuels du système de santé québécois ?
- 2) **Quels sont les principaux bénéfices et défis liés à l'intégration du PNE dans la pratique de l'ergothérapie ?**
 - a) Comment cela pourrait-il améliorer les services offerts?
 - b) Quels enjeux ou limites identifiez-vous quant à leur intégration ?
- 3) **Quels sont les éléments facilitant ou les obstacles de l'intégration du PNE dans la pratique professionnelle ?**
 - a) Quels sont les facteurs organisationnels qui influencent cette intégration ?
 - b) Quels ajustements seraient nécessaires pour optimiser leur utilisation dans la pratique ?
 - c) Quelles compétences spécifiques/formations devraient être développées chez ces professionnels ?

Conclusion : Mot de la fin, questions, remerciements.