

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

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

PAR  
VÉRONIQUE TREMBLAY

ÉTUDE EXPLORATOIRE DES RÉPERCUSSIONS DE LA RESTRUCTURATION DU  
RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX SUR LA PRATIQUE CENTRÉE  
SUR LA PERSONNE D'ERGOTHÉRAPEUTES QUÉBÉCOIS

DÉCEMBRE 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

## REMERCIEMENTS

Ce projet de recherche n'aurait jamais pu se réaliser sans l'implication de plusieurs personnes. Il est important pour moi que chacune d'entre elles sache à quel point elle m'a été d'un support et d'une aide indispensables.

Tout d'abord, la première personne dont je tiens sincèrement à remercier est ma superviseuse d'essai, Mme Martine Brousseau. Il est évident que sans elle, ce projet n'aurait pas vu le jour, surtout qu'il est né d'un échange passionnant avec cette dernière. Sa motivation, son engouement face à mon projet ainsi que ses précieux commentaires constructifs, à chaque étape, m'ont permis de réaliser avec détermination cette étude exploratoire. Cette initiation à la recherche est gravée à tout jamais dans ma mémoire, même qu'une envie de poursuivre en recherche dans les années futures est désormais présente en moi, et ce, en partie grâce à elle. Aussi, je tiens à la remercier une fois de plus, tout comme mes collègues de classe lors des séminaires, de m'avoir aidé à bonifier mes réflexions. Ceci a grandement contribué à la qualité de ce projet.

Également, je remercie tous les ergothérapeutes québécois qui ont donné de leur temps pour participer à cette recherche. Sans ce nombre élevé de répondants, je ne serais jamais arrivée à obtenir des résultats aussi intéressants et tirer des conclusions aussi riches. D'ailleurs, votre participation démontre que la pratique centrée sur la personne vous tient énormément à cœur et c'est inspirant pour la future ergothérapeute que je suis.

Annie Carrier, ergothérapeute et professeure au programme d'ergothérapie de l'Université de Sherbrooke, est aussi l'une de ces personnes dont je souhaite sincèrement remercier. Son intérêt envers mon projet et ses commentaires enrichissants m'ont permis de rehausser la qualité de cette recherche. Finalement, je souhaite remercier du plus profond de mon cœur les gens qui m'entourent, ces précieuses personnes que j'aime tant, qui m'ont supporté tout au long de mon parcours universitaire et qui me supporteront toujours : mes parents, mon amoureux et mes plus que parfaites amies.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
TABLE DES MATIÈRES .....	iii
LISTE DES FIGURES .....	vi
LISTE DES TABLEAUX .....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	viii
RÉSUMÉ .....	ix
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1 Réformes du système de santé québécois depuis 1980 .....	2
2.2 La réforme Barrette .....	3
2.3 Les réformes de santé et l’ergothérapie.....	4
2.4 Les meilleures pratiques en ergothérapie.....	6
2.5 Les barrières à l’application de l’approche centrée sur la personne .....	8
2.6 Les compétences des ergothérapeutes.....	11
2.7 Constats et pertinence du sujet de recherche .....	11
2.8 Objectif et question de recherche .....	12
3. CADRE CONCEPTUEL.....	13
3.1 Les fondements théoriques de la pratique centrée sur la personne.....	13
3.1.1 Historique .....	13
3.1.2 Principes de la pratique centrée sur la personne .....	15
3.2 Les compétences professionnelles des ergothérapeutes.....	17
3.2.1 La pratique centrée sur la personne inhérente à certaines compétences du Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada.....	18
3.2.2 La pratique centrée sur la personne inhérente à certaines compétences du Référentiel de compétences lié à l’exercice de la profession d’ergothérapeute au Québec .....	19

3.2.3	Modèle canadien du processus de pratique .....	20
4.	MÉTHODE .....	22
4.1	Devis .....	22
4.2	Échantillonnage .....	22
4.3	Méthode de collecte des données .....	23
4.4	Analyse des données .....	25
4.5	Considérations éthiques .....	26
5	RÉSULTATS .....	27
5.1	Répondants.....	27
5.2	Perception des répondants de la pratique en ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux.....	28
5.2.1	Exemples de nouveaux rôles adoptés dans la pratique depuis la restructuration .....	30
5.3	Perception de la pratique centrée sur la personne .....	31
5.3.1	Perception des répondants de leur pratique centrée sur la personne.....	31
5.3.2	Représentation de la pratique centrée sur la personne.....	34
5.3.3	Exemples cliniques de pratique centrée sur la personne.....	37
5.3.4	Perception de l'importance accordée aux éléments de la pratique centrée sur la personne.....	39
5.3.5	Perception de la facilité à mettre en pratique les éléments de la pratique centrée sur la personne .....	41
5.3.6	Comparaison de l'importance et de la facilité à mettre en pratique les éléments de la pratique centrée sur la personne .....	43
5.4	Comparaison des résultats entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise .....	45
5.4.1	Perception de la pratique de l'ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux .....	46
5.4.2	Perception de l'importance accordée aux éléments de la pratique centrée sur la personne.....	47
5.4.3	Perception de la facilité à mettre en pratique les éléments de la pratique centrée sur la personne .....	49
6	DISCUSSION.....	51
6.1	Perception de la pratique en ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux .....	51

6.2 Perception des ergothérapeutes quant à l'application des principes de la pratique centrée sur la personne.....	53
6.2.1 Justification de l'application des principes de la pratique centrée sur la personne.....	53
6.2.2 Les représentations de la pratique centrée sur la personne des répondants.....	54
6.3 Application des principes de la pratique centrée sur la personne chez les ergothérapeutes québécois dans le contexte actuel.....	55
6.3.1 Les compétences professionnelles des ergothérapeutes.....	57
6.4 Les différences entre les ergothérapeutes bacheliers et ceux détenteurs d'une maîtrise.....	58
6.4.1 Perception de la pratique de l'ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux .....	59
6.4.2 Perception de l'importance accordée aux principes de la pratique centrée sur la personne .....	59
6.4.3 Perception de la facilité à mettre en pratique les principes de la pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel.....	60
6.5 Forces et limites de l'étude.....	60
7 CONCLUSION .....	62
RÉFÉRENCES .....	64
ANNEXE A .....	69

## LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Perception de la pratique en ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux.....	29
Figure 2.	Perception de l'importance accordée aux éléments de la pratique centrée sur la personne .....	40
Figure 3.	Perception de la facilité à mettre en pratique les éléments de la pratique centrée sur la personne .....	42

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Région d'exercice, établissement d'exercice, population desservie et clientèle principale des répondants.....	28
Tableau 2.	Représentation de la pratique centrée sur la personne grâce aux thèmes ressortis de l'analyse de contenu des verbatim des répondants.....	34
Tableau 3.	Exemples de pratique centrée sur la personne des répondants grâce aux thèmes ressortis de l'analyse de contenu des verbatim .....	37
Tableau 4.	Comparaison entre l'importance accordée aux éléments de la pratique centrée sur la personne et la facilité à les mettre en pratique .....	43
Tableau 5.	Comparaison de la perception des répercussions de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise .....	46
Tableau 6.	Comparaison de la perception de l'importance accordée aux éléments de la pratique centrée sur la personne entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise .....	48
Tableau 7.	Comparaison de la perception de la facilité à mettre en pratique les éléments de la pratique centrée sur la personne entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise.....	49



## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
APTS	Alliance du personnel technique et professionnel de la santé et des services sociaux
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSS	Coalition solidarité santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CISSS	Centre intégré de services de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de services de santé et de services sociaux
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
MCP	Modèle canadien du processus de pratique
MCRO	Mesure canadienne du rendement occupationnel
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
RLS	Réseaux locaux de services

## RÉSUMÉ

**Problématique :** Peu d'études empiriques ont étudié l'impact d'une restructuration sur la pratique des ergothérapeutes québécois à l'exception de l'étude de Marazzani et Brousseau (2001) qui indique que les situations nouvelles engendrées par la restructuration d'alors représentent autant des obstacles que des opportunités de faire valoir la plus-value de la profession. Concernant la dernière restructuration du système de santé québécois, les résultats du sondage de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) sur la santé mentale des travailleurs sont inquiétants (APTS, 2017). D'ailleurs, avant sa mise en place, des recommandations avaient été émises par différents ordres professionnels, dont l'ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), à la Commission de la santé et des services sociaux concernant le déploiement des meilleures pratiques des professionnels de la santé (Mémoire interordres, 2014). En ergothérapie, les meilleures pratiques reposent sur les fondements théoriques de la profession, dont la pratique centrée sur la personne et le déploiement des compétences professionnelles (Townsend et Polatajko, 2013). **Objectif :** L'objectif de cette étude est de décrire la perception des répercussions de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sur la pratique centrée sur la personne d'ergothérapeutes québécois. **Cadre conceptuel :** La pratique centrée sur la personne repose sur des notions soit : le partenariat thérapeutique, l'autonomie décisionnelle, le respect de la personne, la congruence contextuelle ainsi que l'habilitation aux occupations (Sumsion, 1993 ; Law, Baptiste et Mills, 1995 ; Townsend et Polatajko, 2013). De plus, les compétences professionnelles nécessaires à cette pratique se déploient dans le cadre de la démarche clinique telle qu'abordée par le Modèle canadien du processus de pratique. **Méthode :** Une étude exploratoire descriptive mixte a été réalisée via un sondage à l'aide d'un questionnaire électronique autoadministré. Les méthodes d'échantillonnage non probabilistes par réseau et de convenance ont été utilisées. Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu et les données quantitatives d'analyse de fréquence. **Résultats :** Les résultats de 108 ergothérapeutes québécois, âgés entre 25 et 56 ans, ont été retenus à des fins d'analyse. Depuis la restructuration du réseau de la santé, les répondants sont fortement en accord qu'ils doivent évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide (52,9 %, n=57), font face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de leur programme (45,4%, n=49), sont contraints de donner des services morcelés à la clientèle (44,4 %, n=48) et font face à des incertitudes quant à leur rattachement à un programme (38,9 %, n=42). Ensuite, 25,3 % (n=24) des répondants ne considèrent pas avoir une pratique centrée sur la personne. L'analyse de contenu des justifications fait valoir la présence de contraintes à cette pratique dans les milieux. Les résultats démontrent également que les répondants estiment important d'appliquer plusieurs principes de cette pratique quoique certains ne soient pas aussi faciles à faire. Finalement, la comparaison des résultats obtenus entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise expose quelques différences entre ces deux groupes. **Discussion :** Les résultats de cette étude font valoir que, depuis la dernière restructuration, la pratique des ergothérapeutes québécois se voit transformée sous plusieurs plans. Aussi, les résultats laissent croire que les ergothérapeutes québécois sont ébranlés par la restructuration actuelle. Par ailleurs, les résultats exposent d'importants écarts entre l'importance et la facilité à appliquer les principes de la pratique centrée sur la personne. Il apparaît que certains défis à l'application de cette pratique sont davantage présents dans le contexte de la

restructuration actuelle. **Conclusion** : Les résultats invitent les ergothérapeutes québécois à se trouver des moyens pour réduire les écarts entre l'importance accordée aux principes de la pratique centrée sur la personne et la facilité à les appliquer.

**Mots-clés** : pratique centrée sur la personne, ergothérapie, perception, répercussions, restructuration, réseau de la santé et des services sociaux, Québec, ergothérapeutes québécois.

## ABSTRACT

**Background :** Few empirical studies have studied the impact of health system reorganization on occupational therapy practice in Quebec. Marazzani and Brousseau' study in 2001 indicated that such reorganization triggered new professional opportunities to promote the added value of the profession although were encountered many obstacles by occupational therapists. Survey results done by APTS (Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux) show an impact on workers mental health (APTS, 2017). Moreover, before the reorganization, recommendations had been issued by various professional bodies, including the Quebec College of Occupational Therapists (OEQ), to the Health and Social Services Commission concerning the deployment of best practices of health professionals (Mémoire interorders, 2014). The restructuration of services raised the issues if it affects occupational therapy person-centered practice. Occupational therapy best practices should be based on the theoretical foundations of the profession, including person-centered practice (Townsend and Polatajko, 2013). **Purpose :** The purpose of this study is to describe the perception of the repercussions of the health system reorganization on the person-centered practice of occupational therapists in Quebec. **Conceptual Framework :** Person-centered practice relates on concepts, such as therapeutic partnership, decision-making autonomy, respecting the person in her wishes and expectations, contextual congruence, and occupation empowerment (Sumsion, 1993; Law, Baptiste and Mills; 1995, Townsend and Polatajko 2013). In addition, the professional competencies in practice are deployed as part of the clinical process addressed by the Canadian Model Practice Process. **Method :** A mixed descriptive exploratory study was conducted via a survey using a self-administered electronic questionnaire. Non-probability network sampling and convenience methods were used. Qualitative data was subject to content analysis and quantitative data to frequency analysis. **Results :** The results of 108 occupational therapists in Quebec, aged between 25 and 56 years old, were selected for analysis. Since the health system reorganization, respondents strongly agree that they need to evaluate, intervene and transfer patients at a faster pace (52.9%, n = 57), face fluctuating organization of services within their program (45.4%, n = 49), are forced to provide fragmented services to clients (44.4%, n = 48) and face uncertainties about their attachment to a program (38.9%, n = 42). Next, 25.3% (n = 24) of respondents did not consider having a person-centered practice. The content analysis of the justifications highlights the presence of constraints to this practice in the community. The results also show that respondents feel it is important to apply several principles of this practice, although some are not as easy implement. Finally, the comparison of the results obtained between the respondents holding a bachelor's degree and those of a master's degree exposes some differences between these two groups. **Discussion :** The results of this study show that, since the last reorganization, the practice of occupational therapists in Quebec has been transformed in different ways, in the sense that occupational therapists practice in Quebec are losing their marks. At the same time, the results point out significant differences between the importance and easiness of applying principles of person-centered practice. It appears that some challenges to the application of this practice are more present in the context of the current reorganization. **Conclusion:** The results invite occupational therapists in Quebec to find ways to reduce the differences between importance given to the principles of person-centered practice and easiness of implementation of this practice, in order to maintain best practices.

**Key words** : person-centered practice, occupational therapy, perception, restructuration, impacts, health care system, Quebec, occupational therapists.

## 1 INTRODUCTION

Passionnée au départ par le concept de résilience, je me suis intéressée dans un de mes cours à la maîtrise sur les méthodes qu'un ergothérapeute peut mettre en pratique afin de favoriser l'engagement des patients dans la réadaptation, engagement étant, entre autres, une manifestation concrète de la résilience d'un patient. Dans ce même cours, la revue systématique que j'ai réalisée à ce sujet a fait ressortir la pratique centrée sur la personne tel étant un moyen de favoriser l'engagement des patients dans la réadaptation. C'est donc à ce moment que mon désir d'étudier la pratique centrée sur la personne est né.

Étant consciente des restructurations actuelles que subit le système de santé, la merveilleuse idée de questionner directement les ergothérapeutes québécois à savoir s'ils sont en mesure d'appliquer la pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel m'est venue. Ainsi, avec le précieux support de ma directrice de maîtrise, l'objectif du présent projet de recherche est de décrire la perception des ergothérapeutes québécois quant aux répercussions de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sur leur pratique centrée sur la personne.

Dans un premier temps, le présent essai détaille la problématique derrière l'objectif de recherche tout juste mentionné. Dans un second temps, les concepts à la base de cette recherche, soit les fondements théoriques de la pratique centrée sur la personne ainsi que le Modèle canadien du processus de pratique (MCP), sont présentés dans le cadre conceptuel. Dans un troisième temps, la méthode utilisée dans le cadre de cette étude sera présentée. Plus précisément, le devis de recherche, la méthode d'échantillonnage, la méthode de collecte des données, la méthode d'analyse des données et les considérations éthiques sont présentés dans cette section. Dans un quatrième temps se retrouvent les résultats de l'étude suivis de la discussion. Finalement, une brève conclusion complète l'essai.

## **2 PROBLÉMATIQUE**

Les systèmes de santé se réorganisent de façon périodique dans le but de devenir plus efficaces et ainsi réorganisent leurs services dispensés aux citoyens. Le Québec n’y échappe pas.

### **2.1 Réformes du système de santé québécois depuis 1980**

Le système de santé québécois a subi plusieurs réformes depuis la fin des années 1980, années caractérisées, entre autres, par des changements majeurs sur le plan économique (Grenier et Bourque, 2014). En effet, la crise budgétaire ainsi que la hausse des coûts reliés au système de santé ont conduit le Québec à redéfinir ses politiques publiques, y compris les services de santé et les services sociaux. Ainsi, lors de ces années, la pression exercée sur les gouvernements était très forte afin de réduire les dépenses publiques. Devant cette pression, le gouvernement du Québec a créé, en 1985, la Commission d’enquête sur les services de santé et services sociaux chargée d’évaluer le fonctionnement et le financement des services de santé et des services sociaux ainsi que de proposer des solutions (Desrosiers et Gaumer, 2004). En 1987, le rapport de la Commission Rochon est déposé proposant plusieurs modifications aux principaux problèmes du système de santé.

Plus tard, la réforme Côté est mise en place pour freiner les dépenses dans le secteur de la santé et des services sociaux visant ainsi à mettre en place un système de santé plus efficient et performant (Grenier et Bourque, 2014). Aussi nommée la réforme orientée vers le citoyen, cette dernière reprend les mêmes problèmes retrouvés dans les documents précédents, notamment le Rapport Rochon. Par conséquent, à ce moment, le ministre de la Santé présente des solutions plus précises. Son projet de Loi 120 modifie diverses dispositions législatives à portée sanitaire telles que l’implantation de 18 régies dans les régions du Québec ayant la responsabilité de la santé publique, amorçant ainsi la décentralisation du système de santé québécois.

En 2003, le nouveau ministre de la Santé d’alors amorce une restructuration majeure des structures des établissements composant le système de santé, créant 15 agences de santé régionales, un conseil régional, un centre régional, une régie régionale ainsi que 95 réseaux

locaux de services (RLS) (Grenier et Bourque, 2014). Aussi, cette réforme entraîne la fusion de la plupart des CHSLD, des CLSC et des CH de soins généraux ainsi que la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), amorçant donc le début de la centralisation du système de santé québécois.

En 2014, le ministre de la Santé met sur pied le projet Loi 10, modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé notamment par l'abolition d'un palier administratif, l'abolition des agences régionales, la fusion de 94 CSSS en 22 Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Le ministre poursuit alors la centralisation des services de santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). Ces différentes réformes depuis les années 1980 modifient grandement la structure du système de santé entraînant les travailleurs de la santé à s'y adapter.

## **2.2 La réforme Barrette**

La dernière réforme, la réforme Barrette, loin de passer inaperçue, a fait couler beaucoup d'encre. À cet égard, la Coalition solidarité santé (CSS), qui a pour mission de défendre les grands principes qui ont mené à la mise sur pied du système de santé québécois, a effectué une revue médiatique concernant le projet de Loi 10 (Coalition solidarité santé, s.d.). Cette dernière dénombre un total de 948 éditoriaux retrouvés dans les médias depuis le dépôt de ce projet de Loi. Plusieurs éditoriaux témoignent de l'impact du projet de Loi 10 sur le travail des cadres de la santé, sur le travail des infirmières ainsi que sur les services dispensés aux patients. Les inquiétudes des syndicats, l'épuisement des cadres et des infirmières, la détérioration du climat de travail sont aussi des sujets abordés dans les nombreux éditoriaux.

Par ailleurs, l'APTS, pour sa part, a dévoilé les résultats de son sondage sur la santé mentale des travailleurs de la santé à la suite de la mise en place du projet de Loi 10. Avec 32 000 membres, l'APTS est un syndicat dans le réseau public de la santé et des services sociaux représentant un bon nombre de titres d'emplois distincts, dont des ergothérapeutes (APTS, 2017). Le sondage a été réalisé avec l'aide méthodologique de chercheurs membres du groupe de Recherches sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail de l'Université Laval (APTS, 2017). Ainsi, réalisé auprès de 6980 travailleurs en novembre 2016,



les résultats du sondage montrent que 60 % des répondants vivent un niveau de détresse psychologique « élevé » ou « très élevé », 60 % disent être affectés négativement par le projet de Loi 10, 60 % disent qu'ils ont peu d'influence sur leur propre travail, 65 % disent ne pas avoir assez de temps pour effectuer leur travail et 35 % disent avoir pris au moins un jour de congé pour des raisons psychologiques au cours de la dernière année. En plus, lors de la conférence de presse pour le dévoilement des résultats du sondage précédent, une ergothérapeute témoigne de l'impact du projet de Loi 10 sur sa pratique ainsi que sur celle de ses collègues. À cet égard, cette ergothérapeute mentionne que des conséquences majeures sont survenues sur leur quotidien, leurs conditions de travail ainsi que de pratique (APTS, 2017). Elle affirme aussi que les employés sont à bout de souffle et que les gestionnaires demandent aux ergothérapeutes de tourner les coins ronds, que ce soit dans les notes de dossier ou dans les interventions. De cela, il y a lieu de se questionner à savoir quelles sont les répercussions de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sur le travail des ergothérapeutes ? À ce jour, aucune étude empirique n'aborde directement ce phénomène.

