

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

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

PAR AURÉLIANE BEAULIEU-LAROUCHE

EXPLORATION DE LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DE LA FAMILLE  
COMME CLIENTE : LA PERCEPTION D'ERGOTHÉRAPEUTES

DÉCEMBRE 2018

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**

Je tiens d'abord à remercier Mme Lyne Desrosiers, ma directrice d'essai, pour son soutien et son investissement importants à chaque étape de ce projet. Elle m'a accompagnée avec patience dans cet univers qu'est la recherche et qui m'était alors peu connu. En plus de m'avoir partagé ses nombreuses idées qui ont su stimuler ma réflexion tout au long de ce processus, elle m'a également amenée à reconnaître la valeur des miennes par l'enthousiasme et la considération dont elle a fait preuve à leur égard. Je tiens également à remercier les ergothérapeutes qui ont généreusement participé à mon projet et sans qui celui-ci n'aurait pu avoir lieu. Enfin, je veux remercier chaleureusement ma famille, mes amis et mes collègues sur lesquels j'ai toujours pu compter.

## TABLE DES MATIÈRES

|  |     |
|--|-----|
| REMERCIEMENTS.....   | ii  |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS.....  | v   |
| RÉSUMÉ .....   | vi  |
| ABSTRACT.....  | vii |
| 1. INTRODUCTION .....  | 1   |
| 2. PROBLÉMATIQUE.....  | 3   |
| 3. RECENSION DES ÉCRITS.....   | 5   |
| 3.1. Une perspective familiale de l'occupation.....  | 5   |
| 3.1.1. La famille et l'occupation.....   | 5   |
| 3.1.2. Les occupations familiales.....   | 6   |
| 3.2. Pratique centrée sur la famille (PCF).....  | 8   |
| 3.2.1. Description du développement, des prémisses et des principes de la PCF.....                     | 8   |
| 3.2.2. Interprétations divergentes de la PCF et ambiguïté concernant l'identification du client .....  | 11  |
| 3.3. La pratique de l'ergothérapie auprès de la famille.....   | 12  |
| 4. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....  | 15  |
| 5. CADRE CONCEPTUEL .....  | 16  |
| 5.1. Modèle canadien du processus de pratique (MCP) .....  | 16  |
| 6. MÉTHODE .....   | 18  |
| 6.1. Devis de recherche .....  | 18  |
| 6.2. Participants et méthode d'échantillonnage .....   | 18  |
| 6.2.1. Critères de sélection.....  | 18  |
| 6.3. Collecte de données .....   | 19  |
| 6.3.1. Méthode de collecte de données .....  | 19  |
| 6.3.2. Déroulement.....  | 19  |
| 6.4. Analyse des données .....   | 20  |
| 6.5. Considérations éthiques .....   | 20  |
| 7. RÉSULTATS .....   | 22  |
| 7.1. Description des participants.....   | 22  |
| 7.2. La pratique actuelle de l'ergothérapie : L'individu et non la famille comme client officiel ..... | 23  |
| 7.2.1. Importance de l'implication de la famille au cours du processus de pratique .....               | 23  |
| 7.2.2. La famille comme cliente indirectement.....   | 24  |

|  |    |
|--|----|
| 7.3. Déploiement possible de la pratique de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente ...  | 26 |
| 7.3.1. Contexte de pratique .....  | 26 |
| 7.3.2. Points d'action du MCPP.....  | 29 |
| 7.4. Éléments contextuels limitant la mise en œuvre d'une telle pratique de l'ergothérapie ...   | 31 |
| 7.4.1. Facteurs environnementaux liés au système de santé.....   | 31 |
| 7.4.2. Facteurs environnementaux liés à la culture et aux politiques de la profession<br>d'ergothérapeute .....                            | 33 |
| 7.4.3. Facteurs personnels de la famille.....  | 33 |
| 8. DISCUSSION.....   | 34 |
| 8.1. Une pratique officielle de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente : un mystère qui<br>demeure.....                             | 34 |
| 8.2. Perception d'avoir la famille comme cliente indirectement par une pratique centrée sur la<br>famille .....                            | 35 |
| 8.3. Perception d'avoir la famille comme cliente indirectement lorsque plusieurs de ses membres<br>sont ciblés par des interventions ..... | 36 |
| 8.4. Le déploiement possible de la pratique de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente   | 36 |
| 8.5. Un contexte de pratique défavorable à offrir des services à la famille comme cliente en<br>ergothérapie.....                          | 40 |
| 8.6. Forces et limites .....   | 42 |
| 8.7. Retombées de l'étude.....   | 43 |
| 8.8. Perspectives de recherches futures.....   | 44 |
| 9. CONCLUSION.....   | 45 |
| RÉFÉRENCES .....   | 47 |
| ANNEXE A QUESTIONNAIRE SOCIOLOGIQUE.....   | 53 |
| ANNEXE B GUIDE D'ENTREVUE.....   | 54 |
| ANNEXE C FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT.....  | 57 |
| ANNEXE D ANNONCE PUBLIÉE SUR LA PAGE FACEBOOK « ERGOTHÉRAPIE<br>QUÉBEC ».....  | 61 |

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE : Association canadienne des ergothérapeutes

MCPP : Modèle canadien du processus de pratique

MCREO : Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels

MOH : Modèle de l'occupation humaine

OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec

PCF : Pratique centrée sur la famille

UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières

## RÉSUMÉ

**Problématique :** Le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada souligne que les ergothérapeutes peuvent avoir pour clients non seulement des individus, mais également des familles (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012, p.4). D'un autre côté, on remarque que, lorsqu'il décrit les caractéristiques de l'exercice de la profession, le référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec n'aborde la famille que par rapport à l'activité d'organiser l'environnement social de la personne afin qu'il réponde à ses besoins (OEQ, 2013). Ainsi, dans le contexte de la pratique actuelle en ergothérapie, la famille semble essentiellement abordée en tant qu'environnement social du client et non comme objet d'intervention. Enfin, il ressort une absence d'écrits soutenant une réelle existence de services offerts à la famille en tant que cliente. **Objectif :** Cette étude vise à explorer la pratique actuelle de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente et explorer comment celle-ci pourrait évoluer auprès d'ergothérapeutes québécois exerçant dans différents contextes de pratique. **Cadre conceptuel :** Le Modèle canadien du processus de pratique décrivant le processus de l'habilitation occupationnelle est utilisé afin de guider la collecte de données et leur analyse. **Méthode :** Cette étude s'appuie sur un devis descriptif qualitatif. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire sociodémographique et d'entrevues semi-structurées individuelles auprès d'ergothérapeutes de la Mauricie et du Centre-du-Québec œuvrant dans divers contextes de pratique. **Résultats :** Les 5 ergothérapeutes ayant participé à cette étude ont fait ressortir que l'individu est actuellement le client des ergothérapeutes et que la famille peut quant à elle l'être indirectement. Les participantes ont également décrit comment cette pratique pourrait se déployer et il ressort que leurs propos divergent. Enfin, la difficulté de concevoir le client autrement que comme un individu est ressorti chez les participantes, ce à quoi peuvent contribuer de nombreux obstacles du contexte de pratique des ergothérapeutes. Ces éléments limitent la mise en œuvre et le déploiement de cette pratique. **Discussion :** La difficulté de recruter des ergothérapeutes pour participer à ce projet ainsi que l'absence de consensus entre les participantes sur la nature de cette pratique en reflètent l'émergence. Les analyses renforcent également l'idée que mettre en œuvre une pratique centrée sur la famille n'est pas l'équivalent d'avoir la famille comme cliente, l'emphase demeurant sur un individu. Il importerait alors plutôt de parler d'une pratique centrée sur les occupations familiales. **Conclusion :** Cette étude démontre qu'il apparaît nécessaire de poursuivre les recherches sur le rôle et l'apport que pourrait avoir l'ergothérapie auprès de la famille. En tant qu'expert en habilitation de l'occupation, il s'avère que l'ergothérapeute pourrait favoriser la santé et le bien-être de la famille d'une manière unique et complémentaire au sein d'une équipe.

**Mots-clés :** Famille, ergothérapie, client, occupation familiale, pratique centrée sur la famille.

## ABSTRACT

**Issue:** The occupational therapy practice profile in Canada stresses that occupational therapists may not only have individuals as clients, but also families (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012, p.4). On the other hand, it should be noted that when describing the characteristics of the practice of the profession, the standards of practice of the occupational therapy profession in Quebec only addresses the family with respect to the activity of organizing the social environment of the person so that he meets his needs. Thus, in the context of current practice in occupational therapy, the family seems to be approached primarily as a social environment of the client and not as an object of intervention. Finally, there is an absence of writing supporting a real existence of a services offered to the family as a client. **Objective:** This study aims to explore the current practice of occupational therapy with the family as a client and to explore how it might evolve with Quebec occupational therapists working in different practice contexts. **Conceptual Framework:** Canadian Practice Process Frame Work describing the process of occupational enablement is used to guide data collection and their analysis. **Method:** This study is based on a qualitative descriptive quote. The data were collected using a socio-demographic questionnaire and semi-structured individual interviews with occupational therapists in the Mauricie and Centre-Du-Québec region working in various practice contexts. **Results:** The 5 occupational therapists who participated in this study pointed out that the individual is currently the client, but the family can also be the client indirectly. The participants also described how this practice could unfold and it appears that their remarks differ. Finally, the difficulty of designing the client other than as an individual emerged among the participants, which can contribute to many barriers in the context of occupational therapy practice. These elements limit the implementation and deployment of this practice. **Discussion:** The difficulty of recruiting occupational therapists to participate in this project as well as the lack of consensus among participants about the nature of this practice reflects the emergence. The analyzes also reinforce the idea that implementing a family-centered practice is not the equivalent of having the family as a client because the emphasis remains on an individual. It would then be better to talk about a practice focused on family occupations. **Conclusion:** This study shows that further research is needed on the role and contribution that occupational therapy could have to the family. As an enabling occupation expert, it turns out that the occupational therapist could promote the health and well-being of the family in a unique and complementary way within a team.

**Key words:** Family, occupational therapy, client, practice focused on family, family occupation.



## 1. INTRODUCTION

La famille est une réalité complexe dont la définition semble se renouveler selon le contexte et selon chacun (Vallon, 2006). En effet, cette institution se limitant autrefois à la famille nucléaire s'est considérablement transformée avec la croissance de la monoparentalité et de l'homoparentalité pour ne nommer que ces exemples. Historiquement, la famille était considérée comme la pierre angulaire de la société, une conception qui demeure actuelle selon plusieurs (Pouliot, Turcotte et Monette, 2009; Boulding, 1981). La place prépondérante qu'elle occupe aujourd'hui dans le quotidien de tous et chacun ne peut que renforcer cette idée. En effet, qu'il s'agisse de sa propre famille, de celles de nos connaissances ou de celles que l'on voit à la télévision, on ne peut ignorer ce phénomène universel. Son importance se reflète également par l'intérêt qui lui est porté dans tant de disciplines et ce, que l'on pense à la sociologie, à la psychologie, à la médecine, au droit ou à la politique, pour ne nommer que quelques exemples. Chacune de ces disciplines apporte un regard particulier sur les fonctions et les représentations de la famille (Vallon, 2006) et l'ergothérapie n'y échappe pas. Le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada souligne effectivement que les ergothérapeutes peuvent avoir pour clients des individus, des groupes, des collectivités, des populations, des organismes, mais également des familles (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012, p.4). Cependant, le reflet de la pratique de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente en soi n'est pas explicite en raison du peu de documentation sur ce sujet spécifique.

Cette étude visera donc à explorer la perspective d'ergothérapeutes québécois exerçant dans différents contextes concernant la pratique actuelle de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente, son déploiement possible et les obstacles interférant avec une pratique où la famille constitue la cliente.

Afin d'exposer la pertinence de cette étude, la problématique sera d'abord présentée suivie d'une recension des écrits permettant d'approfondir ses concepts centraux. Ces sections seront suivies de la présentation du cadre conceptuel ayant guidé cette recherche ainsi que de la méthode utilisée pour la réaliser. Les résultats découlant de l'analyse des données seront ensuite présentés

puis ils seront discutés en regard de la littérature existante sur le sujet et d'un point de vue critique. Enfin, les éléments à retenir seront présentés en conclusion.

## 2. PROBLÉMATIQUE

L'individu est au cœur des préoccupations de l'ergothérapie et la profession conçoit ainsi l'occupation comme une voie vers l'actualisation personnelle (Iwama, 2003). Cependant, bien que l'occupation humaine soit unique à chacun, elle est souvent soutenue ou contrainte par celle de d'autres personnes (Polatajko et al., 2013a). Ainsi, le contexte ou l'environnement de la personne a toujours été reconnu comme jouant un rôle important en ergothérapie et dans la science de l'occupation (Iwama, 2003; Dickie, Cutchin et Humphry, 2006). Certains auteurs remettent cependant en question la conceptualisation de l'environnement comme étant distinct et séparé de l'individu. Dickie, Cutchin et Humphry (2006) critiquent ainsi la séparation du contexte et de l'individu ainsi que la valeur majeure accordée à l'expérience individuelle dans les fondements théoriques actuels de l'occupation. Ils soutiennent en effet que cette compréhension est insuffisante pour comprendre l'occupation qui est rarement individuelle de nature et qui a lieu dans des contextes complexes. Par ailleurs, Iwama (2003) soutient quant à lui que les valeurs sous-jacentes à cette idéologie peuvent être contraires à celles de clients ayant une vision holistique de l'univers et recherchant davantage une interdépendance et une harmonie avec leur environnement qu'un contrôle sur celui-ci. Dans un souci de rendre l'ergothérapie plus signifiante et de mieux répondre aux besoins des clients, il critique la subordination de l'environnement à l'individu ou, autrement dit, la considération de l'environnement comme étant inférieur à ce dernier (Iwama, 2003). La remise en question de la conception de l'environnement en ergothérapie telle que présentée par ces auteurs amène à se questionner sur le fait que les services des ergothérapeutes soient actuellement surtout offerts à des clients-individus. En cohérence avec cette vision, on pourrait notamment défendre la pertinence d'avoir la famille comme cliente en ergothérapie. En effet, celle-ci semble le plus souvent impliquée dans le processus de pratique en regard du développement ainsi que de l'augmentation de la participation et du bien-être de clients-individus. Autrement dit, elle est principalement décrite en regard du soutien ou de la restriction qu'elle peut engendrer sur la participation occupationnelle de ces clients. Cette réalité est d'autant plus illustrée par le fait que le référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec n'aborde la famille que par rapport à l'activité d'organiser l'environnement social de la personne afin qu'il réponde à ses besoins (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2013). Il semble donc que les interventions à l'égard de la famille soient le plus souvent justifiées par l'idée de

maintenir ou de renforcer l'environnement social du client. En effet, la famille est souvent impliquée dans le processus d'évaluation et elle est souvent sollicitée pour mettre en œuvre des interventions à domicile pour le client-individu. La famille n'est quant à elle habituellement pas la cliente en ergothérapie au sein du système de santé québécois, l'emphase du processus demeurant sur l'individu (King, Williams et Goldberg, 2017). Il importe alors de remettre en question cette perception dominante de la famille, qui peut involontairement amener à la traiter davantage comme un moyen que comme une fin en soi, et de réfléchir à celle-ci en tant qu'objet d'intervention en ergothérapie.

### **3. RECENSION DES ÉCRITS**

Cette section fait état des connaissances actuelles sur les éléments pouvant être liés à la pratique de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente. Tout d'abord, puisque la famille et l'ergothérapie se rejoignent inévitablement lorsqu'il est question d'occupations familiales ainsi que de la pratique centrée sur la famille, ces deux phénomènes seront approfondis en regard des écrits scientifiques. Finalement, un regard critique sera posé sur les écrits portant sur la pratique de l'ergothérapie auprès de la famille.

#### **3.1. Une perspective familiale de l'occupation**

##### **3.1.1. La famille et l'occupation**

Selon Humphry et Corcoran (2004), l'essence de la famille peut être examinée relativement à ses occupations au fil du temps. On peut d'une part concevoir la famille comme un groupe qui s'engage dans des occupations partagées (Segal, 1998) et on peut d'autre part mieux la comprendre en s'intéressant à ses occupations (Bonder, 2006). La famille étant dynamique et changeante, il semble en effet que cette institution se construise par ses occupations et qu'elle ne se réduise pas au fait de vivre ensemble ou à un groupe spécifique, mais qu'elle se délimite par la participation conjointe de ses membres dans le quotidien et dans des événements signifiants (Bonsall, 2014 ; Kantartzis et Molineux, 2014).

La famille est également une structure centrale dans l'organisation des occupations sociales (Bonder, 2006). En effet, l'interdépendance entre les occupations de chaque membre d'une famille est soulevée par plusieurs auteurs (Segal, 1998; Kantartzis et Molineux, 2014). La manière dont une personne s'engage dans les occupations associées à un rôle familial tel que celui de parent, d'enfant ou de frère et sœur varie en fonction des caractéristiques de tous les membres de sa famille (Humphry et Corcoran, 2004). De plus, Kantartzis et Molineux (2014) font ressortir les tensions inévitables entre les demandes de la famille ainsi que les préférences et les besoins individuels en ce qui a trait à l'engagement occupationnel. Heigl, Kinébanian et Josephsson (2011) ont également exploré la perception des occupations quotidiennes de pères de familles albanais ayant immigré en Suisse. Ils ont découvert que ces hommes avaient une vision centrée sur la famille de leurs occupations, qu'il s'agisse de leurs soins personnels, de leurs loisirs ou de la productivité. Ils

percevaient la majorité de celles-ci en regard de leur famille et non de leurs propres besoins (Heigl, Kinébanian et Josephsson, 2011). Les occupations personnelles sont ainsi influencées par celles de la famille. Cela amène à aborder une catégorie d'occupations représentant une part majeure des occupations quotidiennes des individus, soit les occupations familiales (Kantartzis et Molineux, 2014).

### **3.1.2. Les occupations familiales**

Le terme « occupation familiale » est issu de la science de l'occupation et fait référence aux activités dans lesquelles s'engagent plusieurs membres d'une famille (Humphry et Corcoran, 2004 ; Bonsall, 2014) ou l'ensemble d'une famille (Segal, 1999). Il est possible d'associer ce concept à la notion de co-occupation. Cette dernière réfère selon Pickens et Pizur-Barnekow (2009) à des occupations porteuses de sens dont l'engagement est partagé physiquement, émotionnellement et intentionnellement par deux personnes ou plus. Par ailleurs, certains auteurs ont défini et catégorisé plus précisément les occupations familiales en regard de leur utilité pour construire et définir les familles (Bonsall, 2014 ; Segal, 1999), pour être ensemble (Sachs et Nasser, 2009 ; Segal, 1999 ; Bonder, 2006), pour partager leur vie personnelle (Segal, 1999), pour fournir des expériences d'apprentissage aux enfants (Segal, 1999), et pour donner et recevoir des soins chez les personnes âgées (Bonder, 2006). Certains auteurs mettent également l'accent sur la signification importante pouvant être associée aux occupations familiales (Segal, 1999 ; Humphry et Corcoran, 2004; Bagatell, 2016) ou à l'intimité inhérentes à celles-ci (Sachs et Nasser, 2009). DeGrace (2003) décrit notamment que les occupations familiales significatives sont celles qui permettent de lier les membres de la famille ensemble et de former l'unité familiale. Plus précisément, elle propose que, bien que les familles fassent des occupations ensemble pouvant notamment se retrouver sous la forme de routines, les rituels familiaux représentent les occupations significatives de la famille. Les routines et les rituels familiaux ayant été abondamment étudiés dans les domaines de la psychologie, de la sociologie et de l'anthropologie sont décrits comme des phénomènes uniques à chaque famille et conséquemment complexes à définir (Fiese, Tomcho, Douglas, Josephs, Poltrock et Baker, 2002). Fiese, Tomcho, Douglas, Josephs, Poltrock et Baker (2002) les distinguent selon trois aspects : la communication, l'engagement et la continuité. Les routines sont directement observables et se caractérisent par une communication instrumentale centrée sur ce qui doit être fait, un engagement momentané impliquant peu de réflexions

subséquentes ainsi que par une répétition dans le temps. Les rituels sont quant à eux difficiles à détecter par un observateur externe en raison de leur composante affective prépondérante. Ils se caractérisent par une communication symbolique, un engagement affectif se prolongeant après l'expérience du rituel tel un sentiment d'appartenance ainsi que par une continuité générationnelle (Fiese, Tomcho, Douglas, Josephs, Poltrock et Baker, 2002).

Par ailleurs, il a également été soulevé que les acteurs participant aux occupations familiales sont variables puis que ceux-ci dépendent des membres de la famille et de la nature des occupations. De plus, plusieurs auteurs soulignent que le sens et la signification attribuées à chacune de ces occupations demeurent individuels à chaque personne (Bonsall, 2014 ; Segal, 1999 ; Bonder, 2006). De même, les occupations familiales n'ont pas à être partagées de manière équivalente entre chaque membre ni à impliquer une participation parallèle de ceux-ci (Bonsall, 2014 ; Segal, 1999). Enfin, Bonsall (2014) a fait ressortir que les occupations familiales sont co-construites par les membres d'une famille qui s'adonne à une activité ensemble dans le temps selon leurs habiletés et leurs intérêts individuels. Les occupations familiales sont également formées par des influences sociales, culturelles et historiques ainsi que par l'anticipation de futures possibilités (Bonsall, 2014 ; Kellegrew, 2000).

Les occupations familiales sont importantes pour la construction et le maintien de la famille (Segal, 1999 ; Bonsall, 2014 ; Kantartzis et Molineux, 2014), celle-ci se reconstituant et se négociant de manière dynamique par le biais de ses occupations quotidiennes (Farias et Asaba, 2013). Les occupations familiales servent également au transfert des valeurs culturelles au fil des générations (Farias et Asaba, 2013) et contribuent à un sens identitaire, d'appartenance, de stabilité et de continuité au sein de la famille (Segal, 2004 ; Schuck et Bucy, 1997). De plus, les occupations familiales permettent d'être ensemble, de se sentir uni les uns aux autres ainsi que de développer ou maintenir les relations au sein de l'unité familiale (Sachs et Nasser, 2009 ; Segal, 1999 ; Bonsall, 2014). Elles favorisent également le fonctionnement de la famille en plus de promouvoir les opportunités de partage et d'apprentissage au sein de celle-ci (Segal, 1999 ; Segal, 2004). Les occupations familiales favorisent finalement la santé familiale (Fiese, 2007), c'est-à-dire un état dynamique et relatif de bien-être (DeGrace, 2003).

Les occupations familiales sont un objet d'intérêt en ergothérapie et ont été étudiées auprès de familles ayant des enfants présentant des incapacités (Segal, 1998 ; Sachs et Nasser, 2009 ; Bonsall, 2014 ; Humphry et Corcoran, 2004) et auprès des personnes âgées (Bonder, 2006 ; Humphry et Corcoran, 2004).

## **3.2. Pratique centrée sur la famille (PCF)**

### **3.2.1. Description du développement, des prémisses et des principes de la PCF**

La littérature scientifique aborde la collaboration avec la famille depuis 1926, mais l'idée d'une pratique centrée sur la famille découle surtout des travaux du psychologue Carl Rogers sur l'approche centrée sur le client et de son application auprès d'enfants hospitalisés et de leur famille au cours des années 1960 (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998; Camden, Baril et Tétreault, 2005). Par ailleurs, bien que les ergothérapeutes aient toujours reconnu la valeur d'impliquer la famille lors de leurs interventions auprès d'enfants (Hanna et Rodger, 2002), la pratique centrée sur la famille a émergé vers la fin des années 1980 alors que les professionnels de la santé ont commencé à reconnaître l'expertise, les préférences et les besoins des parents d'enfants présentant des besoins particuliers en raison d'une déficience ou d'incapacités (Hanna et Rodger, 2002; Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998; CanChild, 2007). Son origine explique pourquoi les auteurs ont majoritairement défini cette approche en abordant « l'enfant » et sa famille. Néanmoins, bien que la majorité des études en ergothérapie portant sur la pratique centrée sur la famille concernent l'enfance, de plus en plus d'auteurs s'intéressent à son application auprès d'autres clientèles. Notamment, des études abordent sa pertinence auprès de personnes âgées et de leur famille (Klein et Liu, 2010; Warner et Stadnyk, 2014), notamment celles atteintes de démence (Schaber, Blair, Jost, Schaffer et Thurner, 2016). D'autres études portent également sur son importance auprès des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral et de leurs proches (Arntzen et Hamran, 2016) ainsi que de celles présentant un trouble de santé mentale et de leur famille (White et Unruh, 2013; Reupert, Maybery et Morgan, 2015; Olson, 2006). Enfin, la pratique centrée sur la famille a également été abordée en prévention de troubles de santé mentale chez les familles de militaires (Cogan, 2014). Ainsi, il ressort que la pratique centrée sur la famille est presque exclusivement décrite dans le contexte d'individus présentant une déficience ou un problème de santé. La mise en œuvre d'une pratique centrée sur la famille est ainsi principalement décrite dans un contexte de pratique où prédomine le modèle biomédical.



Par ailleurs, bien que les définitions de cette pratique soient variables selon les auteurs, ils s'entendent généralement sur un ensemble d'éléments communs (Camden, Baril et Tétreault, 2005). De ce fait, Rosenbaum, King, Law, King et Evans (1998) ont proposé, à partir d'éléments provenant de la littérature, trois prémisses principales à cette approche, soit que les parents sont ceux qui connaissent le mieux leur enfant et veulent le meilleur pour celui-ci; que chaque famille est différente et unique; et que le fonctionnement optimal de l'enfant survient au sein d'un contexte familial et communautaire soutenant, l'enfant étant affecté par le stress des autres membres de sa famille et par leur manière de le gérer. Tout d'abord, le premier principe énoncé par Rosenbaum, King, Law, King et Evans (1998) qui se précise en définissant les parents comme les experts de leur enfant, de leur famille, de leurs forces, de leurs besoins et de leurs valeurs est également souligné par d'autres auteurs (Bazyk, 1989; CanChild, 2007). En ce sens, la pratique centrée sur la famille met l'emphase sur une relation égalitaire entre le parent et le thérapeute, tel un partenariat collaboratif, où chacun apporte un ensemble unique d'informations (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998; Bazyk, 1989; Hanna et Rodger, 2002). Ainsi, le professionnel doit encourager la participation du parent dans la prise de décision en lui présentant l'information de manière accessible, complète, régulière et dans le respect de ses capacités (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998; Bruce, Létourneau, Ritchie, Larocque, Dennis et Elliott, 2002; Bazyk, 1989). Cette perception concorde avec celle de Viscardis (1998) qui est elle-même un parent et qui a exposé sa perception de la pratique centrée sur la famille tout en s'appuyant sur la littérature. De plus, toujours en cohérence avec l'idée d'un partenariat collaboratif, les professionnels doivent coopérer avec les parents dans le développement de programmes d'interventions à domicile plutôt que les leur prescrire (Bazyk, 1989). Il importe également que les objectifs thérapeutiques définis pour l'enfant reflètent les attentes et les priorités de la famille (Viscardis, 1998; Bazyk, 1989; Hanna et Rodger, 2002) puis que les services lui soient accessibles par leur nature et leur location (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998). Ces éléments rejoignent également la seconde prémisse énoncée par Rosenbaum, King, Law, King et Evans (1998) selon laquelle chaque famille est différente et unique. Cela implique qu'il est nécessaire d'offrir des services individualisés à chaque famille ainsi que d'apprécier et d'accepter la diversité culturelle, ethnique et socioéconomique parmi celles-ci (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998; Viscardis, 1998; Hanna et Rodger, 2002). Le respect de ce principe nécessite également un effort du professionnel dans l'adaptation de sa communication, dans le développement de son habileté à écouter les

parents ainsi qu'à faire preuve de confiance envers leurs observations (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998). Finalement, la troisième prémisse énumérée par Rosenbaum, King, Law, King et Evans (1998) conçoit que l'enfant fonctionne et se développe dans le contexte écologique de sa famille qui elle-même se situe dans une communauté. La famille est ainsi perçue comme une constante dans la vie de l'enfant (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998; Viscardis, 1998). En ce sens, l'implication de tous les membres de la famille devrait être favorisée et les besoins de chacun devraient être considérés (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998; Viscardis, 1998; Bazyk, 1989). Ainsi, les professionnels devraient reconnaître que les parents assument d'autres rôles et responsabilités en dehors de prendre soin de leur enfant lorsqu'ils formulent des recommandations (Bazyk, 1989). De ce fait, il importe d'accepter et de respecter les préférences de chaque membre de la famille notamment quant au fait de jouer ou pas le rôle de co-thérapeute (Bazyk, 1989; Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998). En effet, cette approche soutient que chaque famille peut choisir le niveau d'implication qui lui convient et que sa manière de s'adapter à la situation doit être respectée (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998; Bazyk, 1989; Viscardis, 1998). Néanmoins, le professionnel devrait proposer à la famille des possibilités respectant sa routine ainsi que l'encourager à utiliser les ressources de sa communauté pouvant la soutenir (Bazyk, 1989; Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998; Viscardis, 1998; Hanna et Rodger, 2002). Finalement, au cœur de cette approche, se trouve une emphase sur les forces et les capacités de l'enfant et de sa famille (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998; Viscardis, 1998; Bazyk, 1989).

Plusieurs bénéfices de la pratique centrée sur la famille ont été documentés quant au développement moteur et intellectuel de l'enfant, à l'ajustement psychosocial, à la satisfaction quant aux services ainsi que par rapport au fonctionnement familial (Camden, Baril et Tétreault, 2005; Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998). L'application de cette approche peut également permettre d'obtenir des résultats plus significatifs pour l'enfant et sa famille (Bazyk, 1989). Cependant, sa mise en œuvre est souvent contrainte par plusieurs facteurs organisationnels tels que le manque de temps, de ressources et de soutien administratif ainsi que les politiques, les structures et les cultures en place (King et al., 2000; Hanna et Rodger, 2002). Les modèles de soin traditionnels, notamment le modèle biomédical, peuvent par exemple représenter d'importants

obstacles à la mise en œuvre de cette approche (Hanna et Rodger, 2002; Camden, Baril et Tétreault, 2005)

### **3.2.2. Interprétations divergentes de la PCF et ambiguïté concernant l'identification du client**

Bien que cette recension de la littérature témoigne d'une certaine entente entre les auteurs concernant les éléments de base d'une pratique centrée sur la famille, il en ressort des discordances quant à son interprétation et surtout une ambiguïté par rapport à l'identification du client. On pourrait en effet penser que les professionnels adoptant cette approche perçoivent la famille comme leur cliente, les auteurs faisant référence à celle-ci comme « l'unité de soutien et d'intervention » (Hanna et Rodger, 2002), comme « utilisatrice de services » (Bazyk, 1989), comme « bénéficiaire de services » (Humphry, 1995; Reupert, Maybery et Morgan, 2015) et même parfois comme « co-cliente » (Brown, Humphry et Taylor, 1997). Cependant, il semble alors qu'un individu, souvent qualifié de « client » (Brown, Humphry et Taylor, 1997), bénéficie toujours d'une attention particulière. Il ne semble donc pas que ces auteurs considèrent la famille comme seule et unique cliente même si certains mentionnent que les besoins de la famille doivent guider la thérapie (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998; Bazyk, 1989; Viscardis, 1998). Par ailleurs, la pratique centrée sur la famille n'est pas valorisée qu'en ergothérapie et l'est notamment dans la profession infirmière également. En ce sens, Uniacke, Browne et Shields (2018) critiquent une interprétation concevant la famille et l'individu comme une « unité de soins ». Ces auteures soulèvent notamment les enjeux que cette interprétation pourrait poser dans les soins apportés aux enfants hospitalisés en signifiant que les intérêts de leur famille puissent être favorisés à leurs dépens (Uniacke, Browne et Shields, 2018). Uniacke, Browne et Shields (2018) ont également souligné l'absence de consensus quant à l'interprétation de la pratique centrée sur la famille et ont identifié différentes manières de comprendre celle-ci. En plus de l'interprétation évoquée précédemment concevant la famille comme une unité de soins, ces auteurs ont identifié que cette approche pourrait aussi signifier selon certains qu'il faille favoriser la participation de la famille dans les soins apportés à l'enfant ou qu'il faille considérer l'enfant dans le contexte de sa famille afin de favoriser le bien-être de ce dernier. Ces interprétations mettent l'accent sur la famille en tant qu'acteurs ou partenaires dans les soins apportés à l'enfant (Uniacke, Browne et Shields, 2018) et non comme cliente en soi.