### **2.3 Les réformes de santé et l'ergothérapie**

Une recension des écrits sur les réformes de santé et l'ergothérapie a permis de répertorier quelques éditoriaux sur le sujet dont les préoccupations sont applicables au contexte québécois. En Angleterre, Fitzgerald (2014) exprime ses inquiétudes face aux nouvelles exigences de l'État en matière de rendement et de mise en service. En effet, il exprime qu'il est désormais courant que les ergothérapeutes soient isolés au sein d'équipes multidisciplinaires souvent avec des professionnels d'autres disciplines en tant que gestionnaires de ligne ou de service, entraînant une gestion locale différente ainsi qu'une variante de la pratique locale. De plus, il mentionne que les changements ont placé les thérapeutes en dehors de leurs structures professionnelles et traditionnelles de responsabilisation, de *leadership* et de supervision, les plaçant à risque d'être isolés de leur profession et de leur compréhension unique de la façon d'être un ergothérapeute. Ces exigences étant imposées par les notions d'efficacité et de responsabilité financière ont le potentiel, selon lui, d'éroder l'autonomie, l'identité professionnelle et les valeurs fondamentales des ergothérapeutes.

En plus, Braveman et Fisher (1997), aux États-Unis, laissent entrevoir que les stratégies utilisées pour répondre aux demandes de changement des modes de remboursement du système de santé ont une incidence directe sur les praticiens en ergothérapie qui sont souvent mal préparés à répondre de manière constructive aux changements. Par ailleurs, toujours dans un éditorial, Mackersy, Robertson et McKay (2003) soutiennent que les changements rapides au niveau du système de santé en Nouvelle-Zélande, au cours des dix à quinze dernières années, ont eu plusieurs répercussions sur la pratique de l'ergothérapie. Notamment en raison de la tendance actuelle à l'efficacité, les praticiens sont limités à des techniques spécifiques plutôt qu'à appliquer une approche de résolution de problèmes et ceux-ci estiment que la portée de leurs services et leur créativité sont étouffées par la demande actuelle d'être liée au coût. En plus, les auteurs suggèrent que, dans ce contexte, les ergothérapeutes doivent être en mesure de justifier les services de manière rentable.

Par ailleurs, au Québec, Marazzani et Brousseau (2001) ont étudié empiriquement les répercussions de la restructuration d'alors sur la pratique des ergothérapeutes. Ces derniers avaient pour objectifs de tracer un portrait des situations nouvelles dans lesquelles se trouvent les ergothérapeutes à la suite des changements d'alors dans le réseau de la santé et des services sociaux, de décrire l'impact de ses situations nouvelles sur la pratique actuelle et future de l'ergothérapeute et d'exposer les attentes des répondants en matière de compétences à acquérir ou à développer par les étudiants en vue de faire face aux changements pressentis et avérés. Les résultats de l'étude exploratoire réalisée auprès de 118 répondants (ergothérapeutes et représentants au sein des comités de l'OEQ), indiquent que les situations nouvelles engendrées par la restructuration représentent autant des obstacles que des opportunités de faire valoir la plus-value de la profession. Devoir évaluer, intervenir et transférer les patients à un autre service à un rythme plus rapide ainsi qu'être contraint de donner des services morcelés à la clientèle sont des répercussions sur le travail. Ces résultats font aussi valoir qu'avoir l'opportunité d'adopter de nouveaux rôles dans la pratique et démontrer l'efficacité des interventions en ergothérapie sont des effets de la réorganisation du réseau. Par ailleurs, les participants à l'étude ont identifié des besoins de formation afin d'arriver sur le marché du travail prêt à affronter des situations nécessitant des compétences, des aptitudes et des connaissances spécifiques. Ainsi, les réformes des structures de santé interpellent les ergothérapeutes dans leur pratique. La question qui se pose

est de savoir si les meilleures pratiques en ergothérapie sont toujours appliquées malgré les restructurations ?

## **2.4 Les meilleures pratiques en ergothérapie**

Le maintien des meilleures pratiques en ergothérapie fait partie de la troisième recommandation du Mémoire interordres, dont l'OEQ, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux avant la mise en place du projet de Loi 10 (Mémoire interordres, 2014). Dans ce mémoire, les différents ordres présentent et justifient leurs craintes quant à la mise sur pied de la Loi 10. Ce document montre donc que ces différents ordres avaient déjà des appréhensions concernant le projet de Loi 10, quoique les impacts sur les services qu'ils dispensent aux citoyens québécois fussent difficiles à anticiper. Pour répondre à ces craintes, les cinq recommandations suivantes ont été émises dans le mémoire adressé au Gouvernement avant la mise en place du projet de Loi 10 :

1. que le type et le niveau d'encadrement permettant l'encadrement qualitatif des soins et des services ne soient pas amoindris par les modifications envisagées dans le Projet de loi no 10;
2. que l'élargissement des territoires correspondant aux instances décisionnelles ne se fasse pas au détriment de la considération du contexte local;
3. que les modifications structurales apportées par le Projet de loi no 10 ne constituent pas une entrave au soutien et au développement des pratiques interprofessionnelles ni à l'adoption des meilleures pratiques;
4. que l'élimination d'instances décisionnelles telles que les conseils d'administration sous régionaux ne résulte pas en une concentration en des lieux réduits où l'équilibre des différentes missions du réseau ne serait plus assuré;
5. que les modifications ne viennent pas compromettre la réalisation de la mission académique du réseau.

En effet, la troisième recommandation du présent Mémoire interordres attire plus particulièrement l'attention. Tel que mentionné ci-haut, cette dernière s'intéresse au déploiement des meilleures pratiques des professionnels de la santé. En ce qui concerne les ergothérapeutes, une recension des études empiriques de la description de leur pratique fait valoir que peu d'études ont abordé ce phénomène.

À ce titre, l'étude de Simard et Brousseau (2017), réalisée auprès de 27 ergothérapeutes récemment diplômés, décrit en partie la perception de la pratique des ergothérapeutes détenteurs

d'une maîtrise en explicitant le déploiement des compétences professionnelles. Les résultats de cette étude exposent que les répondants nouvellement détenteurs d'une maîtrise ont généralement une perception positive du déploiement de leurs compétences dans leur pratique clinique de l'ergothérapie. D'ailleurs, une autre étude décrivant la pratique d'ergothérapeutes détenteurs d'une maîtrise est en cours (Rachette, Thomas, Brousseau, Vachon et Bourget) (communication avec les auteurs). Toutefois, aucun résultat n'est présentement disponible.

D'autre part, considérant que les valeurs à la base d'une profession constituent son identité (Drolet, 2014a ; Drolet, 2014b), Drolet et Désormeaux-Moreau (2014c), ont produit une forme de description de la pratique quand elles ont étudié les valeurs des ergothérapeutes dans leur pratique. En effet, réalisée auprès de 26 ergothérapeutes formés et travaillant au Québec, les résultats de leur étude font valoir que 88,5 % des répondants considèrent que la pratique centrée sur la personne est une valeur très importante.

Par ailleurs, réalisée auprès de dix ergothérapeutes et de 12 informateurs-clés recrutés dans trois CSSS québécois, l'étude de Carrier, Levasseur, Freeman et Desrosiers (2016) avait pour objectif d'explorer comment la reddition de compte et l'optimisation de la performance sont impliquées dans le raisonnement clinique des ergothérapeutes au soutien à domicile via une ethnographie institutionnelle. Les résultats de cette étude exposent que le volume d'activités détermine la performance et, de cette façon, le raisonnement clinique des ergothérapeutes se structure en cohérence avec cette vision. Ainsi, les mécanismes de reddition de compte et d'optimisation de la performance « organisent le discours et les actions des ergothérapeutes et contribuent à une restriction de leurs évaluations et de leurs interventions auprès des patients vivant à domicile, qui est peu compatible avec la vision holistique et centrée sur le patient de la profession » (p.779). En somme, les résultats de cette étude laissent croire que le contexte dans lequel évolue un ergothérapeute a le potentiel d'influencer sa pratique.

Polatajko et Davis (2012), quant à elles, avaient aussi déploré le fait qu'il y ait très peu ou presque pas d'études empiriques décrivant la pratique des ergothérapeutes basée sur les fondements théoriques en ergothérapie. À ce sujet, en ergothérapie, les meilleures pratiques reposent sur les fondements théoriques de la profession, entre autres, la pratique centrée sur la personne à la base de la pratique fondée sur les occupations et le déploiement des compétences

professionnelles, comme le font valoir les neuvièmes lignes directrices canadiennes (Townsend et al., 2013, p.109). En ce qui concerne la pratique centrée sur la personne, le Référentiel de compétences de l'OEQ stipule que la conduite d'un processus d'intervention doit être réalisée en adoptant une approche clinique centrée sur la personne (OEQ, 2010). Aussi, la pratique centrée sur la personne est inhérente au déploiement des compétences professionnelles présentées dans le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012). Ainsi, il y a donc lieu de se questionner à savoir si les meilleures pratiques en ergothérapie, principalement la pratique centrée sur la personne, sont ébranlées par la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux.

La revue systématique de Rathert, Wyrwich et Boren (2013) sur les effets de la pratique centrée sur la personne a montré des évidences élevées quant à la satisfaction des personnes à l'égard des soins reçus ainsi que quant à l'autogestion de ces dernières. En plus, l'étude de Lequerica, Donnel et Tate (2009) réalisée auprès 199 ergothérapeutes et physiothérapeutes avait pour objectif d'explorer les construits de l'engagement des personnes qui reçoivent des soins. Les résultats de cette dernière font valoir plusieurs principes de la pratique centrée sur la personne (utiliser des modalités thérapeutiques significatives et agréables, fournir de l'éducation, construire une alliance thérapeutique, favoriser l'*empowerment*, impliquer les proches pendant le processus, permettre la flexibilité) tels étant des éléments facilitant l'engagement des personnes dans leurs soins. Par contre, malgré les effets désirables de la pratique centrée sur la personne, quelques études ont montré qu'il existe des barrières à son application, ce qui fera l'objet de la section suivante.

## **2.5 Les barrières à l'actualisation de l'approche centrée sur la personne**

Les défis à l'application de la pratique centrée sur la personne ont fait l'objet de quelques études (Sumsion et Smyth, 2000 ; Wilkins, Pollock, Rochon et Law, 2001 ; Wressle et Samuelsson, 2004 ; Sumsion et Lencucha, 2007 ; Krizaj et Hurst, 2012 ; De Haerne, 2016, Che Chaud, Judd, Yau, et Barnet, 2016). En effet, Wilkins, Pollock, Rochon et Law (2001) ont exposé les défis à l'implantation de la pratique centrée sur la personne par des données recueillies dans trois études qualitatives ayant eu recours à un échantillon de convenance. La première étude utilisée a été réalisée auprès de 13 administrateurs de services provenant de sept centres de

réadaptation pour enfants dans le but de documenter leur perspective quant à la pratique centrée sur la famille ainsi que pour identifier les défis à cette dernière. La deuxième étude a été réalisée auprès de dix ergothérapeutes du milieu communautaire afin de documenter la philosophie mise de l'avant par ces derniers ainsi que le niveau de confort de leur utilisation de la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO). Enfin, la troisième étude, réalisée auprès de neuf ergothérapeutes travaillant dans un établissement fournissant divers niveaux de soins pour des personnes âgées, avait pour objectif d'analyser le processus d'implantation de la MCRO. Ainsi, les auteurs rapportent trois types de défis soit les défis au niveau du client, les défis au niveau du thérapeute ainsi que les défis au niveau du système. L'analyse des résultats des trois études tout juste présentées fait valoir que les contraintes en matière de temps représentent une barrière significative à l'implantation de la pratique centrée sur la personne au niveau du système. Les politiques et les structures établies dans l'organisation limitent aussi les ergothérapeutes à appliquer cette pratique au niveau du système. Par ailleurs, la compréhension de ce qu'est la pratique centrée sur la personne ainsi que les enjeux liés au partage du pouvoir dans le processus thérapeutique sont des défis ressortis au niveau du thérapeute. Enfin, les auteurs exposent que certaines contraintes viennent aussi des clients eux-mêmes.

Par ailleurs, l'étude exploratoire réalisée par De Haerne (2016), auprès de 130 ergothérapeutes français, avait pour objectif de décrire comment l'approche centrée sur la personne est perçue par ces derniers. Les résultats de l'étude font valoir que 80,0 % des répondants français considèrent avoir une pratique centrée sur la personne. De plus, les résultats de l'étude exposent que les répondants ont le souci de mettre en pratique plusieurs principes de la pratique centrée sur la personne. Plus de 90,0 % des répondants estiment qu'il est extrêmement, très ou assez important d'établir conjointement les objectifs avec la personne, de prendre en considération ses activités significatives dans l'établissement du plan d'intervention, d'écouter activement cette dernière, d'établir une alliance thérapeutique avec elle, de supporter et d'encourager son engagement pendant tout le processus ergothérapeutique et, enfin, que cette dernière ait un rôle actif. Toutefois, les résultats dévoilent que les participants ont de la difficulté à mettre en pratique certains principes de la pratique centrée sur la personne, entre autres, que la personne concernée établisse elle-même ses objectifs (écart de 57,8 entre l'importance accordée et la facilité à appliquer), que les proches soient impliqués pendant le processus ergothérapeutique

(écart de 36,5), que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions (écart de 29,1), que les occupations significatives du patient soient prises en considération lors du choix des modalités thérapeutiques (écart de 18,0) et que le patient soit questionné quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs (écart de 10,2). De cela, certains obstacles nommés par les répondants justifient l'écart entre l'importance accordée aux principes de la pratique centrée sur la personne et la facilité à appliquer ces principes tels que l'organisation des soins basés sur les déficits et la récupération des fonctions, le manque de ressources matérielles, humaines et financières ainsi que la perception de manquer de temps pour réaliser des évaluations écologiques.

De plus, l'étude de Chaud, Judd, Yau, et Barnet (2016), réalisée en Malaisie auprès de 15 ergothérapeutes, avait pour objectif d'identifier les défis à l'application de la pratique basée sur les occupations. Dans un premier temps, via une méthode Delphi, les ergothérapeutes participants étaient invités à lister des barrières à cette pratique. Dans un second ainsi qu'un troisième temps, ces derniers étaient invités à classer les barrières ressorties en ordre d'accord. De cela, les résultats de l'étude ont fait ressortir cinq catégories de défis à la pratique basée sur les occupations soit : les facteurs du client, les facteurs de l'ergothérapeute, les facteurs contextuels, l'occupation telle une modalité d'intervention ainsi que les problèmes logistiques. Ainsi, au niveau du client, le fait qu'une personne ne valorise pas l'indépendance dans la vie de tous les jours représente un défi à cette pratique. Dans le même ordre d'idées, la compréhension du client de son processus de soins s'apparente aussi à un défi au niveau du client. En plus, un ergothérapeute qui utilise rarement la pratique centrée sur la personne dans sa pratique clinique ou encore qui n'est pas suffisamment qualifié et préparé à appliquer la pratique basée sur les occupations représentent des facteurs lui appartenant. Par ailleurs, la bureaucratie et les différences de pouvoir entre les professions en santé représentent des facteurs contextuels. Aussi, les preuves limitées sur l'efficacité de la pratique basée sur les occupations ainsi que l'utilité moindre de cette pratique dans un établissement de soins aigus représentent des défis s'apparentant à la catégorie suivante : l'occupation telle une modalité d'intervention. Enfin, concernant les problèmes logistiques, la difficulté de fournir un contexte et un environnement similaires dans lesquels les occupations ont lieu ainsi que la difficulté de documenter et de reporter les interventions basées sur les occupations représentent des barrières à la pratique basée

sur les occupations.

Compte tenu de l'importance de la pratique centrée sur la personne en ergothérapie, il y a lieu de s'interroger si les répercussions de la réorganisation du système de santé surajoutent aux obstacles à cette pratique tel que le montrent les études recensées précédemment.

## **2.6 Les compétences des ergothérapeutes**

Les référentiels de compétences des ergothérapeutes (ACE, 2012 ; OEQ, 2010) laissent croire que les ergothérapeutes sont outillés pour travailler dans un contexte organisationnel changeant du réseau de la santé. C'était d'ailleurs un des objectifs du rehaussement de la formation à la maîtrise qu'avaient proposé Horth et Arsenault (2002) dans leur analyse documentaire à propos de la scolarité utile pour exercer la profession d'ergothérapeute au Québec. Les résultats de leur analyse documentaire exposent aussi d'autres objectifs du rehaussement à la maîtrise soient, entre autres, que les ergothérapeutes :

- feront preuve d'une grande autonomie et d'une solide identité professionnelle,
- auront une pratique fondée sur des données probantes et seront capables de justifier leurs interventions et d'expliquer leur démarche thérapeutique,
- seront capables de démontrer la pertinence de l'ergothérapie par rapport à une problématique précise,
- seront capables d'adapter leur pratique en fonction de contraintes diverses,
- feront preuve d'efficience en utilisant un minimum de ressources tout en obtenant un maximum de résultats,
- seront aptes à remplir une diversité de rôles,
- seront mieux préparés à travailler efficacement à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire,
- auront une meilleure connaissance de la structure du réseau de la santé et des services sociaux.

## **2.7 Constats et pertinence du sujet de recherche**

En somme, à la suite de la recension des écrits, il est possible d'effectuer les constats suivants :

- La réforme actuelle du système de santé québécois fait des remous en se fiant aux nombreux éditoriaux ;
- La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux a un impact sur la santé psychologique des travailleurs selon l'étude de l'APTS en 2017 ;



- Certains auteurs (Braveman et Fisher, 1997 ; Mackersy, Robertson et McKay, 2003 ; Fitzgerald, 2014) affirment que les réformes des systèmes de santé ont des répercussions sur la profession d'ergothérapeute. Or, peu d'études empiriques se sont intéressées à cette problématique ;
- Le contexte dans lequel travaillent les ergothérapeutes a le potentiel d'influencer leur pratique (Carrier, Levasseur, Freeman et Desrosiers, 2017) ;
- Au Québec, une étude réalisée en 2001 montre que la réforme d'alors a eu des répercussions autant positives que négatives sur le travail des ergothérapeutes ;
- La pratique centrée sur la personne est au cœur des meilleures pratiques en ergothérapie ;
- Malgré les effets bénéfiques de la pratique centrée sur la personne, plusieurs études exposent les obstacles à son application (Wilkins, Pollock, Rochon et Law, 2001 ; De Haerne, 2016) ;
- Il y a lieu de croire que les compétences des ergothérapeutes les outillent à actualiser les meilleures pratiques dans le contexte actuel québécois du réseau de la santé et des services sociaux.

Il apparaît donc pertinent d'étudier empiriquement les répercussions de la restructuration actuelle des services de santé et des services sociaux et de vérifier si cette dernière affecte la pratique centrée sur la personne d'ergothérapeutes québécois.

## **2.8 Objectif et question de recherche**

L'objectif du présent projet est de décrire les perceptions d'ergothérapeutes québécois quant aux répercussions des restructurations du réseau de la santé et des services sociaux sur leur pratique centrée sur la personne afin de répondre à la question suivante : « En quoi la restructuration des services de santé actuelle affecte-t-elle, si elle l'affecte, la pratique centrée sur la personne d'ergothérapeutes québécois ? »

### **3 CADRE CONCEPTUEL**

La section suivante a pour objectif de définir les concepts centraux de la présente étude qui reposent sur les meilleures pratiques de la profession d'ergothérapie, entre autres les fondements théoriques de la pratique centrée sur la personne ainsi que les compétences professionnelles des ergothérapeutes. Tout d'abord, la pratique centrée sur la personne mise de l'avant en ergothérapie sera définie et ses principes fondamentaux seront détaillés. Ensuite, les compétences professionnelles inhérentes à la pratique centrée sur la personne seront exposées. Enfin, le contexte sociétal ainsi que le contexte de pratique dans lesquels s'actualise la pratique centrée sur la personne seront présentés.

#### **3.1 Les fondements théoriques de la pratique centrée sur la personne**

L'introduction du concept de pratique centrée sur la personne remonte à 1983 dans les premières lignes directrices de l'ergothérapie au Canada (ACE, 1983). Depuis ces années, la profession d'ergothérapie au Canada proclame son allégeance à la pratique centrée sur la personne. Par contre, c'est uniquement en 1995 que la première définition de la pratique centrée sur la personne est apparue au Canada, définition qui a évolué et changé depuis ce temps (Law, Baptiste et Mills, 1995; Hammell, 2013).

##### **3.1.1 Historique**

Il existe plusieurs définitions du concept de la pratique centrée sur la personne en ergothérapie. À ce sujet, en 1995, Law, Baptiste et Mills avaient pour objectif de définir et de discuter des concepts fondamentaux de cette pratique. En utilisant la description des concepts discutés dans leur article, les auteurs ont élaboré la définition suivante de la pratique centrée sur la personne en ergothérapie :

La pratique centrée sur le client est une approche de l'ergothérapie qui embrasse une philosophie de respect et de partenariat avec les personnes recevant des soins. La pratique centrée sur le client reconnaît l'autonomie des individus, la nécessité des choix du client dans les décisions concernant ses besoins occupationnels, les forces que ce dernier apporte à la thérapie, les avantages du partenariat client-thérapeute ainsi que la nécessité de s'assurer que les services

sont accessibles et correspondent au contexte dans lequel le client vit (traduction libre, p.253).

L'Association canadienne des ergothérapeutes (1997), quant à elle, définit la pratique centrée sur la personne telle une approche collaborative par laquelle les ergothérapeutes démontrent du respect pour les clients, les impliquent dans la prise de décision, plaident avec et pour eux afin de satisfaire leurs besoins et, autrement, reconnaissent l'expérience et les connaissances de ces derniers (traduction libre).