Il ressort également que la pratique centrée sur la famille peut être actualisée d'une manière particulière en ergothérapie et donc que son interprétation peut différer selon les professions. Notamment, Bazyk (1989) soulève que la valeur que les ergothérapeutes accordent au développement des rôles et à l'équilibre occupationnel devrait se refléter dans leurs interactions avec la famille. C'est dans ce sens que les ergothérapeutes mettant en œuvre une pratique centrée sur la famille peuvent agir à titre de consultants pour soutenir et encourager les parents dans l'acquisition des connaissances et des compétences nécessaires pour prendre soin de leur enfant (Bazyk, 1989; Viscardis, 1998). Selon Hanna et Rodger (2002), il importe également de connaître l'histoire de la famille ainsi que les occupations familiales et les routines qui lui sont significatives pour promouvoir la collaboration avec celle-ci et, subséquemment, la mise en œuvre d'une pratique centrée sur la famille. Cela rejoint les propos de DeGrace (2003) qui a proposé une compréhension de ce que représentent les occupations significatives d'une famille en soulignant que celle-ci était nécessaire à l'actualisation de la pratique centrée sur la famille. Cette auteure perçoit également comme essentiel l'identification d'objectifs favorisant la croissance de la famille en tant qu'unité, la compréhension de ce que la famille veut devenir et de comment elle peut s'engager dans des expériences significatives ensemble (DeGrace, 2003). Ainsi, il s'avère difficile de conclure que l'adoption d'une pratique centrée sur la famille en ergothérapie signifie nécessairement que la famille soit considérée comme la cliente.

### **3.3. La pratique de l'ergothérapie auprès de la famille**

Tout d'abord, plusieurs études abordent comment les ergothérapeutes peuvent soutenir les familles dont un enfant présente une condition incertaine ou des incapacités à vivre une vie familiale satisfaisante et significative (Price et Miner, 2009; Pengelly, Rogers et Evans, 2009). En effet, dans l'étude ethnographique de Price et Miner (2009), un exemple de pratique psychosociale et centrée sur l'occupation est décrit à partir de l'expérience d'une ergothérapeute œuvrant au sein d'une unité néonatale de soins intensifs. En fournissant à la mère et à son nouveau-né des opportunités de s'engager dans des co-occupations similaires à celles qui seraient vécues à l'extérieur de l'hôpital, l'ergothérapeute favorisait le développement de l'attachement parent-enfant et de la famille en devenir. La mère, qui était considérée comme bénéficiaire de services en plus de son bébé, se sentait plus confiante et compétente dans son rôle parental. Elle était aussi

accompagnée dans la redéfinition de ses attentes par rapport à celui-ci et par rapport aux co-occupations qui y sont associées (Price et Miner, 2009). L'étude de Pengelly, Rogers et Evans (2009) démontre quant à elle que les ergothérapeutes, en intervenant pour assurer une meilleure concordance entre l'environnement domiciliaire des individus présentant des incapacités et de leur famille, peuvent soutenir la participation occupationnelle de tous ses membres et la vie familiale.

Le rôle des ergothérapeutes a également été étudié en promotion de la santé auprès de la famille, plus précisément dans le soutien pouvant être apporté à celle-ci dans l'adoption d'un mode de vie sain (Orban, Erlandsson, Edberg, Önnarfält et Thorngren-Jerneck, 2014). Par exemple, dans le cadre d'une étude exploratoire quasi-expérimentale menée par Orban, Edberg, Thorngren-Jerneck, Önnarfält et Erlandsson (2014), des parents d'enfants considérés obèses ont participé à un programme d'interventions familiales centré sur l'occupation. En groupe, les parents étaient encouragés à analyser leurs occupations quotidiennes incluant leurs habitudes et routines. Ils étaient ensuite amenés à déterminer quelles modifications significatives ils pourraient effectuer pour promouvoir un mode de vie plus sain pour leur famille impliquant l'engagement dans des occupations avec leur enfant. Au terme du programme, les parents passaient plus de temps avec leur enfant dans la préparation et la prise de repas, ainsi que dans des occupations actives et passives (Orban, Erlandsson, Edberg, Önnarfält et Thorngren-Jerneck, 2014).

Bien que la famille soit généralement associée à la pédiatrie, la pratique de l'ergothérapie auprès de celle-ci a également été quelque peu étudiée auprès d'autres clientèles. Les ergothérapeutes pourraient ainsi notamment mettre à profit leurs compétences auprès de familles expérimentant un stress important (Dutton, 2006). Ce stress peut par exemple être vécu par les familles des militaires expérimentant des séparations prolongées et fréquentes pouvant entraîner des problèmes psychologiques chez chacun des membres (Cogan, 2014). Cogan (2014) aborde ainsi comment les ergothérapeutes pourraient jouer un rôle au sein des programmes visant à supporter ces familles. Cette auteure soutient que des interventions en ergothérapie basées sur le mode de vie pourraient favoriser le développement de compétences ainsi que l'intégration d'activités, d'habitudes et de routines favorables au bien-être des familles et leur permettant de s'adapter aux changements survenant dans leur vie quotidienne (Cogan, 2014). La famille d'une personne présentant un trouble de santé mentale sévère peut également être soumise à un stress

important (Dutton 2006). Fitzgerald, Ratcliffe et Blythe (2012) ont ainsi décrit les interventions effectuées par des ergothérapeutes auprès de la famille d'un jeune adulte hospitalisé au sein d'un service médico-légal. Dans le cadre de cette étude de cas, des ergothérapeutes ont évalué les forces et les besoins de ses parents en vue de son retour au sein du foyer familial. Ils ont ensuite mis en œuvre un plan d'intervention centré sur l'identification et la réduction des émotions négatives exprimées par la famille, en mettant l'accent ici sur les parents. Les interventions incluaient aussi les activités que la famille avait en commun. Cependant, il semble que ces interventions auprès de l'environnement familial du client visaient avant tout le retour de celui-ci au sein de sa famille ainsi que l'amélioration de son rendement occupationnel.

Bien que ces études démontrent une plus grande considération pour la famille, plusieurs abordent avec plus ou moins d'emphase les retombées positives sur le développement, la santé et la participation occupationnelle de l'enfant (Price et Miner, 2009; Pengelly, Rogers et Evans, 2009; Orban, Edberg, Thorngren-Jerneck, Önnarfält et Erlandsson, 2014) ainsi que sur la réintégration de la personne dans la communauté (Cogan, 2014; Fitzgerald, Ratcliffe et Blythe, 2012). Cela suggère que, même en bénéficiant de services en ergothérapie, les retombées sur la famille demeurent souvent secondaires à celles d'un client-individu et que la famille est rarement considérée comme cliente à part entière. Ainsi, la conception de la famille en tant que cliente en ergothérapie étant peu discutée dans la littérature, il ressort une absence d'écrits soutenant une réelle existence de services offerts à la famille en tant que cliente.

#### **4. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE**

L'objectif général de cette étude est donc d'explorer la pratique actuelle de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente et d'explorer comment celle-ci pourrait évoluer auprès d'ergothérapeutes québécois exerçant dans différents contextes de pratique.

De cette intention découlent les trois objectifs spécifiques suivants : 1) Décrire les caractéristiques de la pratique actuelle de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente au Québec. 2) Explorer le déploiement possible d'une pratique ergothérapique ayant la famille comme cliente au Québec. 3) Identifier les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre d'une pratique ayant la famille comme cliente au Québec.

Ces objectifs peuvent également être traduits en trois questions de recherche, soit 1) Quelles sont les caractéristiques de la pratique actuelle de l'ergothérapie auprès de la famille au Québec? 2) Quelle est la perception des ergothérapeutes québécois sur le déploiement de leurs savoirs et leurs compétences au service de la famille? 3) Quels sont les éléments limitant la mise en œuvre d'une pratique ayant la famille comme cliente selon la perception des ergothérapeutes québécois?

## **5. CADRE CONCEPTUEL**

Cette section présente le cadre conceptuel de cette étude. Celle-ci visant l'exploration d'une pratique particulière de l'ergothérapie, soit celle ayant la famille comme cliente, il est pertinent d'associer les données recueillies aux étapes de la démarche clinique en ergothérapie. Le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, 2013) décrit ainsi le processus de l'habilitation occupationnelle et peut être utilisé pour explorer et décrire la pratique ergothérapie centrée sur les besoins de la famille en tant que cliente (Craik, Davis et Polatajko, 2013). Celui-ci guide donc la collecte de données et leur analyse.

### **5.1. Modèle canadien du processus de pratique (MCP)**

Le MCP est un outil guidant les ergothérapeutes dans une pratique centrée sur le client vers l'atteinte des objectifs occupationnels de celui-ci (Craik, Davis et Polatajko, 2013). Le processus qu'il décrit s'appuie sur une approche centrée sur l'occupation qui est cohérente avec une vision de l'engagement occupationnel allant au-delà de la diminution de la déficience tout en l'incluant (Craik, Davis et Polatajko, 2013). Le MCP permet donc de considérer le rôle de l'ergothérapeute auprès d'un éventail plus large de familles que celles dont l'un des membres présente des incapacités.

Le MCP illustre le processus ergothérapeutique par huit points d'action de l'habilitation formant un cheminement de base et plusieurs cheminements alternatifs. Ce processus se situe également à l'intérieur du contexte de pratique imbriqué dans le contexte sociétal et est influencé par des schèmes de références (Craik, Davis et Polatajko, 2013). Tous ces éléments contextuels peuvent faciliter ou limiter la pratique de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente, il importe donc de les décrire plus en profondeur.

Le contexte sociétal renvoie aux éléments culturels (par exemple les habitudes, les rituels, les attentes occupationnelles ainsi que la culture particulière à une profession), institutionnels (par exemple le système de soins de santé, ses structures et ses procédures), physiques (par exemple l'accessibilité physique des environnements naturels et construits) et sociaux (par exemple le soutien du réseau social et du milieu de travail, et les idéologies sociales) qui influencent



l'engagement occupationnel du client et de l'ergothérapeute avant qu'ils ne soient dans une relation thérapeutique (Craik, Davis et Polatajko, 2013).

Le contexte de pratique découle quant à lui du contexte sociétal et correspond plus particulièrement aux facteurs personnels (par exemple les valeurs, les croyances, les aspirations, le style de vie, les connaissances, les habiletés et les expériences) et environnementaux (par exemple les politiques et la culture de l'établissement, le code de déontologie encadrant la pratique de l'ergothérapie, la portée de la pratique, les modèles de prestation de services, les membres de l'équipe et les structures des lieux physiques) qui entrent en jeu lorsque la relation entre l'ergothérapeute et le client débute (Craik, Davis et Polatajko, 2013). Lorsque les ergothérapeutes travaillent auprès de la famille comme cliente, des facteurs personnels dont ils doivent tenir compte sont notamment les personnalités de ses membres (Craik, Davis et Polatajko, 2013). Les facteurs personnels de l'ergothérapeutes peuvent entre autres faire références aux habiletés clés en habilitation, soit : adapter; revendiquer; coacher; collaborer; consulter; coordonner; concevoir et réaliser; éduquer; engager; et exercer son expertise (Craik, Davis et Polatajko, 2013). La présente étude s'intéresse particulièrement au contexte de pratique par son intention d'éclaircir les clientèles où la famille peut être la cliente, les rôles que peut jouer l'ergothérapeute auprès de la famille et les milieux de pratique dans lesquels travaillent ces derniers (ACE, 2012).

Les schèmes de références sont quant à eux les théories, les modèles, les construits et les concepts qui guident les choix de l'ergothérapeute. Ils varient selon le contexte de pratique, le processus et la relation thérapeutique (Craik, Davis et Polatajko, 2013).

Enfin, le processus ergothérapeutique du MCPP comprend les huit points d'action suivants : initier et établir le contact; établir les balises; évaluer et analyser; convenir des objectifs et du plan; mettre en œuvre un plan; faire le suivi; évaluer le résultat; puis conclure et mettre fin. Chacune de ces étapes implique des actions et des décisions (Davis, Craik et Polatajko, 2013). La possibilité de déroger du processus de base en omettant ou en répétant certaines étapes apporte une flexibilité à ce modèle pouvant favoriser l'analyse des données (Craik, Davis et Polatajko, 2013). En effet, cela amène à considérer la possibilité d'un cheminement non conventionnel lorsqu'il est question de la famille comme cliente et à pouvoir tout de même l'associer aux points d'action du MCPP.

## **6. MÉTHODE**

Cette section présente la démarche scientifique menée afin de répondre aux questions de recherche énoncées précédemment. Le devis de recherche soutenant cette étude sera présenté suivi des participants, de l'échantillonnage, de la collecte de données, de l'analyse des données et des considérations éthiques.

### **6.1. Devis de recherche**

Cette recherche s'appuie sur un devis descriptif qualitatif, celui-ci permettant de décrire simplement les phénomènes peu connus (Fortin et Gagnon, 2016). La pratique de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente a en effet été peu décrite dans la littérature. Ce devis sera donc utile pour décrire la perception des ergothérapeutes quant à la portée actuelle et au déploiement possible de cette pratique.

### **6.2. Participants et méthode d'échantillonnage**

Cette étude a été réalisée auprès d'ergothérapeutes québécois œuvrant dans divers contextes de pratique. Les participants ont été recrutés par un échantillonnage non probabiliste par réseau. Plus précisément, les participants potentiels ont été recherchés par les membres de l'équipe de recherche parmi leurs réseaux personnel et professionnel. Un échantillon à variation maximale a été privilégié. Le fait de recruter des participants ayant de l'expérience auprès de clientèles et de milieux variés visait à recueillir un ensemble plus riche de perspectives pouvant par la suite être comparées. Les ergothérapeutes ont été recrutés dans les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec par soucis de faisabilité.

#### **6.2.1. Critères de sélection**

Pour participer à cette étude, les ergothérapeutes devaient 1) occuper un emploi d'ergothérapeute depuis au moins deux ans; 2) travailler dans les régions de la Mauricie ou du Centre-du-Québec; 3) comprendre le français et s'exprimer en français. Aucun critère d'exclusion n'a été utilisé.

### **6.3. Collecte de données**

#### **6.3.1. Méthode de collecte de données**

Tout d'abord, un questionnaire sociodémographique (voir Annexe A) a été complété par les participants afin de recueillir les informations nécessaires à la description de l'échantillon d'ergothérapeutes participant à l'étude. Les données recueillies par celui-ci étaient leur âge, leur genre, leur nombre d'années d'expérience en tant qu'ergothérapeutes et les contextes de pratiques (clientèles, milieux) dans lesquels ils ont travaillé.

Ensuite, une entrevue semi-structurée a été effectuée auprès de chaque participant de manière individuelle. Le guide d'entrevue (voir Annexe B) présente un ensemble de questions principalement ouvertes permettant d'explorer les perceptions des ergothérapeutes quant à la pratique de l'ergothérapie auprès de la famille. Afin de répondre au premier objectif de cette étude, soit de décrire les caractéristiques de la pratique actuelle de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente au Québec, les premières questions de l'entrevue portent sur les expériences professionnelles des ergothérapeutes interrogés ainsi que les expériences de collègues dont ils ont été témoins où ils percevaient que la famille était la cliente. Ensuite, le deuxième objectif de cette étude consistant à explorer le déploiement possible d'une pratique ergothérapique ayant la famille comme cliente au Québec, les questions qui suivent concernent les rôles de l'ergothérapeute auprès de la famille, les contextes de pratique où cette pratique serait pertinente ainsi que les modèles théoriques, les schèmes de référence, les approches, le processus d'évaluation et l'intervention auprès de la famille comme cliente. Enfin, en cohérence avec le dernier objectif de recherche, soit d'identifier les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre de cette pratique, les dernières questions portent sur les facteurs pouvant la supporter ou la limiter. Par ailleurs, les entrevues ont été réalisées en présence et au téléphone puis ont été enregistrées sous format audionumérique.