Par ailleurs, l'étude exploratoire de Sumsion (2000), réalisée auprès de 67 ergothérapeutes britanniques, avait pour objectif, par l'entremise de groupes de discussion, d'élaborer une définition révisée de la pratique centrée sur la personne en ergothérapie. Validée à la suite de six révisions avec les membres du *Council of the College of Occupational Therapist*, la définition finale est :

La pratique centrée sur le client en ergothérapie se définit tel un partenariat entre le client et le thérapeute permettant au client de s'engager dans des performances fonctionnelles ainsi que de remplir ses rôles occupationnels dans une variété d'environnements. Dans cette approche, le client participe activement à la négociation des objectifs, lesquels sont prioritaires et au coeur des évaluations et des interventions. Aussi, tout au long du processus, le thérapeute écoute et respecte les valeurs du client, adapte les interventions aux besoins de ce dernier et lui permet de prendre des décisions éclairées (traduction libre, p.308).

En 2002, dans *Promouvoir l'occupation, une perspective de l'ergothérapie*, la pratique centrée sur la personne incorpore l'habilitation aux occupations:

[...] les approches collaboratives visant à habiliter à l'occupation les clients (des personnes, des groupes, des organismes, des gouvernements, des associations ou autres). Les ergothérapeutes respectent les clients et les invitent à participer à la prise de décisions, revendiquent leurs droits – avec eux et pour eux – dans le but de répondre à leurs besoins ou de reconnaître leurs expériences et leurs connaissances (ACE, 2002, p.180).

Par conséquent, les éléments inclus dans les différentes définitions de la pratique centrée sur la personne interpellent des principes communs qui lui sont inhérents. Ainsi, la pratique centrée sur la personne s'appuie sur des principes qui seront abordés dans la section suivante.

### **3.1.2 Principes de la pratique centrée sur la personne**

Les principes inhérents à la pratique centrée sur la personne sont, entre autres, le partenariat thérapeutique, l'autonomie décisionnelle, le respect de la personne, la congruence contextuelle ainsi que l'habilitation aux occupations. Ces derniers seront détaillés dans la section qui suit, et ce, pour favoriser la compréhension du concept de la pratique centrée sur la personne.

#### *3.1.2.1 Partenariat thérapeutique*

Le partenariat thérapeutique correspond à une relation égalitaire entre la personne recevant des soins ainsi que l'ergothérapeute et s'éloigne de l'autoritarisme (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998; Sumsion, 1993). Selon l'Office québécois de la langue française (2010), le concept de partenariat se définit telle une forme de coopération entre deux ou plusieurs organisations dans le but de réaliser un projet par la mise en commun de moyens matériels, intellectuels, humains ou financiers. Ainsi, si l'on fait référence à la pratique centrée sur la personne, la personne recevant des soins et l'ergothérapeute (deux organisations) coopèrent afin d'atteindre les objectifs de l'intervention ergothérapique (projet commun). Les moyens mis en commun sont donc les connaissances techniques du thérapeute ainsi que les connaissances de la personne qui reçoit des soins en ce qui concerne sa propre expérience. En effet, selon une pratique centrée sur la personne, les ergothérapeutes établissent une relation thérapeutique égalitaire de partenariat et de collaboration avec la personne recevant des soins puisqu'ils reconnaissent que cette dernière est l'experte de sa propre condition (Banks et *al.*, 1997). De cette façon, la personne a un mot à dire concernant les priorités et la direction de l'intervention, intervention qui doit inévitablement refléter ses valeurs (Law, Baptiste et Mills, 1995). Cette personne joue un rôle actif dans l'établissement des objectifs, alors que le thérapeute détient des connaissances sur la condition de la personne ainsi que sur les traitements possibles (Law et Britten, 1995; Rosenbaum et *al.*, 1998). Enfin, tel que Sumsion et Law (2006) le mentionnent, l'écoute et la communication sont des éléments primordiaux pour établir une relation de partenariat efficace.

#### *3.1.2.2 Autonomie décisionnelle*

L'autonomie décisionnelle fait partie intégrante de la pratique centrée sur la personne. Selon l'Office québécois de la langue française (2008), l'autonomie est la « capacité et droit

d'une personne de choisir ses règles de conduite, l'orientation de ses actes et les risques à courir ». Ainsi, l'autonomie décisionnelle se rattache au fait que la personne qui reçoit des services décide les objectifs de l'intervention et, comme elle est l'experte de sa propre condition, elle doit aussi décider de ce qui est significatif pour elle. Selon Law et Mills (1998), il s'agit même de sa responsabilité dans le processus thérapeutique. C'est donc le droit de la personne recevant des soins de recevoir de l'information de la part de l'ergothérapeute pour qu'elle soit en mesure de prendre des décisions éclairées concernant les services qui répondent ou non à ses besoins ainsi que concernant l'orientation de son processus thérapeutique (Law, Baptiste et Mills, 1995). Pour ce faire, l'ergothérapeute doit fournir de l'information de façon compréhensible afin de favoriser cette prise de décision (Law, Baptiste et Mills, 1995).

### *3.1.2.3 Le respect de la personne*

Le concept de respect est inhérent à la pratique centrée sur la personne. En effet, les définitions stipulent que la pratique centrée sur la personne doit se réaliser selon une philosophie de respect, respect autant pour le client, pour ses forces, ses expériences, son savoir que pour ses valeurs. En plus, considérant que la personne qui reçoit des soins est un partenaire actif dans le processus thérapeutique, le thérapeute se doit de respecter son autonomie ainsi que son droit de prendre ses propres décisions concernant sa vie (Hammell, 2013). D'ailleurs, le processus thérapeutique qui se base sur les points de vue et les valeurs des personnes qui reçoivent des soins démontre inévitablement un respect pour la diversité des valeurs de ces personnes (Law, Baptiste et Mills, 1995). Par conséquent, selon une philosophie de respect, l'ergothérapeute doit connaître ses propres valeurs pour ne pas les imposer à la personne qui reçoit des soins (Law, Baptiste et Mills, 1995).

### *3.1.2.4 La congruence contextuelle*

Le concept de congruence contextuelle fait partie intégrante de la pratique centrée sur la personne en ergothérapie. En effet, un processus ergothérapeutique selon une pratique centrée sur la personne met l'accent sur l'individualisation de l'évaluation et de l'intervention (Dunn, 1994; Law, 1991). Ainsi, la congruence contextuelle fait référence à l'environnement et au contexte de la personne qui reçoit des soins puisque ces derniers sont spécifiques à chacun. Sachant que la relation dynamique entre la personne et son environnement détermine, entre autres,

l'organisation et le choix de ses occupations ainsi que la performance dans ses occupations (Christiansen, 2005), l'ergothérapeute tient compte de l'environnement et du contexte unique de la personne afin d'être centré sur cette dernière et afin qu'il y ait congruence entre le processus d'intervention et la personne dans toutes les étapes de la démarche clinique.

#### *3.1.2.5 L'habilitation aux occupations*

Plusieurs années après la publication des premières lignes directrices de la pratique centrée sur la personne en ergothérapie, la visée ultime de la profession comprenait désormais les concepts de « pratique centrée sur le client » et d'« habilitation » simultanément (ACE, 1997). En ergothérapie, le terme « habilitation » se définit tels « les processus visant à faciliter, guider, coacher, éduquer, mobiliser, écouter, réfléchir, encourager ou collaborer avec les personnes, les groupes, les organismes, les associations afin de mettre à la disposition des personnes les outils permettant de diriger leur vie » (ACE, 1997, p.57). Ainsi, l'habilitation vise à donner du pouvoir d'action aux personnes recevant des soins dans leur propre vie. L'habilitation de la participation aux occupations significatives ou essentielles de la vie représente l'objet de l'ergothérapie, mais se retrouve aussi au cœur de la pratique centrée sur la personne (Townsend, 2013 ; ACE 2012). En effet, « la pratique centrée sur le client est fondée sur l'habileté de susciter l'engagement ou de faire s'engager les clients » (Townsend et *al.*, 2013, p.149). Par conséquent, l'ergothérapeute qui habilite aux occupations promeut la participation occupationnelle. En effet, il travaille en collaboration avec les personnes recevant des soins afin de leur permettre d'atteindre les objectifs qu'ils ont, eux-mêmes, contribué à mettre en place (Law, Baptiste et Mills, 1995). Autrement dit, l'ergothérapeute habilite les personnes en utilisant ses compétences en lien avec son rôle d'expert en habilitation de l'occupation pour assister ces dernières à choisir, organiser et réaliser les occupations qu'elles considèrent utiles et significatives, dans leur environnement (ACE, 2012).

### **3.2 Les compétences professionnelles des ergothérapeutes**

Les compétences professionnelles des ergothérapeutes contenues dans le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012) ainsi que dans le *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec* (OEQ, 2010) incluent

la pratique centrée sur la personne. Aussi, ces compétences se déploient dans le cadre de la démarche clinique telle qu'abordée par le MCPP (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, 2013).

### **3.2.1 La pratique centrée sur la personne inhérente à certaines compétences du Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada**

La pratique centrée sur la personne en ergothérapie fait partie intégrante des compétences se rattachant à l'expert en habilitation des occupations, au communicateur, au collaborateur ainsi qu'à l'agent de changement du *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012).

En premier lieu, l'expert en habilitation des occupations incorpore la perspective de la personne recevant des soins face au sens et à la pertinence des besoins et des plans d'intervention et établit des relations thérapeutiques positives, qui sont caractérisées par la compréhension, la confiance, le respect, l'honnêteté et l'empathie, tous des concepts mis de l'avant dans les différentes définitions de la pratique centrée sur la personne. Aussi, l'expert en habilitation des occupations démontre des habiletés pour la pratique centrée sur la personne, notamment la médiation, la négociation et la capacité de se montrer sensible et respectueux envers la personne qui reçoit des soins.

En second lieu, agir en étant centré sur la personne à titre d'expert en habilitation des occupations implique aussi d'agir en tant que communicateur. La relation patient-thérapeute est fondamentale au communicateur en ergothérapie tout comme cette dernière est centrale à la pratique centrée sur la personne. Ainsi, le communicateur établit un dialogue efficace en faisant preuve d'une écoute active, en transmettant de l'information de manière respectueuse et réfléchie ainsi qu'en utilisant un langage simple qui est compréhensible. De cette façon, le communicateur établit une relation thérapeutique qui témoigne du respect envers la personne qui reçoit des soins. De plus, le communicateur emploie des approches qui encouragent la participation à la prise de décision et adapte le mode de communication pour veiller à ce que les barrières à la communication n'aient pas de conséquences sur la capacité de la personne à diriger son propre processus de soins. Enfin, le communicateur qui est centré sur la personne se montre sensible à la diversité dans toute communication en portant une attention particulière aux problèmes des

personnes recevant des soins relatifs à la diversité et aux différences. En plus, le communicateur aide les différentes parties à communiquer ouvertement et à tenir compte des autres opinions.

En troisième lieu, agir en étant centré sur la personne à titre d'expert en habilitation des occupations implique aussi d'agir en tant que collaborateur. Le collaborateur travaille efficacement dans des équipes interprofessionnelles et intraprofessionnelles en faisant participer la personne recevant des soins à titre de membre actif de l'équipe lorsque cela est possible. Aussi, le collaborateur travaille avec les membres de l'équipe en utilisant la prise de décision partagée afin de répondre aux besoins de la personne qui reçoit des soins et dirige l'équipe, selon le cas, pour offrir des services centrés sur la personne. De plus, il travaille efficacement en équipe afin de gérer et de résoudre les conflits, et ce, pour veiller à ce que l'équipe soit constamment centrée sur les valeurs, les buts et les objectifs de la personne.

En quatrième lieu, agir en étant centré sur la personne à titre d'expert en habilitation des occupations implique aussi d'agir en tant qu'agent de changement. L'agent de changement met en place des compétences qui favorisent la pratique centrée sur la personne. En effet, en tant qu'agent de changement, l'ergothérapeute promeut les possibilités occupationnelles, le rendement occupationnel et la participation occupationnelle des personnes qui reçoivent des soins. Aussi, il promeut les besoins occupationnels associés aux déterminants de la santé, au bien-être et à l'équité ce qui correspond aux principes fondamentaux de la pratique centrée sur la personne.

### **3.2.2 La pratique centrée sur la personne inhérente à certaines compétences du Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec**

*Le Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec* expose quatre domaines de compétences propres à la profession (OEQ, 2010). De ces domaines, on retrouve : (1) la conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie ; (2) la gestion des éléments clés de la conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie ; (3) l'évaluation et l'amélioration de sa pratique professionnelle ainsi que (4) la participation à l'évolution et au rayonnement de la profession. Ainsi, chacun des domaines de compétences présente des compétences et chacune des compétences est composée d'éléments opérationnels de la compétence ainsi que de critères de démonstration de la maîtrise de la compétence.



En plus, dans le référentiel, l'OEQ présente, entre autres, le contexte de réalisation des dimensions opérationnelles des compétences ainsi que les attitudes et comportements professionnels attendus de tout ergothérapeute, communs à chacun des domaines de compétences. À cet égard, les compétences présentées doivent s'actualiser selon une approche clinique centrée sur la personne, en établissant des relations interpersonnelles efficaces et de confiance, en prenant en considération les préoccupations et les attentes de la personne, en s'assurant d'obtenir le consentement libre et éclairé ainsi qu'en tenant compte des différences culturelles dans ses communications. En plus, il est attendu de tout ergothérapeute d'adopter une attitude d'accueil et d'accompagnement de la personne, d'adopter une attitude favorisant l'engagement et la participation de la personne dans des occupations significatives, de faire preuve d'équité en tenant compte des besoins de l'ensemble de la clientèle à desservir et d'être à l'écoute de soi et des autres. Ainsi, la pratique centrée sur la personne est inhérente au contexte de pratique des ergothérapeutes, à leurs comportements professionnels attendus ainsi qu'à leurs compétences professionnelles selon le *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*.

### **3.2.3 Modèle canadien du processus de pratique**

La démarche clinique en ergothérapie a fait l'objet de nombreux écrits (Rogers et Holm, 2009 ; OEQ, 2010 ; Craik, Davis et Polatajko, 2013). Toutefois, dans le cadre de ce projet de recherche, le MCPP est retenu en raison du fait qu'il illustre l'échange réciproque et dynamique entre la personne recevant des soins et l'ergothérapeute ainsi que la réflexion continue se réalisant à l'intérieur de différents contextes, soit le contexte sociétal ainsi que le contexte de pratique. Le MCPP en ergothérapie « est un modèle du processus de l'habilitation occupationnelle fondée sur les analyses des données probantes et centrée sur le client » (Craik, Davis et Polatajko, 2013, p. 273).

Les compétences professionnelles des ergothérapeutes, incorporant la pratique centrée sur la personne, présentées antérieurement se déploient dans différents contextes, soient un contexte sociétal ainsi qu'un contexte de pratique. D'ailleurs, reconnaître ces contextes est essentiel à une pratique centrée sur la personne, transparente, réflexive et efficace (Craik, Davis et Polatajko, 2013). C'est aussi dans ces contextes que les restructurations du réseau de la santé et des services

sociaux s'insèrent. De cela, « le thérapeute et le client sont tous deux situés à l'intérieur d'un vaste contexte sociétal composé d'éléments culturels, institutionnels, physiques, sociaux et environnementaux » (Craik, Davis et Polatajko, 2013, p.276). Pour ce qui est du contexte de pratique, ce dernier débute lorsque la relation client-thérapeute s'amorce. « L'initiation de cette relation rassemble les facteurs personnels et environnementaux propres à chacun, de même que le code déontologique et éthique du professionnel ainsi que les perceptions du client quant à son rôle dans le processus de pratique » (Craik, Davis et Polatajko, 2013, p.277). Ainsi, compte tenu de ce qui précède, le contexte sociétal et le contexte de pratique ont le pouvoir d'influencer le déploiement des compétences professionnelles des ergothérapeutes inhérentes à la pratique centrée sur la personne.

## **4 MÉTHODE**

La présente section aborde la méthode retenue dans le cadre de cette étude afin de décrire les perceptions d'ergothérapeutes québécois quant aux répercussions des restructurations du réseau de la santé et des services sociaux sur leur pratique centrée sur la personne. Dans cette section, le devis de recherche utilisé est abordé suivi de la méthode d'échantillonnage. Par la suite, la méthode et l'outil de collecte des données sont détaillés. Enfin, le plan d'analyse des données est présenté et les considérations éthiques de l'étude sont exposées.

### **4.1 Devis**

Le devis descriptif mixte de type sondage est celui sélectionné dans le cadre de cette recherche. En effet, il s'agit d'un devis mixte puisque l'outil de collecte de données permet d'obtenir des données de nature qualitative et quantitative à la fois. Par ailleurs, selon Fortin et Gagnon (2010), un devis descriptif permet de décrire une population ou un phénomène d'intérêt tel qu'il est le cas dans cette étude. De cette façon, par l'entremise de ce devis, il sera possible de répondre à l'objectif de ce projet puisqu'il s'agit d'un sujet peu étudié dans les travaux de recherche.

### **4.2 Échantillonnage**

L'échantillonnage utilisé dans le cadre de cette recherche est un échantillon non probabiliste de convenance ainsi que par réseau. Le fait d'être un ergothérapeute pratiquant au sein du réseau public québécois est le seul critère d'inclusion de l'étude. Il n'y a aucun critère d'exclusion, dans la mesure où la personne répond au critère d'inclusion tout juste mentionné. Deux questions dans la première section du questionnaire assuraient que les participants répondaient au critère d'inclusion (si la personne exerce ou non la profession au Québec et le lieu d'exercice).

Le recrutement a été fait via un message de sollicitation sur le groupe Facebook Ergothérapie Québec suivi de deux relances, chacun à une semaine d'intervalle. Les publications introduisaient l'objectif de l'étude et présentaient une invitation à cliquer sur le lien du

questionnaire électronique autoadministré via la plateforme sécurisée *Evalandgo*, le temps nécessaire pour remplir le questionnaire, la confidentialité des données ainsi que les bénéfices et les inconvénients de participer à cette recherche. Une lettre d'information plus détaillée concernant la présente étude se situait à la première page du questionnaire électronique. C'est à la suite de la lecture de cette lettre d'information, en cliquant pour débiter le questionnaire, que les participants donnaient leur consentement à participer à l'étude.

### **4.3 Méthode de collecte des données**

La méthode de collecte des données utilisée dans le cadre de cette étude consiste en un questionnaire, spécialement conçu aux fins de la présente étude et inspiré de la recension des écrits, comprenant trois sections, dont 17 questions au total (annexe A). La première section consiste en des questions sociodémographiques, la deuxième section comprend des questions ouvertes et fermées afin d'obtenir la perception des répondants quant à la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux et la troisième section comporte aussi des questions ouvertes et fermées, mais cette fois, afin d'obtenir la perception des participants quant à la pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel. Ainsi, pour ce qui est de la première section, on y retrouve les 10 questions suivantes qui permettent de décrire les caractéristiques des répondants : le sexe, l'âge, le niveau du diplôme d'études, le nombre d'années d'expérience, si la personne exerce ou non la profession au Québec, la région administrative où la personne exerce, le lieu d'exercice, le type d'établissement, la population avec laquelle la personne exerce principalement et la clientèle auprès de laquelle la personne exerce principalement.

En ce qui concerne la deuxième section, cette dernière a été conçue à l'aide de la recension des écrits présentée antérieurement et comprend deux questions. La première question, par l'entremise d'un dispositif de type *Likert* à sept niveaux, demande aux participants d'évaluer leur niveau d'accord avec les 15 énoncés relatifs à la réorganisation du réseau de la santé s'apparentant à leur pratique de l'ergothérapie. Ces 15 énoncés sont : (1) faire face à des incertitudes quant à mon rattachement à un programme; (2) avoir peu d'occasions d'échanger avec d'autres ergothérapeutes (Fitzgerald, 2014); (3) faire face à un encadrement professionnel relâché; (4) faire face à un encadrement professionnel trop serré; (5) être contraint de donner des services morcelés à la clientèle (Marazzani et Brousseau, 2001); (6) faire face à des directives

fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de mon programme; (7) devoir évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide (Marazzani et Brousseau, 2001); (8) avoir l'opportunité de faire valoir la contribution de l'ergothérapie à l'intérieur de mon programme (Marazzani et Brousseau, 2001); (9) avoir l'opportunité de démontrer l'efficacité des interventions en ergothérapie (Marazzani et Brousseau, 2001; Mackersy, Robertson et McKay, 2003); (10) avoir des opportunités de collaboration interprofessionnelles jusqu'alors non développées; (11) poursuivre des opportunités de collaboration interprofessionnelle déjà établies; (12) avoir l'occasion d'adopter les meilleures pratiques dans ma discipline (Mémoire interordres, 2014); (13) faire preuve de créativité dans l'offre de services (Mackersy, Robertson et McKay, 2003); (14) avoir l'opportunité d'exercer de nouveaux rôles dans ma pratique (Marazzani et Brousseau, 2001) et (15) avoir une pratique centrée sur la personne. Les sept niveaux du dispositif de type *Likert* sont : (1) fortement en désaccord; (2) en désaccord; (3) quelque peu en désaccord; (4) ni d'accord ni en désaccord; (5) quelque peu en accord; (6) en accord et (7) fortement en accord. La deuxième question, pour sa part, s'intéresse à savoir quels sont les nouveaux rôles que les répondants ont l'opportunité d'exercer s'ils ont évalué cet élément entre cinq et sept à la question précédente, tel que le suggèrent Marazzani et Brousseau (2001) ainsi que Horth et Arsenault (2002).

À la troisième section, on y retrouve cinq questions inspirées du questionnaire de De Haerne (2016) dans son étude de la perception de la pratique centrée sur la personne d'ergothérapeutes français. La première question est de nature qualitative et demande aux répondants ce que signifie pour eux d'avoir une préoccupation centrée sur la personne. La deuxième question, quant à elle, s'intéresse à savoir si les répondants considèrent que leur pratique actuelle est centrée sur la personne et leur demande d'expliquer leur choix entre « oui », « non » et « je ne sais pas ».

Par la suite, en ce qui concerne la troisième question de la présente section, via un dispositif de type *Likert* à sept niveaux, cette dernière invite les participants à évaluer l'importance des 15 propositions énumérées concernant la pratique centrée sur la personne dans leur pratique. Les 15 propositions sont les suivantes : (1) établir des objectifs conjointement avec le patient; (2) que le patient établisse ses propres objectifs; (3) négocier les objectifs avec le patient; (4) prendre en considération les occupations significatives et signifiantes du patient dans

l'établissement du plan d'intervention; (5) pendre en considération les occupations significatives du patient lors du choix des modalités thérapeutiques; (6) avoir une perspective écologique; (7) que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions; (8) respecter les valeurs du patient; (9) écouter activement le patient; (10) établir une relation d'autorité avec le patient; (11) établir une alliance thérapeutique avec le patient; (12) reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition; (13) questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs; (14) supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique et (15) impliquer les proches du patient pendant tout le processus. Les sept niveaux du dispositif *Likert* sont : (1) pas du tout important; (2) très peu important; (3) peu important; (4) neutre; (5) assez important; (6) très important et (7) extrêmement important.

La quatrième question, pour sa part, toujours via un dispositif de type *Likert* à sept niveaux, s'intéresse à la facilité qu'ont les participants à mettre en pratique les mêmes éléments de la pratique centrée sur la personne énumérés à la question précédente. Les niveaux du dispositif de type *Likert* sont : (1) extrêmement difficile; (2) très difficile; (3) assez difficile, (4) neutre; (5) assez facile; (6) très facile; (7) extrêmement facile. Finalement, la dernière question est de nature qualitative et va comme suit : « Que faites-vous de particulier dans votre pratique de l'ergothérapie qui témoigne que vous avez une approche centrée sur la personne ? »

#### **4.4 Analyse des données**

Tout d'abord, les caractéristiques des répondants de la présente étude sont décrites via des statistiques descriptives simples telles que la distribution des fréquences et les moyennes. Pour ce qui est des données qualitatives, ces dernières font l'objet d'une analyse de contenu (Fortin et Gagnon, 2010). En effet, les réponses obtenues aux questions ouvertes sont d'abord transcrites dans un fichier *Word*. Ensuite, un codage manuel est effectué afin de répertorier les thèmes, cohérents avec le cadre conceptuel, ainsi que la fréquence d'apparition de ces derniers. La validation de ce codage est faite par une deuxième personne. En ce qui concerne les données quantitatives, ces dernières sont analysées par l'entremise de statistiques descriptives simples telles des pourcentages. Pour l'analyse des données aux questions 11, 15 et 16, les cotes 7 et 6 sont regroupées (fortement en accord), 5 et 4 (moyennement en accord) ainsi que 3, 2, et 1 (en désaccord).

#### **4.5 Considérations éthiques**

La présente étude a reçu l'obtention d'un certificat éthique par le Comité d'éthique de la recherche auprès des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ce dernier porte le numéro CER-17-232-07.04.

## 5 RÉSULTATS

La section qui suit a pour objectif d'exposer les résultats de la présente étude visant à décrire la perception d'ergothérapeutes québécois quant aux répercussions de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sur leur pratique centrée sur la personne. Tout d'abord, les caractéristiques des répondants seront présentées. Ensuite, la perception des répondants de la pratique en ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sera détaillée. Aussi, la perception des répondants de la pratique centrée sur la personne sera exposée. La comparaison entre les résultats des répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise sera exposée malgré que ce ne soit pas l'objectif de l'étude. Toutefois, ces données secondaires apportent un éclairage pour les résultats.

### 5.1 Répondants

108 répondants constituent l'échantillon de cette étude. Initialement, 125 avaient répondu au questionnaire électronique. Toutefois, de ces répondants, deux participants ont été éliminés puisqu'aucune question du questionnaire n'était complète et 10 ont été retranchés, car ils n'avaient répondu qu'aux questions sociodémographiques. En plus, cinq autres participants travaillant dans le milieu privé ont été retirés, car ils ne satisfaisaient pas le critère d'inclusion de la présente étude. De cela, 79,2 % (n=99) des répondants ont complété l'ensemble des questions. Parmi l'ensemble des répondants de l'étude, 92,6 % (n=100) sont des femmes et 7,4 % (n=8) des hommes. L'âge moyen des répondants est de 36,0 ans (de 25 à 56 ans). Aussi, 63,0 % (n=68) des répondants sont détenteurs d'un baccalauréat en ergothérapie alors que 37,0 % (n= 40) d'un diplôme de niveau maîtrise. Le nombre d'années d'expérience moyen des participants de l'étude est de 12,6 ans (de 0,2 à 34 ans). Le Tableau 1 qui suit présente la région d'exercice, l'établissement d'exercice, la population desservie ainsi que la clientèle principale des répondants. La région la plus représentée est la Mauricie. Quant à l'établissement public d'exercice, le plus représenté est le CLSC. La population desservie la plus représentée est les personnes âgées et la clientèle principale des ergothérapeutes de la présente étude concerne la santé physique.



Tableau 1.  
*Région d'exercice, établissement d'exercice, population desservie et clientèle principale des répondants*

Caractéristiques		n(%)	n
<b>Région d'exercice</b>	Mauricie	23,2	25
	Montréal	13,9	15
	Montréal	9,3	10
	Centre-du-Québec	9,3	10
	Saguenay-Lac-Saint-Jean	8,3	9
	Lanaudière	7,4	8
	Laurentides	7,4	8
	Laval	5,6	6
	Bas Saint-Laurent	4,6	5
	Capitale Nationale	4,6	5
	Chaudière-Appalaches	2,8	3
	Abitibi-Témiscamingue	1,9	2
	Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	0,9	1
	Outaouais	0,9	1
	Estrie	0,9	1
	Nord-du-Québec	0,0	0
Côte-Nord	0,0	0	
<b>Établissement public d'exercice</b>	CLSC	31,5	34
	CH	30,6	33
	CR	26,9	29
	CHSLD	11,1	12
	Autre	8,3	9
<b>Population desservie</b>	Personnes âgées (>60 ans)	59,3	64
	Adultes (20-60 ans)	51,9	56
	Pédiatrie (3-13 ans)	25,0	27
	Adolescents (13-20 ans)	13,9	15
	Petite enfance (<3 ans)	10,2	11
	Autre	1,9	2
<b>Clientèle principale</b>	Santé physique	84,3	91
	Santé mentale	15,7	17

## 5.2 Perception des répondants de la pratique en ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux

À la question concernant la perception de la pratique en ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux, 100,0 % (n=108) des répondants ont répondu aux énoncés reliés à la pratique. Les résultats sont présentés à la Figure 1 qui suit de façon regroupée, c'est-à-dire, les cotes 7 et 6 ensemble (fortement en accord), 5 et 4 (moyennement en accord) ainsi que 3, 2, et 1 (en désaccord), donnant ainsi trois niveaux d'accord.

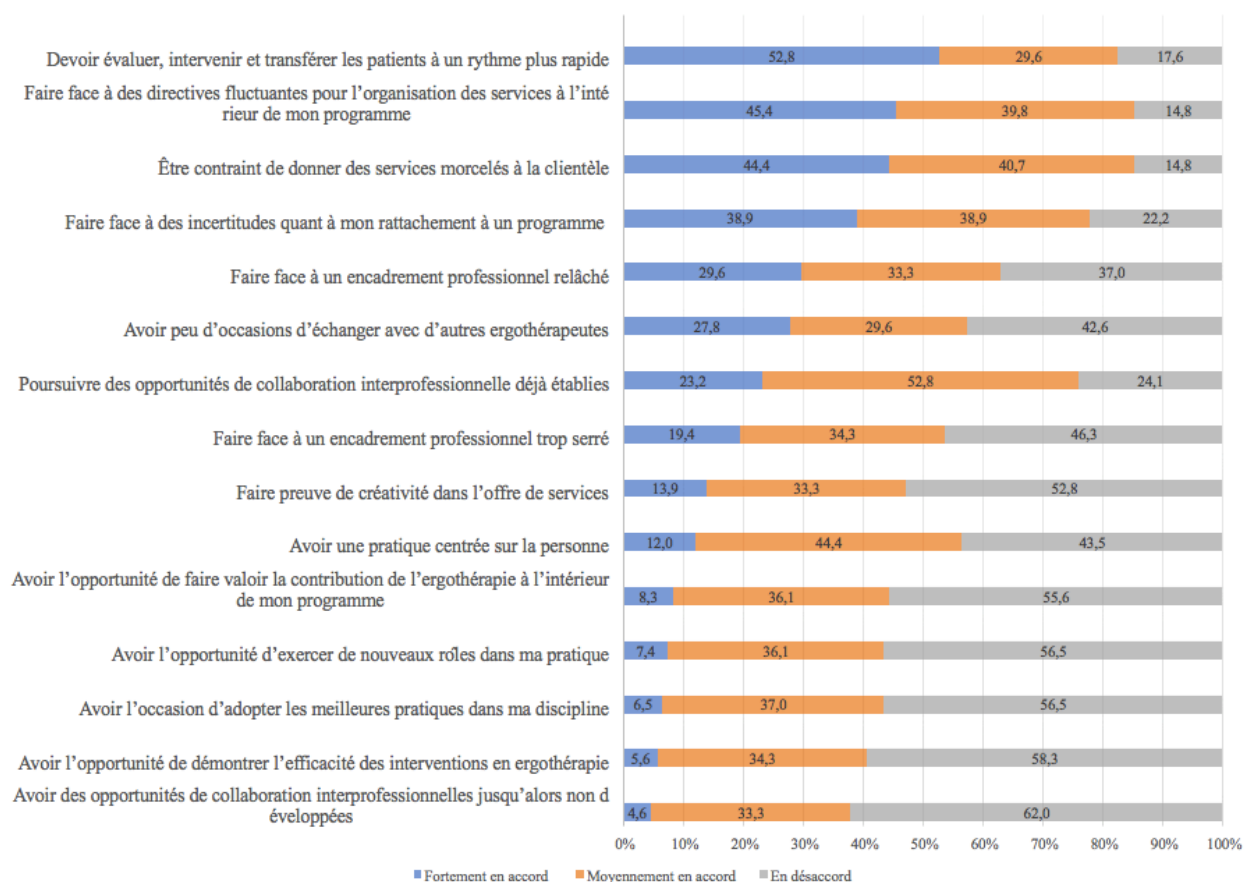


Figure 1. Perception de la pratique en ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux

Les répondants sont fortement en accord que depuis la restructuration du réseau de la santé, ils doivent évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide (52,9 %, n=57), font face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de leur programme (45,4%, n=49), sont contraints de donner des services morcelés à la clientèle (44,4 %, n=48) et font face à des incertitudes quant à leur rattachement à un programme (38,9 %, n=42).

D'autre part, les répondants sont moyennement en accord que, depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux, ils poursuivent des opportunités de collaboration interprofessionnelle déjà établies (52,8 %, n=57), ont une pratique centrée sur la personne (44,4 %, n=48), font face à un encadrement professionnel relâché (33,3 %, n=36), font face à un encadrement professionnel trop serré (34,3 %, n=37) et ont peu d'occasions d'échanger avec d'autres ergothérapeutes (29,6 %, n=32).

Les désaccords les plus élevés sont : avoir des opportunités de collaboration interprofessionnelle jusqu'alors non développées (62,0 %, n=67), avoir l'opportunité de démontrer l'efficacité des interventions en ergothérapie (58,3 %, n=63), avoir l'occasion d'adopter les meilleures pratiques dans ma discipline et avoir l'opportunité d'exercer de nouveaux rôles dans ma pratique (56,5 %, n=61), avoir l'opportunité de faire valoir la contribution de l'ergothérapie à l'intérieur de mon programme (55,6 %, n=60) ainsi que faire preuve de créativité dans l'offre de services (52,8 %, n=57).

### 5.2.1 Exemples de nouveaux rôles adoptés dans la pratique depuis la restructuration

Les réponses à la question : « Si vous avez répondu entre 5 et 7 à l'élément *Avoir l'opportunité d'exercer de nouveaux rôles dans ma pratique* à la question précédente, énumérez-les. » ont fait l'objet d'analyse de contenu. 20 répondants ont fourni des réponses pour cette question, représentant 18,5 % de l'échantillon de cette étude. L'analyse de contenu des 36 énoncés a conduit à sept thèmes soit : développer une offre de services compatibles à ses attentes, participer à des comités divers, réaliser des tâches administratives, collaborer de façon inter et intraprofessionnelle, participer à des projets de recherche, adopter les meilleures pratiques et exercer la profession d'ergothérapeute dans divers milieux. Un des 36 énoncés n'a pas été classé dans les thèmes tout juste mentionnés puisque ce dernier illustre le contexte et ne représente pas un nouveau rôle que le répondant a l'opportunité d'exercer dans sa pratique. Le verbatim suivant l'illustre : « *D'ailleurs, c'est difficile de suivre ce qui se passe ailleurs et d'être en mesure de référer aux bonnes places les bons services tant ça change tout le temps.* »

30,6 % (n=11) des énoncés illustrent que développer une offre de services compatibles à ses attentes représente un nouveau rôle pour certains répondants dans le contexte actuel. L'énoncé suivant illustre ce thème « *en parallèle, je développe aussi une pratique en privée étant donné l'incertitude du réseau public actuel et certains changements qui me plaisent moins* ». Ensuite, 16,7 % (n=6) des énoncés illustrent que, dans le contexte actuel, certains répondants ont nouvellement l'opportunité de participer à des comités divers tels qu' « *être sur le comité de réorganisation des aides techniques du CISSS* », « *être sur le comité sectoriel en soins palliatifs et de fin de vie* », « *particip[er] à des comités de travail* », être « *impliqu[é] à des rencontres de l'OEQ* », « *particip[er] à des comités régionaux* » ou encore avoir « *des opportunités de faire*

*partie de comités pour modifier les services* ». Par ailleurs, 16,7 % (n=6) des énoncés exposent que certains répondants réalisent plus de tâches administratives telles que « *des lectures de communication par courriel de plus en plus nombreuses provenant de l'employeur* ». Aussi, 16,7 % (n=6) des énoncés représentent des nouveaux rôles correspondant à de la collaboration inter et intraprofessionnelle tels que des « *rencontres encouragées entre les ergothérapeutes du CIUSSS* » ou encore de la « *collaboration interprofessionnelle de proximité avec le corps médical* ». Par la suite, 8,3 % (n=3) des énoncés tels que « *faire du transfert de connaissances* » ou encore l'« *implantation de données probantes au sein des pratiques, approches et philosophies de l'équipe* » illustrent qu'adopter les meilleures pratiques représente pour certains répondants un nouveau rôle dans le contexte actuel. De plus, 5,6 % (n=2) des énoncés montrent que participer à des projets de recherche représente aussi un nouveau rôle exercé dans le contexte actuel par certains répondants. Enfin, 2,8 % des énoncés, soit l'énoncé suivant « *n'ayant pas de poste, je suis appelée à travailler dans 5 hôpitaux différents auprès de clientèles différentes* » illustre qu'exercer dans divers milieux constitue aussi un nouveau rôle depuis la restructuration.

### **5.3 Perception de la pratique centrée sur la personne**

À la question « *Considérez-vous que votre pratique est centrée sur la personne ?* », 95 répondants ont fourni des réponses. De ces répondants, 60,0 % (n=57) affirment avoir une pratique centrée sur la personne, 14,7 % (n=14) ne le savent pas et 25,3 % (n=24) estiment que non. De cela, la section qui suit présente la perception des répondants de leur propre pratique centrée sur la personne suivie de leur justification, la représentation des répondants de la pratique centrée sur la personne, la perception de l'importance accordée aux éléments de la pratique centrée sur la personne ainsi que leur perception de la facilité à mettre en pratique ces mêmes éléments. Enfin, la comparaison de l'importance et de la facilité à mettre en pratique les différents éléments de la pratique centrée sur la personne ainsi que des exemples cliniques de cette pratique provenant des répondants sont présentés.

#### **5.3.1 Perception des répondants de leur pratique centrée sur la personne**

À la question « *Considérez-vous que votre pratique est centrée sur la personne ?* », les répondants étaient invités à justifier leur réponse. Des 57 répondants qui ont répondu « *Oui* », 49,1 % (n=28) estiment être centrés sur la personne puisqu'ils mettent en avant-plan la personne,

ses besoins, ses attentes ainsi que ses choix pendant tout le processus ergothérapeutique. Toutefois, 42,1 % (n=24) des répondants précisent dans leur justification qu'ils sont centrés sur la personne, mais qu'il existe des pressions diverses à cette pratique dans leurs milieux. Plus précisément, les verbatim suivants illustrent des exemples de pressions dans les milieux : « *je fais tout en mon pouvoir pour axer mes interventions sur les besoins de la clientèle, mais certaines décisions de la direction m'apparaissent parfois ne pas faciliter cela* », « *j'essaie que le client soit en mesure de défendre son point de vue, mais les délais de sortie de plus en plus courts et les démarches administratives qui trainent en longueur sont encombrants* », ou encore « *j'essaie toujours de respecter les besoins, mais par manque de temps ou de matériel ce n'est pas toujours possible* ». Ensuite, 12,3 % (n=7) des répondants mentionnent être centrés sur la personne, car ils la considèrent tel un partenaire en tout temps et plus particulièrement lors de l'établissement des objectifs d'intervention. Aussi, 3,5 % (n=2) sont centrés sur la personne lorsqu'ils adoptent une vision holistique de cette dernière, lorsqu'ils s'assurent d'avoir son consentement aux soins et lorsqu'ils l'habilitent aux occupations, c'est-à-dire, lorsqu'ils « *impliqu[ent] [les] clients dans [leurs] interventions de façon à ce que les objectifs soient significatifs pour eux, et ainsi, favoriser leur engagement* ». Finalement, 3,5 % (n=2) affirment adopter une pratique centrée sur la personne puisqu'ils ont une grande autonomie professionnelle dans leurs milieux, 1,8 % (n=1) puisqu'ils ont assez de temps pour s'y adonner, 1,8 % (n=1) puisqu'ils ne sont pas encore touchés par les restructurations et 1,8 % (n=1) puisqu'ils utilisent le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client (MCHCC).

Parmi les 14 répondants qui ont répondu « Ne sait pas », l'une des raisons est la nécessité de donner congé rapidement à la personne recevant des services (n=4). En effet, certains répondants affirment « *défendre les intérêts du client, mais la sortie de l'hôpital semble souvent être la seule chose qui compte* » ou que leur pratique est plus ou moins centrée sur la personne puisqu'en raison « *du désir du milieu de travail de donner congé au patient le plus rapidement possible, les recommandations ne prennent pas toujours en considération les attentes et désirs [de ce dernier]* ». Par la suite, une autre raison pour laquelle les répondants ne savent pas s'ils ont une pratique centrée sur la personne est le manque de temps et de moyens (n=5). Plus précisément, quelques répondants mentionnent qu'ils ont « *moins de temps pour aller dans le milieu et tenir compte de l'environnement physique et social* » ou qu'en général, leur pratique

n'est pas centrée sur la personne, car ils n'ont « *pas assez de temps pour répondre adéquatement aux besoins* ». Enfin, une dernière raison qui est ressortie est la présence de contraintes organisationnelles diverses (n=6). À cet égard, un exemple de justification est :

*« Quand mon raisonnement clinique est pris en compte dans le suivi du client, ma pratique est toujours centrée sur le client, mon plan d'intervention est fait avec lui. Toutefois, actuellement, nos supérieurs tentent diverses stratégies pour que l'on voie plus de monde, ce qui amène souvent des fins de services prématurés ou une offre de services plus limitée, ce qui pour ma part n'est pas centré sur les besoins de la personne, surtout pour le rythme du rétablissement en santé mentale. »*

Finalement, un exemple de justification pour laquelle des répondants ont répondu « Non » est : « *le nombre de requêtes reçues et le peu de personnel empêchent de pouvoir évaluer de façon holistique le client et nécessitent de faire des interventions rapides et parfois superficielles afin de pouvoir pallier aux problématiques les plus urgentes* ». Également, un répondant travaillant auprès de personnes âgées explique que, pour sa part, « *les délais de séjour qui sont toujours de plus en plus courts avec des clientèles de plus en plus complexes [l'obligent] parfois à utiliser des formules préfaites d'évaluation sans se poser la question si ces évaluations sont nécessaires et/ou pertinentes [pour la personne]* ». De plus, un autre répondant travaillant en CLSC ajoute qu'« *actuellement, tous [leurs] choix doivent être approuvés par des gestionnaires qui se basent sur la cote SMAF et qui ne connaissent pas le client. [Ces derniers] ne se fie[nt] plus à [leur] jugement professionnel* ». Par ailleurs, 66,7 % (n=16) des 24 répondants qui ont affirmé ne pas avoir une pratique centrée sur la personne précisent dans leur réponse que plusieurs contraintes organisationnelles dans leur milieu les en empêchent. À cet égard, un répondant travaillant en CHSLD mentionne que « *l'énergie est davantage mise sur la gestion [et] la performance* ». Un autre répondant ajoute qu'il leur est demandé de voir plus de personnes en moins de temps d'intervention orientant l'offre de services vers une approche de groupe, approche qui ne convient pas à toutes les personnes recevant des soins. Enfin, selon un autre répondant travaillant auprès de personnes âgées, « *le nombre d'interventions par jour est préétabli, le nombre de clients à voir est préétabli, le professionnel qui doit répondre aux besoins est préétabli, le moment d'intervenir est préétabli et l'intervention qui doit être faite est fortement conseillée* » ce qui ne favorise pas une pratique centrée sur la personne.