#### **6.3.2. Déroulement**

Les ergothérapeutes ayant consenti à transmettre leur numéro de téléphone ou leur adresse courriel ont été contactés par l'étudiante chercheuse. D'autres ergothérapeutes ont directement contacté l'étudiante chercheuse pour manifester leur intérêt à participer à l'étude. Celle-ci leur a alors transmis plus d'informations sur le projet et leur a fait parvenir la lettre d'information et de

consentement (voir Annexe C) par courriel. Une annonce a également été publiée sur la page *Facebook* « Ergothérapie Québec » (voir Annexe D), mais aucun participant n'a été recruté par ce biais. La période de recrutement s'est étalée sur neuf semaines afin d'obtenir un échantillon de taille suffisante pour répondre à la visée exploratoire de cette étude. Finalement, 5 participantes provenant de la Mauricie et du Centre-du-Québec, et œuvrant dans différents contextes de pratique ont consenti à participer à l'étude. La lettre d'information et de consentement ainsi que le questionnaire sociodémographique étaient d'abord transmis par courriel aux participants qui les remplissaient puis les renvoyaient à l'étudiante chercheuse par courriel. Ceux-ci pouvaient contacter l'étudiante chercheuse préalablement à l'entrevue pour lui poser des questions. Le guide d'entrevue était ensuite transmis aux participants préalablement à l'entrevue afin qu'ils puissent prendre connaissance des questions et y réfléchir. Enfin, une entrevue semi-structurée individuelle a ensuite été réalisée avec chaque participant. Trois entrevues ont été réalisées en présence et deux ont été réalisées par téléphone à un moment et dans un endroit qui ont été déterminés avec chaque participant. Les entrevues étaient d'une durée d'environ une heure. La collecte de données a été réalisée entre le 2018-06-04 et le 2018-06-20.

#### **6.4. Analyse des données**

Les données qualitatives recueillies lors des entrevues semi-structurées ont quant à elles d'abord été transcrites à partir des enregistrements audios. Ces données qualitatives ont ensuite fait l'objet d'une analyse de contenu (Fortin et Gagnon, 2016). Un premier codage a ensuite été fait duquel sont ressortis de nombreuses catégories ou thèmes. Ces derniers ont ensuite été regroupés en méta-catégories. Ce processus a été fait manuellement. Les données descriptives concernant les participants sont issues du questionnaire sociodémographique. Elles comprennent leur âge, leur genre, leur nombre d'années d'expérience en tant qu'ergothérapeute et les contextes de pratique dans lesquels ils ont œuvré.

#### **6.5. Considérations éthiques**

Ce projet de recherche a été autorisé par le comité éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Le certificat éthique portant le numéro CER-18-244-07.05 a été attribué le 27 mars 2018. Le consentement libre et éclairé des participants a été obtenu par la lecture et la signature de la lettre d'information et de consentement.

Leur consentement pouvait être retiré en tout temps au cours de l'étude et les participants étaient libres de répondre ou non aux questions posées lors de l'entrevue. La protection des données à caractère personnel des participants a été assurée par l'attribution de codes numériques à chacun d'entre eux préservant leur anonymat. Les documents informatiques concernant cette étude ont quant à eux été protégés à l'aide d'un mot de passe. Les enregistrements audios des entrevues ont été conservés sur une clé USB protégée à l'aide d'un mot de passe. Cette clé USB ainsi que les dossiers papiers correspondant à chaque entrevue ont été conservés dans un classeur verrouillé au bureau de Mme Lyne Desrosiers à l'UQTR. De plus, les enregistrements audios des entrevues ont été détruits suite à leur transcription. Les notes manuscrites prises au cours des rencontres ont également détruites puis jetées dans un endroit prévu à l'effet de documents confidentiels.

## 7. RÉSULTATS

Cette section présente les principaux résultats obtenus à la suite de cette étude. Une description de l'échantillon d'ergothérapeutes ayant participé à l'étude est d'abord présentée suivie des thèmes majeurs ayant émergé des entrevues individuelles. La pratique actuelle de l'ergothérapie auprès de la famille selon les participantes, le déploiement possible de la pratique de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente et les éléments contextuels limitant la mise en œuvre d'une telle pratique.

### 7.1. Description des participants

Cinq ergothérapeutes ont pris part à cette étude. Toutes les participantes étaient des femmes, âgées entre 30 et 45 ans, la moyenne d'âge étant de 36,4 ans. Les participantes avaient entre 7 et 24 années d'expérience en tant qu'ergothérapeute pour une moyenne de 14,2 années d'expérience. Une description générale de l'expérience en tant qu'ergothérapeute des participantes selon les clientèles avec lesquelles elles ont travaillé est présentée dans le Tableau 1. Une seule participante a travaillé au privé auprès d'une clientèle enfant et une autre a de l'expérience dans l'enseignement en ergothérapie.

Tableau 1.  
*Description générale de l'expérience des participantes en tant qu'ergothérapeutes*

| Clientèles   | Programmes   | Nombre de participantes | Nombre de mois/années d'expérience | Moyenne d'années d'expérience |
|--|--|-------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Enfants  | Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, déficience motrice, déficience du langage et autres.   | 3                       | Entre 9 et 16 ans                  | 11,7 ans                      |
| Adultes/personnes âgées (santé physique/cognitive) | Soutien à domicile, traumatologie, thérapie de la main, orthopédie, Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), Unité de courte durée gériatrique (UCDG), Service ambulatoire gériatrique (SAG) et autres. | 4                       | Entre 2 et 7 ans                   | 3,5 ans                       |
| Adultes/personnes âgées (santé mentale)            | Unité de soins psychiatriques, clinique externe, première ligne  | 1                       | Environ 22 ans                     | –                             |

## **7.2. La pratique actuelle de l'ergothérapie : L'individu et non la famille comme client officiel**

Les analyses mettent en évidence que les participantes n'ont pas officiellement eu la famille comme cliente dans le cadre de leur pratique. Elles ont en effet exprimé que le processus de pratique en ergothérapie était le plus souvent orienté vers le client-individu.

[...] je travaille beaucoup avec des enfants et leur famille, les parents, j'essaie de les guider, mais c'est, c'est, la demande est jamais faite pour la famille en tant que telle. C'est juste qu'ils sont participants à tout le processus. [...] j'ai jamais eu la famille comme client en tant que tel. Ça a toujours été un client [...] c'est l'enfant qui est le client principal.

### **7.2.1. Importance de l'implication de la famille au cours du processus de pratique**

Bien que les ergothérapeutes ayant pris part à cette étude n'aient pas pu décrire une pratique au sens strict de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente, les analyses suggèrent qu'elles valorisent la participation de la famille au cours du processus de pratique auprès du client-individu. En effet, toutes les participantes ont nommé l'importance de l'impliquer ou de collaborer avec cette dernière. La famille est ainsi perçue comme une part importante de l'environnement social du client et comme une source majeure d'informations sur ce dernier, celle-ci étant présente au quotidien. Son implication dans le processus de pratique s'avère donc essentielle, notamment à l'enfance et au soutien à domicile.

C'est pas nécessairement eux [les membres de la famille] vers qui on va nécessairement plus intervenir, mais ils sont toujours là par la bande parce que on a besoin d'eux, c'est eux qui sont en tout temps avec l'utilisateur en fait. Pis c'est ça, j pense que dans la pratique actuelle, c'est pas tant la famille, mais qu'elle est obligée d'être là quand même.

Les participantes travaillant à l'enfance valorisent en effet beaucoup l'implication de la famille qu'elles considèrent indispensable pour amener un changement significatif chez l'enfant.

[...] quand on fait vraiment un suivi intense ça va être une heure par semaine. [...] c'est pas ça qui va faire un gros changement. [...] Ce qui va être plus payant, c'est s'assurer que la famille soit capable de reprendre les interventions [...] là on a plus un impact [...]

Les participantes ayant travaillé au soutien à domicile considèrent que l'implication de la famille y excède la simple collaboration, sa présence pouvant déterminer la possibilité pour une personne de demeurer chez elle. Les analyses suggèrent que les participantes valorisent également l'implication de la famille auprès d'une clientèle adulte en santé physique comme en santé mentale.

### **7.2.2. La famille comme cliente indirectement**

Les analyses révèlent également que les ergothérapeutes perçoivent la famille comme leur cliente « par la bande » ou indirectement, surtout dans des contextes où son implication est plus importante tel qu'à l'enfance et au soutien à domicile. L'importance de l'implication de la famille dans ces contextes amène en effet les ergothérapeutes à porter une certaine attention à ses besoins et à ses caractéristiques ainsi qu'à intervenir auprès de celle-ci en lien avec le rôle de parent ou de proche-aidant. Plus précisément, les ergothérapeutes considèrent la disponibilité et les limites de la famille quant à son implication auprès du client-individu, son besoin de soutien dans la mise en œuvre des recommandations et des interventions, puis son sentiment de compétence par rapport à l'actualisation de son rôle. De plus, il ressort que les ergothérapeutes à l'enfance tiennent fortement compte des attentes, des priorités et de ce qui affecte le quotidien de la famille comme en témoigne le fait que les objectifs de l'enfant découlent souvent de ceux des parents. Cela est aussi justifié par l'importance qu'ils soient motivés à s'impliquer dans l'atteinte de ceux-ci.

[...] je finis toujours mes entrevues par la question « qu'est-ce qui nuit le plus à votre vie familiale ? » [...] le parent me dit ben la on peut jamais sortir, je peux pas l'amener au restaurant [...] là tu vois que ça touche le parent, là tu sais que tu vas avoir peut-être un peu plus de poigne pour cet objectif-là qu'un autre.

Les ergothérapeutes font ainsi de l'enseignement auprès de la famille et celles travaillant à l'enfance font également du coaching et de la découverte guidée. Elles perçoivent toutefois qu'outiller un membre de la famille en lien avec son rôle de parent ou de proche-aidant peut à la fois bénéficier à celui-ci, au client-individu et à l'ensemble de la famille.

[...] quand le parent est mieux outillé pour travailler l'habillage avec l'enfant handicapé ben on voit qu'il est capable de généraliser pis d'appliquer des choses aux autres enfants. Je pense que le bénéfice d'outiller un parent vient sur toute la famille [...]



Les ergothérapeutes perçoivent aussi que des interventions directes auprès du client-individu et découlant d'abord de ses besoins, peuvent également avoir des retombées positives sur la famille.

[...] ce que je faisais auprès de la cliente [une mère], ça faisait en sorte que c'est un peu comme si la famille était mon client parce que ça avait une répercussion sur l'autonomie aussi des enfants.

Les ergothérapeutes peuvent également percevoir la famille comme leur cliente lorsqu'elles interviennent davantage par rapport à des besoins n'étant pas liés au rôle de parent ou de proche-aidant envers leurs clients-individus. En ce sens, elles peuvent lui offrir de l'écoute, du soutien et de l'information, mais également la référer à d'autres professionnels ou d'autres ressources au besoin.

[...] ça m'est arrivée souvent quand même que d'avoir à rappeler un client ou de refaire une visite en l'absence de mon client principal pour justement comme clore un peu la boucle là pis en fait on le fait pratiquement tout le temps. On rappelle toujours pour offrir nos sympathies, mais aussi pour voir comment la personne elle va.

Ensuite, les analyses mettent en évidence que les ergothérapeutes perçoivent également avoir indirectement la famille comme cliente lorsqu'elles interviennent auprès de plusieurs membres d'une famille. Émettre des recommandations ou mettre en œuvre des interventions pour un ensemble de personnes présentant des défis occupationnels au sein d'une famille leur apparaît ainsi comme une pratique où la famille est le client même si le mandat ou la référence s'adresse officiellement à un ou plusieurs clients-individus.

[...] la référence était concernant un client, mais, plus le dossier avançait, plus je considérais que c'était un peu la famille qui était devenue mon client. [...] j'intervenais quasiment autant auprès de la mère que du client. [...] j'avais pas de plan d'intervention avec elle, mais j'avais des interventions. [...] ça pouvait être des petits téléphones de 20 minutes, 30 minutes une fois par deux semaines [...] pis qui est pas juste [...] pour enseigner voici comment on agit face à une personne suicidaire. [...] C'était vraiment les trucs très très d'intervention pour une personne anxieuse que j'appliquais pour la mère maintenant [...]

Ces personnes peuvent alors être perçues comme un sous-groupe et l'ergothérapeute peut devoir jongler entre les besoins spécifiques et parfois divergents de chacune, surtout lorsque toutes sont officiellement vues comme cliente en ergothérapie.

[...] les trois enfants peuvent être de la même famille et sont mes clients donc c'est sûr que, quand j'interviens, j'interviens pas juste pour un. Ça fait comme si les trois enfants étaient plus un sous-groupe si on veut, les interventions sont mises en place pour que ça favorise le développement de chacun. [...] exemple, pour faciliter l'autonomie; une douche sans seuil, [...] pour favoriser l'alimentation ben une chaise évolutive qu'ils peuvent ajuster à tous les enfants [...] quand il y a plusieurs enfants dans la même famille qui ont des besoins complètement divergents ben la, il faut que tu trouves justement un compromis. Comment tu vas répondre à leurs besoins spécifiques, mais tout en permettant une vie familiale plus épanouie.

Par ailleurs, il ressort que la famille peut être perçue comme cliente lorsque les services offerts par différents intervenants à plusieurs membres de celles-ci s'arriment.

[...] ça arrive exemple des personnes qui ont une déficience intellectuelle qui ont des enfants qui ont aussi une déficience intellectuelle. Ben à ce moment-là on fait un partenariat avec quelqu'un de l'adulte qui s'occupe du parent pis moi je m'occupe de l'enfant, mais on s'arrime ensemble adulte-enfance pour que les recommandations qu'on mette en place autant à l'enfance qu'à l'adulte rejoignent un peu les objectifs des deux [...] on s'arrime ensemble pour s'assurer de répondre au bien commun de la famille si on peut le dire comme ça.

### **7.3. Déploiement possible de la pratique de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente**

Les participantes ont partagé leur perception de ce qui pourrait caractériser le processus de pratique en ergothérapie dans lequel la famille serait la cliente. On peut classer les éléments ressortant des analyses selon ceux du MCPP. Plus précisément, ils appartiennent au contexte de pratique ainsi qu'aux points d'action « initier et établir le contact », « établir les balises », « évaluer et analyser », « convenir des objectifs et du plan » et « mettre en œuvre un plan ».

#### **7.3.1. Contexte de pratique**

Les analyses révèlent que plusieurs éléments concernant le déploiement possible de l'ergothérapie au service de la famille pourraient être attribués au contexte de pratique. Les

participantes ont en effet identifié des rôles que l'ergothérapeute pourrait investir auprès de la famille ainsi que des facteurs environnementaux pouvant caractériser le contexte de cette pratique.

Il ressort que le potentiel positif de cette pratique était davantage, mais pas exclusivement, perçu auprès de familles comprenant des enfants. De plus, les participantes perçoivent que l'ergothérapeute pourrait contribuer à soutenir l'adaptation de la famille suite à un traumatisme physique chez l'un de ses membres, suite à un décès ou par rapport au fait d'avoir un enfant vivant de multiples situations de handicap.

[...] c'est quand même pas facile non plus pour, même les gens qui sont outillés pour être parents, [...] d'être au quotidien finalement pis de fonctionner quotidiennement la avec [...] des enfants qui sont multi-handicapés [...] Ça pourrait être intéressant d'avoir quelque chose de plus développé pour subvenir ou aider les familles à mieux s'adapter.

L'ergothérapeute pourrait également jouer un rôle plus important concernant le développement des capacités parentales et l'acquisition de connaissances en lien avec le développement de l'enfant. Cette idée pourrait viser à soutenir prioritairement les parents plus vulnérables, c'est-à-dire provenant d'un milieu plus défavorisé, ayant une déficience intellectuelle ou un trouble de santé mentale les rendant moins disponibles pour répondre aux besoins de leurs enfants.