### 5.3.2 Représentation de la pratique centrée sur la personne

À cette question, les répondants étaient invités à expliquer ce que signifie pour eux d'avoir une pratique centrée sur la personne. 90 répondants (83,3 % de l'échantillon de cette étude) ont fourni des réponses conduisant à 195 énoncés. L'analyse de contenu de ces énoncés a révélé huit thèmes soit : respecter la personne, établir un partenariat thérapeutique, habiliter aux occupations, demeurer centré sur les préoccupations de la personne malgré des pressions diverses, favoriser la congruence contextuelle, favoriser l'autonomie décisionnelle, adopter une vision holistique de la personne ainsi que collaborer de façon inter et intraprofessionnelle. Ces thèmes sont présentés dans le Tableau 2 qui suit accompagné d'exemples de verbatim qui se rattachent à chacun d'eux.

Tableau 2.  
*Représentation de la pratique centrée sur la personne grâce aux thèmes ressortis de l'analyse de contenu des verbatim des répondants*

Thèmes	% énoncés (n=195)	Verbatim
Respecter la personne	31,8 % (n=62)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Intervenir/agir professionnellement auprès de nos clients en se centrant sur leurs besoins, leurs préoccupations, leurs défis, leurs réalités »</li> <li>• « Avoir une intervention respectant le rythme du client, son cheminement »</li> <li>• « Offrir un service qui répond aux attentes du client dans des délais qu'il juge raisonnables »</li> <li>• « Respecter les choix et intérêts de l'utilisateur »</li> </ul>
Établir un partenariat thérapeutique	17,4 % (n=34)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Considérer le client dans le processus thérapeutique »</li> <li>• « Agir en partenariat avec [la personne], car elle est l'experte de sa propre personne »</li> <li>• « Placer le client au centre des préoccupations »</li> <li>• « La personne est au centre de notre évaluation, de notre intervention et de notre recommandation »</li> <li>• « Considérer la personne comme un partenaire »</li> <li>• « Éviter les interventions de type "expert" »</li> <li>• « Travailler en collaboration avec les clients et leurs proches dans la mise en œuvre du plan d'intervention »</li> </ul>
Habiliter aux occupations	14,9 % (n=29)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « C'est amener les individus à vivre ce qu'ils souhaitent vivre et ce qu'ils choisissent »</li> <li>• « Adapter mes interventions aux besoins et aux préférences du patient »</li> <li>• [Avoir] comme finalité une participation optimale aux activités [que la personne] considère significatives tout en visant une bonne qualité de vie »</li> <li>• « Aider/guider la personne dans sa réadaptation »</li> <li>• « Mettre en place les interventions qui sont les plus susceptibles de</li> </ul>

		<p><i>permettre au client d'atteindre les objectifs de suivi qu'il a identifié comme étant significatifs pour lui »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Aider [la personne] à s'engager au niveau de ses occupations significatives »</li> </ul>
Demeurer centré sur les préoccupations de la personne malgré des pressions diverses	11,3 % (n=22)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Pouvoir prioriser les objectifs du client avant ceux de l'organisation »</li> <li>• « Répondre aux besoins spécifiques de la personne et non pas faire "fitter" la personne dans les services offerts »</li> <li>• « Faire passer les besoins de mon client avant les directives qui nous viennent d'en haut »</li> <li>• « La personne devrait demeurer au cœur de nos préoccupations malgré toute la lourdeur administrative et politique »</li> <li>• « Baser le service sur la personne, ses besoins, ses ressources et non pas en fonction des ressources financières ou humaines disponibles dans l'établissement »</li> <li>• « Que mes actions professionnelles directes et indirectes soient pour le meilleur intérêt du patient, et non uniquement pour mon organisation, mon département ou mes intérêts personnels »</li> </ul>
Favoriser la congruence contextuelle	8,7 % (n=17)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Personnaliser mes interventions selon les individus »</li> <li>• « En considérant l'ensemble des facteurs environnementaux et personnels de celui-ci »</li> <li>• « Traiter chaque client de façon unique et non en fonction de son "diagnostic" en tenant compte de son environnement »</li> <li>• « Que nos interventions tiennent compte des particularités de la personne, de ses désirs et du contexte dans lequel elle vit »</li> </ul>
Favoriser l'autonomie décisionnelle de la personne	7,7 % (n=15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « C'est mettre notre client en avant-plan dans les décisions et les interventions »</li> <li>• « Lui redonner le pouvoir des décisions de son PI »</li> <li>• « Donner l'information juste au client afin qu'il prenne une décision éclairée »</li> </ul>
Adopter une vision holistique de la personne	5,6 % (n=11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Tenir compte de l'individu dans sa globalité »</li> <li>• « Essayer d'avoir une vision la plus holistique de sa réalité »</li> <li>• « Pouvoir faire une évaluation holistique »</li> </ul>
Collaborer de façon inter et intraprofessionnelle	1,0 % (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « En collaborant avec l'équipe interdisciplinaire »</li> <li>• « Permettre un travail d'équipe pour mieux orienter les services »</li> </ul>

Ainsi, des énoncés variés (5,6 %) illustrent qu'avoir une pratique centrée sur la personne signifie de considérer la personne dans sa globalité et d'adopter une vision holistique lors de l'évaluation. D'ailleurs, 31,8 % (n=62) des énoncés font référence au respect de la personne soit à l'importance d'offrir un service qui tient compte, entre autres, des « besoins (n=66) », « attentes (n=14) », « désirs, préférences et aspirations (n=8) », « valeurs (n=3) », « activités significatives et



intérêts (n=13) » tout comme des « préoccupations et craintes (n=9) » de la personne dans le processus ergothérapeutique et qui respecte son rythme de cheminement. De plus, 17,4 % (n=34) des énoncés renvoient au concept de partenariat thérapeutique, soit que la personne se retrouve au cœur de la prise en charge, que le thérapeute agisse en collaboration avec celle-ci tout au long du processus thérapeutique et qu'elle soit considérée tel un partenaire dans l'établissement du plan d'intervention puisque son savoir expérientiel est reconnu. Aussi, 14,9 % (n=29) des énoncés illustrent qu'avoir une pratique centrée sur la personne nécessite d'habiliter la personne aux occupations, c'est-à-dire, de l'aider et de l'amener à réaliser ce qui est important pour elle, et ce, en adaptant les interventions afin de favoriser l'atteinte des objectifs. Ensuite, 8,7 % (n=17) des énoncés font référence au concept de congruence contextuelle, c'est-à-dire, à l'importance de considérer l'environnement autant physique que social de la personne qui reçoit des soins dans le processus thérapeutique ainsi que de personnaliser les évaluations et les interventions à cette dernière. De plus, 7,7 % (n=15) des énoncés traitent du concept d'autonomie décisionnelle. Plus précisément, ces énoncés illustrent que la personne recevant des soins doit être au « *cœur des décisions* » et qu'il est nécessaire de « *donner de l'information juste [à la personne] afin qu'[elle] prenne une décision éclairée* ».

Par ailleurs, 11,3 % (n=22) des énoncés illustrent que demeurer centré sur les préoccupations de la personne malgré des pressions diverses représente une pratique centrée sur la personne. Plus particulièrement, ces énoncés stipulent que selon cette pratique, il est nécessaire de faire passer les besoins et les objectifs de la personne qui reçoit des soins avant « *toute la lourdeur administrative et politique* », « *les directives qui nous viennent d'en haut* », « *les objectifs thérapeutiques de l'équipe de soins* » et avant les « *ressources financières ou humaines disponibles dans l'établissement* ». En plus, 1,0 % (n=2) des énoncés indiquent que collaborer avec l'équipe interdisciplinaire ou encore « *permettre un travail d'équipe pour mieux orienter les services* » fait référence à une pratique centrée sur la personne.

Enfin, 2,6 % (n=5) des énoncés ne se rattachent pas aux thèmes présentés ci-haut. Ces derniers illustrent qu'une pratique centrée sur la personne représente aussi d'« *assurer la sécurité de la personne et celle d'autrui* », d'adopter une « *approche biopsychosociale* », « *de garder un maximum de constance possible dans les intervenants* », « *de plaider pour que l'utilisateur puisse*

*avoir accès aux ressources dont il a besoin » ainsi que de « participer à des comités divers pour l'amélioration des services ».*

### 5.3.3 Exemples cliniques de pratique centrée sur la personne

Des exemples de pratique centrée sur la personne, tirés de leur propre pratique de l'ergothérapie, ont été demandés aux répondants. 84 répondants (77,8 % de l'échantillon de l'étude) ont fourni des réponses à cette question. L'analyse de contenu des 183 énoncés a fait émerger 14 thèmes soit : la prise en compte des besoins, intérêts, désirs et valeurs de la personne, l'établissement des objectifs conjointement avec la personne, l'habilitation de la personne aux occupations, les principes d'écoute et de communication utilisés, la collaboration patient-thérapeute, le respect de la personne, la prise du temps nécessaire, la collaboration interdisciplinaire, l'implication des proches de la personne dans le processus, les interventions dans le milieu naturel de la personne, l'établissement d'une alliance thérapeutique avec la personne, la plaidoirie pour la personne, les évaluations holistiques ainsi que la congruence contextuelle. Le Tableau 3 qui suit présente les exemples de pratique centrée sur la personne des répondants catégorisés selon les thèmes tout juste mentionnés.

Tableau 3.  
*Exemples de pratique centrée sur la personne des répondants grâce aux thèmes ressortis de l'analyse de contenu des verbatim*

Thèmes	% énoncés (n=183)	Verbatim
Prise en compte des besoins, intérêts, désirs et valeurs de la personne	19,7 % (n=36)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je débute toujours mes évaluations en allant récolter les attentes du parent et du jeune »</li> <li>• « Je prends le temps de bien observer pour connaître le client et voir ses intérêts et priorités, lorsque possible, selon le degré d'atteinte du client »</li> <li>• « J'ai le souci de valider les valeurs de chacun des patients »</li> </ul>
Établissement des objectifs conjointement avec la personne	13,7 % (n=25)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « J'établis les objectifs en partenariat avec le client »</li> <li>• « J'implique le patient et ses parents dans le choix des objectifs »</li> <li>• « Les objectifs sont toujours faits avec la personne, avec des moyens qui correspondent à ses souhaits »</li> </ul>
Principes d'écoute et de communication utilisés	9,8 % (n=18)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je m'efforce de lui porter une oreille attentive pour cerner ses besoins et optimiser sa qualité de vie »</li> <li>• « Malgré l'horaire chargé, je prends le temps d'écouter activement les clients »</li> <li>• « Adapter ma communication à ses capacités »</li> </ul>

Collaboration patient-therapeute	9,8 % (n=18)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je préconise une relation d'égal à égal (collaboration) plutôt qu'une relation d'autorité »</li> <li>• « Impliquer le patient dans toutes les étapes de sa réadaptation »</li> <li>• « Mentionner clairement au début de la rencontre que le client est l'expert de sa vie et que je suis là pour l'accompagner et le guider »</li> </ul>
Respect de la personne	6,6 % (n=12)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je respecte ses valeurs, croyances, habitudes de vie et je n'essaie pas de lui "induire" les miennes »</li> <li>• « Respecter les limites du patient »</li> <li>• « Respecter les valeurs de chacun »</li> </ul>
Prise du temps nécessaire	5,5 % (n=10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je prends le temps de discuter en profondeur avec eux des défis occupationnels vécus »</li> <li>• « Prendre le temps d'expliquer le processus en ergothérapie et les raisons des différentes évaluations et recommandations »</li> <li>• « Je prends le temps de m'asseoir et de parler de son senti et de son vécu »</li> </ul>
Collaboration interdisciplinaire	3,8 % (n=7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je travaille en interdisciplinarité pour les besoins de la famille »</li> <li>• « Collaborer et communiquer avec mes collègues et les établissements partenaires qui ont et auront le patient »</li> </ul>
Implication des proches de la personne	3,8 % (n=7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Implication des proches dans les modalités et les rencontres »</li> <li>• « Je travaille en DITSA adulte, j'implique les proches et les intervenants qui connaissent bien le client »</li> <li>• « J'ajuste mes interventions afin que le parent puisse s'impliquer selon ses valeurs et capacités »</li> </ul>
Interventions dans le milieu naturel	2,7 % (n=5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je tente de m'inclure le plus possible dans le quotidien de l'enfant (scolaire) pour éviter la surcharge de thérapies »</li> <li>• « Je m'assure d'obtenir le poulx de comment ça se passe en classe et à la maison et je vais souvent faire des observations dans ces milieux afin de m'assurer que mes recommandations soient applicables au contexte et personnalisées aux besoins nommés et évalués »</li> </ul>
Établissement d'une alliance thérapeutique	2,2 % (n=4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Avec la clientèle en soins palliatifs, je prends le temps de m'asseoir avec le client, de discuter. Ça aide à créer le lien de confiance »</li> <li>• « Je fais tout en mon pouvoir pour établir une alliance thérapeutique avec le client et sa famille »</li> </ul>
Plaidoirie pour la personne	2,2 % (n=4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je vais ensuite militer auprès des autres intervenants si nos orientations ne respectent pas les volontés du patient »</li> <li>• « Parler au nom du client pour l'aider à recevoir des services appropriés »</li> <li>• « Je négocie avec l'équipe de soins pour défendre les droits et intérêts des résidents »</li> <li>• « Je défends les valeurs de mon client si elles sont en opposition avec le personnel soignant »</li> </ul>
Utilisation d'approches et d'outils	1,6 % (n=3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « L'utilisation du Profil des AVQ et du Profil des activités instrumentales (où le client formule lui-même ses buts durant l'évaluation) »</li> <li>• « L'approche coop et multicontexte (objectifs du client, prise de conscience et résolution de problèmes dans des activités significatives) favorisent ce genre de pratique »</li> <li>• « Utilisation d'une approche participative durant les entrevues et le développement du projet de vie »</li> </ul>
Évaluations holistiques	1,1 % (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Évaluation globale, exploration des forces et des aspirations »</li> <li>• « Obtenir une vision holistique de sa situation »</li> </ul>

Congruence contextuelle	1,1 % (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « <i>Considérer l'influence culturelle de la famille sur les comportements adoptés</i> »</li> <li>• « <i>Considérer toutes les ressources de la personne, son environnement social et institutionnel</i> »</li> </ul>
-------------------------	----------------	--

Ainsi, 19,7 % des énoncés (n=36) représentent des exemples de pratique centrée sur la personne qui font référence à la prise en compte des besoins, intérêts, désirs et valeurs de la personne. De plus, 13,7 % des énoncés (n=25) illustrent des exemples où les répondants établissent des objectifs d'intervention conjointement avec la personne. Par la suite, 9,8 % des énoncés (n=18) s'apparentent à des principes d'écoute et de communication utilisés par les répondants soit l'écoute active ou encore l'adaptation de la communication à la personne recevant des soins.

Aussi, 6,6 % des énoncés (n=12) font référence au respect de la personne, c'est-à-dire, au respect autant pour ses valeurs, intérêts, désirs que pour ses limites, 5,5 % (n=10) sont des exemples de pratique centrée sur la personne où les répondants stipulent prendre le temps nécessaire pour écouter ou encore questionner la personne, 3,8 % (n=7) représentent de la collaboration interdisciplinaire et l'implication des proches dans le processus ergothérapique. Par ailleurs, cinq énoncés (2,7 % des énoncés) montrent que les répondants sont centrés sur la personne lorsqu'ils interviennent dans le milieu naturel de cette dernière. En plus, 2,2 % des énoncés (n=4) représentent des exemples de pratique centrée sur la personne où les répondants plaident pour que les besoins de la personne soient répondus. Finalement, 2,2 % des énoncés (n=4) montre que les répondants sont centrés sur la personne lorsqu'ils établissent une alliance thérapeutique, 1,6 % (n=3) lorsqu'ils utilisent des approches et des outils tels que l'approche participative ou encore le Profil des AVQ, 1,1 % (n=2) lorsqu'ils réalisent des évaluations holistiques et lorsqu'ils adoptent une congruence contextuelle, c'est-à-dire, lorsqu'ils tiennent compte de l'environnement physique et social de la personne qui reçoit des soins.

### **5.3.4 Perception de l'importance accordée aux éléments de la pratique centrée sur la personne**

À la présente question, les répondants devaient évaluer l'importance qu'ils accordent aux éléments de la pratique centrée sur la personne. 87,0 % des participants (n=94) fournissent des réponses à cette question. Les résultats sont présentés à la Figure 2 qui suit de façon regroupée,

c'est-à-dire, les cotes 7 et 6 ensemble (extrêmement important), 5 et 4 (assez important) ainsi que 3, 2, et 1 (pas important), donnant ainsi trois niveaux d'importance.

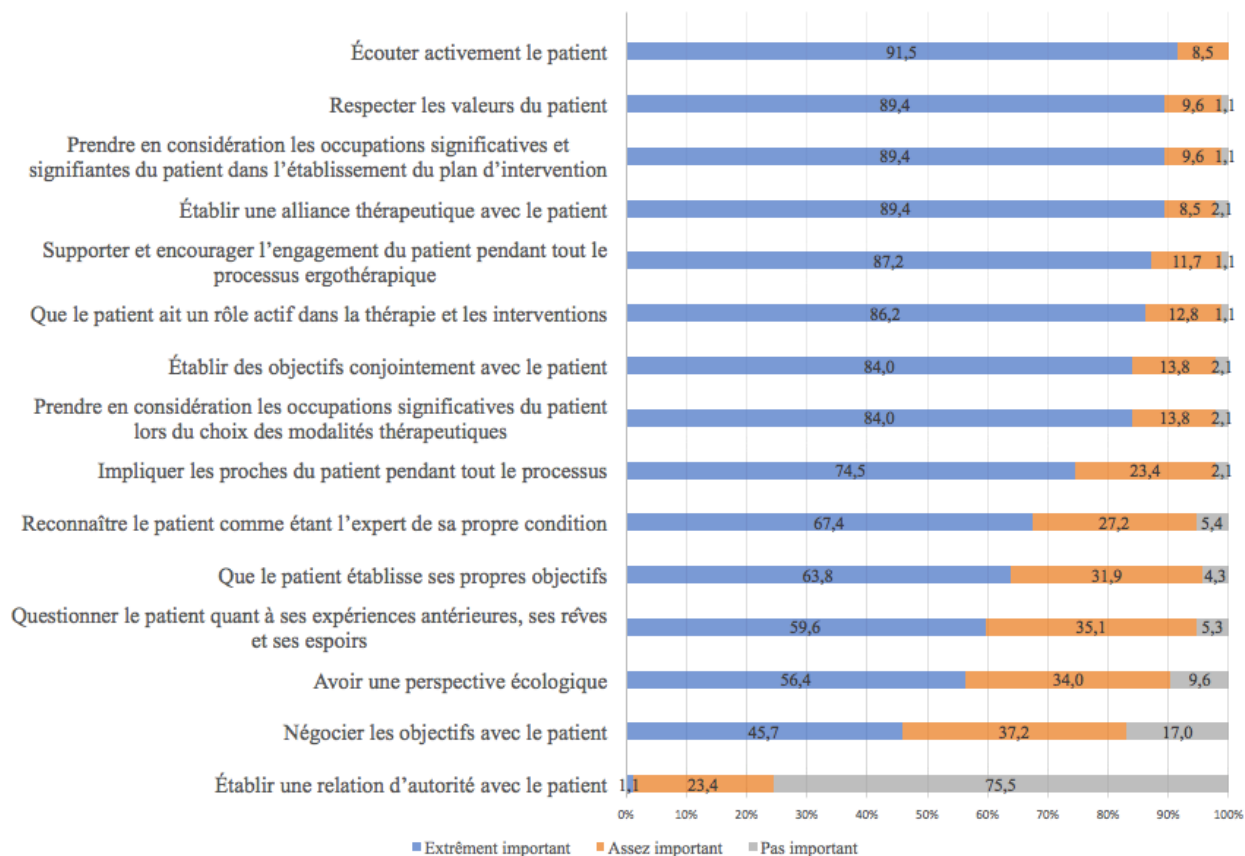


Figure 2. Perception de l'importance accordée aux éléments de la pratique centrée sur la personne

Les éléments que les répondants considèrent extrêmement importants à mettre en pratique sont : écouter activement le patient (91,5 %, n=86), respecter les valeurs du patient (89,4 %, n=84), prendre en considération les occupations significatives et significantes du patient dans l'établissement du plan d'intervention (89,4 %, n=84), établir une alliance thérapeutique avec le patient (89,4 %, n=84), supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique (87,2 %, n=82), que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions (86,2 %, n=81), établir des objectifs conjointement avec le patient (84 %, n=79) et prendre en considération les occupations significatives du patient lors du choix des modalités thérapeutiques (84 %, n=79).

Par ailleurs, 74,5 % (n=70) des répondants considèrent qu'il est extrêmement important d'impliquer les proches du patient dans tout le processus et 23,4 % (n=22) considèrent cela assez important. 67,4 % (n=62) évaluent qu'il est extrêmement important de reconnaître le patient tel l'expert de sa propre condition et 27,2 % (n=25) évaluent cela assez important. Concernant les objectifs d'intervention, 63,8 % (n=60) des répondants jugent extrêmement important que le patient établisse ses propres objectifs et 31,9 % (n=30) jugent que cela est assez important. En revanche, 45,7 % (n=43) des répondants considèrent qu'il est extrêmement important de négocier les objectifs avec le patient et 37,2 % (n=35) jugent cela assez important. Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs est considéré extrêmement important par 59,6 % (n=56) des répondants et 35,1 % (n=33) considèrent cet élément assez important. Aussi, 56,4 % (n=53) des répondants jugent extrêmement important d'avoir une perspective écologique et 37,2 % (n=35) jugent cela assez important.

Contrairement à tous les éléments de la pratique centrée sur la personne tout juste présentés, 75,5 % (n=71) ne jugent pas important d'établir une relation d'autorité avec le patient, 23,4 % (n=22) considèrent cela assez important et seulement 1,1 % (n=1) considère cet élément extrêmement important.

### **5.3.5 Perception de la facilité à mettre en pratique les éléments de la pratique centrée sur la personne**

À cette question, les répondants devaient évaluer leur facilité à mettre en pratique les mêmes éléments de la pratique centrée sur la personne qu'à la question précédente. 86,1 % des participants (n=93) ont complété la présente question. Les résultats sont présentés à la Figure 3 qui suit de façon regroupée, c'est-à-dire, les cotes 7 et 6 ensembles (extrêmement facile), 5 et 4 (moyennement facile) ainsi que 3, 2, et 1 (difficile), donnant ainsi trois niveaux de facilité.

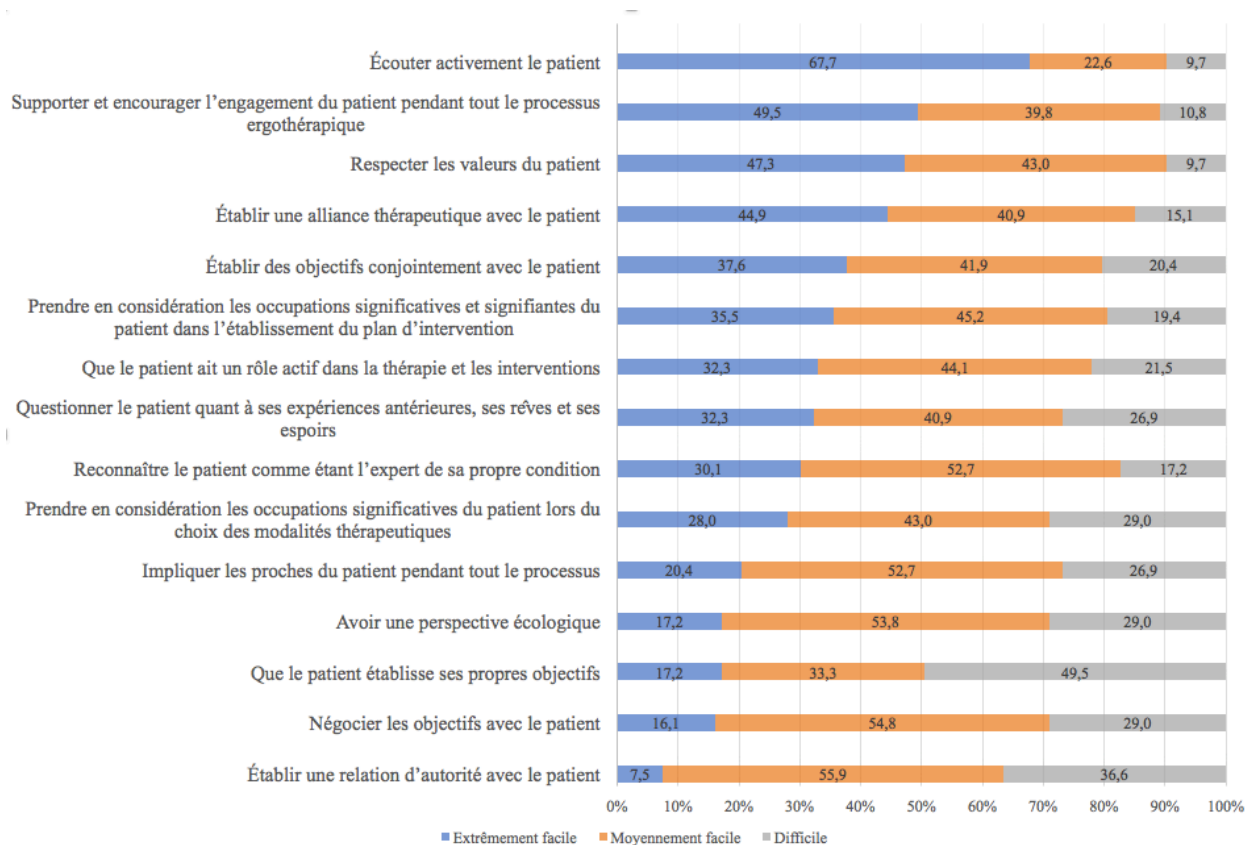


Figure 3. Perception de la facilité à mettre en pratique les éléments de la pratique centrée sur la personne

Ainsi, les éléments que les répondants trouvent les plus faciles à mettre en pratique sont : écouter activement le patient, supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapique, respecter les valeurs du patient et établir une alliance thérapeutique. En effet, 67,7 % (n=63) des répondants jugent qu'écouter activement le patient est extrêmement facile à mettre en pratique malgré la restructuration et 22,6 % (n=21) des répondants jugent cela moyennement facile, alors que 9,7 % (n=9) considèrent cela difficile. 49,5 % (n=46) considèrent extrêmement facile de supporter et d'encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapique, 39,8 % (n=37) moyennement facile alors que seulement 10,8 % (n=10) considèrent cela difficile. De plus, 47,3 % (n=44) jugent extrêmement facile de respecter les valeurs du patient, 43,0 % (n=40) moyennement facile alors que seulement 9,7 % (n=9) jugent cela difficile. Enfin, 44,1 % (n=41) estiment extrêmement facile d'établir une alliance thérapeutique avec le patient, 40,9 % (n=38) moyennement facile alors qu'uniquement 15,1 % (n=14) jugent cela difficile.

Les éléments que les répondants considèrent moyennement faciles à mettre en pratique sont : négocier les objectifs avec le patient (54,8 %, n=51), avoir une perspective écologique (53,8 %, n=50), impliquer les proches du patient pendant tout le processus (52,7 %, n=49), reconnaître le patient comme l'expert de sa propre condition (52,7%, n=49), prendre en considération les occupations significatives et signifiantes du patient dans l'établissement du plan d'intervention (45,2 %, n=42), que le patient ait un rôle actif dans la thérapie (44,1 %, n=41), prendre en considération les occupations significatives lors du choix des modalités thérapeutiques (43,0 %, n=40), établir des objectifs conjointement avec le patient (41,9 %, n=39) et questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs (40,9 %, n=38).

Que le patient établisse seul ses propres objectifs représente l'élément que les répondants estiment le plus difficile à mettre en pratique (49,5 %, n=46). À cet égard, 17,2 % (n=16) des répondants jugent cet élément de la pratique centrée sur la personne extrêmement facile à mettre en pratique et 33,3 % (n=31) moyennement facile.

Finalement, établir une relation d'autorité avec le patient est considéré extrêmement facile à mettre en pratique par 7,5 % (n=7) des répondants, moyennement facile par 55,9 % (n=52) et difficile par 36,6 % (n=34).

### **5.3.6 Comparaison de l'importance et de la facilité à mettre en pratique les éléments de la pratique centrée sur la personne**

La comparaison des résultats obtenus aux questions concernant l'importance ainsi que la facilité à mettre en pratique les éléments de la pratique centrée sur la personne permet de constater qu'un pourcentage plus élevé de répondants les considèrent plus importants que faciles à mettre en pratique. Cette comparaison est présentée dans le Tableau 4 ci-dessous. L'importance regroupe les résultats « extrêmement important » (7 et 6) ainsi qu'« assez important » (5 et 4) et la facilité regroupe les résultats « extrêmement facile » (7 et 6) ainsi qu'« assez facile » (5 et 4).

Tableau 4.

*Comparaison entre l'importance accordée aux éléments de la pratique centrée sur la personne et la facilité à les mettre en pratique*

Éléments reliés à la pratique centrée sur la personne		%	Écart
Que le patient établisse ses propres objectifs	Importance	95,7	



	Facilité	50,5	45,2
Prendre en considération les occupations significatives du patient lors du choix des modalités thérapeutiques	Importance	97,8	26,8
	Facilité	71,0	
Impliquer les proches du patient pendant tout le processus	Importance	97,9	24,8
	Facilité	73,1	
Que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions	Importance	99,0	22,6
	Facilité	76,4	
Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs	Importance	94,7	21,5
	Facilité	73,2	
Avoir une perspective écologique du patient	Importance	90,4	19,4
	Facilité	71,0	
Prendre en considération les activités significatives dans l'établissement du plan d'intervention	Importance	99,0	18,3
	Facilité	80,7	
Établir des objectifs conjointement avec le patient	Importance	97,8	18,3
	Facilité	79,5	
Établir une alliance thérapeutique avec le patient	Importance	97,9	12,1
	Facilité	85,8	
Négocier les objectifs avec le patient	Importance	82,9	12,0
	Facilité	70,9	
Reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition	Importance	94,6	11,8
	Facilité	82,8	
Écouter activement le patient	Importance	100,0	9,7
	Facilité	90,3	
Supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique	Importance	98,9	9,6
	Facilité	89,3	
Respecter les valeurs du patient	Importance	99,0	8,7
	Facilité	90,3	
Établir une relation d'autorité avec le patient	Importance	24,5	-38,9
	Facilité	63,4	

Les écarts les plus élevés entre l'importance et la facilité concernent les éléments suivants : que le patient établisse ses propres objectifs (écart de 45,2), prendre en considération les occupations significatives et significantes du patient pendant tout le processus (écart de 26,8), impliquer les proches du patient pendant tout le processus ergothérapeutique (écart de 24,8), que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions (écart de 22,6), questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs (écart de 21,5), avoir une perspective écologique du patient (écart de 19,4), prendre en considération les activités significatives dans l'établissement du plan d'intervention (écart de 18,3) ainsi qu'établir des objectifs conjointement avec le patient (écart de 18,3). En ce sens, 95,7 % (n=90) des répondants jugent important que le patient établisse ses propres objectifs, tandis que 50,5 % (n=47) jugent cela facile à mettre en pratique et 49,5 % (n=46) des répondants jugent que cet élément est difficile à mettre en pratique. Ensuite, 97,8 % (n=92) des répondants considèrent important de prendre en considération les occupations significatives et significantes du patient lors du choix des modalités thérapeutiques,

or, 71,0 % (n=66) considèrent cela facile à réaliser dans leur pratique clinique. Dans le même ordre d'idées, 97,9 % (n=92) des répondants estiment important d'impliquer les proches du patient pendant tout le processus tandis que 73,1 % (n=68) estiment cet élément facile à mettre en pratique. Par la suite, que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions est considéré important par 99,0 % (n=93) des répondants alors que 76,4 % (n=71) de ces derniers le considèrent facile à mettre en pratique. Aussi, 94,7 % (n=89) des répondants jugent important de questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs. Toutefois, uniquement 73,2 % (n=68) des répondants jugent cet élément facile à mettre en pratique. De plus, 90,4 % (n=85) des répondants estiment important d'avoir une perspective écologique alors que 71,0 % (n=66) estiment cet élément facile à appliquer. 99,0 % (n=93) considèrent important de prendre en considération les activités significatives dans l'établissement du plan d'intervention, or, 80,7 % (n=75) considèrent cela facile à mettre en pratique. Finalement, 97,8 % (n=92) jugent important d'établir des objectifs conjointement avec le patient alors que 79,5 % (n=74) jugent cet élément facile à réaliser dans leur pratique clinique.

D'autre part, les éléments qui présentent les plus faibles écarts sont : respecter les valeurs du patient (écart de 8,7), supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique (écart de 9,6), écouter activement le patient (écart de 9,7), reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition (écart de 11,8), négocier les objectifs avec le patient (écart de 12,0) et établir une alliance thérapeutique avec le patient (écart de 12,1).

Contrairement à tous les autres éléments de la pratique centrée sur la personne, établir une relation d'autorité avec le patient est considéré plus facile à mettre en pratique qu'important. En effet, 24,5 % (n=23) des répondants considèrent cet élément important alors que 63,4 % (n=59) le considèrent facile à mettre en pratique.

#### **5.4 Comparaison des résultats entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise**

La section qui suit présente la comparaison des résultats entre les répondants qui sont détenteurs d'un baccalauréat en ergothérapie et ceux d'une maîtrise. En premier lieu, la comparaison des résultats concernant la perception de la pratique en ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux entre ces deux groupes sera

présentée. En second lieu, la comparaison de la perception de l'importance accordée aux éléments de la pratique centrée sur la personne sera abordée. Enfin, la comparaison de la perception de ces deux groupes de la facilité à mettre en pratique les éléments de la pratique centrée sur la personne sera exposée.

#### 5.4.1 Perception de la pratique de l'ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sur la pratique

La comparaison des résultats obtenus à la question concernant la perception de la pratique de l'ergothérapie suite à la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux montre plusieurs différences entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise. Le Tableau 5 qui suit présente cette comparaison. Le pourcentage d'accord présenté dans ce tableau regroupe les résultats fortement en accord (7 et 6) et quelque peu en accord (5 et 4).

Tableau 5.

*Comparaison de la perception de la pratique en ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise*

Éléments s'apparentant à la pratique des ergothérapeutes		Accord (%)	Écart
Poursuivre des opportunités de collaboration interprofessionnelle déjà établies	Baccalauréat	82,4	17,4
	Maîtrise	65,0	
Avoir l'opportunité de démontrer l'efficacité des interventions en ergothérapie	Baccalauréat	45,6	15,6
	Maîtrise	30,0	
Avoir l'opportunité d'exercer de nouveaux rôles dans ma pratique	Baccalauréat	48,5	13,5
	Maîtrise	35,0	
Avoir l'occasion d'adopter les meilleures pratiques dans ma discipline	Baccalauréat	48,5	13,5
	Maîtrise	35,0	
Avoir l'opportunité de faire valoir la contribution de l'ergothérapie à l'intérieur de mon programme	Baccalauréat	48,5	11,0
	Maîtrise	37,5	
Faire face à des incertitudes quant à mon rattachement à un programme	Baccalauréat	80,9	8,4
	Maîtrise	72,5	
Faire preuve de créativité dans l'offre de services	Baccalauréat	50,0	7,5
	Maîtrise	42,5	
Faire face à un encadrement professionnel trop serré	Baccalauréat	55,9	5,9
	Maîtrise	50,0	
Avoir des opportunités de collaboration interprofessionnelle jusqu'alors non développées	Baccalauréat	39,7	4,7
	Maîtrise	35,0	
Devoir évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide	Baccalauréat	83,8	3,8
	Maîtrise	80,0	
Faire face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de mon programme	Baccalauréat	83,8	3,7
	Maîtrise	82,5	
Avoir peu d'occasions d'échanger avec d'autres ergothérapeutes	Baccalauréat	55,9	-4,1
	Maîtrise	60,0	

Faire face à un encadrement professionnel relâché	Baccalauréat	60,3	-7,2
	Maîtrise	67,5	
Être contraint de donner des services morcelés à la clientèle	Baccalauréat	82,3	-7,6
	Maîtrise	90,0	
Avoir une pratique centrée sur la personne	Baccalauréat	52,9	-9,6
	Maîtrise	62,5	

Les éléments qui présentent les écarts les plus importants ainsi qu'un pourcentage plus élevé d'accord de répondants détenteurs d'un baccalauréat sont : poursuivre des opportunités de collaboration interprofessionnelle déjà établies (écart de 17,4), avoir l'opportunité de démontrer l'efficacité des interventions en ergothérapie, avoir l'opportunité d'exercer de nouveaux rôles dans ma pratique (écart de 13,5), avoir l'occasion d'adopter les meilleures pratiques dans ma discipline (écart de 13,5) ainsi qu'avoir l'opportunité de faire valoir la contribution de l'ergothérapie à l'intérieur de mon programme (écart de 11,0).

En plus, les éléments qui présentent les plus faibles écarts ainsi qu'un pourcentage plus élevé d'accord chez les ergothérapeutes détenteurs d'un baccalauréat de l'étude sont : faire face à des incertitudes quant à mon rattachement à un programme (écart de 8,4), faire preuve de créativité dans l'offre de services (écart de 7,5), faire face à un encadrement professionnel trop serré (écart de 5,9), avoir des opportunités de collaboration interprofessionnelle jusqu'alors non développées (écart de 4,7), devoir évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide (écart de 3,8) et faire face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de mon programme (écart de 3,7).

Finalement, les éléments qui présentent de faibles écarts ainsi qu'un pourcentage plus élevé d'accord chez les ergothérapeutes détenteurs d'une maîtrise de l'étude sont : avoir une pratique centrée sur la personne (écart de -9,6), être contraint de donner des services morcelés à la clientèle (écart de -7,6), faire face à un encadrement professionnel relâché (écart de -7,2) et avoir peu d'occasions d'échanger avec d'autres ergothérapeutes (écart de -4,1).

#### **5.4.2 Perception de l'importance accordée aux éléments de la pratique centrée sur la personne**

La comparaison des résultats obtenus entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise à la question concernant l'importance accordée aux éléments de la pratique

centrée sur la personne permet de constater qu'il y a peu d'écart entre ces deux groupes pour la majorité des éléments. Le Tableau 6 qui suit présente cette comparaison. Le pourcentage de l'importance présenté dans ce tableau regroupe les résultats « extrêmement important » (7 et 6) ainsi qu'« assez important » (5 et 4).

Tableau 6.

*Comparaison de la perception de l'importance accordée aux éléments de la pratique centrée sur la personne entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise*

Éléments reliés à la pratique centrée sur la personne		%	Écart
Établir une relation d'autorité avec le patient	Baccalauréat	29,3	12,6
	Maîtrise	16,7	
Impliquer les proches du patient pendant tout le processus	Baccalauréat	100,0	5,6
	Maîtrise	94,4	
Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs	Baccalauréat	96,6	4,9
	Maîtrise	91,7	
Que le patient établisse ses propres objectifs	Baccalauréat	96,5	2,1
	Maîtrise	94,4	
Établir des objectifs conjointement avec le patient	Baccalauréat	98,2	1,0
	Maîtrise	97,2	
Établir une alliance thérapeutique avec le patient	Baccalauréat	98,2	0,9
	Maîtrise	97,3	
Négocier les objectifs avec le patient	Baccalauréat	83,5	0,2
	Maîtrise	83,3	
Reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition	Baccalauréat	94,6	0,2
	Maîtrise	94,4	
Écouter activement le patient	Baccalauréat	100,0	0,0
	Maîtrise	100,0	
Prendre en considération les occupations significatives dans l'établissement du plan d'intervention	Baccalauréat	98,3	-1,7
	Maîtrise	100,0	
Que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions	Baccalauréat	98,3	-1,7
	Maîtrise	100,0	
Respecter les valeurs du patient	Baccalauréat	98,3	-1,7
	Maîtrise	100,0	
Supporter et encourager l'encouragement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique	Baccalauréat	98,3	-1,7
	Maîtrise	100,0	
Prendre en considération les occupations significatives du patient lors du choix des modalités thérapeutiques	Baccalauréat	96,6	-3,4
	Maîtrise	100,0	
Avoir une perspective écologique	Baccalauréat	84,5	-15,5
	Maîtrise	100,0	

Les deux seuls éléments qui présentent une différence importante sont : avoir une perspective écologique (écart de -15,5) et établir une relation d'autorité avec le patient (écart de 12,6). À cet égard, 100,0 % (n=36) des répondants détenteurs d'une maîtrise en ergothérapie estiment important d'avoir une perspective écologique comparativement à 84,5 % (n=49) des

répondants qui possèdent un baccalauréat. Ensuite, 16,7 % (n=6) des répondants qui possèdent une maîtrise considèrent important d'établir une relation d'autorité avec le patient comparativement à 29,3 % (n=17) des répondants détenteurs d'un baccalauréat.

### 5.4.3 Perception de la facilité à mettre en pratique les éléments de la pratique centrée sur la personne

À la question concernant la perception de la facilité à mettre en pratique les éléments de la pratique centrée sur la personne, la comparaison des résultats obtenus entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise permet de constater que, pour la majorité des éléments, les répondants détenteurs d'un baccalauréat ont plus de facilité à les mettre en pratique. Le Tableau 7 qui suit présente cette comparaison. Le pourcentage de la facilité présenté dans ce tableau regroupe les résultats « extrêmement facile » (7 et 6) ainsi qu' « assez facile » (5 et 4).

Tableau 7.