[...] j'ai souvent vu [...] des groupes de parents pour améliorer les habiletés parentales pis j'ai rarement vu des ergothérapeutes donner ça. C'est souvent des psychoéducateurs ou des éducateurs spécialisés, mais des fois je me dis peut-être un ergothérapeute qui pourrait soutenir ou venir rajouter un petit quelque chose au niveau des activités de la vie quotidienne.

Parmi les autres idées amenées par les participantes pour soutenir la famille, plusieurs consistaient à systématiser davantage des interventions faites occasionnellement auprès de leurs clients-individus habituels, celles-ci bénéficiant également à la famille.

Les ergothérapeutes ayant pris part à l'étude ont énoncé quelques caractéristiques concernant les milieux dans lesquels elles percevaient que la famille pourrait devenir cliente. Il ressort ainsi que cette pratique pourrait se développer dans le milieu communautaire ou en partenariat avec celui-ci. Les participantes mentionnent en effet que plusieurs organismes communautaires perçoivent peut-être davantage la famille plutôt que seulement l'individu comme client. Les participantes perçoivent que s'allier à des milieux communautaires pourrait être intéressant, ceux-ci pouvant également être « moins restreints [à] une déficience ou [à] une problématique », pouvant représenter un accès à la famille moins confrontant et n'ayant pas autant de normes de tenue de dossier. Le milieu communautaire est également propice à des interventions de groupe auxquelles l'ergothérapeute pourrait prendre part comme illustré par cette citation : « [...] peut-être que les organismes communautaires, ça pourrait être une façon d'aller atteindre les familles. [...] j'pense [que] ça serait peut-être un lieu [...] pour mettre un pied là-dedans. »

D'un autre côté, les participantes perçoivent également que l'ergothérapeute pourrait intervenir auprès de la famille dans le cadre de services de première ou de deuxième ligne ainsi qu'en pédiatrie sociale.

De plus, les analyses suggèrent qu'intervenir auprès de la famille nécessite une collaboration entre professionnels selon les ergothérapeutes. En effet, l'analyse de leurs propos suggère qu'une équipe interdisciplinaire ou transdisciplinaire serait favorable à la mise en œuvre de cette pratique.

[...] je vois pas que c'est une seule personne qui ferait ça. [...] quand on travaille avec la famille, oui il y a les occupations que l'ergothérapeute est comme le professionnel quand même le mieux outillé pour pouvoir aller documenter, mais j'pense que toute l'intervention au niveau émotif, au niveau psychoaffectif tout ça, il y a quelque chose à y avoir en complémentarité je pense avec les autres disciplines [...]

Enfin, il ressort que des services à domicile permettraient de mieux répondre aux besoins de la famille en ergothérapie selon les participantes. Le soutien à domicile et la pratique privée pourraient en ce sens être des contextes favorables à cette pratique.

### 7.3.2. Points d'action du MCPP

Les analyses révèlent ensuite que plusieurs éléments concernant le déploiement possible de l'ergothérapie au service de la famille pourraient être attribués aux points d'action du MCPP. Les participantes ont en effet identifié plusieurs éléments pouvant être associés aux points d'action « initier et établir le contact », « établir les balises », « évaluer et analyser », « convenir des objectifs et du plan » et « mettre en œuvre un plan ».

Tout d'abord, concernant le point d'action « Initier et établir le contact » et plus particulièrement l'identification du client, il ressort qu'avoir la famille comme cliente pourrait nécessiter la collaboration de plusieurs ergothérapeutes apportant leur expertise auprès de clientèles spécifiques. Les premières rencontres suivant une référence pourraient également être faites plus systématiquement avec un proche afin de déterminer si la famille est la cliente finalement et ce, même si la demande est initialement faite pour un individu.

En ce qui a trait aux points d'action « Établir les balises » et « Évaluer et analyser », les analyses suggèrent que le processus d'évaluation auprès de la famille comme cliente pourrait être semblable à celui auprès d'un client-individu pour les ergothérapeutes percevant déjà aborder la participation de la famille et ce qui affecte la vie familiale. D'autres analyses suggèrent toutefois que les rôles de chacun, les occupations de la famille, ses routines et son horaire pourraient être davantage explorées si cette dernière était la cliente. En ce sens, des mises en situation pourraient cibler les routines du souper ou du matin si la famille était la cliente. Il ressort même que les occupations familiales pourraient être davantage identifiées auprès des clients-individus.

[...] on ne nomme peut-être pas assez les occupations familiales qui sont altérées ou qui sont conservées. [...] parce que tu vois, mettons qu'on considère la famille, mon client là le ménage c'était pas important là ok, mais si on considère la famille ben le ménage devient une source de conflit, c'est une occupation qui est pas à son plein potentiel là faque il y a quelque chose à voir là-dedans [...]

L'idée qu'on ne parlerait plus des occupations de l'individu si la famille était la cliente et qu'on aborderait seulement les occupations de la famille est également ressortie. L'occupation

familiale ressort également comme une occupation faite conjointement par plusieurs membres d'une famille.

Je pense qu'à ce moment-là, quand on cible les occupations qui sont atteintes, [...] on ne parlerait plus de l'occupation du client qui est, par exemple, je veux retourner travailler [...]. Là ça serait plus quelles occupations au niveau de la famille, les occupations familiales [...], [dans] l'exemple que je t'ai donné, [comme] occupations familiales, il y avait les repas qui étaient normalement pris ensemble [et] le ménage, mais travailler est pas une occupation [...] qui était faite conjointement.

Par ailleurs, les ergothérapeutes avaient de la difficulté à nommer des outils d'évaluation pouvant être utilisés auprès de la famille mis à part l'entrevue et la mise en situation.

Les analyses mettent également en évidence que les modèles théoriques habituellement employés auprès de clients-individu pourraient servir si la famille était la cliente, ceux-ci incluant l'environnement. De plus, les avantages d'utiliser un certain modèle avec la famille et l'applicabilité des diverses composantes d'un modèle à la famille sont considérés par les participantes.

[...] je pense que MOH serait drôlement intéressant, pas mal plus que l'autre [le MCREO] je pense dans un contexte familial [...] à cause de ses différents concepts-là [la capacité de rendement, les déterminants personnels, les valeurs familiales] [...]. On pourrait se parler aussi d'une routine qui est partagée par la famille, [...] le devenir aussi qu'est-ce qui ferait en sorte que la famille en arriverait à une adaptation occupationnelle là.

D'un autre côté, des questionnements émergent à savoir si la perception de l'environnement à travers ces modèles permet réellement de considérer les aspects familiaux et si un modèle plus large ne serait pas nécessaire. Enfin, il ressort une divergence de perceptions concernant la pertinence d'une approche de réadaptation habituelle ou la nécessité d'une approche plus systémique.

Concernant ensuite les points d'action « Convenir des objectifs et du plan » et « Mettre en œuvre un plan », les analyses révèlent tout d'abord que les ergothérapeutes à l'enfance continueraient de faire appel à des modalités d'intervention visant à habiliter le parent comme le coaching et la découverte guidée si la famille était la cliente. Par ailleurs, même si la famille était la cliente, il pourrait être pertinent que des interventions demeurent individuelles afin de préserver « un lieu réservé à chacun » où la confidentialité serait de mise. Enfin, l'idée que l'ergothérapeute pourrait avoir un apport en thérapie familiale en percevant la routine et le rôle de chacun ressort des analyses.

#### **7.4. Éléments contextuels limitant la mise en œuvre d'une telle pratique de l'ergothérapie**

Les analyses révèlent de nombreux éléments pouvant limiter la mise en œuvre ainsi que le déploiement d'une pratique de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente selon les participantes. On peut diviser ceux-ci en facteurs environnementaux liés au système de santé ou liés à la culture et aux politiques de la profession d'ergothérapeute, ainsi qu'en facteurs personnels de la famille.

##### **7.4.1. Facteurs environnementaux liés au système de santé**

Il ressort fortement que la structure du système de santé limite la mise en œuvre d'une telle pratique de l'ergothérapie. En effet, les références, les mandats et les normes entourant la gestion des dossiers au sein du système de santé témoignent de la culture ancrée sur l'individu et sur la déficience.

[...] la pratique est tellement ancrée la sur l'utilisateur en tant que tel [...] C'est vraiment juste une personne [...] tout ce qui se passe avec sa famille, je suis comme obligée de le noter dans un dossier à part. [...] j pense aussi que le rôle [...] du professionnel, il est très axé sur le client en tant que tel pis on laisse beaucoup aux organismes communautaires [...] le reste de la famille.

C'est certain que nos budgets vont être attribués en fonction disons des déficiences. [...] quand tu as une famille complète, comment tu fais pour la catégoriser à un endroit [...] ça va être difficile de définir la famille comme étant un élément en besoin [...]

De plus, le manque de communication et de collaboration avec le secteur de l'éducation et la communauté, l'accès limité au dossier des membres de la famille, la taille du système de santé et la complexité de mettre en œuvre une telle pratique au sein de celui-ci ressortent comme des limites selon les ergothérapeutes.

Un autre facteur principal pouvant limiter le déploiement de cette pratique selon les participantes est le manque de ressources financières et humaines. En effet, les ergothérapeutes étant en nombre insuffisant, manquant de temps et ayant souvent une liste d'attente, il leur est difficile d'intervenir auprès de la famille et de développer de nouvelles pratiques.

[...] c'est pas que l'intérêt est pas là, c'est, je pense qu'on a pas le temps honnêtement là pis je pense qu'on se retrouve dans un contexte au niveau des soins de santé qui sont constamment en coupures. On va pas vers des plus grands services, mais on va à offrir le minimum, le plus bénéfique pour la famille [...] il n'y a pas tant de temps et d'ouverture actuellement pour des approches ou des nouvelles façons de faire qui sont, qui peuvent prendre du temps à mettre en place pis nécessiter plus de temps là. [...] la limitation c'est plus au niveau financier actuellement.

De plus, cette réalité pouvant déjà limiter les services offerts à leurs clients-individus, il ressort que des ergothérapeutes prioriseraient d'abord le temps auprès de ceux-ci.

Les analyses révèlent également un contexte de pratique dans lequel les rôles sont déjà prédéterminés et dans lequel l'intervention auprès de la famille relève davantage les intervenants sociaux. Les ergothérapeutes ayant participé à l'étude ont ainsi décrit que le rôle d'intervenir auprès de la famille est davantage attribué aux travailleurs sociaux, aux éducateurs spécialisés et aux psychoéducateurs.

[...] mon réflexe ça a été de me tourner vers le travailleur social. Historiquement, souvent, quand il y a plus une vision systémique des choses, on dirait qu'on considère plus le travail social d'emblée. [...] des fois l'ergothérapeute on est dans notre petit silo occupationnel, fonctionnel pis des fois on touche moins à d'autres aspects là.



#### **7.4.2. Facteurs environnementaux liés à la culture et aux politiques de la profession d'ergothérapeute**

Les analyses suggèrent aussi que le manque de précision concernant l'identification des besoins de la famille pouvant être adressés en ergothérapie et le manque d'évidences scientifiques concernant l'efficacité de cette pratique constituent des limites à son déploiement, surtout dans le contexte actuel de manque de ressources où une justification importante est nécessaire à la mise en œuvre de nouvelles pratiques.

[...] faudrait vraiment [...] qu'il y ait beaucoup de recherches là-dessus là [...], que ça montre une efficacité réelle pour que les gens embarquent je pense.

De plus, il ressort que le champ de pratique très vaste des ergothérapeutes fait en sorte qu'il pourrait être difficile de développer une expertise suffisante pour intervenir auprès de tous les membres de la famille. Les participantes perçoivent également que la formation en ergothérapie ne favorise pas la pratique auprès de la famille comme cliente, celle-ci étant « ultra médicalisée » et les approches systémiques n'étant pas suffisamment abordées. Enfin, les analyses suggèrent que le Code de déontologie et l'OEQ peuvent limiter cette pratique.

#### **7.4.3. Facteurs personnels de la famille**

Les analyses mettent en évidence qu'une faible collaboration de la famille ou une ouverture de sa part limitée à certains services peuvent rendre difficile la mise en œuvre d'une pratique ayant la famille comme cliente. Le manque de temps de la famille ainsi que la présence de besoins concurrents au sein de celle-ci peuvent aussi limiter cette pratique.

[...] si on a les deux, [...] comment est-ce qu'on départagerait ? Qui qu'on sert en premier ? C'est quel besoin qui est le plus prioritaire ? C'est là que je me questionnerais [...]

## 8. DISCUSSION

Cette section présente une discussion des résultats obtenus en lien avec les objectifs visés par l'étude. L'objectif général était d'explorer la perception d'ergothérapeutes québécois exerçant dans différents contextes de pratique concernant la pratique actuelle de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente et sa possible évolution. Les trois objectifs spécifiques qui en découlaient seront discutés en regard des écrits recensés sur le sujet. Ceux-ci étaient les suivants: 1) Décrire les caractéristiques de la pratique actuelle de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente au Québec. 2) Explorer le déploiement possible d'une pratique ergothérapique ayant la famille comme cliente au Québec. 3) Identifier les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre d'une pratique ayant la famille comme cliente au Québec. Les forces et les limites de l'étude seront ensuite exposées suivies de ses retombées pour la pratique de l'ergothérapie ainsi que de perspectives de recherches futures.

### 8.1. Une pratique officielle de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente : un mystère qui demeure

La présente étude avait d'abord pour objectif de décrire la pratique actuelle de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente au Québec. En effet, il découlait d'une absence d'évidences à ce sujet dans la littérature scientifique ainsi que dans les données recensées concernant la pratique des ergothérapeutes québécois. Puisque les analyses démontrent que les participantes à cette étude n'ont pas eu la famille comme cliente de manière officielle, l'existence d'une telle pratique demeure incertaine. La difficulté de recruter des ergothérapeutes pour cette étude peut également soutenir l'idée que cette pratique soit très émergente. En effet, il est possible que l'absence de réponses à l'annonce sur le groupe *Facebook* « Ergothérapie Québec » ainsi que le faible taux d'ergothérapeutes ayant contacté l'étudiante-chercheuse reflètent une faible association à cette pratique chez les ergothérapeutes québécois. Cette possibilité est renforcée par le fait que plusieurs ergothérapeutes ayant contacté l'étudiante-chercheuse pour participer à l'étude étaient incertaines que leur expérience pouvait permettre d'y contribuer. Ainsi, les résultats de l'étude et la difficulté de recruter des ergothérapeutes pour y prendre part peuvent s'ajouter à l'absence d'écrits sur le sujet pour souligner l'émergence de cette pratique.

## **8.2. Perception d'avoir la famille comme cliente indirectement par une pratique centrée sur la famille**

Il est également ressorti que les ergothérapeutes valorisent beaucoup l'implication de la famille dans le processus de pratique auprès du client-individu et ce, particulièrement à l'enfance et au soutien à domicile. Bien qu'elle n'ait pas été nommée par les participantes, on peut associer cette implication à des éléments d'une pratique centrée sur la famille selon Rosenbaum, King, Law, King et Evans (1998). Ces derniers ont défini trois prémisses correspondant à cette approche, soit que les parents sont experts de leur enfant; que chaque famille est unique; et que la famille constitue un contexte influant fortement sur l'enfant. Il est ainsi possible d'associer la valorisation du savoir de la famille concernant le client à la prémisse selon laquelle les parents sont experts de leur enfant. Ensuite, l'emphase mise par les participantes sur l'attention portée à ses besoins, ses attentes, ses priorités et ses particularités correspond à la prémisse selon laquelle chaque famille est unique. Finalement, il est possible d'associer la perception de la famille comme une part très influente de l'environnement social du client et comme étant indispensable au changement à la prémisse selon laquelle la famille constitue un contexte influant fortement sur l'enfant. Ainsi, il semble que les ergothérapeutes interrogées mettent en œuvre une pratique centrée sur la famille à certains égards sans le reconnaître. Il ressort également que les ergothérapeutes associent les éléments de cette approche au fait d'avoir la famille comme cliente indirectement. Ainsi, les ergothérapeutes perçoivent que la famille peut devenir leur cliente indirectement surtout lorsque son implication est plus importante. Cela s'avère cohérent avec la hiérarchie d'implication de la famille de Brown, Humphry et Taylor (1997) selon laquelle, plus l'implication de la famille est importante, plus l'unité familiale – plutôt que seulement le client – peut devenir le bénéficiaire principal de services en ergothérapie. Brown, Humphry et Taylor (1997) associent en effet le niveau d'implication de la famille à celui de la pratique centrée sur la famille. De plus, les participantes perçoivent aussi que leurs interventions ont non seulement des retombées positives sur le client-individu, mais également sur l'ensemble de sa famille. Cela peut rejoindre la perception de certains auteurs qui décrivent la famille comme « bénéficiaire – ou utilisatrice – de services », comme « unité d'intervention » ou comme « co-cliente » dans une approche centrée sur la famille et ce, bien que le client demeure l'individu (Uniacke, Brown et Shields, 2018 ; Hanna et Rodger, 2002 ; Bazyk, 1989 ; Humphry, 1994 ; Reupert, Maybery et Morgan, 2015 ; Brown, Humphry et Taylor, 1997 ; Shields, 2010). En effet, une différence demeure néanmoins entre

bénéficier indirectement des services ergothérapeutiques et être considéré comme le client en soi. Il ressort ainsi que le bénéficiaire de services n'est pas l'équivalent du client pour les auteurs ayant abordé la pratique centrée sur la famille. De même, un client-individu demeure au cœur des services offerts en ergothérapie selon les participantes de cette étude et ce, peu importe l'ampleur de l'implication de la famille.