*Comparaison de la perception de la facilité à mettre en pratique les éléments de la pratique centrée sur la personne entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise*

Éléments reliés à la pratique centrée sur la personne		%	Écart
Négocier les objectifs avec le patient	Baccalauréat	82,5	29,7
	Maîtrise	52,8	
Établir des objectifs conjointement avec le patient	Baccalauréat	87,8	21,1
	Maîtrise	66,7	
Prendre en considération les occupations significatives et signifiantes lors du choix des modalités thérapeutiques	Baccalauréat	78,9	20,6
	Maîtrise	58,3	
Impliquer les proches du patient pendant tout le processus	Baccalauréat	80,7	19,6
	Maîtrise	61,1	
Que le patient établisse ses propres objectifs	Baccalauréat	57,9	19,0
	Maîtrise	38,9	
Prendre en considération les occupations significatives dans l'établissement du plan d'intervention	Baccalauréat	87,8	18,3
	Maîtrise	69,5	
Établir une alliance thérapeutique avec le patient	Baccalauréat	89,5	11,8
	Maîtrise	77,7	
Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs	Baccalauréat	77,2	10,5
	Maîtrise	66,7	
Supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique	Baccalauréat	93,0	9,7
	Maîtrise	83,3	
Que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions	Baccalauréat	81,9	9,7
	Maîtrise	72,2	
Reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition	Baccalauréat	85,9	8,1
	Maîtrise	77,8	
Écouter activement le patient	Baccalauréat	93,0	6,9
	Maîtrise	86,1	
Respecter les valeurs du patient	Baccalauréat	89,5	2,1

	Maîtrise	91,6	
Établir une relation d'autorité avec le patient	Baccalauréat	59,7	-9,8
	Maîtrise	69,5	
Avoir une perspective écologique	Baccalauréat	66,7	-11,1
	Maîtrise	77,8	

Négocier les objectifs avec le patient (écart de 29,7), établir des objectifs conjointement avec le patient (écart de 21,1), prendre en considération les occupations significatives et signifiantes lors du choix des modalités thérapeutiques (écart de 20,6), impliquer les proches du patient pendant tout le processus (19,6 %), que le patient établisse ses propres objectifs (écart de 19,0), prendre en considération les occupations significatives dans l'établissement du plan d'intervention (écart de 18,3), établir une alliance thérapeutique avec le patient (écart de 11,8), questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs (écart de 10,5), supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique (écart de 9,7), que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions (écart de 9,7), reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition (8,1 %), écouter activement le patient (écart de 6,9) et respecter les valeurs du patient (écart de 2,1) représentent les éléments dont les répondants détenteurs d'un baccalauréat ont plus de facilité à mettre en pratique.

En contrepartie, 77,8 % (n=28) des répondants détenteurs d'une maîtrise estiment facile d'avoir une perspective écologique contrairement à 66,7 % (n=38) des répondants qui possèdent un baccalauréat. Finalement, 69,5 % (n=25) des répondants qui possèdent un diplôme de niveau maîtrise estiment facile d'établir une relation d'autorité avec le patient comparativement à 59,7 % (n=34) pour les répondants qui détiennent un baccalauréat.

## **6 DISCUSSION**

La présente étude fait valoir des résultats inédits en ce qui a trait à la pratique centrée sur la personne des ergothérapeutes québécois dans le contexte de la plus récente restructuration du réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, les résultats obtenus sont discutés dans la section qui suit et cette dernière est divisée en cinq sous-sections. En premier lieu, les résultats concernant la perception de la pratique en ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux seront discutés. En second lieu, la discussion relative à la perception des ergothérapeutes quant à l'application des principes de la pratique centrée sur la personne sera abordée. En troisième lieu, les résultats en lien avec l'application des principes de la pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel seront discutés. En quatrième lieu, la discussion concernant les différences entre les ergothérapeutes bacheliers et ceux détenteurs d'une maîtrise sera présentée. Finalement, les forces et les limites de l'étude seront détaillées.

### **6.1 Perception de la pratique en ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux**

En premier lieu, les résultats de cette étude font valoir que, depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux, la pratique des ergothérapeutes québécois se voit transformée à certains niveaux. À cet égard, la majorité des ergothérapeutes de l'étude sont en accord que depuis la restructuration du réseau de la santé, ils doivent évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide, font face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de leur programme, sont contraints de donner des services morcelés à la clientèle et font face à des incertitudes quant à leur rattachement à un programme. Ainsi, dans le contexte de la restructuration actuelle, l'emphase qui est mise sur l'efficacité et la performance peut expliquer la raison pour laquelle les ergothérapeutes travaillent plus rapidement. Aussi, les réorganisations des structures du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les travailleurs déjà congédiés peuvent expliquer les incertitudes des ergothérapeutes québécois face à leur rattachement à un programme. D'ailleurs, certains de ces résultats correspondent à ceux obtenus par Marazzani et Brousseau (2001) dans leur étude exploratoire des répercussions de la restructuration d'alors. En effet, ces derniers exposent que les situations nouvelles engendrées par la restructuration ont des impacts sur les services à la clientèle,



notamment, car l'ergothérapeute doit évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme beaucoup plus rapide et, car l'intervention pour un même patient devient morcelée.

Par contre, les résultats font aussi valoir que la pratique en ergothérapie ne se voit pas modifiée à tous les niveaux depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux. En effet, la majorité des répondants sont en désaccord que, depuis la restructuration, ils ont des opportunités de collaboration interprofessionnelle jusqu'alors non développées (62,0 %), ont l'opportunité de démontrer l'efficacité des interventions en ergothérapie (58,3 %), ont l'occasion d'adopter les meilleures pratiques dans leur discipline et ont l'opportunité d'exercer de nouveaux rôles dans leur pratique (56,5 %), ont l'opportunité de faire valoir la contribution de l'ergothérapie à l'intérieur de leur programme (55,6 %) ainsi que font preuve de créativité dans l'offre de services (52,8 %). Ces désaccords peuvent s'expliquer par le fait que ces éléments caractérisaient déjà la pratique des ergothérapeutes de l'étude avant la restructuration du réseau de la santé.

Toutefois, bien que la majorité des répondants ne soient pas en accord que, depuis la restructuration, ils ont l'opportunité d'adopter de nouveaux rôles, certains jugent le contraire (18,5 %). En effet, il apparaît que depuis la restructuration, certains répondants insatisfaits de cette dernière se voient développer une offre de services compatibles à leurs attentes. De plus, il apparaît que la polyvalence se voit un nouvel atout majeur puisque certains répondants doivent exercer la profession d'ergothérapeute dans divers milieux. Aussi, la participation à des comités divers, la réalisation de tâches administratives, la participation à des projets de recherche ainsi que la collaboration inter et intraprofessionnelle représentent des nouveaux rôles depuis la restructuration actuelle pour certains répondants. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par Marazzani et Brousseau (2001). En effet, ces derniers exposent que, depuis la restructuration d'alors, les ergothérapeutes sont davantage sollicités à s'engager dans différents comités administratifs ou consultatifs. Aussi, les résultats de leur étude exposent que, depuis la restructuration d'alors, il y a une augmentation de l'interdisciplinarité dans la prestation des soins et des services. Finalement, il apparaît que, pour certains répondants, la restructuration les entraîne davantage à adopter les meilleures pratiques au sein de leur équipe.

## **6.2 Perception des ergothérapeutes quant à l'application des principes de la pratique centrée sur la personne**

En second lieu, les résultats de la présente étude font valoir qu'un nombre élevé d'ergothérapeutes québécois ayant participé à l'étude n'estiment pas avoir une pratique centrée sur la personne. En effet, 25,3 % des répondants (n=24) ne considèrent pas mettre en pratique des principes de la pratique centrée sur la personne, 14,7 % (n=14) ne le savent pas et 60,0 % (n=57) jugent le faire. La justification de leur position quant à l'application des principes de la pratique centrée sur la personne met en lumière la présence de contraintes à cette pratique dans le contexte actuel. Par contre, malgré le nombre inquiétant d'ergothérapeutes québécois qui ne qualifient par leur pratique telle étant centrée sur la personne, les ergothérapeutes de l'étude définissent cette pratique de manière similaire aux différents auteurs. Ainsi, les affirmations qui précèdent sont présentées dans les paragraphes suivants.

### **6.2.1 Justification de l'application des principes de la pratique centrée sur la personne**

Tel que mentionné ci-haut, 25,3 % des répondants (n=24) ne considèrent pas que leur pratique clinique de l'ergothérapie est centrée sur la personne. En effet, 58,3 % de ces répondants (n=15) font ressortir, dans la justification de leur position, que plusieurs contraintes organisationnelles dans leur milieu, telles que l'accent mis sur la performance, la nécessité de voir plus de patients ou encore d'utiliser des formules préfaites, leur empêchent d'adopter une pratique centrée sur la personne. D'ailleurs, des 14 répondants qui ne savent pas s'ils ont une pratique centrée sur la personne, six répondants mentionnent la présence de contraintes organisationnelles limitant cette pratique dans leur justification. Même que 42,1 % des répondants (n=24) qui estiment avoir une pratique centrée sur la personne précisent dans leur justification qu'ils sont centrés sur la personne, mais qu'il existe des pressions diverses à cette pratique dans leur milieu. Ainsi, ces résultats laissent croire que certaines contraintes organisationnelles propres à la restructuration du réseau de la santé agissent tels des défis à l'application de la pratique centrée sur la personne des ergothérapeutes québécois de l'étude. Ceci converge dans une certaine mesure avec les résultats de l'étude de Carrier, Levasseur, Freeman et Desrosiers (2016) qui laisse croire que le contexte influence la pratique. Par ailleurs, les résultats de l'étude de De Haerne (2016) exposent que les répondants français ont une meilleure perception de leur pratique centrée sur la personne. En effet, 80,0 % des ergothérapeutes français

de son étude jugent avoir une pratique centrée sur la personne comparativement à seulement 60,0 % des ergothérapeutes québécois de la présente étude. Cette différence laisse croire que les ergothérapeutes québécois sont critiques envers leur propre pratique ou encore qu'il est possible que ces derniers soient ébranlés par la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux actuelle. Ces résultats concordent avec ce que le MCPP stipule soit que le contexte sociétal et le contexte de pratique influencent la pratique des ergothérapeutes. Mais la pratique centrée sur la personne faisant partie de l'identité des ergothérapeutes ne devrait-elle pas demeurer inébranlable ?

Par ailleurs, les raisons justifiant la position des 57 répondants qui considèrent avoir une pratique centrée sur la personne correspondent aux différents principes de la pratique centrée sur la personne soit : le respect, l'autonomie décisionnelle, le partenariat thérapeutique ainsi que l'habilitation aux occupations. En effet, les principales justifications des répondants sont : mettre en avant plan la personne, ses besoins, ses attentes ainsi que ses choix pendant tout le processus ergothérapique (49,1 %), considérer la personne tel un partenaire tout au long du processus (12,3 %), adopter une vision holistique de la personne (3,5 %), avoir le consentement aux soins de la personne (3,5 %) ainsi qu'utiliser des occupations significatives afin de favoriser l'engagement de la personne (3,5 %). Ainsi, ces justifications correspondent aux principes de la pratique centrée sur la personne définis par différents auteurs tels que Law, Baptiste et Mills (1995), Sumsion (1993) ainsi que Townsend et Polatajko (2013).

### **6.2.2 Les représentations de la pratique centrée sur la personne des répondants**

Les résultats de l'analyse de contenu des représentations de la pratique centrée sur la personne permettent d'affirmer que les ergothérapeutes québécois de l'étude ont une représentation de cette pratique similaire aux ergothérapeutes ailleurs dans le monde, et ce, même dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé actuelle. À cet égard, les thèmes ressortis de l'analyse de contenu des représentations de la pratique centrée sur la personne des répondants correspondent aux principes de cette pratique recensés dans les écrits. Plus particulièrement, les énoncés des répondants ont fait valoir le respect de la personne (31,8 % des énoncés), le partenariat thérapeutique (17,4 % des énoncés), l'habilitation aux occupations (14,9 % des énoncés), la congruence contextuelle (8,7 % des énoncés) et l'autonomie décisionnelle de

la personne (7,7 % des énoncés) tels des concepts primordiaux de la pratique centrée sur la personne. En effet, ces concepts sont aussi mis de l'avant dans les différentes définitions de cette pratique énoncées par Law, Baptiste et Mills (1995), Sumsion (2000) ainsi que par l'ACE (1997, 2002). À ce sujet, il apparaît qu'avoir une mauvaise représentation de la pratique centrée sur la personne n'est pas une raison pour laquelle les répondants ne considèrent pas adopter cette pratique dans leur pratique clinique.

Par ailleurs, l'analyse de contenu des représentations de la pratique centrée sur la personne des répondants a aussi fait ressortir un concept spécifique au contexte des ergothérapeutes québécois. En effet, 11,3 % des énoncés (n=22) précisent que, pour avoir une pratique centrée sur la personne, il nécessite de demeurer centré sur les préoccupations de la personne malgré des pressions diverses. Ainsi, la représentation de la pratique centrée sur la personne des ergothérapeutes québécois de l'étude semble teintée par le contexte de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux. En plus, ce thème expose, une fois de plus, qu'effectivement, les répondants considèrent qu'il existe des pressions face à cette pratique dans leurs différents milieux et que le contexte influence potentiellement la pratique tel que le suggère le MCPP.

### **6.3 Application des principes de la pratique centrée sur la personne chez les ergothérapeutes québécois dans le contexte actuel**

En troisième lieu, les résultats de cette étude font valoir des écarts importants entre l'importance accordée aux différents principes de la pratique centrée sur la personne ainsi que la facilité à les appliquer. Les paragraphes qui suivent comparent les éléments de la pratique centrée sur la personne présentant les écarts les plus importants obtenus dans cette étude aux mêmes éléments de l'étude de De Haerne (2016).

Tout d'abord, 95,7 % des répondants jugent important que le patient établisse ses propres objectifs. Or, seulement 50,5 % estiment cet élément facile à mettre en pratique dans le contexte actuel (écart de 45,2). Pour ce même élément de la pratique centrée sur la personne, l'écart entre la perception de l'importance et de la facilité à l'appliquer est plus élevé chez les ergothérapeutes français (écart de 57,8). Ainsi, il apparaît que les ergothérapeutes québécois ont plus de facilité à appliquer cet élément dans leur pratique. De plus, 97,9 % des répondants québécois estiment

important d'impliquer les proches du patient pendant tout le processus alors que seulement 73,1 % jugent cela facile à appliquer dans leur pratique clinique (écart de 24,8). Pour les ergothérapeutes français de l'étude de De Haerne (2016), l'écart entre leur perception de l'importance et de la facilité à mettre en pratique cet élément est, une fois de plus, plus élevé. Cela laisse donc croire que les ergothérapeutes québécois ont plus de facilité à impliquer les proches du patient pendant tout le processus. Le même scénario se produit en ce qui concerne l'élément suivant : que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions. En effet, 99,0 % des répondants québécois considèrent cet élément important, tandis que seulement 73,1 % le jugent facile à mettre en pratique (écart de 22,6). Il existe un écart de 29,1 entre la perception de l'importance et de la facilité à mettre en pratique cet élément pour les ergothérapeutes français. Ainsi, les ergothérapeutes québécois semblent avoir plus de facilité à s'assurer que le patient ait un rôle actif en tout temps.

Toutefois, pour ces éléments : prendre en considération les occupations significantes du patient lors du choix des modalités thérapeutiques et questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs, les écarts entre la perception de l'importance et de la facilité à les appliquer sont plus faibles chez les ergothérapeutes français. À cet égard, 97,8 % des répondants québécois considèrent important de prendre en considération les occupations significantes lors du choix des modalités thérapeutiques, alors que 71,0 % jugent cela facile à mettre en pratique (écart de 26,8). L'écart pour ce même élément des répondants français de l'étude de De Haerne (2016) est de 18,0. Il apparaît donc que les ergothérapeutes français ont plus de facilité à prendre en considération les occupations significantes lors du choix des modalités thérapeutiques. Enfin, 94,7 % des ergothérapeutes de la présente étude jugent important de questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs, tandis que 73,2 % considèrent cet élément facile à appliquer dans leur pratique (écart de 21,5). Pour ce même élément, l'écart entre la perception des répondants français de l'importance et de la facilité à le mettre en pratique est de 10,2. Ainsi, il apparaît que les ergothérapeutes français ont plus de facilité à questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs. Les résultats qui précèdent laissent croire que les ergothérapeutes québécois parviennent malgré tout à adopter une pratique basée sur des éléments qui sont importants pour eux.

Finalement, les éléments suivants présentent les plus faibles écarts entre l'importance et la facilité à les mettre en pratique : respecter les valeurs du patient (écart de 8,7), supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique (écart de 9,6), écouter activement le patient (écart de 9,7), reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition (écart de 11,8), négocier les objectifs avec le patient (écart de 12,0) et établir une alliance thérapeutique avec le patient (écart de 12,1). En effet, il apparaît que les ergothérapeutes québécois ont plus de contrôle sur ces éléments, justifiant ainsi ces plus faibles écarts.

### **6.3.1 Les compétences professionnelles des ergothérapeutes**

Les résultats de cette étude exposent que, bien que les principes de la pratique centrée sur la personne ne soient pas tous faciles à mettre en pratique, les ergothérapeutes québécois ayant participé déploient des compétences professionnelles qui favorisent la pratique centrée sur la personne. En effet, 100,0 % des ergothérapeutes québécois de l'étude considèrent important d'écouter activement le patient et 90,3 % estiment cela facile à mettre en pratique. De plus, 9,8 % des exemples de pratique centrée sur la personne des répondants concernent des principes d'écoute et de communication soit écouter activement la personne ainsi qu'adapter sa communication à cette dernière. Ainsi, ces compétences sont mises de l'avant dans le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* en tant que communicateur (ACE, 2012) et ces dernières, tel que Sumsion et Law le mentionnent (2006), permettent d'établir une relation de partenariat efficace. Être à l'écoute des autres représente aussi une compétence des ergothérapeutes mise de l'avant par le *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*, essentielle à la pratique centrée sur la personne (OEQ, 2010).

En ce qui concerne la relation de partenariat entre l'ergothérapeute et la personne recevant des soins, 97,9 % des répondants estiment important d'établir une alliance thérapeutique avec le patient et 85,8 % jugent cela facile à mettre en pratique. D'ailleurs, 12,3 % des justifications des répondants traitent d'un partenariat avec la personne et 9,8 % de leurs exemples de pratique centrée sur la personne concernent la collaboration patient-thérapeute. De cela, établir un partenariat thérapeutique, caractérisé par une relation égalitaire entre la personne recevant des

soins et l'ergothérapeute qui s'éloigne de l'autoritarisme (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998; Sumsion, 1993), représente une compétence du collaborateur en ergothérapie (ACE, 2012), nécessaire à la pratique centrée sur la personne.

Par ailleurs, 98,9 % des répondants considèrent important de supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique et 89,3 % jugent cela facile à mettre en pratique. Adopter une attitude favorisant l'engagement et la participation de la personne représente une compétence attendue de tout ergothérapeute nécessaire à la pratique centrée sur la personne (OEQ, 2010). De plus, 99,0 % des répondants estiment important de respecter les valeurs de la personne. D'ailleurs, la prise en compte des besoins, intérêts, désirs et valeurs de la personne représente 19,7 % des énoncés d'exemples de pratique centrée sur la personne et le respect de la personne représente 31,8 % de la représentation des répondants de cette pratique. À ce sujet, Law Baptiste et Mills (1995) mentionnent qu'un processus thérapeutique qui se base sur la personne démontre inévitablement du respect pour cette dernière, le respect étant donc nécessaire à la pratique centrée sur la personne.

Finalement, 2,2 % des exemples de pratique centrée sur la personne illustrent que les répondants sont centrés sur la personne lorsqu'ils plaident pour que les besoins et les volontés de cette dernière soient respectés à l'intérieur des équipes interdisciplinaires et afin qu'elle reçoive des services de qualité. À cet égard, l'*agent de changement* en ergothérapie, mis de l'avant dans le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*, promeut les besoins occupationnels des individus (ACE, 2012). Ainsi, plaider pour la personne recevant des soins est nécessaire à la pratique centrée sur la personne lors d'une prise en charge ergothérapeutique.

#### **6.4 Les différences entre les ergothérapeutes bacheliers et ceux détenteurs d'une maîtrise**

En quatrième lieu, la présente étude fait valoir des différences ainsi que des similitudes entre les résultats des répondants détenteurs d'un baccalauréat en ergothérapie et ceux d'une maîtrise. La section qui suit présente cette comparaison et est divisée en trois sous-sections soit la perception de la pratique en ergothérapie depuis la restructuration, la perception de l'importance accordée aux principes de la pratique centrée sur la personne ainsi que la perception de la facilité à mettre en pratique les principes de la pratique centrée sur la personne.

#### **6.4.1 Perception de la pratique de l'ergothérapie depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux**

Les résultats de la présente étude font valoir que les ergothérapeutes détenteurs d'un baccalauréat sont plus en accord que ceux détenteurs d'une maîtrise que, depuis la restructuration du réseau de la santé, ils poursuivent des opportunités de collaboration interprofessionnelle déjà établies (écart de 17,4), ont l'opportunité de démontrer l'efficacité des interventions en ergothérapie (écart de 15,6), ont l'opportunité d'exercer de nouveaux rôles dans leur pratique (écart de 13,5), ont l'occasion d'adopter les meilleures pratiques dans leur discipline (écart de 13,5) ainsi qu'ont l'opportunité de faire valoir la contribution de l'ergothérapie à l'intérieur de leur programme (écart de 11,0). À cet égard, il est possible que le pourcentage plus élevé d'ergothérapeutes détenteurs d'une maîtrise en désaccord avec les éléments de la pratique qui précèdent, depuis la restructuration, s'explique, entre autres, puisque ces derniers considèrent que ces éléments étaient possibles même avant la restructuration et ne sont pas favorisés par cette dernière.

Par ailleurs, les résultats de cette étude font aussi valoir que, depuis la restructuration du réseau de la santé, les ergothérapeutes détenteurs d'une maîtrise sont davantage en accord que ceux détenteurs d'un baccalauréat qu'ils ont une pratique centrée sur la personne (écart de -9,6), sont contraints de donner des services morcelés à la clientèle (écart de -7,6) et font face à un encadrement professionnel relâché (écart de -7,2). Ces constats sont intéressants, car comme l'avaient fait valoir Horth et Arsenault (2002), les ergothérapeutes détenteurs d'une maîtrise feront preuve d'une grande autonomie et d'une solide identité professionnelle.