### **8.3. Perception d'avoir la famille comme cliente indirectement lorsque plusieurs de ses membres sont ciblés par des interventions**

Les analyses mettent toutefois en évidence que les ergothérapeutes perçoivent aussi avoir la famille comme cliente indirectement lorsqu'elles interviennent auprès de plusieurs membres d'une même famille ou lorsque les services que reçoivent plusieurs clients-individus faisant partie d'une même famille s'arriment. Les ergothérapeutes ont entre autres décrit s'assurer de répondre aux besoins spécifiques de plusieurs clients-individus d'une même famille, tout en considérant le bien-être de celle-ci, ainsi qu'intervenir auprès de membres de la famille de leur client en relation avec des besoins psychosociaux. Dans ces situations, on pourrait encore associer leurs interventions à une pratique centrée sur la famille en soutenant qu'il s'agit de considérer ces clients dans leur contexte et, conséquemment, les besoins de chaque membre (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998). Cependant, il est également ressorti que les ergothérapeutes intervenaient parfois auprès de plusieurs membres d'une famille, mais en les considérant chacun comme des clients-individus. En ce sens, il ne semble pas qu'elles adoptaient une pratique centrée sur la famille en toutes circonstances lorsqu'elles intervenaient auprès de plusieurs membres d'une famille. Ainsi, il apparaît qu'intervenir auprès de plusieurs individus au sein d'une famille peut aussi en soi amener les ergothérapeutes à percevoir la famille comme leur cliente indirectement.

### **8.4. Le déploiement possible de la pratique de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente**

Le deuxième objectif spécifique visé par cette étude était d'explorer la perception des ergothérapeutes concernant le déploiement possible d'une pratique de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente au Québec. Les réponses des participantes ont été regroupées selon des éléments du MCPP afin de mieux présenter ce qui pourrait caractériser un processus de pratique en ergothérapie dont la famille serait la cliente. Les participantes percevaient en effet la pertinence de cette pratique dans certains contextes et ont énoncé plusieurs rôles que pourrait jouer

l'ergothérapeute auprès de la famille. Tout d'abord, il ressort que cette pratique serait davantage, mais pas exclusivement perçue auprès de familles incluant des enfants en raison de l'implication nécessaire des parents. Cela est cohérent avec les études recensées concernant les services offerts aux familles qui concernaient pour la plupart des familles ayant des enfants (Price et Miner, 2009; Pengelly, Rogers et Evans, 2009 ; Orban, Erlandsson, Edberg, Önnarfält et Thorngren-Jerneck, 2014 ; Orban, Edberg, Thorngren-Jerneck, Önnarfält et Erlandsson, 2014).

Ensuite, concernant les rôles que l'ergothérapeute pourrait jouer auprès de la famille, il est ressorti qu'il pourrait contribuer à soutenir l'adaptation de la famille lorsqu'un événement ou une situation bouleverse son quotidien et qu'elle doit se redéfinir comme lorsqu'un de ses membres subi un traumatisme ou présente une déficience ainsi qu'à la suite d'un décès. Ce rôle pour soutenir l'adaptation et même la reconstruction de la famille a également été abordé dans la littérature concernant la pratique d'ergothérapeutes au sein d'unité néonatale de soins intensifs (Price et Miner, 2009), concernant l'adaptation de l'environnement domiciliaire (Pengelly, Rogers et Evans, 2009) et par rapport aux familles de militaires vivant des changements fréquents dans leur vie quotidienne (Cogan, 2014). De plus, il ressort que les ergothérapeutes percevaient également pouvoir jouer un rôle plus important dans le soutien apporté aux parents plus vulnérables, tels que ceux présentant une déficience intellectuelle ou un trouble de santé mentale, dans le développement de leur rôle parental. Il s'avère cependant pertinent de se questionner à savoir si l'unité familiale est alors la cliente ou s'il s'agit plutôt directement des parents et indirectement des enfants comme dans le cadre d'une approche d'accompagnement. Enfin, le rôle de faciliter l'engagement de la famille dans ses occupations significatives, c'est-à-dire ses rituels, afin de renforcer sa capacité à être une famille ou à le devenir n'a pas été abordé par les participantes bien qu'il ait été décrit par DeGrace (2003). Cela peut d'abord s'expliquer par le fait que peu d'écrits font référence aux occupations significatives de l'unité familiale. Ensuite, s'intéresser à ces occupations implique de réfléchir à l'identité de la famille et non seulement à ce que cette dernière fait au quotidien. Ainsi, cette nouvelle conception implique des ergothérapeutes qu'ils changent leur manière de penser à la famille (DeGrace, 2003). Il peut cependant être difficile de remplacer la conception de la famille qui est véhiculée dans les milieux au sein desquels œuvrent les ergothérapeutes.

Concernant les contextes de pratique dans lesquels pourrait se développer cette pratique, il ressort en effet que sa mise en œuvre pourrait être pertinente et même idéale dans certains milieux au sein du système de santé, mais que les ergothérapeutes considèrent qu'il serait plus simple et réaliste qu'elle se développe dans le milieu communautaire ou en partenariat avec celui-ci. En effet, plusieurs obstacles peuvent limiter l'actualisation de cette pratique au sein du système de santé. Tout d'abord, la culture ancrée sur l'individu et sur la déficience au sein du système de santé teinte l'ensemble de sa structure et imposent un cadre aux ergothérapeutes dont il est difficile de déroger. En effet, cette réalité est considérablement soutenue par la littérature décrivant que les professionnels sont amenés à adopter des approches individuelles en raison de la dominance de l'approche biomédicale au sein du système de santé (Sarrazin, 2014; Gerlach, Teachman, Laliberte-Rudeman, Aldrich et Huot, 2018; Fransen, Pollard, Kantartzis; Viana-Moldes, 2015). Des auteurs ont également critiqué le fait que le système est d'abord préoccupé par la santé et la maladie puis, secondairement, par les services sociaux (Grenier, Bourque et St-Amour, 2014). En effet, il ressort que les clients principaux des ergothérapeutes interrogés sont des individus touchés par des problèmes de santé ou des invalidités alors que les familles, dont les défis occupationnels relèvent peut-être davantage de problématiques sociales, sont perçues comme clientes de manière secondaire. King, Williams et Goldberg (2017) partagent cette perception qu'un individu demeure le client principal et soutiennent que les services orientés vers la famille sont perçus comme indirects et de valeur ajoutée plutôt que comme des services fondamentaux par le gouvernement canadien. Ceux-ci sont ainsi principalement supportés par les dons et les sources additionnelles de fonds au Canada plutôt que financés par le gouvernement. Cela rejoint également la perception des ergothérapeutes selon laquelle la famille et les proches sont davantage soutenus par le milieu communautaire. De plus, les analyses démontrent que les ergothérapeutes perçoivent une attribution des rôles prédéterminée au sein de l'équipe et que l'intervention auprès de la famille relève davantage des intervenants sociaux. Les ergothérapeutes ayant participé à cette étude ont néanmoins souligné qu'une pratique de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente dépend de l'expansion des rôles professionnels habituels, ce qui rejoint l'opinion de DeGrace (2003) concernant la pratique centrée sur la famille. Par ailleurs, le fait que les ergothérapeutes mettent l'emphase sur l'importance d'une équipe interdisciplinaire ou transdisciplinaire pour intervenir auprès de la famille peut illustrer leur perception de la complexité des besoins de l'unité familiale ainsi que leur prise en compte des limites de la profession pour y répondre.

Concernant ensuite les schèmes de références que les participantes percevraient s'appliquer à cette pratique, il ressort que les perceptions varient entre l'applicabilité des modèles et des approches habituelles comparativement à la nécessité d'utiliser des modèles plus larges ou une approche systémique. Pour ce qui est de la littérature, il apparaît que certains modèles tels que le MCREO et le PPH perçoivent la personne et l'environnement comme étant distincts l'un de l'autre alors que d'autres conçoivent la personne en intégration avec son contexte comme le Kawa ou ne divisent simplement pas la personne de l'environnement comme le MOH (Polatajko et al., 2013b). Peut-être que de tels modèles permettraient davantage de soutenir le raisonnement clinique d'ergothérapeutes percevant avoir la famille comme cliente. En effet, on peut penser que ces derniers s'appuient sur des fondements moins individualistes et conséquemment que leur utilisation pourrait favoriser une vision du client allant au-delà de l'individu. Il est notable que les ergothérapeutes n'ont pas fait référence à cette caractéristique de l'environnement dans leurs explications. L'idée que certains modèles puissent davantage favoriser une approche individualiste est peut-être méconnue des ergothérapeutes. Si tel est le cas, on peut se demander si l'utilisation de modèles aux fondements davantage individualistes tels que le MCREO et le PPH peut limiter la conception de la famille en tant que cliente chez les ergothérapeutes. De plus, il est possible que les ergothérapeutes aient davantage nommé les modèles théoriques qu'elles ont l'habitude d'utiliser dans leur pratique. Ainsi, le fait que le modèle Kawa n'ait pas été mentionné suggère qu'il est peut-être peu utilisé par les ergothérapeutes. Cela renforce l'idée que ces dernières ont davantage l'habitude d'utiliser des modèles centrés sur l'individu.

Concernant finalement le processus de pratique en ergothérapie auprès de la famille comme cliente, il faut préciser que les perceptions des participantes peuvent représenter en quoi pourrait consister cette pratique plutôt que ce qu'elle pourrait devenir puisqu'elles ont identifié ne pas avoir eu officiellement la famille comme cliente. Ainsi, il ressort que les perceptions divergent entre les ergothérapeutes et peuvent se répartir selon un continuum. À l'une de ses extrémités, le processus serait centré sur les besoins et les caractéristiques de la famille, mais davantage sur les occupations d'un membre en particulier. Les ergothérapeutes ayant cette perception abordent déjà ce qui affecte la vie de la famille et mettent probablement en œuvre une pratique centrée sur la famille telle que définie par Rosenbaum, King, Law, King et Evans (1998), du moins à certains égards. Leur processus d'évaluation ainsi que leurs interventions seraient donc semblables à lorsqu'il s'agit

d'un client-individu. En cohérence avec cette interprétation, la collaboration de plusieurs ergothérapeutes pourrait être nécessaire auprès d'une famille dont plusieurs membres (par exemple un parent et un enfant) présenteraient des défis occupationnels personnels, ceux-ci pouvant chacun nécessiter l'expertise d'ergothérapeutes différents. Au centre du continuum, les rôles de chacun au sein de la famille ainsi que les occupations de la famille, ses routines et son horaire seraient davantage explorés. La perception de la famille comme cliente ressemblerait donc davantage à une pratique centrée sur la famille telle que définie par DeGrace (2003), c'est-à-dire, abordant également les occupations familiales. Les occupations d'un individu demeureraient toutefois davantage au centre des préoccupations de l'ergothérapeute et de la famille. Finalement, à l'autre extrémité du continuum, seuls les besoins, les caractéristiques et les occupations de la famille en tant qu'unité seraient abordés. Les occupations personnelles de chaque membre ne seraient pas abordées. Dans cette conception, il importerait toutefois d'observer le sens et la participation unique à chacun dans le cadre de l'occupation familiale (Bonsall, 2014). Ainsi, le fait que les ergothérapeutes interrogées présentent des perceptions variées de ce en quoi pourrait consister le processus de pratique auprès de la famille comme cliente renforce l'idée qu'il n'y a pas de consensus concernant cette pratique, ce qui peut s'expliquer par l'absence d'écrits à ce sujet. De plus, le fait que ce que pourrait être le processus de pratique auprès de la famille comme cliente selon certaines ergothérapeutes s'apparente à une pratique centrée sur la famille soulève la question de l'identification du client dans le cadre de cette approche pour laquelle il n'y a pas de consensus... Il est également possible de se questionner quant au défi que peut représenter le fait de concevoir de la famille comme cliente pour des ergothérapeutes ayant principalement œuvré dans le contexte de pratique où la culture est ancrée sur l'individu et sur la déficience comme il sera davantage discuté dans la section suivante.

### **8.5. Un contexte de pratique défavorable à offrir des services à la famille comme cliente en ergothérapie**

Le dernier objectif visé par cette étude était d'identifier les facteurs limitant la mise en œuvre d'une pratique ayant la famille comme cliente au Québec. Les analyses révèlent que ce qui empêche cette pratique de s'actualiser relève principalement de limites contextuelles et non d'un manque d'intérêt de la part des ergothérapeutes. Comme décrit précédemment, il ressort en effet que la culture ancrée sur l'individu et sur la déficience véhiculée au sein du système de santé



québécois ainsi que l'association de la famille aux intervenants sociaux entravent l'actualisation d'une pratique ayant la famille comme cliente. Les analyses démontrent que d'autres facteurs environnementaux liés au système de santé peuvent également limiter cette pratique. Tout d'abord, le manque de ressources financières et humaines, de temps puis d'études définissant et justifiant cette pratique ressortent comme des obstacles majeurs à son développement convergeant avec les études de King et al. (2000) et King, Williams et Goldberg (2017). Par ailleurs, les analyses suggèrent que le manque de communication et de collaboration entre le système de santé et celui de l'éducation ainsi qu'avec les milieux communautaires, chacun fonctionnant « en silos », nuit également à la provision de services pour la famille. Par exemple, il ressort que les ergothérapeutes estiment peu connaître les ressources communautaires, ce qui constitue notamment une nécessité pour offrir les services impliquant la famille au plus haut niveau selon Brown, Humphry et Taylor (1997).

Ensuite, il appert que la culture et les politiques de la profession d'ergothérapeute pourraient également entraver l'actualisation d'une pratique ayant la famille comme cliente. En effet, on peut penser que, la profession d'ergothérapeute ayant majoritairement évolué dans le contexte du système de santé, l'éducation des ergothérapeutes est surtout fondée sur la capacité de percevoir les besoins de l'individu (Fransen, Pollard, Kantartzis et Viana-Moldes, 2015). La perception des ergothérapeutes de cette étude par rapport au fait que la formation reçue est très médicalisée et n'aborde pas suffisamment les approches systémiques converge avec ces écrits. Ce dernier aspect est également cohérent avec la vision d'auteurs concevant la compréhension des systèmes familiaux comme un préalable au développement d'une relation de coopération avec la famille (Brown, Humphry et Taylor, 1997). Brown, Humphry et Taylor (1997) soulèvent également que les problématiques familiales sont abordées de manière limitée en temps et en contenu lors de la formation en ergothérapie et peuvent être spécifique à une catégorie d'âge et à certaines pratiques cliniques. Ainsi, on peut supposer que le contexte du système de santé et l'éducation des ergothérapeutes québécois ont pu influencer la réflexion des participantes de cette étude et suggère que ces éléments peuvent interférer avec la conception d'une pratique n'ayant que l'unité familiale comme cliente en soi.