#### **6.4.2 Perception de l'importance accordée aux principes de la pratique centrée sur la personne**

Les répondants détenteurs d'une maîtrise considèrent plus important (écart de -15,5) d'avoir une perspective écologique que les répondants titulaires d'un baccalauréat en ergothérapie. Cet écart peut s'expliquer, entre autres, par le fait qu'il s'agit d'un concept nouvellement enseigné, peu connu des ergothérapeutes qui ont gradué depuis plus de neuf ans. Par ailleurs, un pourcentage plus élevé d'ergothérapeutes ayant participé à l'étude possédant un baccalauréat jugent important d'établir une relation d'autorité avec le patient (écart de 12,6). Cela



laisse croire que les ergothérapeutes détenteurs d'une maîtrise valorisent davantage une relation de partenariat avec la personne recevant des soins.

En ce qui concerne les autres principes de la pratique centrée sur la personne, les similitudes ou encore les faibles différences s'expliquent par le fait qu'il s'agit de principes fondamentaux depuis fort longtemps comme le montre l'historique du concept de la pratique centrée sur la personne (première définition apparue en 1995). De cette façon, tous les ergothérapeutes de l'étude connaissent l'existence ainsi que l'importance de ces principes lors de la prise en charge.

#### **6.4.3 Perception de la facilité à mettre en pratique les principes de la pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel**

Les éléments qui présentent les écarts les plus importants sont : négocier les objectifs avec le patient (écart de 29,7), établir des objectifs conjointement avec le patient (écart de 21,1), prendre en considération les occupations significatives et signifiantes lors du choix des modalités thérapeutiques (écart 20,6), impliquer les proches du patient pendant tout le processus (écart de 19,6), que le patient établisse ses propres objectifs (écart de 19,0) et prendre en considération les occupations significatives dans l'établissement du plan d'intervention (écart de 18,3). Ces écarts peuvent s'expliquer, entre autres, par le fait que les éléments précédents sont inhérents à la pratique centrée sur la personne et enseignés dès le début de la formation en ergothérapie. Ainsi, il apparaît que ces derniers sont ancrés depuis plus longtemps dans la pratique des ergothérapeutes détenteurs d'un baccalauréat que ceux d'une maîtrise. D'ailleurs, considérant le plus grand nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes détenteurs d'un baccalauréat (minimum 9 ans), il est possible que ces derniers aient développé davantage de stratégies pour s'adapter aux changements structuraux des systèmes de santé.

#### **6.5 Forces et limites de l'étude**

Cette étude présente des forces et des limites. Premièrement, l'étude comporte quatre principales forces. Tout d'abord, il s'agit d'une des seules études à s'intéresser aux répercussions de la restructuration actuelle du réseau québécois de la santé et des services sociaux en complément du sondage de l'APTS réalisé en 2014. En plus, le nombre de répondants est considéré acceptable. Cette étude est, à ce jour, une des seules études décrivant la pratique des

ergothérapeutes avec un nombre important de répondants. Ensuite, le type de devis utilisé dans le cadre de cette étude représente une autre force. La validité des analyses réalisées à partir des résultats obtenus se voit augmentée puisqu'il s'agit d'un devis mixte. En effet, les réponses qualitatives complètent les réponses quantitatives. Enfin, la quatrième force se rattache au fait d'avoir utilisé le questionnaire de De Haerne (2016) favorisant ainsi la comparaison entre les deux études.

Par contre, cette étude comporte certaines limites. Tout d'abord, l'échantillon de l'étude est partiellement représentatif de la population d'ergothérapeutes au Québec, car certaines régions sont surreprésentées et d'autres sous-représentées. De plus, la méthode d'échantillonnage utilisée est une limite en soi. En effet, l'échantillon peut avoir été biaisé par des ergothérapeutes favorables à la pratique centrée sur la personne ou encore par des ergothérapeutes défavorables à la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux actuelle. Par ailleurs, l'ordre des questions dans le questionnaire peut aussi avoir influencé la perception de la pratique centrée sur la personne étant donné que les répondants venaient de donner leur perception de la restructuration des services de santé. Ainsi, cela signifie que les résultats peuvent avoir été biaisés autant positivement que négativement. Compte tenu de ces deux limites, il est nécessaire d'être prudent avec la généralisation des résultats à toute la population d'ergothérapeutes québécois.

## 7 CONCLUSION

La présente étude fait valoir des résultats inédits en ce qui concerne la perception des répercussions de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sur la pratique en ergothérapie ainsi qu'en ce qui a trait à la perception de l'application de la pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel. Le fait qu'aucune autre étude n'ait étudié les répercussions de la restructuration du réseau de la santé sur la pratique des ergothérapeutes ainsi que l'application des principes de cette même pratique au Québec démontre la singularité de l'étude.

Les résultats obtenus mettent en évidence que les répondants québécois considèrent que les services qu'ils dispensent à la clientèle se voient modifiés sous certains plans depuis la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux, notamment car ils doivent évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide et qu'ils sont contraints d'offrir des services morcelés. De plus, les résultats font valoir que seulement 60,0 % des répondants perçoivent avoir une pratique centrée sur la personne et 25,3 % des répondants considèrent ne pas mettre en pratique des principes de cette pratique, entre autres, en raison de la présence de contraintes dans leurs milieux. Par ailleurs, les résultats font valoir que, bien que les ergothérapeutes québécois de l'étude perçoivent important de mettre en pratique les différents principes de la pratique centrée sur la personne, il n'est pas si facile de le faire. En effet, malgré que 95,7 % considèrent important que le patient établisse ses propres objectifs, 50,5 % estiment cela difficile à appliquer réellement. En plus, 97,8 % des répondants québécois jugent important de prendre en considération les occupations significatives du patient lors du choix des modalités thérapeutiques, or seulement 71,0 % considèrent cet élément facile à mettre en pratique. Le même scénario se produit pour les éléments suivants : impliquer les proches du patient pendant tout le processus (97,9 % versus 73,1 %), que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions (99,0 % versus 76,4 %) ainsi que questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs (94,7 % versus 73,1). Toutefois, en comparaison avec les résultats de l'étude de De Haerne (2016) auprès d'ergothérapeutes français, il apparaît que les ergothérapeutes québécois réussissent malgré tout à avoir une pratique basée sur des éléments importants pour eux.

Ainsi, les résultats de la présente étude poussent les ergothérapeutes québécois à une remise en question pour trouver des moyens afin de diminuer l'écart entre l'importance accordée aux principes de la pratique centrée sur la personne et la facilité à les appliquer dans leur pratique clinique. Le concept de la pratique centrée sur la personne représente une notion fondamentale à la base des meilleures pratiques en ergothérapie.

Finalement, il apparaît pertinent de poursuivre l'étude de la pratique centrée sur la personne en ergothérapie et aussi d'étudier la pratique dans le contexte actuel du réseau de la santé québécois par d'autres activités de recherche. En effet, une étude venant décrire plus en profondeur comment les ergothérapeutes considérant avoir une pratique centrée sur la personne parviennent à l'appliquer dans leur pratique quotidienne s'avèrerait enrichissante afin de fournir des pistes de solution pour outiller tout ergothérapeute à appliquer cette pratique. Aussi, la restructuration n'étant pas complétée, il y a lieu de poursuivre les recherches dans ce domaine.

## RÉFÉRENCES

- Association canadienne des ergothérapeutes. (1983). *Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (1997). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2002). *Promouvoir l'occupation une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa (ON) : CAOT publications ACE.
- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux. (2017). Ce que révèle notre sondage sur la santé psychologique de nos membres. Récupéré à [https://www.aptsq.com/fr/nouvelle/ce-que-revele-notre-sondage-sur-la-sante-psychologique-de-nos-membres\\_3858.aspx?id\\_page\\_parent=12666](https://www.aptsq.com/fr/nouvelle/ce-que-revele-notre-sondage-sur-la-sante-psychologique-de-nos-membres_3858.aspx?id_page_parent=12666)
- Banks, S., Crossman, D., Poel, D. et Stewart, M. (1997). Partnerships among health professionals and self-help group members. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64, 259-269.
- Braveman, B. H. et Fisher, G. S. (1997). Managed care: survival skills for the future. *Occupational Therapy in Health Care*, 10(4), 13-31.
- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A. et Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. *Santé publique*, 28(6), 769-780.
- Chaud, C., Judd, J., Yau, M. et Barnet, F. (2016). Issue in Applying Occupation-based Intervention in Clinical Practice : A Delphi Study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 222, 272-282.
- Christiansen, C., Baum, C. et Bass-Haugen, J. (Eds). (2005). *Occupational therapy performance, participation and well-being*. Thorofare, NJ : SLACK.
- Coalition solidarité santé. (s.d.) Revue médiatique sur le PL 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par l'abolition des agences régionales, et sur les consultations particulières et auditions publiques sur le PL 10. Repéré à <http://www.cssante.com/mode/490>

- Craik, J., Davis, J. et Polatajko, H. J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) : déployer le contexte. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko, *Habiliter à l'occupation- faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. (2<sup>e</sup> éd., version française N. Cantin). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- De Haerne, C. (2016). *Perception de l'approche centrée sur la personne par des ergothérapeutes français*. (Essai de maîtrise). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/7882/1/031384508.pdf>
- Desrosier, G. et Gaumer, B. (2004). Réformes et tentatives de réformes du réseau de la santé du Québec contemporain : une histoire tourmentée. *Revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 8-20.
- Drolet, M-J. (2014a). *De l'éthique à l'ergothérapie. La philosophie au service de la pratique ergothérapeutique* (2e édition). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M-J. (2014b). The axiological ontology of occupational therapy: A philosophical analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 2-10.
- Drolet, M.-J. et Désormeaux-Moreau, M. (2014c). Les valeurs des ergothérapeutes : résultats quantitatifs d'une étude exploratoire. *BioéthiqueOnline*, 3(21), 1-16.
- Dunn, W., Brown, C. et McGuigan, A. (1994). The ecology of human performance: A framework for considering the effect of context. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(7), 595-607.
- Grenier, J. et Bourque, M. (2014). *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec : La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux*. Repéré à [http://aqdr.org/wp-content/uploads/fds/fds\\_3NGP\\_20150105.pdf](http://aqdr.org/wp-content/uploads/fds/fds_3NGP_20150105.pdf)
- Hammell, K. W. (2013). Client-centred occupational therapy in Canada : Refocusing on core values / Recentrer l'ergothérapie au Canada sur les valeurs fondamentales de la pratique centrée sur le client. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(3), 141-149. doi: 10.1177/0008417413497906
- Horth, L. et Arsenault, S. (2002). *La scolarité utile à l'exercice de la profession Ergothérapeute au Québec : résultat d'une analyse documentaire*. Québec : Éduconseil.
- Hurst, J. et Krizaj, T. (2012). Perceptions of a client-centred approach among Slovenian occupational therapists. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 19(2), 70-78.
- Fitzgerald, M. (2014). Maintaining professional identity and role in the modern workplace. *The*

*British Journal of Occupational Therapy*, 77(8), 383-383.  
doi:10.4276/030802214X14071472109716

Fortin, M. F. et Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal: Chenelière éducation.

Law, M. et Mills, J. (1998). Client-centred occupational therapy. Dans M. Law. (Ed.). *Client-centred occupational therapy*. Thorofare, NJ : SLACK Incorporated.

Law, S. et Britten, N. (1995). Factors that influence the patient centredness of a consultation. *British Journal of General Practice*, 45(399), 520-524.

Law, M., Baptiste, S. et Mills, J. (1995). Client-centred practice : What does it mean and does it make a difference ? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 220-257.

Law, M. (1991). The environment: A focus for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 58(4), 171-179.

Lequerica, A. H., Donnell, C. S. et Tate, D. G. (2009). Patient engagement in rehabilitation therapy: physical and occupational therapist impressions. *Disability & Rehabilitation*, 31(9), 753-760. doi:10.1080/09638280802309095

Mackersy, A., Robertson, L., et McKay, W. (2003). Implications of the health reforms for occupational therapy fieldwork education. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 50(2), 28-33.

Marazzani, M. H. et Brousseau, M. (2001). Étude exploratoire des répercussions de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sur la pratique et la formation des ergothérapeutes au Québec. *Revue Québécoise d'Ergothérapie*. 10(1), 9-15.

Mémoire interordres. (2014). *Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux relativement au projet de Loi 10*. Repéré à <http://optmq.org/wp-content/uploads/2014/11/Memoire-interordres-Commission-parlementaire-Novembre-2014.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Projet de loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Repéré à <http://www.pavillonduparc.qc.ca/wp-content/uploads/2014/09/R%C3%A9sum%C3%A9-du-projet-de-loi-101.pdf>

Offiche québécois de la langue française. (2008). *Autonomie*. Repéré à [http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=26501463](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26501463)

Office québécois de la langue française. (2010). *Fiche terminologique*. Repéré à [http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8366135](http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8366135)

Ordre des ergothérapeutes du Québec (2010). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*. Montréal : OEQ. Repéré à [http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc\\_professionnels/Referentiel%20de%20competences\\_2013\\_Couleurs.pdf](http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/Referentiel%20de%20competences_2013_Couleurs.pdf)

Polatakjo, H. J. et Davis, J. A. (2012). L'avancement de la pratique fondée sur l'occupation : interpréter la rhétorique. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 79(5), 259-263. doi : 10.2182/cjot.2012.79.5.1

Rathert, C., Wyrwich, M. D. et Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research & Review*, 70(4), 351-379. doi:10.1177/1077558712465774

Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G. et Evans, J. (1998). Family-centred service: A conceptual framework and research review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 1-20.

Rogers, J. C. et Holm, M. B. (2009). The occupational Therapy Process. Dans Crepeau, E.B., Cohyun, E.S. Schell, B.B.A. (EDs.). *Willard and Spackman's Occupational Therapy*, (11th Ed. pp. 478-518). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Simard, K. et Brousseau, M. (2017). Description du déploiement des compétences professionnelles durant la première année de pratique en ergothérapie: perceptions d'ergothérapeute novices. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 3(1), 14-29.

Sumsion, T. (1993). Client-centred practice: The true impact. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(1), 6-8.

Sumsion, T. (2000). A Revised Occupational Therapy Definition of Client-Centred Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(7), 304-309.

Sumsion, T. et Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 153-162.

Sumsion, T. et Lencucha, R. (2007). Balancing challenges and facilitating factors when implementing client-centered collaboration in a mental health setting. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(12), 513-520.



- Sumsion, T. et Smyth, G. (2000). Barriers to client-centredness and their resolution. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 15-21.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D. et Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko, *Habilitier à l'occupation- faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. (2<sup>e</sup> éd., version française N. Cantin). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A. et Polatajko, H.J. (2013). *Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*, (2e éd.). Ottawa. ON: CAOT publications ACE.
- Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S. et Law, M. (2001). Implementing client-centred practice: why is it so difficult to do? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 70-79.
- Wressle, E. et Samuelsson, K. (2004). Barriers and bridges to client-centred occupational therapy in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11(1), 12-16.

**ANNEXE A**  
**QUESTIONNAIRE**

**Étude exploratoire des répercussions de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux sur la pratique centrée sur la personne d'ergothérapeutes québécois**

**SECTION 1 – Questions démographiques**

1. Quel est votre sexe ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Homme</li> <li>➤ Femme</li> </ul>
2. Quel âge avez-vous ?	
3. De quel niveau êtes-vous détenteur d'un diplôme en ergothérapie ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Baccalauréat</li> <li>➤ Maîtrise</li> </ul>
4. Depuis combien d'années exercez-vous le métier d'ergothérapeute ?	
5. Exercez-vous le métier d'ergothérapeute au Québec ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Oui</li> <li>➤ Non</li> </ul>
6. Dans quelle région exercez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bas-Saint-Laurent</li> <li>➤ Saguenay-Lac-Saint-Jean</li> <li>➤ Capitale Nationale</li> <li>➤ Mauricie</li> <li>➤ Estrie</li> <li>➤ Montréal</li> <li>➤ Outaouais</li> <li>➤ Abitibi-Témiscamingue</li> <li>➤ Côte-Nord</li> <li>➤ Nord-du-Québec</li> <li>➤ Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine</li> <li>➤ Chaudière-Appalaches</li> <li>➤ Laval</li> <li>➤ Lanaudière</li> <li>➤ Laurentides</li> <li>➤ Montérégie</li> <li>➤ Centre-du-Québec</li> </ul>
7. Exercez-vous le métier d'ergothérapeute dans un établissement public ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Oui</li> <li>➤ Non</li> </ul>
8. Si oui, lequel ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ CH</li> <li>➤ CHSLD</li> <li>➤ CLSC</li> <li>➤ CR</li> <li>➤ Autre :</li> </ul>

9. Auprès de quelle population exercez-vous majoritairement ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Petite enfance (&lt; 3 ans)</li> <li>➤ Pédiatrie (entre 3 et 13 ans)</li> <li>➤ Adolescents (entre 13 et 20 ans)</li> <li>➤ Adultes (entre 20 et 60 ans)</li> <li>➤ Personnes âgées (plus de 60 ans)</li> <li>➤ Autre : ...</li> </ul>
10. Auprès de quelle clientèle travaillez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Santé physique</li> <li>➤ Santé mentale</li> </ul>

## SECTION 2 – Restructuration du système de santé et des services sociaux

11. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez de 1 à 7 (7 étant fortement en accord et 1 fortement en désaccord) votre niveau d'accord avec les énoncés ci-dessous s'apparentant à votre pratique en tant qu'ergothérapeute depuis la restructuration du système de santé.

1 fortement désaccord	en	2 en désaccord	3 quelque peu en désaccord	4 ni d'accord ni en désaccord	5 quelque peu en accord	6 en accord	7 fortement accord	en
-----------------------------	----	-------------------	----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	----------------	--------------------------	----

- a. Faire face à des incertitudes quant à mon rattachement à un programme
- b. Avoir peu d'occasions d'échanger avec d'autres ergothérapeutes
- c. Faire face à un encadrement professionnel relâché
- d. Faire face à un encadrement professionnel trop serré
- e. Être contraint de donner des services morcelés à la clientèle
- f. Faire face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de mon programme
- g. Devoir évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide
- h. Avoir l'opportunité de faire valoir la contribution de l'ergothérapie à l'intérieur de mon programme
- i. Avoir l'opportunité de démontrer l'efficacité des interventions en ergothérapie
- j. Avoir des opportunités de collaboration interprofessionnelles jusqu'alors non développées
- k. Poursuivre des opportunités de collaboration interprofessionnelle déjà établies
- l. Avoir l'occasion d'adopter les meilleures pratiques dans ma discipline
- m. Faire preuve de créativité dans l'offre de services
- n. Avoir l'opportunité d'exercer de nouveaux rôles dans ma pratique
- o. Avoir une pratique centrée sur la personne

12. Si vous avez répondu entre 5 et 7 à l'élément « Avoir l'occasion d'exercer de nouveaux rôles dans ma pratique » à la question précédente, énumérez-les.

## SECTION 3 – L'approche centrée sur la personne (Inspiré de De Haerne (2016))

13. Que signifie pour vous avoir une préoccupation centrée sur la personne ?

14. Considérez-vous que votre pratique actuelle est centrée sur la personne ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Expliquez votre choix :

15. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez de 1 à 7 l'importance des propositions énumérées ci-dessous dans votre pratique (7 étant extrêmement important et 1 pas du tout important).

1 pas du tout important	2 très peu important	3 peu important	4 neutre	5 assez important	6 très important	7 extrêmement important
-------------------------------	----------------------------	--------------------	-------------	-------------------------	---------------------	-------------------------------

- a. Établir des objectifs conjointement avec le patient
- b. Que le patient établisse ses propres objectifs
- c. Négocier les objectifs avec le patient
- d. Prendre en considération les occupations significatives et signifiantes du patient dans l'établissement du plan d'intervention
- e. Prendre en considération les occupations significatives du patient lors du choix des modalités thérapeutiques
- f. Avoir une perspective écologique
- g. Que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions
- h. Respecter les valeurs du patient
- i. Écouter activement le patient
- j. Établir une relation d'autorité avec le patient
- k. Établir une alliance thérapeutique avec le patient
- l. Reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition
- m. Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs
- n. Supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique
- o. Impliquer les proches du patient pendant tout le processus

16. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez de 1 à 7 la facilité à mettre en pratique les éléments énumérés ci-dessous (7 étant extrêmement facile et 1 extrêmement difficile).

1 extrêmement difficile	2 très difficile	3 assez difficile	4 neutre	5 assez facile	6 très facile	7 extrêmement facile
-------------------------------	---------------------	----------------------	-------------	-------------------	------------------	-------------------------

- a. Établir des objectifs conjointement avec le patient
- b. Que le patient établisse ses propres objectifs
- c. Négocier les objectifs avec le patient

- d. Prendre en considération les occupations significatives et signifiantes du patient dans l'établissement du plan d'intervention
  - e. Prendre en considération les occupations significatives du patient lors du choix des modalités thérapeutiques
  - f. Avoir une perspective écologique
  - g. Que le patient ait un rôle actif dans la thérapie et les interventions
  - h. Respecter les valeurs du patient
  - i. Écouter activement le patient
  - j. Établir une relation d'autorité avec le patient
  - k. Établir une alliance thérapeutique avec le patient
  - l. Reconnaître le patient comme étant l'expert de sa propre condition
  - m. Questionner le patient quant à ses expériences antérieures, ses rêves et ses espoirs
  - n. Supporter et encourager l'engagement du patient pendant tout le processus ergothérapeutique
  - o. Impliquer les proches du patient pendant tout le processus
17. Que faites-vous de particulier dans votre pratique de l'ergothérapie qui témoigne que vous avez une approche centrée sur la personne ?

**Merci beaucoup pour votre temps et votre participation**