Par ailleurs, les analyses ont également fait ressortir que le manque de temps de la famille, une faible collaboration ou une ouverture limitée de sa part peuvent limiter la mise en œuvre de cette pratique. La littérature fait également référence à ces limites en ce qui a trait à l'actualisation d'une pratique centrée sur la famille (Kuo et al., 2012; Edwards, Millard, Praskac et Wisniewski, 2003; Hinojosa, Sproat, Mankhetwit et Anderson, 2002). Finalement, les ergothérapeutes perçoivent que la présence de besoins concurrents entre les membres d'une famille pourrait complexifier le fait de l'avoir comme cliente. Ce débat ressort également dans la littérature concernant l'interprétation du concept de pratique centrée sur la famille où cette dernière serait considérée comme l'unité de soins (Uniacke, Browne et Shields, 2018). Enfin, on peut croire que les importantes limites qui ressortent concernant le contexte de pratique peuvent décourager les ergothérapeutes qui souhaiteraient mettre en œuvre une pratique ayant la famille comme cliente au sein du système de santé.

## **8.6. Forces et limites**

La principale force de cette recherche est qu'elle concerne un sujet peu documenté, soit la pratique de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente et non seulement comme collaboratrice ou comme partenaire. Elle a également permis d'initier l'exploration de la perception d'ergothérapeutes par rapport à cette pratique émergente.

Ensuite, le fait d'avoir investigué cette question auprès d'ergothérapeutes œuvrant dans des contextes de pratique relativement variés, deux participantes sur cinq ne travaillant pas auprès d'une clientèle enfant, a également pu permettre de recueillir un ensemble plus riche de perspectives. En effet, la plupart des études portant sur la famille en ergothérapie concernent celles d'enfants présentant un trouble développemental ou une déficience. Aborder ce sujet avec des ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle composée d'adultes et de personnes âgées peut ainsi s'inscrire dans la considération d'une vision plus inclusive de la famille en ergothérapie. Cependant, bien que certaines participantes aient également travaillé dans d'autres contextes de pratique au cours de leur carrière, il demeure que la perspective d'ergothérapeutes ayant une expertise auprès de certaines clientèles et dans certains milieux de pratique n'a pas été représentée. Par exemple, aucun ergothérapeute ayant œuvré dans le milieu communautaire n'a pris part à l'étude, ce qui aurait pu enrichir l'exploration de cette pratique et de son déploiement possible

considérant la perception prédominante des participantes que la pratique de l'ergothérapie auprès de la famille pourrait se développer dans ce contexte. Il ressort également que toutes les participantes œuvraient dans des contextes de pratique où la famille était impliquée dans le processus de pratique. Il aurait été intéressant d'explorer la perception d'ergothérapeutes exerçant dans un contexte où l'implication de la famille est plus rare. De plus, la perception d'ergothérapeutes exerçant dans d'autres domaines tels que la recherche, l'administration et la politique n'a pas été obtenue. Enfin, toutes les participantes étaient des femmes ayant au moins sept années d'expérience en tant qu'ergothérapeute et œuvrant dans les régions administratives de la Mauricie et du Centre-du-Québec. On peut donc se questionner sur l'influence culturelle de ces caractéristiques quant à leur perception sur le sujet et sur la variabilité qu'auraient pu amener la participation d'ergothérapeutes masculins, débutants ou travaillant dans d'autres régions. Ainsi, l'échantillon étant de petite taille, non-représentatif de certains groupes culturels et ne couvrant pas l'étendue des contextes de pratique dans lesquels les ergothérapeutes sont à même de travailler, il est impossible de conclure à une saturation des données et de généraliser ces résultats à la population d'ergothérapeutes québécois.

Par ailleurs, comme il était complexe de rassembler plusieurs ergothérapeutes dans un même lieu et au même moment pour participer à cette étude, la collecte de données s'est faite par le biais d'entrevues semi-structurées individuelles. Toutefois, compte tenu de l'émergence du sujet à l'étude, il aurait pu être préférable de faire un ou plusieurs groupes de discussion focalisée afin que les réflexions des participantes puissent enrichir celles des autres. De plus, il est possible que l'étudiante-chercheuse ait exprimé de la partialité lors de la réalisation des entrevues, ce qui a pu influencer les réponses des participantes. Aussi, la confirmabilité liée à l'interprétation des données peut être limitée par le fait que leur analyse n'a été réalisée que par l'étudiante-chercheuse.

### **8.7. Retombées de l'étude**

Cette étude a pu contribuer à la réflexion concernant la conception de l'unité familiale comme cliente en ergothérapie en recueillant la perception d'ergothérapeutes sur le sujet. Elle témoigne ainsi de l'absence de consensus concernant le processus de pratique dont la famille serait la cliente. Le fait que des ergothérapeutes œuvrant dans des contextes de pratique autres qu'à l'enfance aient pu participer à cette question peut également soutenir la pertinence de considérer

la famille auprès d'autres clientèles. De plus, les résultats obtenus lors de cette étude ont pu démontrer que, bien que la famille ne soit pas reconnue comme cliente en soi, son implication est très valorisée par les ergothérapeutes. Cela peut donc contribuer aux évidences scientifiques concernant la pratique centrée sur la famille. Les résultats concernant les nombreux facteurs limitant cette pratique peuvent également orienter la réflexion vers une mise en œuvre plus réaliste de la pratique de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente.

### **8.8. Perspectives de recherches futures**

La présente étude n'ayant pas pu révéler l'existence de la pratique de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente au Québec, il serait intéressant d'effectuer un recensement plus formel auprès des ergothérapeutes québécois. L'utilisation d'un devis quantitatif permettrait en ce sens d'étudier la portée actuelle de cette pratique. De plus, si des ergothérapeutes ont officiellement l'unité familiale comme cliente au Québec, il serait intéressant d'étudier leur contexte et leur processus de pratique afin d'en obtenir un portrait plus riche. Par ailleurs, il serait pertinent d'étudier qui les ergothérapeutes identifient comme clients dans le cadre d'une pratique centrée sur la famille, cela pouvant permettre de déterminer si cette approche peut ou non refléter la pratique de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente. Par ailleurs, comme les ergothérapeutes l'ont mentionné, il ressort que davantage d'études seront nécessaires afin de documenter de manière plus exhaustive les besoins de la famille afin de déterminer celles qui pourraient bénéficier d'être perçue comme cliente en ergothérapie. De plus, pour être mise en œuvre au sein du système de santé ou en partenariat avec celui-ci, il faudra démontrer l'efficacité ou la valeur d'une telle pratique.

## 9. CONCLUSION

Pour conclure, cette étude a permis d'initier l'exploration d'une pratique peu documentée de l'ergothérapie, soit celle auprès de la famille en tant que cliente. En effet, considérant que le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada souligne que les ergothérapeutes peuvent avoir pour clients des individus, des groupes, des collectivités, des populations, des organismes, mais également des familles (ACE, 2012, p.4), il s'avérait pertinent de mettre cette pratique en lumière. La perception d'ergothérapeutes québécoises a ainsi été explorée concernant les caractéristiques actuelles de cette pratique ainsi que par rapport à ses possibilités d'avenir et aux éléments pouvant la limiter. Il est ressorti qu'il ne s'agit pas d'une pratique officiellement mise en œuvre par les ergothérapeutes, le client demeurant toujours un individu. Toutefois, les analyses ont démontré que la famille occupe une place importante dans le processus de pratique auprès de clients-individus, notamment à l'enfance et au soutien à domicile. Une prise en compte de la famille dans ces deux contextes particuliers ressort en effet comme étant indispensable à l'atteinte des objectifs des clients-individus. De plus, les services ont souvent des répercussions positives sur la famille. Ainsi, la prise en compte des besoins de la famille et les bénéfices qu'elle peut retirer des services peuvent amener les ergothérapeutes à la percevoir comme leur cliente indirectement. On peut alors croire qu'une pratique centrée sur la famille pouvant correspondre à l'implication décrite par les ergothérapeutes amène ces dernières à percevoir la famille comme bénéficiaire de services ou comme cliente indirectement. Ensuite, la perception des ergothérapeutes concernant le déploiement possible de la pratique de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente a fait ressortir des perceptions divergentes concernant sa nature. Il ressort néanmoins que le système de santé actuel ainsi que plusieurs éléments relevant de la culture et des politiques de la profession entravent le développement d'une telle pratique. Des facteurs personnels associés à la famille peuvent également faire en sorte qu'il soit difficile de la considérer comme cliente.

Finalement, comme cette étude l'a démontré, le rôle et l'apport de l'ergothérapie auprès de la famille ont peu été explorés. Il apparaît donc nécessaire de poursuivre les recherches à ce sujet considérant qu'en tant qu'expert en habilitation de l'occupation, l'ergothérapeute pourrait favoriser la santé et le bien-être de la famille d'une manière distincte et complémentaire aux autres professionnels. Autrement dit, l'ergothérapeute, par ses connaissances sur l'occupation, pourrait

amener une vision unique des besoins de la famille. En effet, la compréhension de la famille pourrait être favorisée par une perspective occupationnelle, les familles étant construites par le biais de leurs occupations (Kantartzis et Molineux, 2014). De plus, s'il est vrai que le rôle des ergothérapeutes est d'intervenir auprès de ceux dont la participation occupationnelle est compromise ou risque de l'être (ACE, 2012) et que les occupations du système familial peuvent être menacées par les problèmes de santé d'un ou plusieurs de ses membres ou par des difficultés psychosociales, n'est-il pas le devoir des ergothérapeutes de déployer leurs savoirs et leurs compétences au service de l'unité familiale ?

## RÉFÉRENCES

- Arntzen, C., et Hamran, T. (2016). Stroke survivors' and relatives' negotiation of relational and activity changes: A qualitative study. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 23(1), 39-49.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa : CAOT Publications ACE. Repéré à <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=36>
- Bagatell, N. (2016). The Routines and Occupations of Families With Adolescents With Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 31(1), 49-59. doi:10.1177/1088357615587503
- Bazyk, S. (1989). Changes in attitudes and beliefs regarding parent participation and home programs: An update. *American Journal of Occupational Therapy*, 43(11), 723-728.
- Bonder, B. R. (2006). "Family Occupations in Later Life." *Journal of Occupational Science* 13(2): 107-116.
- Bonsall, A. (2014). 'This is what we do': Constructing postmodern families through occupations. *Journal of Occupational Science*, 21(3), 296-308. doi:10.1080/14427591.2014.914459
- Boulding, E. (1981). *Où se situe la famille à une époque de transition sociale*. Ottawa, Institut Vanier de la famille. Repéré à <http://vanierinstitute.ca/wpcontent/uploads/2015/08/Boulding-FR.pdf>
- Brown, S. M., Humphry, R., et Taylor, E. (1997). A model of the nature of family-therapist relationships: Implications for education. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(7), 597-603.
- Bruce, B., Letourneau, N., Ritchie, J., Larocque, S., Dennis, C., et Elliott, M. R. (2002). A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care. *Journal of family nursing*, 8(4), 408-429.
- Camden, C., Baril, N., et Tétreault, S. (2005). Approche centrée sur la famille : perception par la clientèle et personnel de deux établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. *Différences*, 5(2), 47-52. Repéré à <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/6979>
- CanChild. (2007). *Des services centres sur la famille, c'est quoi?* Repéré à <https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/501/original/SCF1.pdf>

- Case-Smith, J. (2015). Foundations and Practice Models for Occupational Therapy with Children. Dans J. Case-Smith et J. C. O'Brien (Eds), *Occupational Therapy for Children and Adolescents* (7<sup>e</sup> éd, p.27-64). St-Louis, États-Unis: Elsevier.
- Cogan, A. M. (2014). Supporting our military families: A case for a larger role for occupational therapy in prevention and mental health care. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 478-483.
- Craik, J., Davis, J., et Polatajko, H. J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCPP) : déployer le contexte. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Eds). *Habiliter 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 Noémi Cantin, p. 269-290). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Davis, J., Craik, J., et Polatajko, H. J. (2013). Employer le Modèle canadien du processus de pratique (MCPP) : déployer le processus. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Eds). *Habiliter 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 Noémi Cantin, p. 291-320). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- DeGrace, B. W. (2003). Occupation-Based and Family-Centered Care: A Challenge for Current Practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(3), 347-350. doi:10.5014/ajot.57.3.347
- Dickie, V., Cutchin, M. P., & Humphry, R. (2006). Occupation as transactional experience: A critique of individualism in occupational science. *Journal of Occupational Science*, 13(1), 83-93.
- Dutton, N. (2006). "Behavioural family therapy -- a tool for occupational therapists working with stressed families." *Mental Health Occupational Therapy* 11(1): 25-28.
- Edwards, M. A., Millard, P., Praskac, L. A., & Wisniewski, P. A. (2003). Occupational therapy and early intervention: a family-centred approach. *Occupational therapy international*, 10(4), 239-252.
- Evans, J., & Rodger, S. (2008). Mealtimes and bedtimes: Windows to family routines and rituals. *Journal of Occupational Science*, 15(2), 98-104. doi:10.1080/14427591.2008.9686615
- Farias, L. and E. Asaba (2013). "'The family knot': Negotiating identities and cultural values through the everyday occupations of an immigrant family in Sweden." *Journal of Occupational Science* 20(1): 36-47.



- Fiese, B. H. (2007). Routines and rituals: Opportunities for participation in family health. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27(Suppl1), 41S-49S. doi:10.1177/15394492070270S106
- Fiese, B. H., Tomcho, T. J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., & Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration?. *Journal of family psychology*, 16(4), 381.
- Fitzgerald, M., Ratcliffe, G., & Blythe, C. (2012). Family work in occupational therapy: a case study from a forensic service. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 152-155.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Fransen, H., Pollard, N., Kantartzis, S., & Viana-Moldes, I. (2015). Participatory citizenship: Critical perspectives on client-centred occupational therapy. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 22(4), 260-266.
- Gerlach, A. J., Teachman, G., Laliberte-Rudman, D., Aldrich, R. M., & Huot, S. (2018). Expanding beyond individualism: Engaging critical perspectives on occupation. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 25(1), 35-43.
- Grenier, J., Bourque, M. et St-Amour, N. (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 [https://www.cocqsida.com/assets/files/MSSS\\_Dementement\\_Progressif.pdf](https://www.cocqsida.com/assets/files/MSSS_Dementement_Progressif.pdf)
- Hanna, K., & Rodger, S. (2002). Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent-therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(1), 14-24. doi:10.1046/j.0045-0766.2001.00273.x
- Heigl, F., Kinébanian, A., & Josephsson, S. (2011). I think of my family therefore I am: Perceptions of daily occupations of some Albanians in Switzerland. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 18(1), 36-48.
- Hinojosa, J., Sproat, C. T., Mankhetwit, S., & Anderson, J. (2002). Shifts in parent-therapist partnerships: Twelve years of change. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(5), 556-563.
- Humphry, R. (1995). Families who live in chronic poverty: Meeting the challenge of family-centered services. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(7), 687-693.
- Humphry, R. and M. Corcoran (2004). "From the desk of the editor. Exploring the role of family in occupation and family occupations." *American Journal of Occupational Therapy* 58(5): 487-488.

- Iwama, M. (2003). Toward culturally relevant epistemologies in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 582-588.
- Kantartzis, S. and M. Molineux (2014). "Occupation to maintain the family as ideology and practice in a Greek town." *Journal of Occupational Science* 21(3): 277-295.
- Kellegrew, D. H. (2000). "Constructing daily routines: a qualitative examination of mothers with young children with disabilities." *American Journal of Occupational Therapy* 54(3): 252-259.
- King, S., Law, M., King, G., Kertoy, M., Hurley, P., & Rosenbaum, P. (2000). Children with disabilities in Ontario: A profile of children's services. Part 1: Children, families and services. *CanChild centre for childhood disability research children with disabilities in Ontario*, 1-24.
- King, G., Williams, L., & Hahn Goldberg, S. (2017). Family-oriented services in pediatric rehabilitation: a scoping review and framework to promote parent and family wellness. *Child: care, health and development*, 43(3), 334-347.
- Klein, J., & Liu, L. (2010). Family–Therapist Relationships in Caring for Older Adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 28(3), 259-270.
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and child health journal*, 16(2), 297-305.
- Olson, L. (2006). Engaging psychiatrically hospitalized teens with their parents through a parent-adolescent activity group. *Occup Therap Mental Health*, 22(3-4), 121-33.
- Orban, K., Edberg, A. K., Thorngren-Jerneck, K., Önnarfält, J., & Erlandsson, L. K. (2014). Changes in parents' time use and its relationship to child obesity. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 34(1), 44-61.
- Orban, K., Erlandsson, L. K., Edberg, A. K., Önnarfält, J., & Thorngren-Jerneck, K. (2014). Effect of an occupation-focused family intervention on change in parents' time use and children's body mass index. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(6), e217-e226.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec, (2013). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*. Repéré à [www.oeq.org/DATA/NORME/13~v~referentiel-de-competences\\_2013\\_couleurs.pdf](http://www.oeq.org/DATA/NORME/13~v~referentiel-de-competences_2013_couleurs.pdf)
- Pengelly, S., Rogers, P., & Evans, K. (2009). Space at home for families with a child with autistic spectrum disorder. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(9), 378-383.
- Pickens, N. D. n. t. e. and K. Pizur-Barnekow (2009). "Co-occupation: Extending the Dialogue." *Journal of Occupational Science* 16(3): 151-156.

- Pierce, D. (2009). Co-occupation: The challenges of defining concepts original to occupational science. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 203-207.
- Polatajko, H. J., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhari, P., Harvey, A., ... Connor-Schisler, A. (2013a). L'occupation humaine mise en contexte. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Eds). *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 Noémi Cantin, p. 45-74). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., et Townsend, E. A. (2013). Cadre conceptuel du processus de pratique canadien. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Eds). *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 Noémi Cantin, p. 274). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, H. J., Purdie, L. et Zimmerman, D. (2013b). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Eds). *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 Noémi Cantin, p. 291-320). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Pouliot, E., Turcotte, D., & Monette, M. L. (2009). La transformation des pratiques sociales auprès des familles en difficulté: du « paternalisme » à une approche centrée sur les forces et les compétences. *Service social*, 55(1), 17-30.
- Price, P. and S. Miner (2009). "Extraordinarily ordinary moments of co-occupation in a neonatal intensive care unit." *OTJR: Occupation, Participation & Health* 29(2): 72-78.
- Reupert, A., Maybery, D., & Morgan, B. (2015). The family-focused practice of primary care clinicians: a case of missed opportunities. *Journal of Mental Health*, 24(6), 357-362.
- Rosenbaum, P. (2000). Children with disabilities in Ontario: A profile of children's services. Part 1: Children, families and services. *CanChild centre for childhood disability research children with disabilities in Ontario*, 1-24.
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G., & Evans, J. (1998). Family-centred service: A conceptual framework and research review. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 1-20.
- Sachs, D. and K. Nasser (2009). "Facilitating family occupations: Family member perceptions of a specialized environment for children with mental retardation." *American Journal of Occupational Therapy* 63(4): 453-462.

- Sarrazin, S. (2014). *L'impact de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux en 2004 sur l'exercice du travail social en santé mentale : le cas du CSSS Gatineau* (Cahier n°14-03). Repéré à [http://w4.uqo.ca/crcoc/Fichiers/cahiers/1403\\_Sarrazin\\_S.pdf](http://w4.uqo.ca/crcoc/Fichiers/cahiers/1403_Sarrazin_S.pdf)
- Schaber, P., Blair, K., Jost, E., Schaffer, M., & Thurner, E. (2016). Understanding Family Interaction Patterns in Families With Alzheimer's Disease. *OTJR: occupation, participation and health*, 36(1), 25-33.
- Segal, R. (1998). "The construction of family occupations: a study of families with children who have attention deficit/hyperactivity disorder." *Canadian Journal of Occupational Therapy* 65(5): 286-292.
- Segal, R. (1999). "Doing for others: Occupations within families with children who have special needs." *Journal of Occupational Science* 6(2): 53-60.
- Segal, R. (2004). Family Routines and Rituals: A Context for Occupational Therapy Interventions. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 499-508. doi:10.5014/ajot.58.5.499
- Shields, L. (2010). Questioning family-centred care. *Journal of clinical nursing*, 19(17-18), 2629-2638.
- Schuck, L. A. and J. E. Bucy (1997). "Family rituals: Implications for early intervention." *Topics in Early Childhood Special Education* 17(4): 477-493.
- Uniacke, S., Browne, T. K., & Shields, L. (2018). How should we understand family-centred care?. *Journal of child health care*, 1367493517753083.
- Vallon, S. (2006). Qu'est-ce qu'une famille?. *VST-Vie sociale et traitements*, (1), 154-161.
- Viscardis, L. (1998). The family-centred approach to providing services: A parent perspective. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 41-53.
- Warner, G., & Stadnyk, R. (2014). What is the Evidence and Context for Implementing Family-Centered Care for Older Adults?. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 32(3), 255-270.
- White, C., & Unruh, A. (2013). Unheard Voices: Mothers of Adult Children With Schizophrenia Speak Up. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 32(3), 109-120.

**ANNEXE A**  
**QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE**

Les questions suivantes concernent vos caractéristiques personnelles comme votre genre, votre âge et vos expériences professionnelles en tant qu'ergothérapeute. Les données recueillies serviront à décrire l'échantillon d'ergothérapeutes participant à l'étude.

1. Quel est votre sexe?

Homme

Femme

2. Quel âge avez-vous? \_\_\_\_\_ ans

3. Combien d'années d'expérience avez-vous en tant qu'ergothérapeute ?

\_\_\_\_\_

4. Dans quels contextes de pratique (clientèle et milieu de pratique) avez-vous œuvré au cours de votre carrière jusqu'à aujourd'hui? Associez une période approximative à chacun.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Merci de votre participation.**

## **ANNEXE B GUIDE D'ENTREVUE**

### **ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE INDIVIDUELLE AUPRÈS D'ERGOTHÉRAPEUTES**

1. Accueil du participant
2. Lecture et signature du formulaire de consentement par le participant
3. Auto-administration du questionnaire sociodémographique par l'ergothérapeute avec le soutien au besoin de l'étudiante à la maîtrise (A. Beaulieu-Larouche)
4. Introduction à l'entrevue semi-structurée
  - 4.1. Objectif : L'objectif général de cette étude est d'explorer la portée actuelle de la pratique de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente et d'explorer comment celle-ci pourrait évoluer auprès d'ergothérapeutes québécois exerçant dans différents contextes de pratique.
5. Entrevue semi-structurée
  - 5.1. Les questions suivantes porteront sur l'exploration des caractéristiques de la pratique actuelle de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente au Québec.
    - a. Pouvez-vous me décrire, parmi vos expériences professionnelles en tant qu'ergothérapeute, celles où vous considérez que votre client était une ou plusieurs famille(s)?
    - b. Avez-vous été témoin d'expériences professionnelles de collègues ergothérapeutes où une ou plusieurs familles étaient leur(s) cliente(s)?

5.2. Les prochaines questions porteront sur votre perception de ce que pourrait être ou devenir une pratique ergothérapique ayant la famille comme cliente. Ne vous limitez pas à ce que vous considérez actuellement réaliste. Vous êtes invités à réfléchir, dans une perspective idéaliste, à comment les ergothérapeutes pourraient déployer leurs savoirs et leurs compétences au service de la famille.

- a. Comment percevez-vous le ou les rôle(s) de l'ergothérapeute auprès de la famille? En d'autres mots, comment l'ergothérapeute pourrait-il être utile à la famille selon vous?
- b. Selon vous, quelles pourraient être les particularités d'un service ergothérapique auprès de la famille? En d'autres mots, dans quel(s) contexte(s) de pratique (programme(s), milieu(x) et clientèle(s)) serait-il pertinent d'offrir des services ergothérapiques aux familles?
- c. Selon vous, quels modèles théoriques, schèmes de référence et approches pourraient guider le processus d'évaluation et d'intervention en ergothérapie?
- d. Selon vous, que devrait inclure le processus d'évaluation en ergothérapie auprès de la famille?
- e. Selon vous, comment l'ergothérapeute pourrait-il intervenir auprès de la famille?

5.3. Cette dernière portion de l'entrevue portera sur votre perception des facilitateurs et des obstacles à la mise en œuvre d'une pratique ayant la famille comme cliente.

- a. Selon vous, quels facteurs se rapportant aux croyances, aux connaissances et aux compétences des ergothérapeutes peuvent supporter ou limiter la mise en œuvre d'une pratique ergothérapique ayant la famille comme cliente?

- b. Selon vous, quels facteurs se rapportant au contexte de pratique ou au contexte sociétal peuvent supporter ou limiter la mise en œuvre d'une pratique ergothérapique ayant la famille comme cliente?

## 6. Conclusion

### 6.1. Résumé des éléments qui ressortent de l'entrevue

### 6.2. Remerciements



## ANNEXE C

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

|   |  |
|---|--|
| <b>Titre du projet de recherche :</b>                 | Exploration de la pratique de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente : la perception d'ergothérapeutes.                           |
| <b>Chercheur responsable du projet de recherche :</b> | Auréliane Beaulieu-Larouche, département d'ergothérapie, étudiante à la maîtrise en ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières  |
| <b>Membres de l'équipe de recherche :</b>             | Directrice d'essai: Lyne Desrosiers, erg., Ph.D.<br>Professeure au département d'ergothérapie,<br>Université du Québec à Trois-Rivières. |
| <b>Source de financement :</b>                        | Aucune source de financement   |
| <b>Déclaration de conflit d'intérêts :</b>            | Aucun conflit d'intérêts à déclarer  |

#### **Préambule**

Cette étude vise à explorer les caractéristiques de la pratique ergothérapique ayant pour client l'unité familiale. Votre participation à cette recherche serait grandement appréciée, mais veuillez prendre le temps de lire ce formulaire d'information et de consentement avant d'accepter de participer à ce projet et de le signer. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

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

#### **Objectifs et résumé du projet de recherche**

L'objectif général de cette étude descriptive qualitative est d'explorer la portée actuelle de la pratique de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente et d'explorer comment celle-ci pourrait évoluer auprès d'ergothérapeutes québécois exerçant dans différents contextes de pratique. De cette intention découlent les trois objectifs ci-dessous.

1) Décrire les caractéristiques de la pratique actuelle de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente au Québec.

- 2) Explorer le déploiement possible d'une pratique ergothérapique ayant la famille comme cliente au Québec.
- 3) Identifier les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre d'une pratique ayant la famille comme cliente au Québec.

### **Nature et durée de votre participation**

Votre participation à ce projet de recherche consiste en une seule rencontre individuelle d'approximativement 60 minutes selon vos disponibilités et dans un lieu déterminé conjointement. Vous recevrez par courriel, deux semaines préalablement à la rencontre, le guide de l'entrevue que vous serez invités à consulter. Au début de la rencontre, il vous sera demandé de compléter un questionnaire socio-démographique concernant certaines caractéristiques personnelles telles que votre genre, votre âge et vos expériences professionnelles en tant qu'ergothérapeute. La rencontre se poursuivra par une entrevue semi-structurée concernant votre perception de la pratique de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente. Au cours de cette rencontre, l'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un enregistreur audio. L'enregistrement audio sera retranscrit suite à la rencontre puis détruit.

### **Risques et inconvénients**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet ainsi que les déplacements demeurent les principaux inconvénients. Vous serez consultés afin de déterminer le moment et le lieu qui soient les plus favorables pour cette rencontre.

### **Avantages ou bénéfices**

Vous ne retirerez aucun avantage direct lié à votre participation à ce projet de recherche. Cependant, votre participation aidera à mieux comprendre la portée de la pratique de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente. En participant aux entrevues de l'étude, vous aurez l'opportunité d'exprimer votre point de vue sur cette pratique et vous contribuerez à améliorer les services offerts aux familles en ergothérapie.

### **Compensation ou incitatif**

Aucune autre compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

### **Confidentialité**

Les données recueillies lors de cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre anonymat sera assuré par l'attribution d'un code numérique aux données vous concernant. Les échanges issus de l'entrevue et transcrits à l'ordinateur seront protégés par un mot de passe. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai, d'article scientifique ou de communication orale, ne permettront pas de vous identifier.

Les données recueillies seront conservées dans une base de données protégée par un mot de passe et les dossiers de recherche seront gardés dans un classeur verrouillé au bureau de Lyne Desrosiers à l'UQTR. Les seules personnes qui y auront accès seront la chercheuse principale, Auréliane Beaulieu-Larouche et sa directrice d'essai, Lyne Desrosiers. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites 1 an après la fin du projet et les documents électroniques seront détruits. Les données ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

**Participation volontaire**

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

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Auréliane Beaulieu-Larouche, par téléphone au 819-806-4601 ou par courriel : Aureliane.Beaulieu-Larouche@uqtr.ca.

**Surveillance des aspects éthiques de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-18-244-07.05 a été émis le 27 mars 2018.

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

## CONSENTEMENT

### Engagement de la chercheuse

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

### Consentement du participant

Je, \_\_\_\_\_, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Exploration de la pratique de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente : la perception d'ergothérapeutes*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

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

|              |             |
|--------------|-------------|
| Participant: | Chercheur : |
| Signature :  | Signature : |
| Nom :        | Nom :       |
| Date :       | Date :      |

Je consens à ce que les échanges lors de l'entrevue soient enregistrés.

### Résultats de la recherche

Un résumé des résultats sera envoyé aux participants qui le souhaitent. Ce résumé ne sera cependant pas disponible avant le 15 décembre 2018. Indiquez l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne :

Adresse :

Si cette adresse venait à changer, il vous faudra en informer le chercheur.

**ANNEXE D**  
**ANNONCE PUBLIÉE SUR LA PAGE *FACEBOOK* « ERGOTHÉRAPIE QUÉBEC »**

Bonjour,

Je me présente, Auréliane Beaulieu-Larouche, étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Je vous contacte aujourd'hui dans le but de vous inviter à participer à mon projet de fin d'études. Vous trouverez ici-bas un bref résumé de celui-ci.

**Titre du projet : Exploration de la pratique de l'ergothérapie ayant la famille comme cliente : la perception d'ergothérapeutes.**

**Pourquoi réaliser ce projet?**

Les occupations familiales contribuent à la construction de l'identité familiale et peuvent inclure les routines et les rituels familiaux. Ceux-ci contribuent à l'établissement et au maintien d'une structure et d'un climat émotionnel favorable. De manière plus importante, les rituels sont décrits comme des facteurs de protection chez les familles lors de périodes de stress. Considérant l'importance des occupations familiales pour la santé et le bien-être, les ergothérapeutes pourraient déployer leurs savoirs et leurs compétences au service de problématiques au niveau de l'unité familiale. Cependant, dans le contexte de la pratique actuelle en ergothérapie, la famille semble essentiellement abordée en tant qu'environnement social du client et non comme objet d'intervention.

**Quel est le but du projet?**

Ce projet vise à explorer la portée actuelle de la pratique de l'ergothérapie auprès de la famille comme cliente et d'explorer comment elle pourrait évoluer auprès d'ergothérapeutes québécois exerçant dans différents contextes de pratique.

**En quoi consistera votre participation?**

Chaque ergothérapeute souhaitant participer au projet sera rencontré individuellement pour une durée d'approximativement 60 minutes. Celle-ci consistera en une entrevue semi-structurée. Le lieu de la rencontre sera déterminé conjointement avec chaque participant (possibilité de rendez-vous téléphonique ou par Skype) ainsi que la date et l'heure selon leurs disponibilités et leurs préférences (entre avril et mai 2018).

**Si vous êtes intéressé(e) à participer à ce projet, je vous invite à me contacter le plus tôt possible au 819-806-4601 ou par courriel au [Aureliane.Beaulieu-Larouche@uqtr.ca](mailto:Aureliane.Beaulieu-Larouche@uqtr.ca).**

Votre participation serait grandement appréciée.

Cordialement,

Auréliane Beaulieu-Larouche

Étudiante à la maîtrise en ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

[Aureliane.Beaulieu-Larouche@uqtr.ca](mailto:Aureliane.Beaulieu-Larouche@uqtr.ca)

819-806-4601

Directrice d'essai :

Lyne Desrosiers, professeure au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières