

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

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

PAR  
MELLIE LECLERC-LAJOIE

HABILITATION AUX OCCUPATIONS DANS LE CONTEXTE DE LA  
RESTRUCTURATION DES SERVICES DE SANTÉ : RÉSILIENCE OU DÉTRESSE ?

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

Il importe pour moi de prendre le temps de remercier les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce projet de recherche.

Tout d'abord je souhaite remercier ma directrice d'essai, Martine Brousseau, pour son dévouement et sa passion. Plus précisément, je souhaite la remercier sincèrement pour son accompagnement et son soutien tout au long de ce projet. Ces précieux commentaires et la rétroaction fournie ont contribué à la qualité de cet essai. Au même titre, je remercie mes collègues de séminaire pour leurs précieux commentaires au cours des différentes rencontres.

Également, je remercie tous les ergothérapeutes québécois ayant participé à ce projet de recherche. Le temps accordé a permis d'obtenir des résultats intéressants et d'en tirer des conclusions riches qui permettent de soutenir les meilleures pratiques en ergothérapie.

Finalement, je tiens à remercier mon entourage pour leur soutien constant au cours de la réalisation de ce projet d'essai, mais également tout au long de mon parcours universitaire.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
TABLE DES MATIÈRES .....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES .....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	vii
RÉSUMÉ .....	viii
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1. Bref historique des réformes dans le système de santé et de services sociaux québécois ....	2
2.2. La détresse et la résilience chez les ergothérapeutes.....	4
2.3. La pratique centrée sur l’habilitation aux occupations.....	7
2.4. Constats et pertinence du sujet de recherche.....	9
2.5. Objectifs de l’étude .....	10
3. CADRE CONCEPTUEL.....	11
3.1. Les facteurs psychosociaux du travail.....	11
3.2. La détresse psychologique .....	11
3.3. La résilience .....	12
3.4. Habilitation aux occupations.....	13
3.4.1. La pratique centrée sur l’habilitation aux occupations.....	13
3.4.2. Principes de la pratique centrée sur l’habilitation aux occupations .....	14
3.4.2.1. Les stratégies en habilitation du MCHCC .....	14
3.4.2.2. Les compétences de l’expert en habilitation des occupations.....	16
4. MÉTHODE.....	17
4.1. Devis de recherche .....	17
4.2. Méthode d’échantillonnage .....	17
4.3. Méthode de collecte de données.....	17
4.4. Déroulement du recrutement.....	20
4.5. Analyse des données .....	20
4.6. Considérations éthiques.....	21

5. RÉSULTATS .....	22
5.1. Description des répondants .....	22
5.2. Les éléments ayant une influence sur la détresse et la résilience .....	23
5.2.1. La détresse .....	23
5.2.2. La résilience .....	25
5.3. La pratique centrée sur l'habilitation aux occupations.....	26
5.3.1. Le déploiement des compétences reliées à la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé .....	29
5.3.1.1. Les compétences les plus difficiles et les plus faciles à maintenir dans la pratique afin d'habiliter les clients à l'occupation .....	30
5.4. Comparaison des résultats entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux détenteurs d'une maîtrise .....	33
5.4.1. Comparaison des résultats sur la détresse .....	33
5.4.2. Comparaison des résultats sur la résilience .....	34
5.4.3. Comparaison du déploiement des compétences reliées à la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé .....	35
6. DISCUSSION .....	38
6.1. Perception des ergothérapeutes quant à la détresse et la résilience vécues dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé et de services sociaux .....	38
6.2. Perception des ergothérapeutes quant à l'application des compétences reliées à la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations .....	39
6.3. La pratique centrée sur l'habilitation aux occupations chez des ergothérapeutes québécois dans le contexte actuel.....	41
6.4. Les différences entre les ergothérapeutes bacheliers et ceux détenteurs d'une maîtrise.....	42
6.4.1. Comparaison de la détresse et de la résilience vécues par les ergothérapeutes.....	43
6.4.2. Comparaison de la perception de la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations par les ergothérapeutes dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé.....	44
6.5. Forces et limites de l'étude.....	44
7. CONCLUSION.....	46
RÉFÉRENCES .....	47
ANNEXE A .....	52

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Données sociodémographiques des répondants .....	23
Tableau 2.	La pratique centrée sur l’habilitation aux occupations selon la perspective des répondants .....	28
Tableau 3.	Perception des ergothérapeutes concernant les compétences reliées à l’habilitation aux occupations qui sont les plus faciles et les plus difficiles à maintenir dans la pratique dans le contexte actuel.....	33
Tableau 4.	Comparaison de la détresse entre les répondants détenteurs d’un baccalauréat et d’une maîtrise.....	35
Tableau 5.	Comparaison de la résilience entre les répondants détenteurs d’un baccalauréat et une maîtrise.....	36
Tableau 6.	Comparaison de la facilité à mettre en pratique les compétences reliées à l’habilitation aux occupations entre les répondants détenteurs d’un baccalauréat et d’une maîtrise .....	37

## LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Distribution des sources de détresse chez les ergothérapeutes répondants dans le contexte de la restructuration du réseau la santé et des services sociaux .....	26
Figure 2.	Distribution des sources de résilience chez les ergothérapeutes répondants dans le contexte de la restructuration du réseau la santé et des services sociaux.....	27
Figure 3.	Classement par ordre d'importance des thèmes contributifs ou non à la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations .....	29
Figure 4.	Perception du niveau de facilité à mettre en action les compétences reliées à l'habilitation aux occupations .....	31

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
APTS	Alliance du personnel technique et professionnel de la santé et des services sociaux
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CISSS	Centre intégré de services de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de services de santé et de services sociaux
MCHCC	Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client



## RÉSUMÉ

**Problématique :** Le contexte actuel du réseau de la santé et des services sociaux crée des remous (APTS, 2017 ; APTS, 2018). Il y a alors lieu de se questionner à savoir si celui-ci induit de la détresse ou s'il favorise la résilience chez les ergothérapeutes. Alors, est-il possible pour les ergothérapeutes d'avoir une pratique centrée sur l'habilitation aux occupations dans ce contexte ?

**Objectifs :** (1) Décrire la détresse et la résilience chez des ergothérapeutes dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux québécois et (2) décrire comment l'habilitation aux occupations est possible dans ce même contexte.

**Cadre conceptuel :** Le modèle de Karasek sert à expliquer les facteurs psychosociaux associés au travail. De plus, la détresse et la résilience sont décrites exhaustivement. La pratique centrée sur l'habilitation aux occupations est expliquée en termes de principes et de compétences.

**Méthode :** Cette étude exploratoire descriptive mixte a été réalisée via un sondage électronique autoadministré. Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test sur le plan de la compréhension des questions par un répondant potentiel. L'échantillonnage est de type non probabiliste accidentel et par réseau. Les données quantitatives ont été analysées grâce à des statistiques descriptives simples et les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

**Résultats :** Les résultats de 61 ergothérapeutes ont été retenus. Les résultats obtenus montrent qu'au-delà de la moitié des répondants de l'étude indiquent être en accord avec la plupart des facteurs associés à la présence de détresse, tandis que ce sont près du tiers des répondants qui sont en accord avec quelques facteurs associés au développement de la résilience seulement. L'analyse de contenu des explications au sujet de la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations fait valoir la présence de contraintes à cette pratique dans les milieux. Les compétences que les répondants considèrent comme les plus difficiles à mettre en pratique sont : avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs valeurs, leurs croyances, leurs suppositions, leurs attentes et leurs désirs et pouvoir revendiquer au nom des clients.

**Discussion :** Les résultats laissent croire que les ergothérapeutes québécois sont ébranlés par la restructuration actuelle. Il apparaît que la réforme a favorisé le développement de la détresse chez les ergothérapeutes québécois, mais que tout de même, ceux-ci sont capables de maintenir une résilience satisfaisante. Également, le contexte actuel présente certains défis quant à l'application de la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations.

**Conclusions :** Les résultats invitent les ergothérapeutes à trouver des stratégies afin de réduire la détresse dans les milieux de travail et également afin de favoriser le développement de la résilience. Il apparaît également nécessaire d'agir sur le niveau de facilité à déployer les compétences reliées à l'habilitation aux occupations.

**Mots-clés :** détresse, résilience, pratique centrée sur l'habilitation aux occupations, ergothérapie, restructuration, réseau de la santé et des services sociaux, Québec

## ABSTRACT

**Background :** The current context of the health system reorganization is creating disruptions (APTS, 2017, APTS, 2018). This raises the question of whether it induces distress or promotes resilience among occupational therapists. So, is it possible for occupational therapists to have an enabling occupation-centered practice in this context? **Purpose :** (1) Describe the distress and resilience of occupational therapists in the context of the health system reorganization in Quebec and (2) describe how the enabling occupation-centered practice is possible in this context. **Conceptual Framework :** The Karasek model is used to explain the psychosocial factors associated with work. In addition, distress and resilience are described exhaustively. The enabling occupation-centered practice is explained in terms of principles and skills. **Method :** This mixed descriptive exploratory study was conducted via a self-administered electronic survey. The questionnaire was pre-tested regarding the understanding of the questions by a potential respondent. The samplings used are the non-probability type accidental and by network. Quantitative data was analyzed using simple descriptive statistics and qualitative data was subject to content analysis. **Results :** The results of 61 occupational therapists were obtained. The results show that over half of the study respondents report being in agreement with most of the factors associated with the presence of distress, while nearly one-third agree with factors associated with resilience development only. The content analysis of the explanations about the enabling occupation-centered practice emphasizes the presence of constraints to this practice in the community. The skills that respondents consider the most difficult to apply are: having the time to encourage clients to specify their values, beliefs, assumptions, expectations and desires and to be able to advocate on behalf of clients. **Discussion :** The results suggest that occupational therapists in Quebec are affected by the current restructuring. It appears that the reform has encouraged the development of distress among occupational therapists in Quebec, but that also, they are still able to maintain a satisfactory level of resilience. Also, the current context presents some challenges in applying the enabling occupation-centered practice. **Conclusions :** The findings invite occupational therapists to find strategies to reduce distress in the workplace and also to promote resilience development. It also appears necessary to act on the level of ease in deploying skills related to enabling occupation.

**Key words :** psychological distress, resilience, enabling occupation centered practice, occupational therapy, restructuring, health care system, Quebec

## 1. INTRODUCTION

Née d'un intérêt personnel d'en apprendre davantage sur la détresse vécue par les ergothérapeutes dans leur milieu de pratique, je me suis interrogée à savoir comment des changements notables dans la pratique, tels que ceux suscités par la plus récente restructuration du réseau de la santé et des services sociaux, pouvaient avoir une influence sur la pratique des ergothérapeutes. Étant consciente des nombreux impacts possibles ainsi que de l'étendue des pratiques en ergothérapie, il est apparu pertinent de documenter, d'une part, l'émergence des sentiments suscités par ce contexte chez les ergothérapeutes ainsi que, d'autre part, les effets de ce contexte sur les meilleures pratiques en ergothérapie. Ainsi, les objectifs du présent projet de recherche sont de décrire la détresse et la résilience chez des ergothérapeutes dans le contexte actuel de santé et des services sociaux québécois et de décrire comment l'habilitation aux occupations est possible dans ce contexte.

Tout d'abord, le présent essai détaille la problématique soutenant l'objectif de recherche mentionné précédemment. Ensuite, le cadre conceptuel adresse les principaux concepts à l'étude ainsi que le modèle des exigences et du contrôle de Karasek. Puis, la méthode utilisée dans le cadre de cette étude est présentée, soit le devis de recherche, la méthode d'échantillonnage, la méthode de collecte des données, la méthode de recrutement, la méthode d'analyse des données et les considérations éthiques prises en compte. Par la suite, les résultats de l'étude sont présentés et ceux-ci sont discutés à la section suivante. Finalement, une brève conclusion complète cet essai.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

La réorganisation périodique des services de santé rendus à la population a pour but de favoriser une amélioration de l'efficacité du système de santé ainsi qu'une adaptation aux besoins changeants de la population (Gouvernement du Québec, 2018a).

### **2.1. Bref historique des réformes dans le système de santé et de services sociaux québécois**

Les réformes ainsi que les restructurations dans le réseau de la santé sont des phénomènes répétitifs et périodiques qui surviennent suite à des remises en question de la part des instances gouvernementales. De ce fait, plusieurs réformes sont survenues dans le passé et il est à prévoir que plusieurs autres sont encore à venir pour le futur. Des changements majeurs ont d'abord été effectués dans le système de santé suite à la Commission Rochon, ayant pris forme dans les années 1980. À ce moment, le Québec était en situation de crise budgétaire suscitant des pressions de la part du gouvernement afin de réduire les dépenses publiques. Dans ce contexte, le gouvernement du Québec annonce, en 1985, la création de la Commission Rochon, c'est-à-dire la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. Celle-ci a pour mandat d'établir quel type de soins de santé le Québec est en mesure de se payer ainsi que d'établir les priorités en matière de services de santé. Le rapport de la Commission d'enquête est déposé en 1987 et propose plusieurs modifications aux principaux problèmes du système de santé (Grenier et Bourque, 2014).

Par la suite, en 1990, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Marc-Yvan Côté, dépose son projet de réforme, c'est-à-dire le projet de loi 120 (Trottier, 1991). La réforme Côté s'inscrit dans un contexte marqué par les années précédentes, soit une période de crise au niveau de l'emploi et de l'État providence, et ce, accompagnée d'un déficit des finances publiques qui se poursuit. Cette réforme a pour objectif de freiner les dépenses dans le secteur de la santé et des services sociaux et de favoriser un système de santé qui serait plus efficient et performant ainsi que davantage centré sur les besoins du citoyen. Plus concrètement, le projet de loi 120 a permis une restructuration institutionnelle majeure par la détermination de certaines priorités dans les services de santé et sociaux. En effet, le projet de loi permet et assure une décentralisation des responsabilités vers les régions et la création de nouvelles régies régionales qui sont dotées d'une grande autonomie décisionnelle (Grenier et Bourque, 2014). Autrement dit, c'est à ce moment que débute la décentralisation du système de santé québécois ainsi que sa régionalisation.

Ultérieurement, en 1995, Jean Rochon retrouve son rôle de ministre de la Santé et des Services sociaux et met en place la réforme Rochon. L'objectif de cette restructuration majeure du système de santé est de réduire le temps d'hospitalisation des patients et d'offrir des services à domicile. Le virage ambulatoire promu par cette réforme implique la fermeture et la fusion de certains hôpitaux tandis que d'autres établissements ont dû changer de vocation. C'est à ce moment que s'amorce la désinstitutionnalisation du système de santé (Grenier et Bourque, 2014).

Ensuite, la réforme de 2003 prend place alors que Philippe Couillard est ministre de la Santé et fait adopter le projet de loi 25. Cette réforme adopte le mandat de restructurer le système de santé qui souffre de plusieurs problèmes, soit des listes d'attente trop longues et des urgences bondées. Ainsi, le projet de loi 25 divise le réseau selon des territoires spécifiques en créant les Agences de santé et de services sociaux et les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui résultent de la fusion des Centres locaux de services communautaires, des Centres hospitaliers de soins de longue durée et des Centres hospitaliers (Grenier et Bourque, 2014). Les fusions permettent d'entamer le processus de centralisation du système de santé québécois.

L'enchaînement des réformes ayant eu cours dans les dernières années a mis la table pour la réforme Barrette, la plus récente restructuration dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois. En effet, en 2014, Gaétan Barrette met sur pied le projet de loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Plus précisément, les agences régionales sont abolies et les CSSS, issus de la restructuration de 2003, sont fusionnés pour devenir les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) que nous connaissons aujourd'hui (Gouvernement du Québec, 2018b). Ces changements s'inscrivent comme une poursuite dans le cheminement vers la centralisation du système de santé et des services sociaux du Québec.

Les réformes provoquent des changements notables dans les structures du système de santé et ont donc également des répercussions sur les travailleurs de la santé (APTS, 2018 ; APTS 2017 ; Fitzgerald, 2014 ; Tremblay et Brousseau, 2018). Il est donc possible de supposer que l'adaptation des professionnels de la santé envers ces changements est variable et a un impact singulier sur leur travail. Bien qu'une période de transition soit nécessaire pour les professionnels, il est souhaitable de voir ceux-ci s'adapter à leur nouvelle situation de travail. La résilience et la détresse

psychologique sont, en quelque sorte, des indicateurs du niveau d'adaptation des professionnels aux changements vécus.

## **2.2. La détresse et la résilience chez les ergothérapeutes**

La détresse et la résilience sont considérées comme étant des éléments opposés d'un continuum de facteurs psychosociaux associés au travail et sur lequel les professionnels de santé prennent position selon leur niveau d'adaptation au contexte de pratique actuel. Les ergothérapeutes n'y échappent pas et sont donc eux aussi amenés à se positionner sur celui-ci. Cette conception de continuum s'appuie sur les données de l'étude de Harker, Pidgeon et Klaassen (2016) montrant qu'un plus haut niveau de résilience est associé à un bas niveau de détresse psychologique, de *burnout* et de stress traumatique secondaire. De plus, Steensma, Heijer et Stallen (2006) ont montré, dans une étude menée auprès de 20 travailleurs du secteur de la santé, qu'un programme axé sur le développement de la résilience est très utile pour contrer l'épuisement professionnel. La détresse psychologique est caractérisée, selon l'Organisation mondiale de la santé (2017), par l'apparition de certains symptômes qui sont associés concrètement à celle-ci, soit des symptômes physiques, l'anxiété, la tristesse, l'insomnie, la colère et la confusion. D'autre part, la résilience se définit comme étant un processus dynamique impliquant une adaptation positive dans le cadre d'une adversité significative (Anaut, 2005). Comme la restructuration du réseau de la santé entraîne des perturbations du travail, il y a lieu de se questionner à savoir si celle-ci affecte la détresse et la résilience des ergothérapeutes.

L'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS), un syndicat québécois regroupant 52 000 travailleurs du secteur public de la santé et des services sociaux, met de l'avant des informations concernant l'émergence de sentiments associés à la détresse chez les professionnels de la santé. Celui-ci a mené un sondage concernant la santé psychologique de leurs membres à la suite de la mise en vigueur du projet de loi 10 (APTS, 2017). Les résultats obtenus en novembre 2016 auprès de 6980 répondants montrent que 60 % des répondants vivent un niveau de détresse psychologique « élevé » ou « très élevé », 35 % disent avoir pris au moins un jour de congé pour des raisons psychologiques au cours de la dernière année, 60 % disent être affectés négativement dans leur travail par le projet de loi 10, 60 % déplorent le fait qu'ils ont peu d'influence sur leur travail et 65 % disent ne pas avoir assez de

temps pour effectuer leur travail. Toutefois, cette étude ne fournit pas de données empiriques spécifiques sur la détresse des ergothérapeutes. Le témoignage d'une ergothérapeute lors de la conférence de presse de l'APTS annonçant les résultats au sondage indique cependant que l'impact de la restructuration se fait ressentir négativement dans la pratique de l'ergothérapie ainsi qu'au niveau des conditions de travail (APTS, 2017). Celle-ci indique que les exigences qui leur sont soumises et les demandes des gestionnaires amènent les ergothérapeutes à négliger leur tenue de dossiers ainsi que leurs interventions. De plus, le personnel de réadaptation du CISSS de Lanaudière (n=232) adresse les répercussions concrètes sur leur travail (APTS, 2018). Ils dénoncent le fait que la direction réaffecte le personnel sans prendre en compte l'expertise développée dans des domaines aussi différents que la déficience physique et la déficience intellectuelle ou le trouble du spectre de l'autisme.

Fitzgerald (2014) explique, dans son éditorial, que les réformes dans le système de santé peuvent être contributives de l'épuisement professionnel. En fait, les réformes introduisent de nouvelles façons de travailler et de nouvelles demandes de la part de la direction, ce qui peut contribuer à une crise d'identité chez les thérapeutes s'efforçant de concilier les exigences professionnelles, managériales et des services conflictuels avec leur pratique quotidienne. L'un des objectifs à la base du rehaussement à la maîtrise des études en ergothérapie au Québec est de préparer les ergothérapeutes à naviguer à travers les changements éventuels du réseau de la santé. Pour ce faire, ce rehaussement favorise également la consolidation d'une identité professionnelle forte permettant d'actualiser une pratique efficiente de l'ergothérapie (Horth et Arsenault, 2002). De plus, Fitzgerald (2014) ajoute que les réformes ont placé les thérapeutes en dehors de leurs structures professionnelles et traditionnelles de responsabilisation, de *leadership* et de supervision et que sans ces structures, les thérapeutes peuvent être isolés de leur profession et de leur compréhension unique de la façon d'être ergothérapeute. Ces facteurs contribuent à une perte d'autonomie professionnelle et décisionnelle, une diminution marquée de l'identité professionnelle et à une perte d'affiliation aux valeurs fondamentales de la profession. Des données empiriques récentes sur l'effet de la restructuration sur la pratique des ergothérapeutes sont disponibles et viennent appuyer les propos de Fitzgerald. Tremblay et Brousseau (2018) ont montré, dans une étude menée auprès de 108 ergothérapeutes québécois, comment s'actualise la pratique centrée sur le client dans le contexte actuel. En fait, les résultats de l'étude font valoir que

depuis la restructuration du réseau de la santé, les ergothérapeutes québécois sont fortement en accord avec le fait qu'ils doivent évaluer, intervenir et transférer les patients à un rythme plus rapide (52,9 %), qu'ils font face à des directives fluctuantes pour l'organisation des services à l'intérieur de leur programme (45,4 %), qu'ils sont contraints de donner des services morcelés à la clientèle (44,4 %) et qu'ils font face à des incertitudes quant à leur rattachement à un programme (38,9 %). Également, 25,3 % des répondants à l'étude ne considèrent pas avoir une pratique centrée sur la personne. Les résultats de l'étude montrent que les répondants estiment important d'appliquer plusieurs principes de cette pratique quoique certains ne soient pas aussi faciles à mettre en pratique (Tremblay et Brousseau, 2018). Sans avoir étudié la détresse et la résilience, les résultats de cette étude montrent que les ergothérapeutes sont affectés par la restructuration du système de santé.

La détresse en tant que facteur psychosocial au travail apparaît liée au manque de ressource. En fait, Lloyd et King (2001) rapportent un lien entre le manque de ressources disponibles dans le milieu et l'apparition du stress, contributeur de la détresse, chez les ergothérapeutes. Plus précisément, ils ont mentionné, dans leur revue narrative de la littérature, que le manque de personnel était un facteur de risques favorisant le stress. La relation entre le manque de ressources et la détresse psychologique a également été étudiée de façon empirique (Lloyd, McKenna et King, 2005 ; Paulsen et al., 2014 ; Wressle et Samuelsson, 2014). L'étude menée par Wressle et Samuelsson (2014) auprès de 472 ergothérapeutes suédois a mis en évidence le fait que le manque de temps dans la pratique au quotidien représente une contrainte associée à une source significative de stress. Qui plus est, l'étude de Paulsen et ses collaborateurs (2014) montre que les ergothérapeutes ont peu de temps jugé comme étant de qualité lors de leur journée. En fait, les résultats de son étude menée auprès de 951 ergothérapeutes australiens indiquent que ceux-ci rapportent ne pas avoir le temps de rire et donc de ressentir un certain sentiment de bonheur au travail. En plus d'un manque de ressources, Lloyd, McKenna et King (2005) ont mené une étude auprès de 304 travailleurs de la santé, dont 196 ergothérapeutes, montrant qu'une charge de travail excessive provoque également du stress et de l'épuisement professionnel chez les travailleurs de la santé. Donc, les exigences du milieu sont également identifiées comme étant une source de détresse chez les ergothérapeutes. De surcroît, un sentiment de bien-être faible dans le



milieu de travail est associé à l'intention de changer d'emploi et à l'épuisement professionnel selon l'étude de Scanlan et Still (2013) effectuée auprès de 34 ergothérapeutes australiens.

Au Canada, des données obtenues sur la rétention des ergothérapeutes au travail font valoir qu'un pourcentage important de ceux-ci (12 %) quittent la profession pour une raison autre que la retraite (CAOT, 2009). Toutefois, cette étude n'identifie pas les raisons spécifiques de cet abandon. Il y a lieu de se questionner à savoir si cet abandon est associé à la détresse au travail. Il y a lieu de se questionner à savoir si la résilience permet aux ergothérapeutes de continuer à faire leur travail et à maintenir leur santé malgré plusieurs facteurs pouvant mener à la détresse dans un contexte de réforme. Actuellement, il y a lieu de croire que la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations, étant au cœur de l'identité professionnelle des ergothérapeutes (Thibault, 2018), contribue à la résilience dans de telles situations de changements.

Selon d'autres données obtenues par Ashby et ses collaborateurs (2013) dans une étude menée auprès de 9 ergothérapeutes australiens travaillant en santé mentale, la résilience professionnelle apparaîtrait liée à trois facteurs dont principalement, l'identité professionnelle. Plus précisément, les facteurs identifiés par l'étude sont les éléments influençant l'identité professionnelle, la possibilité pour les ergothérapeutes de pratiquer dans un contexte qui correspond à leurs attentes et à leurs besoins et finalement la possibilité d'adopter une pratique centrée sur l'occupation. La présente étude s'intéresse à la résultante de la résilience. En fait, en ayant comme prémisse de base l'hypothèse que le contexte de pratique est difficile actuellement et que cela suscite de la résilience, il y a lieu de se questionner afin de savoir si les ergothérapeutes ont réussi à être résilients dans le contexte et à continuer à pratiquer selon leurs valeurs et selon les principes de la pratique centrée sur les occupations.

### **2.3. La pratique centrée sur l'habilitation aux occupations**

La pratique centrée sur l'habilitation aux occupations prend racine dans la pratique centrée sur les occupations (Polatajko et al. 2013). La compétence pivot d'expert en habilitation aux occupations implique que l'ergothérapeute travaille efficacement à titre d'expert centré sur le client et les occupations afin de procéder à une évaluation complète et adéquate du rendement occupationnel et ainsi réaliser des interventions qui font preuve d'une utilisation compétente et sélective des occupations (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012). Autrement dit,

l'habilitation représente ce que font réellement les ergothérapeutes dans leur pratique et constitue donc la compétence primordiale et pivot de la profession. De plus, les neuvièmes lignes directrices de la pratique de l'ergothérapie au Canada (Townsend et Polatajko, 2013) suggèrent que les meilleures pratiques sont celles basées sur les concepts centraux d'habilitation aux occupations qui proposent des stratégies afin que les ergothérapeutes habilite les clients à leurs occupations dans le cadre de leur pratique (Townsend et al, 2013).

À ce jour, seulement quelques études empiriques ont abordé comment les ergothérapeutes adoptent une pratique reflétant l'habilitation aux occupations ainsi que les bienfaits d'une telle pratique. Les interventions basées sur l'occupation ont montré des résultats positifs et statistiquement significatifs dans l'article de Che Daud et ses collaborateurs (2016b) auprès d'un groupe de 40 personnes présentant des blessures aux membres supérieurs. Le fait de dispenser des interventions qui sont basées sur les occupations n'est pas seulement un avantage pour le client, mais également pour l'ergothérapeute qui trouve cette façon de faire plus satisfaisante, enrichissante, efficace et individualisée. Toutefois, la prestation de tels services présente des défis pour les ergothérapeutes devant tenir compte des facteurs individuels du client, de leurs facteurs personnels, des facteurs contextuels et ils doivent également négocier avec les occupations en tant que modalités d'intervention (Che Daud, Judd, Yau et Barnett, 2016a). Également, des données obtenues auprès de 50 ergothérapeutes européens francophones ont montré de quelle façon ceux-ci parviennent à maintenir une pratique fondée sur les occupations (Baillargeon Desjardins et Brousseau, 2018). Les résultats de l'étude indiquent que ces ergothérapeutes utilisent, en particulier, des interventions basées sur les occupations par la mise en action du patient dans une occupation, telle que la cuisine, et que de cette façon, il considère avoir une pratique basée sur les occupations ou, du moins, une pratique portée vers les occupations.

Dans une étude menée auprès de 56 ergothérapeutes superviseurs de stage, Brousseau, Désormeaux-Moreau et St-Pierre (2013) ont montré que le vocabulaire spécifique associé à l'habilitation aux occupations est peu utilisé par les praticiens. Toutefois, les exemples rapportés par les participants montrent que les ergothérapeutes utilisent un vocabulaire varié et étendu en lien avec les occupations, l'habilitation aux occupations et les compétences s'y rattachant. De son côté, Beaupré (2014) a montré, dans son étude qualitative menée auprès de 15 ergothérapeutes

nouvellement diplômés, que les dix stratégies d'habilitation aux occupations proposées par le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client (MCHCC) contribuent à la mise en place de conditions favorables au développement de la résilience des personnes en réadaptation qui vivent une situation difficile. Autrement dit, l'habilitation aux occupations favorisant l'engagement de la personne dans ses occupations significatives quotidiennes et la mise en action permet à celle-ci de cheminer dans son processus de réadaptation et ainsi dans l'éventuel développement de sa résilience. Pour ce qui est de l'étude menée par Néron (2013) auprès de 5 ergothérapeutes québécoises travaillant dans le domaine de l'adaptation domiciliaire, il a été possible d'effectuer des liens entre les thèmes émergents de la description du travail en adaptation domiciliaire avec les stratégies en habilitation à l'occupation du modèle MCHCC. L'analyse des résultats obtenus met en lumière l'utilisation de l'ensemble de ces stratégies lors de la pratique de l'adaptation domiciliaire. Dans ce cas, il apparaît alors pertinent de s'interroger à savoir : « En quoi l'émergence de détresse ou de résilience dans le contexte la restructuration dans le réseau de la santé et des services sociaux affecte-t-elle, si elle l'affecte, la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations des ergothérapeutes québécois ? »

#### **2.4. Constats et pertinence du sujet de recherche**

Les constats suivants sont effectués :

- La pratique centrée sur l'habilitation aux occupations est au cœur des meilleures pratiques et fait partie des compétences professionnelles des ergothérapeutes ;
- L'habilitation à l'occupation soutient l'expertise et la pratique de l'ergothérapie (Baillargeon Desjardins et Brousseau, 2018 ; Beaupré, 2014 ; Néron 2013)
- Malgré les effets bénéfiques de la pratique centrée sur les occupations, il existe des obstacles à son application, dont les conditions dans lesquelles la pratique est réalisée (Che Daud, Judd, Yau et Barnett, 2016a ; Che Daud et al., 2016b ; Tremblay et Brousseau, 2018).
- Or, la réorganisation actuelle du réseau de la santé et des services sociaux québécois a un impact sur la santé psychologique de ses travailleurs, dont les ergothérapeutes (APTS, 2017 ; APTS, 2018) ;
- Pourtant à ce jour, aucune étude empirique n'a abordé le phénomène de la détresse et de la résilience des ergothérapeutes dans le contexte de la restructuration du système de santé québécois et leurs effets sur la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations

Il apparaît donc pertinent d'étudier empiriquement la pratique en ergothérapie dans le contexte de la restructuration actuelle des services de santé et des services sociaux et d'ainsi vérifier, dans ce contexte, quelle est la perception des ergothérapeutes quant à leur adaptation

personnelle au niveau des facteurs psychosociaux associés au travail et également au niveau de la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations.

### **2.5. Objectifs de l'étude**

La présente recherche soutient deux objectifs principaux, soit (1) de décrire la détresse et la résilience chez des ergothérapeutes dans le contexte de la plus récente restructuration du réseau de la santé et des services sociaux québécois et (2) de décrire comment la pratique de l'habilitation aux occupations est influencée par ce contexte.

### **3. CADRE CONCEPTUEL**

Cette section a pour objectif de présenter les fondements théoriques sur lesquels est basée la présente étude, notamment les facteurs psychosociaux associés au travail et plus précisément, la détresse et la résilience ainsi que la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations

#### **3.1. Les facteurs psychosociaux du travail**

Les facteurs psychosociaux reliés au travail font partie intégrante du modèle bidimensionnel et interactionniste de Karasek (1979). L'approche interactionniste de ce modèle conçoit le stress comme étant une variable relationnelle entre un individu et sa situation (Wassenhove, 2014). Le modèle des exigences et du contrôle de Karasek soutient le fait que la détresse psychologique en milieu de travail résulte de l'interaction entre les demandes de l'emploi et la latitude décisionnelle au travail. La latitude décisionnelle renvoie à la possibilité d'exercer un contrôle sur son activité tandis que les exigences du travail renvoient à des aspects tels que le conflit de rôle, la pression du temps ou un rythme de travail trop élevé. La combinaison d'une latitude de décision faible et des demandes élevées dans le milieu de travail fait en sorte que les tâches de l'emploi sont réalisées avec une perception de pression induite (Karasek, 1979). Également, cette combinaison représente un risque pour la santé physique et psychique des travailleurs (Wassenhove, 2014).

#### **3.2. La détresse psychologique**

La détresse psychologique est traitée sous différents vocables selon la compréhension qu'ont les auteurs de ce terme. On peut donc retrouver les termes de stress, de tension, de souffrance psychologique ou de détresse pour désigner ce même phénomène. L'analyse de concept de détresse psychologique menée par Ridner (2004) indique que la détresse psychologique est définie comme étant un état émotionnel inconfortable et unique qui est éprouvé par un individu en réponse à un facteur de stress spécifique ou à une demande qui entraîne un mal-être, temporaire ou permanent. La recension des écrits ayant mené à l'analyse du concept a permis de déterminer les cinq attributs déterminants de la détresse psychologique, soit l'incapacité perçue à s'adapter efficacement, le changement dans le statut émotionnel, l'inconfort, la communication de l'inconfort et le mal-être. D'autre part, la détresse psychologique est également définie comme étant un indicateur précoce d'atteinte de la santé mentale qui tient compte de la présence de deux de ses

constituants principaux qui sont d'ailleurs deux des plus fréquents syndromes observés à cet égard, soit la dépression et l'anxiété (Hardy, Woods et Wall, 2013 ; Massé, 2000 ; Vézina, St-Arnaud, Stock, Lippel et Funes, 2011). Plus particulièrement, Massé (2000) fait référence au terme de détresse psychologique pour aborder un état de mal-être dans le monde, une souffrance interne et une souffrance de soi qui sont inhérents à un processus d'autodépréciation.

### **3.3. La résilience**

À l'origine, la résilience était un terme utilisé dans le domaine de la physique afin de caractériser le niveau de résistance des matériaux à des chocs élevés ainsi que leur capacité à absorber l'énergie cinétique sans se rompre (Anaut, 2005). Au fil du temps, la résilience s'est développée sous l'impulsion d'approches pluridisciplinaires et est devenue un concept transdisciplinaire. Dans le domaine des sciences humaines, la résilience se révèle face à des stress importants ou cumulés et permet de représenter un processus dynamique impliquant l'adaptation positive dans le cadre d'une adversité significative (Anaut, 2005 ; Garcia-Dia, DiNapoli, Garcia-Ona, Jakubowski et O'Flaherty, 2013 ; Windle, 2011).

L'analyse du concept de résilience menée par Windle (2011) a permis d'identifier trois exigences nécessaires au développement de la résilience, soit la présence d'une adversité ou d'un risque significatif, la présence de ressources pour compenser les effets de l'adversité et une adaptation positive ou l'évitement d'un résultat négatif. Également, Michallet (2009) propose de décrire la résilience selon trois fonctions distinctes, soit une capacité, un processus et un résultat. Tout d'abord, en tant que capacité, la résilience représente une caractéristique personnelle qui permet de se développer en dépit de la présence de facteurs perturbants. Il est donc possible d'évaluer la présence et le développement de cette caractéristique chez une personne (Connor et Davidson, 2003 ; Michallet, 2009). La résilience est également un processus dynamique et complexe puisqu'elle représente un phénomène d'adaptation qui se concrétise par l'interaction entre des facteurs de risque et des facteurs de protection, qu'ils soient personnels ou environnementaux et qui permettent d'aller de l'avant dans les changements (Richardson, 2002 ; Michallet, 2009). Enfin, la résilience est un résultat puisqu'elle résulte de la mise en action de certaines stratégies adaptatives ayant permis son développement (Michallet, 2009). Dans le même

sens, en ergothérapie, la résilience représente la capacité de s'investir dans des activités quotidiennes malgré la présence d'évènements perturbateurs (Lopez, 2011).

### **3.4. Habilitation aux occupations**

Les meilleures pratiques en ergothérapie consistent à offrir une habilitation efficace, centrée sur le client et fondée sur les occupations afin que les personnes concernées par des problèmes de santé retrouvent le pouvoir de participer et de s'engager dans la réalisation de leurs occupations significatives. Par conséquent, l'habilitation et l'occupation sont les construits fondamentaux sur lesquels repose la pratique de l'ergothérapie (Townsend et al., 2013).

#### **3.4.1. La pratique centrée sur l'habilitation aux occupations**

À partir du moment où l'habilitation est devenue un concept inhérent à la pratique de l'ergothérapie, plusieurs définitions ont été formulées et celles-ci ont également évolué. À ce sujet, en 1997, l'Association canadienne des ergothérapeutes définit la pratique de l'habilitation à l'occupation de la façon suivante : «Habiler les gens à choisir, à organiser et à réaliser les occupations qu'ils jugent utiles et signifiantes, dans leur environnement ». En 2013, les neuvièmes lignes directrices de la pratique en ergothérapie proposent une définition plus précise de l'habilitation en reconnaissant la gamme des habiletés d'habilitation illustrée dans le MCHCC (Townsend et al., 2013, p. 132) :

Les termes habiler (verbe) et habilitation (nom) fondés sur l'occupation représentent la compétence primordiale en ergothérapie et s'articulent autour d'une gamme d'habiletés clés, connexes à l'habilitation. Ces habiletés sont axées sur des valeurs collaboratives attentives aux inégalités de pouvoir et à la diversité, lesquelles sont associées à la projection de possibilités quant au changement individuel ou social.

Le concept d'habilitation aux occupations renvoie à des actions dynamiques chez l'ergothérapeute face à son client qui sont actualisées par des stratégies que l'ergothérapeute met en action auprès des personnes concernées (Brousseau, Desormeaux-Moreau et St-Pierre, 2013). Les six fondements théoriques considérés dans la pratique sont le choix, le risque et l'imputabilité ; l'engagement du client ; le changement ; la justice ; la projection de la possibilité et le partage du pouvoir. Ces concepts modèlent le raisonnement en habilitation et orientent les priorités d'intervention (Townsend et al., 2013).

### 3.4.2. Principes de la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations

Les principes inhérents à la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations sont décrits de façon distincte, mais complémentaire par les différents auteurs s'intéressant à cette compétence pivot de l'ergothérapeute. Afin de mieux comprendre ces principes, les dix stratégies d'habilitation du MCHCC (Townsend et al., 2013) et les compétences habilitantes du rôle d'expert en habilitation de l'occupation, tel que décrit dans le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2012), seront détaillées dans la section suivante.

#### 3.4.2.1. Les stratégies en habilitation du MCHCC

Le MCHCC comprend dix stratégies clés d'habilitation en ergothérapie, soit adapter, revendiquer, coacher, collaborer, consulter, coordonner, concevoir et réaliser, éduquer, engager et exercer son expertise / mettre à profit son expertise (Townsend et al., 2013). Ces dix stratégies clés aident l'ergothérapeute à déployer sa compétence d'expert en habilitation des occupations.

À la suite d'une analyse sommaire de l'ensemble des stratégies d'habilitation énumérées, il apparaît que cinq des dix stratégies nécessitent plus de temps dans la pratique au quotidien et renvoient à la notion d'*empowerment* qui permet aux personnes concernées d'exercer leur pouvoir de décision et d'action dans leur cheminement en réadaptation. Également, ces stratégies réfèrent à des interventions davantage traditionnelles et courantes dans la pratique. Dans le cadre de ce projet, il est donc apparu pertinent de se concentrer plus particulièrement sur les stratégies qui ont le plus de probabilité d'être affectées par la restructuration du système de santé, soit la possibilité de mettre en action ses habiletés à revendiquer, coacher, collaborer, éduquer et engager. Tout d'abord, afin de revendiquer au nom de son client, l'ergothérapeute intervient en optimisant les possibilités occupationnelles pour permettre aux personnes concernées de s'engager dans des occupations variées et signifiantes, en minimisant les obstacles imposés par des sources externes. Il peut également s'agir d'une réorganisation des possibilités occupationnelles et des ressources en place (Townsend et al., 2013). Ensuite, en tant que *coach*, l'ergothérapeute établit un partenariat avec le client afin de le guider dans un processus qui lui permet d'atteindre ses objectifs personnels et professionnels, et ce, afin d'optimiser son rendement dans ses occupations et de rehausser sa qualité de vie (International Coach Federation, 2018). Également, l'ergothérapeute collabore avec le client afin de mettre à contribution le talent et les habiletés de chacun dans un effort intellectuel



conjoint vers une finalité commune. En tant que collaborateur, l'ergothérapeute partage le pouvoir avec le client et travaille donc avec celui-ci au lieu de faire les choses à sa place (Townsend et al., 2013, p.142). Les ergothérapeutes utilisent les occupations pour éduquer les clients en favorisant l'apprentissage par l'expérience. Par l'éducation, l'ergothérapeute stimule la croissance par l'engagement et la participation active dans les occupations de la vie quotidienne, ce qui soutient le développement de l'autonomisation et de l'habilitation aux occupations du client (Townsend et al., 2013). Enfin, l'engagement du client est essentiel dans l'instauration d'une alliance thérapeutique permettant au client d'exprimer aisément ses perspectives, ses choix et ses décisions quant aux processus thérapeutiques. La stratégie d'engager suggère que le client soit impliqué dans la pratique et dans l'action afin qu'il devienne occupé (Townsend et al., 2013, p.149).

Bien qu'elles soient abordées plus sommairement dans ce projet, les stratégies complémentaires demeurent nécessaires pour permettre l'actualisation d'une pratique centrée sur l'habilitation aux occupations compétente et efficace. Ces stratégies complémentaires sont celles d'adapter, de consulter, de concevoir et réaliser, de coordonner et d'exercer son expertise. D'abord, l'adaptation à l'occupation est une réponse aux défis occupationnels du client qui permet d'ajuster ou de modifier les situations occupationnelles complexes (Townsend et al., 2013, p.139). L'analyse occupationnelle réalisée par l'ergothérapeute permet de prendre en considération les besoins de la personne ainsi que les exigences de l'environnement afin de mettre en place différentes formes d'adaptation en vue d'accomplir une occupation (Townsend et al., 2013). Également, en ergothérapie, la consultation est une stratégie vaste et généralisée qui se déroule tout au long du processus de pratique avec les clients. La consultation peut commencer par l'écoute des perspectives différentes du client et ainsi l'encourager à respecter les différences et offrir des conseils quant aux options pour adapter ou pour revendiquer un changement (Townsend et al., 2013, p.143). La stratégie de concevoir / réaliser indique que l'ergothérapeute conçoit un plan ou qu'il crée une stratégie et que par la suite il réalise la mise en œuvre de sa conception. Cette habileté renvoie principalement à la réalisation de produits, à l'adaptation des environnements construits et affectifs ainsi qu'à la mise en œuvre de programmes et de services (Townsend et al., 2013). Ensuite, le fait de coordonner permet d'harmoniser dans un effort commun ou une action commune, de développer un accord ou de combiner et d'adapter afin d'atteindre un effet spécifique. Le client se situe toujours au centre de la coordination en ergothérapie (Townsend et

al., 2013, p.144). Enfin, l'ergothérapeute exerce son expertise lorsqu'il emploie des techniques particulières dans des situations spécifiques afin de favoriser l'habilitation à l'occupation (Townsend et al., 2013, p.151).

#### *3.4.2.2. Les compétences de l'expert en habilitation des occupations*

Le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2012) présente le rôle d'expert en habilitation des occupations de l'ergothérapeute. Ce rôle signifie que l'ergothérapeute fait des évaluations, des analyses et des interventions qui sont centrées sur les occupations.

En tant qu'expert en habilitation de l'occupation, l'ergothérapeute travaille efficacement afin d'optimiser le rendement occupationnel et la participation occupationnelle. Dans sa pratique quotidienne, l'ergothérapeute effectue des évaluations complètes et adéquates du rendement occupationnel. Par la suite, il applique l'expertise et le raisonnement clinique de base afin d'élaborer un plan d'action ciblé. Autrement dit, l'ergothérapeute fait preuve d'une utilisation compétente et sélective de l'occupation et des interventions en vue de faciliter l'occupation (ACE, 2012). Concrètement, cette compétence est influencée par les possibilités relatives au temps et au pouvoir décisionnel de l'ergothérapeute, ce qui peut être affecté dans le contexte actuel de restructuration du réseau de la santé. En fait, l'ergothérapeute doit avoir le temps de collaborer avec le client et d'analyser sa situation occupationnelle particulière lors du suivi en ergothérapie. Il doit également avoir l'opportunité et le pouvoir de personnaliser ce suivi selon les besoins particuliers du client. L'actualisation du rôle pivot d'expert en habilitation de l'occupation est soutenue par le déploiement de six compétences complémentaires, soit celles de communicateur, de collaborateur, de gestionnaire de la pratique, d'agent de changement, de praticien érudit et de professionnel (ACE, 2012).

## **4. MÉTHODE**

La présente section expose la méthode de ce projet de recherche qui vise à décrire la détresse et la résilience chez les ergothérapeutes dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé et de décrire comment l'habilitation aux occupations est possible dans ce contexte. Ainsi, cette section abordera le devis de recherche utilisé, suivi de la méthode d'échantillonnage, de la méthode de collecte de données, de la planification de l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques qui ont été prises en compte pour la présente recherche.

### **4.1. Devis de recherche**

Le devis sélectionné est un devis descriptif simple de type sondage et de nature mixte. Il s'agit d'un devis mixte puisque le questionnaire, servant d'outil de collecte de données, permet d'obtenir des données qualitatives et quantitatives provenant des participants à l'étude. Fortin et Gagnon (2010) indiquent que l'utilisation d'un devis descriptif est pertinente pour permettre de préciser un phénomène d'intérêt ainsi que les concepts qui s'y rattachent. Également, ce devis est utile pour acquérir des connaissances dans un domaine qui est peu étudié, ce qui rend son utilisation d'autant plus justifiée pour cette étude. De cette façon, l'utilisation du devis descriptif permet de répondre aux objectifs de ce projet d'étude.

### **4.2. Méthode d'échantillonnage**

La méthode d'échantillonnage retenue est de type non probabiliste accidentel (de convenance) et par réseau (Fortin et Gagnon, 2010) afin de recruter des participants répondant aux critères d'inclusion. À ce sujet, le seul critère d'inclusion de l'étude est d'être un ergothérapeute travaillant au sein du réseau de santé publique québécois. Il n'y a aucun critère d'exclusion, dans la mesure où la personne répond au critère d'inclusion énuméré précédemment.

### **4.3. Méthode de collecte de données**

La méthode de collecte de données retenue est un sondage par questionnaire électronique. Ce questionnaire a été spécialement conçu aux fins de la présente étude à partir de la recension des écrits (Annexe A). Le sondage comprend 16 questions réparties en trois sections. La première section concerne les questions démographiques, la deuxième section aborde la détresse et la résilience vécues par les ergothérapeutes suite à la restructuration du système de santé et des

services sociaux québécois et la troisième section concerne la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations.

La première section, soit la section démographique, comporte 10 questions permettant de décrire les caractéristiques des répondants. Les questions portent sur le sexe, l'âge, le niveau du diplôme d'études, le nombre d'années d'expérience, si la personne exerce ou non la profession au Québec, la région administrative où la personne exerce, si la personne exerce ou non la profession dans un établissement public, le type d'établissement, la population avec laquelle la personne exerce majoritairement et la clientèle auprès de laquelle la personne exerce principalement.

La deuxième section comprend 13 énoncés permettant de documenter de façon distincte la détresse et la résilience. En fait, cette section requiert que les répondants évaluent, par l'entremise d'un dispositif de type *Likert*, leur niveau d'accord par rapport aux 13 énoncés abordant la détresse et la résilience des ergothérapeutes dans le contexte de restructuration du système de santé. Les sept niveaux du dispositif de type *Likert* sont : (1) fortement en désaccord, (2) en désaccord, (3) quelque peu en désaccord, (4) ni d'accord ni en désaccord, (5) quelque peu en accord, (6) en accord et (7) fortement en accord. Les huit énoncés documentant la détresse psychologique sont : (1) le travail demande de travailler très vite (Karasek, 1979), (2) le travail demande d'effectuer une quantité de travail excessive (Karasek, 1979), (3) le temps disponible est suffisant pour exécuter correctement le travail (Karasek, 1979), (4) le travail demande de longues périodes de concentration intense (Karasek, 1979), (5) les tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard (Karasek, 1979), (6) attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent son propre travail (Karasek, 1979), (7) les ressources matérielles disponibles dans le milieu sont suffisantes pour permettre une pratique compétente de l'ergothérapie (Lloyd, McKenna et King, 2005 ; Wressle et Samuelsson, 2014) et (8) les ressources humaines disponibles dans le milieu sont suffisantes pour permettre une pratique compétente de l'ergothérapie (Lloyd et King, 2001).

Les questions issues du questionnaire de Karasek s'appuient sur la qualité de celui-ci. Les propriétés psychométriques de la version française du questionnaire de Karasek ont été documentées par Niedhammer (2006) dans son étude auprès de 24 486 salariés. Pour ce qui est de la cohérence interne, les coefficients alpha de Cronbach sont supérieurs à 0,65 pour l'ensemble

des trois axes du questionnaire. Plus précisément, l'axe du questionnaire abordant la demande psychologique obtient un coefficient alpha de Cronbach de 0,84. La validité critériée prédictive du questionnaire de Karasek sur la détresse psychologique est rapportée comme étant bonne par Langevin, François, Boini et Riou (2011) dans leur revue de la littérature.

Les cinq énoncés portant sur la résilience sont : (1) la pratique permet de maintenir une identité professionnelle forte (Ashby, Ryan, Gray et James, 2013 ; Fitzgerald, 2014), (2) la pratique permet d'avoir une autonomie professionnelle et décisionnelle satisfaisante (Fitzgerald, 2014), (3) la pratique permet de maintenir un sentiment fort d'affiliation aux valeurs fondamentales de la profession (Fitzgerald, 2014), (4) le contexte de pratique répond aux attentes et aux besoins de l'ergothérapeute (Ashby, Ryan, Gray, et James, 2013) et (5) l'ergothérapeute a l'opportunité de déployer ses compétences d'expert en habilitation des occupations (Ashby, Ryan, Gray, et James, 2013).

La troisième section comporte cinq questions. La première question s'intéresse à savoir si les ergothérapeutes considèrent que leur pratique est centrée sur l'habilitation aux occupations en répondant « oui », « non » ou « je ne sais pas » à cette question. La deuxième question, quant à elle, est de nature qualitative et demande aux répondants d'expliquer en quoi leur pratique est centrée sur l'habilitation aux occupations. La troisième question requiert que les répondants qualifient, grâce à un dispositif de type *Likert* à sept niveaux, dans quelle mesure il leur est possible de poursuivre le déploiement d'éléments reliés aux compétences et aux stratégies d'habilitation aux occupations. Les énoncés contenus dans cette section du questionnaire relèvent du Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2012) et des stratégies d'habilitation aux occupations définies dans le MCHCC (Townsend et al., 2013). Ces énoncés renvoient au fait de : (1) avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs occupations significatives, (2) avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs valeurs, leurs croyances, leurs suppositions, leurs attentes et leurs désirs, (3) avoir l'opportunité d'identifier les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes des clients, (4) avoir le temps d'analyser les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes des clients, (5) pouvoir déterminer des objectifs occupationnels avec le client, (6) pouvoir incorporer les occupations importantes et significatives du client dans le plan d'intervention, (7) pouvoir organiser les services de suivi en

fonction de la situation particulière du client, (8) pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le plan d'intervention, (9) pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le suivi, (10) pouvoir revendiquer au nom des clients, (11) pouvoir soutenir (guider ou coacher) les clients, (12) pouvoir collaborer avec les clients pour qu'ils résolvent les défis de leurs occupations et (13) pouvoir favoriser l'apprentissage par l'expérience chez les clients. Les sept niveaux du dispositif *Likert* sont : (1) pas du tout possible, (2) très peu, (3) peu, (4) moyennement, (5) facilement, (6) très facilement et (7) extrêmement facile. Les deux dernières questions sont de nature qualitative et demandent aux répondants de déterminer et d'expliquer, parmi les énoncés de la question précédente, les compétences qui sont le plus facile et le plus difficile à maintenir dans leur milieu de pratique afin d'habiliter les clients aux occupations. Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test sur le plan de la compréhension des questions par un répondant potentiel.

#### **4.4. Déroulement du recrutement**

Le recrutement des participants a été fait à partir d'un message de sollicitation sur le groupe Facebook Ergothérapie Québec et il a été suivi de deux relances. Ce message faisait mention de l'objectif de l'étude, du temps nécessaire pour remplir le questionnaire ainsi que les modalités associées au consentement. Le message invitait notamment les personnes intéressées par l'étude à cliquer sur le lien du questionnaire électronique rendu disponible grâce à la plateforme sécurisée *Evalandgo*. Une lettre d'information plus détaillée concernant les différents aspects de l'implication des participants était présentée à la première page du questionnaire électronique. Les participants donnaient leur consentement à participer à l'étude lorsqu'ils décidaient de débiter le questionnaire.

#### **4.5. Analyse des données**

L'analyse des données quantitatives de la présente étude a été réalisée grâce à des statistiques descriptives simples tandis que les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu (Fortin et Gagnon, 2010). Plus précisément, les données quantitatives associées aux caractéristiques des répondants de l'étude ont été analysées selon la distribution des fréquences, des pourcentages et des moyennes. Des comparaisons ont été effectuées entre ces résultats afin d'apprécier la distinction entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux ayant une

maîtrise. Cette comparaison est notamment effectuée puisque le concept de l'habilitation aux occupations est un concept récent qui peut être inconnu pour certains ergothérapeutes. Pour ce qui est des données qualitatives, les réponses qualitatives obtenues aux questions ouvertes du questionnaire ont d'abord été transcrites dans un fichier de traitement de texte (*Word*) afin de permettre l'organisation des données et ainsi procéder à la révision de celles-ci. Ensuite, un codage manuel des données a été effectué afin de répertorier les énoncés selon la fréquence d'apparitions et de les regrouper en thèmes mutuellement exclusifs (Fortin et Gagnon, 2010). La validation de ce codage a été effectuée par une deuxième personne.

#### **4.6. Considérations éthiques**

La présente recherche a obtenu une certification éthique suite à son approbation par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le certificat éthique porte le numéro CER-18-244-07.07.

## 5. RÉSULTATS

La présente section expose les résultats de l'étude dont l'objectif de recherche est de décrire la détresse et la résilience chez les ergothérapeutes suite à la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de décrire l'influence de cette réorganisation sur la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations. Tout d'abord, les caractéristiques des répondants sont présentées. Ensuite, les éléments ciblés comme ayant une influence sur le développement de la détresse et de la résilience sont abordés afin de mieux décrire ce phénomène. Aussi, la perception des répondants quant à l'impact de la restructuration du réseau de la santé sur la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations est détaillée. Finalement, des comparaisons sont présentées afin d'apprécier la distinction entre les résultats obtenus chez les répondants ayant un baccalauréat et ceux ayant une maîtrise.

### 5.1. Description des répondants

L'échantillon de l'étude se compose de 61 répondants. Initialement, 77 personnes avaient pris connaissance du questionnaire tandis que 68 d'entre eux avaient commencé à répondre aux questions du questionnaire électronique. Toutefois, de ce nombre, trois répondants n'ont pas été retenus puisqu'ils n'avaient répondu qu'aux questions sociodémographiques. Également, quatre répondants ont été retranchés puisqu'ils ne satisfaisaient pas le critère d'inclusion de la présente étude, soit d'exercer la profession dans le réseau public québécois. L'âge moyen des répondants de la présente étude est de 38,0 ans (de 23 à 57 ans) et le nombre d'années d'expérience moyen de ceux-ci est de 14,5 ans (de 0,3 à 36 ans). Le Tableau 1 détaille l'ensemble des données sociodémographiques de l'échantillon.

Tableau 1.  
*Données sociodémographiques des répondants*

Caractéristiques		%	(n)
Sexe	Femme	98,4	(60)
	Homme	1,6	(1)
Âge	20 à 29 ans	21,3	(13)
	30 à 39 ans	37,7	(23)
	40 à 49 ans	31,1	(19)
	50 à 59 ans	9,8	(6)
Niveau du diplôme d'études	Baccalauréat	68,9	(42)
	Maîtrise	31,2	(19)
Années d'expérience	0 à 5 ans	23,0	(14)
	6 à 10 ans	9,8	(6)
	11 à 15 ans	24,6	(15)



	16 à 20 ans	14,8	(9)
	21 à 25 ans	14,8	(9)
	26 à 30 ans	8,2	(5)
	31 ans et plus	4,9	(3)
<b>Région d'exercice</b>	Montérégie	14,8	(9)
	Lanaudière	11,5	(7)
	Centre-du-Québec	11,5	(7)
	Mauricie	11,5	(7)
	Montréal	8,2	(5)
	Capitale Nationale	6,6	(4)
	Laurentides	6,6	(4)
	Gaspésie-Iles-de-la-Madelaine	4,9	(3)
	Chaudière-Appalaches	4,9	(3)
	Laval	4,9	(3)
	Bas-Saint-Laurent	4,9	(3)
	Saguenay-Lac-Saint-Jean	3,3	(2)
	Estrie	3,3	(2)
	Outaouais	1,6	(1)
	Abitibi-Témiscamingue	1,6	(1)
	Côte-Nord	0,0	(0)
	Nord-du-Québec	0,0	(0)
<b>Établissement d'exercice</b>	CR	41,0	(25)
	CLSC	24,6	(15)
	CH	18,0	(11)
	CHSLD	11,5	(7)
	Autre	4,9	(3)
<b>Population desservie</b>	Petite enfance (< 3 ans)	3,3	(2)
	Pédiatrie (3-13 ans)	11,5	(7)
	Adolescents (13-20 ans)	0,0	(0)
	Adultes (20-60 ans)	44,3	(27)
	Personnes âgées (> 60 ans)	39,3	(24)
	Autre	1,6	(1)
<b>Clientèle principale</b>	Santé physique	80,3	(49)
	Santé mentale	19,7	(12)

## 5.2. Les éléments ayant une influence sur la détresse et la résilience

61 répondants ont répondu à la question de la section 2 concernant la détresse et la résilience vécues par les ergothérapeutes dans le contexte de la restructuration du système de santé et des services sociaux.

### 5.2.1. La détresse

Les huit premières sous-questions de cette section abordent des éléments de la pratique contribuant à l'apparition de détresse psychologique dans le milieu de travail. Afin de simplifier l'analyse des résultats, les niveaux de l'échelle de *Likert* ont été regroupés en trois niveaux d'accord distinct, soit les niveaux en accord, moyennement en accord et en désaccord. La formation de ces trois niveaux résulte du regroupement des cotes 7 et 6 (fortement en accord et en

accord), des cotes 5 et 4 (quelque peu en accord et ni d'accord ni en désaccord) et des cotes 3, 2 et 1 (quelque peu en désaccord, en désaccord et fortement en désaccord). Également, la cotation des énoncés 3, 7 et 8 portant sur le temps et les ressources matérielles et humaines disponibles dans le milieu est inversée afin de permettre une comparaison adéquate des facteurs causant la détresse.

Les données obtenues au sujet de la détresse montrent que les répondants sont en accord avec le fait que, dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé, ceux-ci doivent effectuer des tâches qui sont souvent interrompues avant d'être achevées (85,2 %, n=52), qu'ils sont contraints de travailler durant de longues périodes de concentration intense (70,5 %, n=43), qu'ils doivent travailler très vite (65,6 %, n=40), qu'ils doivent effectuer une quantité de travail jugée comme étant excessive (59,0 %, n=36) et qu'il manque de ressources humaines disponibles dans le milieu de travail (52,5 %, n=32). Seulement les résultats ayant un niveau d'accord supérieur à 50,0 % ont été considérés dans cette catégorie.

D'autre part, les répondants sont moyennement en accord avec le fait qu'ils doivent attendre le travail de collègues ou d'autres départements afin d'effectuer leur propre travail (49,2 %, n=30) et qu'ils manquent de temps pour exécuter correctement leur travail (36,1 %, n=22). À l'opposé, les répondants sont en désaccord avec le fait qu'il manque de ressources matérielles disponibles dans le milieu de travail afin de permettre une pratique compétente de l'ergothérapie (42,6 %, n=26). La Figure 1 suivante expose ces résultats.

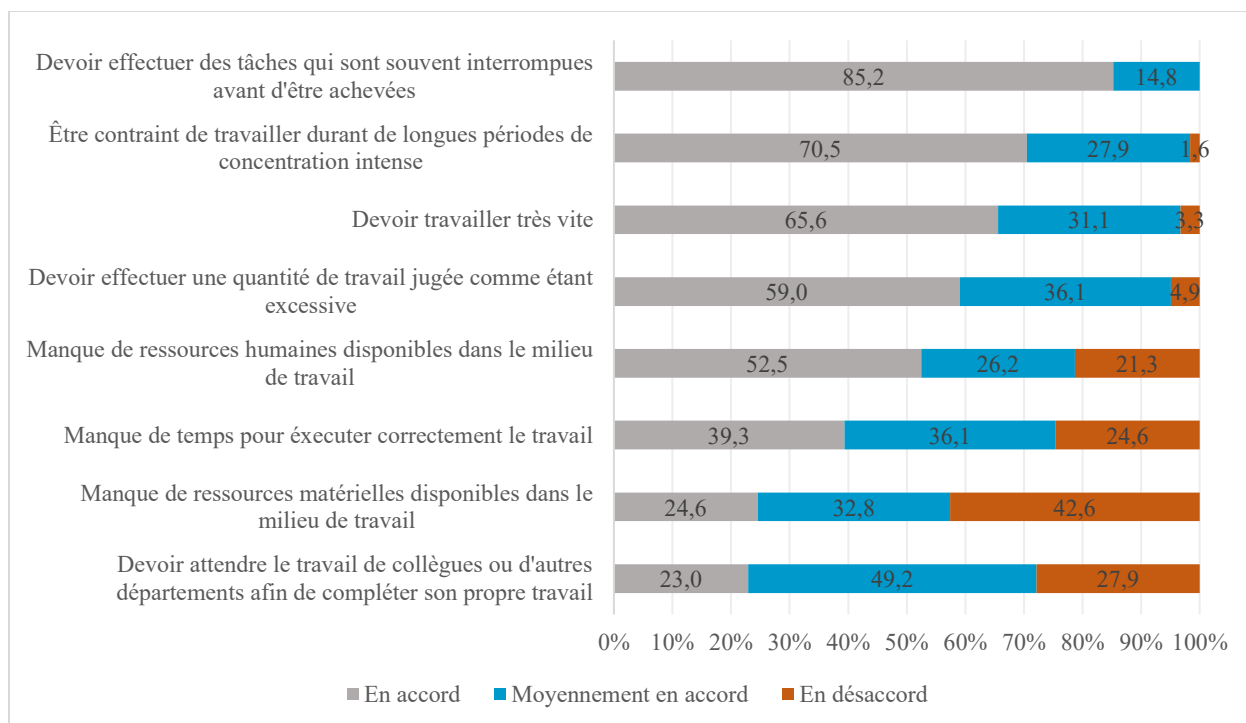


Figure 1. Distribution des sources de détresse chez les ergothérapeutes répondants dans le contexte de la restructuration du réseau la santé et des services sociaux

### 5.2.2. La résilience

Les répondants ont par la suite fourni des réponses pour ce qui est des cinq sous-questions portant sur la résilience en milieu de travail. De la même façon que précédemment, les niveaux de l'échelle de *Likert* ont été regroupés en trois niveaux d'accord distinct afin de simplifier l'analyse des résultats.

Les données obtenues au sujet de la résilience montrent que les répondants sont fortement en accord avec le fait que, malgré la restructuration dans le réseau de la santé, ceux-ci sont capables de maintenir une autonomie professionnelle et décisionnelle satisfaisante (37,7 %, n=23). D'autre part, les répondants sont moyennement en accord avec le fait qu'ils ont une identité professionnelle forte (50,8 %, n=31), qu'ils ont l'opportunité de déployer leurs compétences d'expert en habilitation des occupations (47,5 %, n=29) et qu'ils éprouvent un sentiment fort d'affiliation aux valeurs fondamentales de la profession (44,3 %, n=27). À l'opposé, les répondants sont en désaccord avec le fait qu'ils travaillent au sein d'un contexte de pratique qui répond à leurs attentes et à leurs besoins en tant qu'ergothérapeutes (59,0 %, n=36). La Figure 2 suivante expose ces résultats.

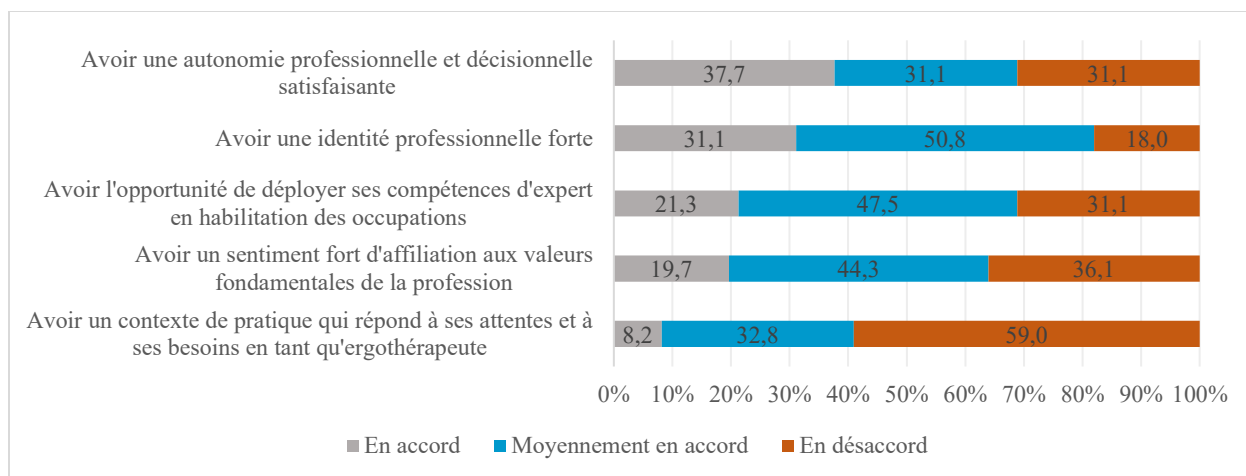


Figure 2. Distribution des sources de résilience chez les ergothérapeutes répondants dans le contexte de la restructuration du réseau la santé et des services sociaux

### 5.3. La pratique centrée sur l'habilitation aux occupations

Parmi l'ensemble des répondants de l'étude ( $n=61$ ), 83,6 % ( $n=51$ ) d'entre eux ont répondu aux questions de la section 3 portant sur la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations. De ces répondants, 64,7 % ( $n=33$ ) considèrent avoir une pratique centrée sur l'habilitation aux occupations, 3,9 % ( $n=2$ ) ne le savent pas et 31,4 % ( $n=16$ ) estiment que non.

Par la suite, les répondants étaient invités à expliquer en quoi leur pratique est centrée sur l'habilitation aux occupations, et ce, peu importe la réponse donnée à la question précédente. Les réponses fournies par les répondants ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Les réponses fournies par les 51 répondants ont conduit à 102 énoncés, dont 66 énoncés qui adressent les éléments représentatifs d'une pratique centrée sur l'habilitation aux occupations et 36 énoncés qui abordent les éléments qui nuisent à cette pratique. L'analyse de contenu de ces énoncés a fait émerger sept thèmes. D'un côté, cinq de ces sept thèmes contribuent aux facteurs positifs de la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations tandis que les deux autres thèmes abordent les difficultés à mettre en action cette pratique. Les thèmes favorisant une telle pratique sont le respect de l'intégrité du client, l'élaboration d'un plan d'intervention en collaboration avec le client et centré sur les occupations, le respect de la mission du programme, la pratique centrée sur le client et ses besoins et l'utilisation d'environnements écologiques. D'autre part, les thèmes illustrant les difficultés à mettre en action cette pratique sont la prédominance de la pratique axée sur la gestion des priorités et le contexte de pratique soumis aux exigences gouvernementales. Le Tableau 2 présente les différents thèmes émergents ainsi que des exemples de verbatim.

Tableau 2.

*La pratique centrée sur l'habilitation aux occupations selon la perspective des répondants*

Thèmes émergeant des énoncés	% (n=102)	Exemples de verbatim
<b>Respect de l'intégrité du client</b>	24,5 % n = 25	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Le développement de l'autonomie au quotidien est au cours de ma pratique »</li> <li>• « Maintenir les acquis »</li> <li>• « Nous visons la participation sécuritaire, agréable et satisfaisante des usagers dans leurs habitudes de vie »</li> <li>• « Développer leur reprise de pouvoir sur leur vie et la motivation à accomplir des occupations significatives »</li> </ul>
<b>Élaboration d'un plan d'intervention en collaboration avec le client et centré sur les occupations</b>	13,7 % n = 14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Nous centrons nos interventions sur l'utilisation de l'activité comme modalité »</li> <li>• « J'interviens pour faciliter la réalisation des occupations selon les priorités établies par le client »</li> <li>• « Déterminer le plan d'intervention conjointement avec le client en utilisant des moyens prouvés par des données probantes pour atteindre les objectifs »</li> </ul>
<b>Respect de la mission du programme</b>	11,7 % n = 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « La mission de mon programme est basée sur la réalisation des habitudes de vie »</li> <li>• « J'aide les gens à retourner à leur occupation rémunérée antérieure »</li> <li>• « [Ma pratique] est axée sur l'habilitation aux occupations de base pour permettre un retour à domicile rapide »</li> <li>• « Les motifs de références sont généralement liés à des activités fonctionnelles difficiles [à réaliser] »</li> <li>• « Être en mesure d'évaluer les occupations des personnes et d'intervenir sur ceux-ci »</li> </ul>
<b>Pratique centrée sur le client et ses besoins</b>	10,8 % n = 11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les approches favorisées sont au niveau fonctionnel, de type top-down »</li> <li>• « Je m'efforce de conserver une vision holistique du client »</li> <li>• « La personne est au centre de mon analyse »</li> <li>• « Je travaille toujours dans le but que l'utilisateur soit en mesure de s'investir dans des occupations correspondant à ses besoins, désirs, intérêts, son développement et son mieux-être »</li> </ul>
<b>Utilisation d'environnements écologiques</b>	3,9 % n = 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Intervenir dans la communauté est un élément facilitant afin d'avoir une pratique davantage axée sur l'habilitation aux occupations »</li> <li>• « Le milieu de vie et le milieu de travail sont utilisés »</li> </ul>
<b>Prédominance de la pratique axée sur la gestion des priorités</b>	19,6 % n = 20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Contexte où la majorité des interventions servent à éteindre des feux »</li> <li>• « Il arrive que le besoin de sécurité soit répondu et l'occupation significative mise en attente »</li> <li>• « Nos interventions se concentrent sur l'essentiel »</li> <li>• « Je compense les incapacités surtout »</li> <li>• « Mes possibilités d'intervenir au niveau des loisirs sont insuffisantes »</li> </ul>
<b>Contexte de pratique soumis aux exigences gouvernementales</b>	15,7 % n = 16	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Pression de la direction pour la durée des séjours »</li> <li>• « Trop peu de temps pour approfondir la pratique »</li> <li>• « Tout doit aller vite [...], sans ajout de ressources en ergothérapie »</li> <li>• « Le manque de matériel limite [la pratique] centrée sur les occupations significatives »</li> </ul>

L'un des énoncés a été préalablement rejeté puisque le répondant a affirmé ne pas connaître le modèle régissant la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations. Parmi les thèmes émergents, le respect de l'intégrité du client inclut plusieurs aspects de la profession, tels que la promotion de l'autonomie, de la sécurité et de la satisfaction du client au travers un processus de soins qui favorise le développement, le maintien des acquis et la possibilité de retrouver son fonctionnement antérieur tout en exerçant un contrôle sur sa vie. Ensuite, le thème abordant l'élaboration d'un plan d'intervention en collaboration avec le client et centré sur les occupations se rapporte à l'importance de mettre le client au centre des interventions. Le respect de la mission du programme se réfère à l'application concrète des objectifs ciblés par le milieu de pratique, telle que favoriser un retour au travail rémunéré ou un retour à domicile. Finalement, les ergothérapeutes répondants ont montré qu'ils considèrent également qu'une pratique centrée sur l'habilitation aux occupations repose sur l'appropriation de pratiques et d'approches qui sont centrées sur le client et plus particulièrement sur ses besoins, et ce, dans des environnements qui sont familiers pour celui-ci.

Alors que le Tableau 2 précédent présentait les éléments représentatifs d'une pratique centrée sur l'habilitation aux occupations et les éléments nuisant à cette pratique, la Figure 3 suivante présente le classement par ordre d'importance des thèmes appartenant à ces deux catégories.

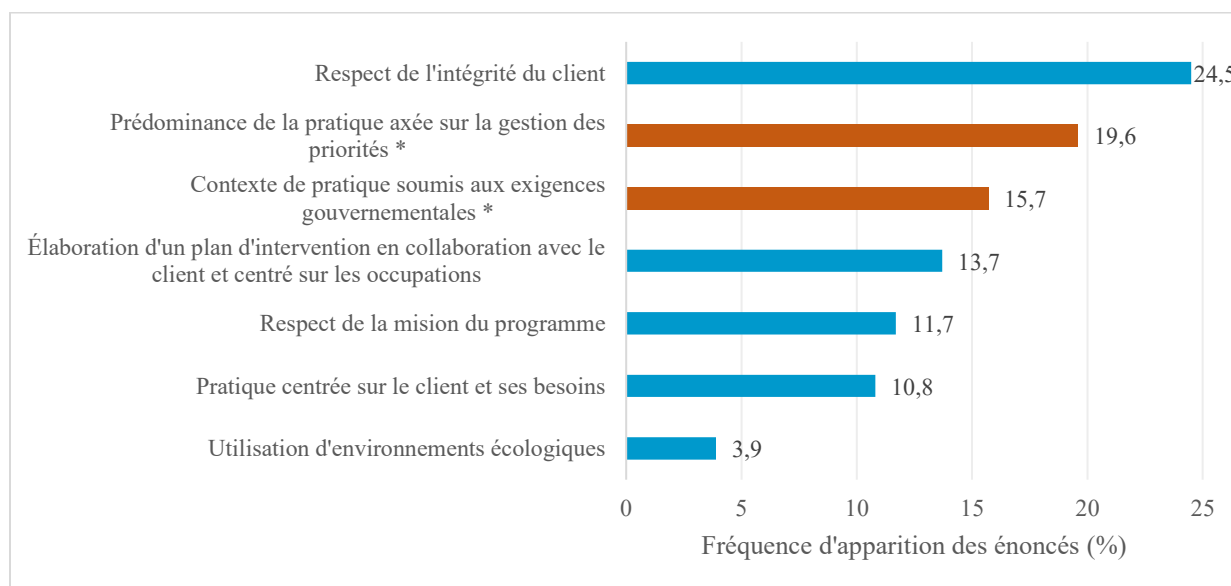


Figure 3. Classement par ordre d'importance des thèmes contributifs ou non à la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations

### **5.3.1. Le déploiement des compétences reliées à la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé**

À la question suivante, les répondants devaient indiquer dans quelle mesure il leur est possible de poursuivre le déploiement de leurs compétences reliées à l'habilitation aux occupations dans le contexte de la restructuration des services de santé. Tel que précédemment, les niveaux de l'échelle de *Likert* ont été regroupés en trois niveaux distincts afin de simplifier l'analyse des résultats. Ainsi, on retrouve les niveaux facile, moyennement possible et peu possible. La formation de ces trois niveaux résulte du regroupement des cotes 7, 6 et 5 (extrêmement facile, très facile et facilement) et des cotes 3, 2 et 1 (peu, très peu et pas du tout possible), tandis que la cote 4 (moyennement) correspond à une cote neutre.

Les compétences que les répondants considèrent comme étant faciles à mettre en pratique sont : pouvoir déterminer des objectifs occupationnels avec le client (62,7 %, n=32), pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le plan d'intervention (62,7 %, n=32), pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le suivi (62,7 %, n=32), pouvoir organiser les services de suivi en fonction de la situation particulière du client (60,8 %, n=30), pouvoir collaborer avec les clients afin qu'ils résolvent les défis de leurs occupations (58,8 %, n=30), pouvoir soutenir les clients (58,8 %, n=30), pouvoir incorporer les occupations importantes et significatives des clients dans le plan d'intervention (56,9 %, n=29), pouvoir favoriser l'apprentissage par l'expérience (54,9 %, n=28), avoir le temps d'analyser les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes des clients (49,0 %, n=25), avoir l'opportunité d'identifier les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes des clients (47,1 %, n=24) et avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs occupations significatives (43,1 %, n=22).

À l'opposé, les compétences que les répondants considèrent les plus difficiles à mettre en pratique sont : avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs valeurs, leurs croyances, leurs suppositions, leurs attentes et leurs désirs (43,1 %, n=22) et pouvoir revendiquer au nom des clients (37,3 %, n=19). Les résultats obtenus sont présentés dans la Figure 4.

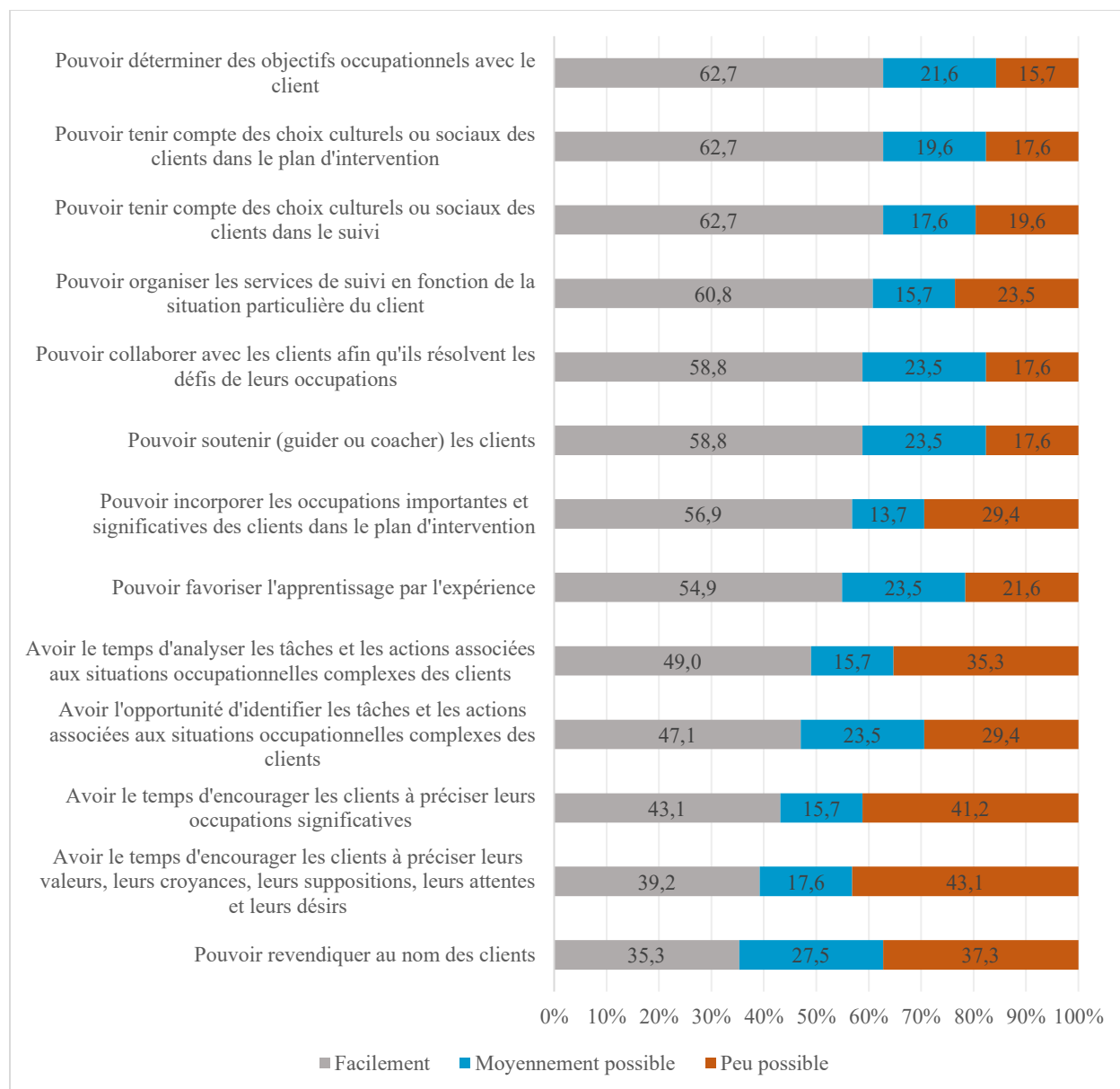


Figure 4. Perception du niveau de facilité à mettre en action les compétences liées à l'habilitation aux occupations

### 5.3.1.1. Les compétences les plus difficiles et les plus faciles à maintenir dans la pratique afin d'habiliter les clients à l'occupation

Aux questions ouvertes portant sur les compétences liées à l'habilitation aux occupations qui sont les plus difficiles et les plus faciles à maintenir dans sa pratique, les réponses fournies par les 51 répondants ont conduit à la formation de 137 énoncés. Parmi ces énoncés, 70 d'entre eux concernent les compétences jugées comme étant difficiles à maintenir dans la pratique tandis que 67 énoncés documentent les compétences qui sont faciles à maintenir dans la pratique. Les énoncés



formulés par les répondants ont été associés aux compétences reliées à l'habilitation aux occupations préalablement déterminées et utilisées à la question précédente. Toutefois, deux des compétences ont été regroupées, soit celle traitant du fait de pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le plan d'intervention et celle adressant le fait de pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le suivi. Ces 12 compétences sont : avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs occupations significatives, avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs valeurs, leurs croyances, leurs suppositions, leurs attentes et leurs désirs, avoir l'opportunité d'identifier les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes des clients, avoir le temps d'analyser les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes des clients, pouvoir déterminer des objectifs occupationnels avec le client, pouvoir incorporer les occupations importantes et significatives des clients dans le plan d'intervention, pouvoir organiser les services de suivi en fonction de la situation particulière du client, pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le plan d'intervention et dans le suivi, pouvoir revendiquer au nom des clients, pouvoir soutenir les clients, pouvoir collaborer avec les clients afin qu'ils résolvent les défis de leurs occupations et pouvoir favoriser l'apprentissage par l'expérience.

Tout d'abord, pour ce qui est de la question concernant les compétences reliées à l'habilitation aux occupations qui sont le plus faciles à maintenir dans la pratique, 12 énoncés ont été rejetés, car ils ne permettaient pas de répondre à la question. Ainsi, l'analyse des énoncés montre que, selon la fréquence d'apparition, les compétences d'habilitation aux occupations qui sont les plus faciles à maintenir dans sa pratique dans le contexte actuel sont le pouvoir d'incorporer les occupations importantes et significatives des clients dans le plan d'intervention (18,2 %, n=10), le pouvoir de déterminer des objectifs occupationnels avec le client (18,2 %, n=10) et le pouvoir de tenir compte des choix culturels et sociaux des clients dans le plan d'intervention et dans le suivi (12,7 %, n=7).

Ensuite, pour ce qui est de la question concernant les compétences reliées à l'habilitation aux occupations qui sont le plus difficiles à maintenir dans la pratique, neuf énoncés ont été rejetés, car ils ne permettaient pas de répondre à la question posée. De la même façon, l'analyse des énoncés montre que, selon la fréquence d'apparition, les compétences d'habilitation aux

occupations qui sont les plus difficiles à maintenir dans sa pratique dans le contexte actuel sont la restructuration dans le réseau de la santé sont le pouvoir d'organiser les services de suivi en fonction de la situation particulière du client (16,4 %, n=10), le pouvoir de revendiquer au nom des clients (13,1 %, n=8) et le pouvoir d'incorporer les occupations importantes et significatives des clients dans le plan d'intervention (11,5 %, n=7). Les détails concernant les résultats obtenus pour les énoncés portant sur les compétences jugées comme faciles et difficiles à maintenir dans la pratique sont exposés dans le Tableau 3.

Tableau 3.

*Perception des ergothérapeutes concernant les compétences reliées à l'habilitation aux occupations qui sont les plus faciles et les plus difficiles à maintenir dans la pratique dans le contexte actuel*

<b>Compétences reliées à l'habilitation aux occupations</b>	<b>Facile (%)</b>	<b>Difficile (%)</b>	<b>Écart</b>
Pouvoir déterminer des objectifs occupationnels avec le client	18,2	6,6	11,6
Pouvoir incorporer les occupations importantes et significatives des clients dans le plan d'intervention	18,2	11,5	6,7
Pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le plan d'intervention et dans le suivi	12,7	8,2	4,5
Pouvoir favoriser l'apprentissage par l'expérience	9,1	4,9	4,2
Avoir l'opportunité d'identifier les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes des clients	1,8	1,6	0,2
Avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs valeurs, leurs croyances, leurs suppositions, leurs attentes et leurs désirs	9,1	9,8	-0,7
Pouvoir revendiquer au nom des clients	10,9	13,1	-2,2
Pouvoir collaborer avec les clients afin qu'ils résolvent les défis de leurs occupations	3,6	6,6	-2,9
Avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs occupations significatives	3,6	6,6	-2,9
Pouvoir soutenir (guider ou <i>coacher</i> ) les clients	3,6	8,2	-4,6
Avoir le temps d'analyser les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes des clients	0,0	6,6	-6,6
Pouvoir organiser les services de suivi en fonction de la situation particulière du client	9,1	16,4	-7,3

La comparaison entre les compétences faciles et difficiles à maintenir dans la pratique dans le contexte actuel montre que davantage de compétences sont jugées comme étant difficiles à mettre en pratique actuellement chez les ergothérapeutes. Toutefois, le seul élément présentant un écart important entre ces deux perceptions indique une plus grande facilité à mettre en application l'une des compétences reliées à l'habilitation aux occupations, soit celle de pouvoir déterminer des

objectifs occupationnels avec le client (écart de 11,6). L'importance de l'écart entre les perceptions des ergothérapeutes montre qu'il est également jugé plus facile de pouvoir incorporer les occupations importantes et significatives des clients dans le plan d'intervention (écart de 6,7). À l'opposé, les compétences présentant des écarts élevés tout en étant jugées comme étant majoritairement plus difficiles à mettre en pratique sont le fait de pouvoir organiser les services de suivi en fonction de la situation particulière du client (écart de 7,3) et d'avoir le temps d'analyser les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes des clients (écart de 6,6).

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

La section suivante présente la comparaison des résultats entre les répondants qui sont détenteurs d'un baccalauréat en ergothérapie et ceux qui sont détenteurs d'une maîtrise. En premier lieu, une comparaison des résultats est effectuée entre ces deux groupes pour ce qui est de la détresse et de la résilience chez les ergothérapeutes. En second lieu, la comparaison de la perception de ces deux groupes pour la facilité à mettre en action les compétences reliées à l'habilitation aux occupations sera exposée.

##### **5.4.1. Comparaison des résultats sur la détresse**

La comparaison des résultats obtenus entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise en réponse aux énoncés portant sur la détresse psychologique vécue dans le milieu de travail montre qu'il y a peu d'écart entre les deux groupes. Le Tableau 4 présente la comparaison entre les deux groupes ciblés. Le pourcentage d'accord présenté dans le tableau regroupe deux des niveaux formés préalablement, soit celui des résultats en accord (cotes 7 et 6) et moyennement en accord (cotes 5 et 4). Également, de la même façon que précédemment, la cotation des énoncés 3, 7 et 8 est inversée afin de permettre une comparaison adéquate des facteurs causant la détresse.

Tableau 4.

*Comparaison de la détresse entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et d'une maîtrise*

Sources de détresse chez les ergothérapeutes		Accord (%)	Écart
Manque de temps pour exécuter correctement le travail	Baccalauréat	81,0	17,8
	Maîtrise	63,2	
Devoir effectuer une quantité de travail jugée comme étant excessive	Baccalauréat	97,6	8,1
	Maîtrise	89,5	
Manque de ressources humaines disponibles dans le milieu de travail	Baccalauréat	81,0	7,3
	Maîtrise	73,7	
Être contraint de travailler durant de longues périodes de concentration intense	Baccalauréat	100,0	5,3
	Maîtrise	94,7	
Devoir travailler très vite	Baccalauréat	97,6	2,9
	Maîtrise	94,7	
Devoir effectuer des tâches qui sont souvent interrompues avant d'être achevées	Baccalauréat	100,0	0,0
	Maîtrise	100,0	
Manque de ressources matérielles disponibles dans le milieu de travail	Baccalauréat	54,8	-8,4
	Maîtrise	63,2	
Devoir attendre le travail de collègues ou d'autres départements afin de compléter son propre travail	Baccalauréat	66,7	-17,5
	Maîtrise	84,2	

Les éléments qui présentent les écarts les plus importants sont le manque de temps pour exécuter correctement le travail (écart de 17,8) et le fait de devoir attendre le travail de collègues ou d'autres départements afin de compléter son propre travail (écart de -17,5). Également, les éléments qui présentent des écarts faibles ainsi qu'un pourcentage plus élevé d'accord chez les répondants détenteurs d'un baccalauréat sont le fait de devoir effectuer une quantité de travail jugée comme étant excessive (écart de 8,1), le manque de ressources humaines disponibles dans le milieu de travail (écart de 7,3), le fait d'être contraint de travailler durant de longues périodes de concentration intense (écart de 5,3) et devoir travailler très vite (écart de 2,9). D'un autre côté, l'élément qui présente un écart faible ainsi qu'un pourcentage plus élevé d'accord chez les répondants détenteurs d'une maîtrise est le manque de ressources matérielles disponibles dans le milieu de travail (écart de -8,4). Finalement, il n'y a pas de différences entre les détenteurs d'un baccalauréat et d'une maîtrise puisque l'ensemble des répondants considèrent qu'ils doivent effectuer des tâches qui sont souvent interrompues avant d'être achevées.

#### 5.4.2. Comparaison des résultats sur la résilience

La comparaison des résultats obtenus en réponse aux énoncés portant sur la résilience vécue par les ergothérapeutes montre également qu'il y a peu d'écart entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise. Le Tableau 5 présente la comparaison entre les deux groupes

ciblés. De la même façon, le pourcentage d'accord présenté dans le tableau regroupe les résultats en accord (cotes 7 et 6) et moyennement en accord (cotes 5 et 4).

Tableau 5.

*Comparaison de la résilience entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et une maîtrise*

Sources de résilience chez les ergothérapeutes		Accord (%)	Écart
Avoir un sentiment fort d'affiliation aux valeurs fondamentales de la profession	Baccalauréat	69,0	16,4
	Maîtrise	52,6	
Avoir une identité professionnelle forte	Baccalauréat	83,3	4,4
	Maîtrise	78,9	
Avoir l'opportunité de déployer ses compétences d'expert en habilitation des occupations	Baccalauréat	69,0	0,6
	Maîtrise	68,4	
Avoir une autonomie professionnelle et décisionnelle satisfaisante	Baccalauréat	66,7	-7,0
	Maîtrise	73,7	
Avoir un contexte de pratique qui répond à ses attentes et à ses besoins en tant qu'ergothérapeute	Baccalauréat	38,1	-9,3
	Maîtrise	47,4	

Le seul élément qui présente un écart important ainsi qu'un pourcentage plus élevé d'accord pour les répondants détenteurs d'un baccalauréat est le fait d'avoir un sentiment fort d'affiliation aux valeurs fondamentales de la profession (écart de 16,4). Également, les éléments qui présentent des écarts faibles ainsi qu'un pourcentage plus élevé d'accord chez les répondants détenteurs d'un baccalauréat sont le fait d'avoir une identité professionnelle forte (écart de 4,4) et d'avoir l'opportunité de déployer ses compétences d'expert en habilitation des occupations (écart de 0,6). Finalement, les éléments qui présentent des écarts faibles ainsi qu'un pourcentage plus élevé d'accord chez les répondants détenteurs d'une maîtrise sont le fait d'avoir un contexte de pratique qui répond à ses attentes et à ses besoins en tant qu'ergothérapeute (écart de -9,3) et d'avoir une autonomie professionnelle et décisionnelle satisfaisante (écart de -7,0).

#### **5.4.3. Comparaison du déploiement des compétences reliées à la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé**

À la question concernant la perception de la possibilité de poursuivre le déploiement des compétences reliées à l'habilitation aux occupations dans le contexte de la restructuration des services de santé, la comparaison des résultats obtenus entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et ceux d'une maîtrise montre qu'il y a plusieurs différences entre ces deux groupes. Le Tableau 6 présente la comparaison entre les deux groupes ciblés. Le pourcentage de la facilité présenté dans le tableau tient compte des résultats obtenus à l'un des niveaux formés préalablement, soit le niveau « facile » (extrêmement facile, très facile et facilement).

Tableau 6.

*Comparaison de la facilité à mettre en pratique les compétences reliées à l'habilitation aux occupations entre les répondants détenteurs d'un baccalauréat et d'une maîtrise*

<b>Compétences reliées à l'habilitation aux occupations</b>		<b>Facilité (%)</b>	<b>Écart</b>
Avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs valeurs, leurs croyances, leurs suppositions, leurs attentes et leurs désirs	Baccalauréat	50,0	36,7
	Maîtrise	13,3	
Pouvoir déterminer des objectifs occupationnels avec le client	Baccalauréat	72,2	32,2
	Maîtrise	40,0	
Pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le suivi	Baccalauréat	72,2	32,2
	Maîtrise	40,0	
Pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le plan d'intervention	Baccalauréat	72,2	32,2
	Maîtrise	40,0	
Avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs occupations significatives	Baccalauréat	50,0	23,3
	Maîtrise	26,7	
Pouvoir favoriser l'apprentissage par l'expérience	Baccalauréat	61,1	21,1
	Maîtrise	40,0	
Pouvoir collaborer avec les clients afin qu'ils résolvent les défis de leurs occupations	Baccalauréat	63,9	17,2
	Maîtrise	46,7	
Pouvoir soutenir (guider ou <i>coacher</i> ) les clients	Baccalauréat	63,9	17,2
	Maîtrise	46,7	
Avoir le temps d'analyser les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes des clients	Baccalauréat	52,8	12,8
	Maîtrise	40,0	
Avoir l'opportunité d'identifier les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes des clients	Baccalauréat	50,0	10,0
	Maîtrise	40,0	
Pouvoir incorporer les occupations importantes et significatives des clients dans le plan d'intervention	Baccalauréat	55,6	-4,4
	Maîtrise	60,0	
Pouvoir organiser les services de suivi en fonction de la situation particulière du client	Baccalauréat	58,3	-8,3
	Maîtrise	66,7	
Pouvoir revendiquer au nom des clients	Baccalauréat	30,6	-16,1
	Maîtrise	46,7	

Les compétences qui sont considérées comme étant les plus faciles à mettre en pratique par les répondants détenteurs d'un baccalauréat sont : avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs valeurs, leurs croyances, leurs suppositions, leurs attentes et leurs désirs (écart de 36,7), pouvoir déterminer des objectifs occupationnels avec le client (écart de 32,2), pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le suivi (écart de 32,2), pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le plan d'intervention (écart de 32,2), avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs occupations significatives (écart de 23,3), pouvoir favoriser l'apprentissage par l'expérience (écart de 21,1), pouvoir collaborer avec les clients afin qu'ils résolvent les défis de leurs occupations (écart de 17,2), pouvoir soutenir les clients (écart de 17,2), avoir le temps d'analyser les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles

complexes des clients (écart de 12,8) et avoir l'opportunité d'identifier les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes des clients (écart de 10,0).

À l'inverse, les compétences qui sont considérées comme étant les plus faciles à mettre en pratique par les répondants détenteurs d'une maîtrise comparativement aux répondants détenteurs d'un baccalauréat sont : pouvoir revendiquer au nom des clients (écart de -16,1), pouvoir organiser les services de suivi en fonction de la situation particulière du client (écart de -8,3) et pouvoir incorporer les occupations importantes et significatives des clients dans le plan d'intervention (écart de -4,4).

## **6. DISCUSSION**

La section qui suit discute des résultats provenant de la présente étude qui adresse la détresse et la résilience chez les ergothérapeutes dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations dans ce contexte. Dans un premier temps, les résultats obtenus quant aux sentiments de détresse et de résilience vécus sont discutés. Ensuite, les résultats relatifs à la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations sont abordés et plus particulièrement, la perspective des ergothérapeutes concernant leur pratique centrée sur l'habilitation aux occupations et le déploiement de leurs compétences reliées à l'habilitation aux occupations dans le contexte actuel sont discutés. Les différences entre les ergothérapeutes bacheliers et ceux détenteurs d'une maîtrise sont également discutées. Enfin, les forces et limites de cette étude sont exposées.

### **6.1. Perception des ergothérapeutes quant à la détresse et la résilience vécues dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé et de services sociaux**

Cette étude apporte des résultats inédits concernant la détresse et la résilience des ergothérapeutes dans le contexte actuel. Dans un premier temps, les résultats de cette étude montrent que les ergothérapeutes sont soumis à la présence de plusieurs facteurs de risque associés à un niveau de détresse élevé dans le contexte actuel de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux. En fait, la majorité des ergothérapeutes de cette étude sont d'accord avec le fait que dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé, ils doivent effectuer des tâches qui sont souvent interrompues avant d'être achevées, ils sont contraints de travailler durant de longues périodes de concentration intense, ils doivent travailler très vite, ils doivent effectuer une quantité de travail jugée comme étant excessive et qu'il manque de ressources humaines disponibles dans le milieu de travail. Ainsi, puisque l'ensemble de ces contraintes sont associées au développement de la détresse (Karasek, 1979) et plus particulièrement à la détresse chez les ergothérapeutes (Lloyd et King, 2001 ; Lloyd, McKenna et King, 2005 ; Wressle et Samuelsson, 2014), il est possible d'affirmer que les ergothérapeutes sont susceptibles de vivre de la détresse psychologique dans leur milieu de travail actuellement. Également, selon le modèle des exigences et du contrôle de Karasek (1979), tout porte à croire que ces contraintes organisationnelles contribuent à la détresse psychologique et donc, qu'elles nuisent à la latitude décisionnelle des ergothérapeutes, notamment en raison du fait que ceux-ci doivent répondre plus rapidement aux



demandes de l'emploi qui sont toujours grandissantes. Cependant, les résultats font également valoir que ce ne sont pas l'ensemble des sources de détresse préalablement identifiées qui sont vécues par les ergothérapeutes dans le contexte actuel. En effet, un nombre important d'ergothérapeutes, sans toutefois être la majorité des répondants, sont en désaccord avec le fait que, depuis la restructuration, il manque de ressources matérielles disponibles dans le milieu de travail afin de permettre une pratique compétente de l'ergothérapie.

D'un autre côté, la perspective des ergothérapeutes concernant la présence de sources de résilience dans les milieux de pratique est plus hétérogène que celles associées à la détresse. Autrement dit, les résultats suggèrent que le contexte de soins actuel ne favorise pas le développement de la résilience chez les ergothérapeutes ayant dû modifier leur pratique pour se soumettre aux nouvelles exigences gouvernementales adoptées suite à la restructuration du système de santé. Ainsi, l'emphase mise actuellement sur la performance, la rapidité et l'efficacité depuis la restructuration dans le réseau de la santé peut permettre d'expliquer la difficulté à maintenir un sentiment de résilience au travail et ainsi favoriser le développement croissant de la détresse. L'ensemble de ces résultats sont congruents avec les données obtenues par l'APTS (2017).

Lorsque ces deux concepts sont mis en relation, soit la détresse et la résilience, il est possible d'observer qu'au-delà de la moitié des ergothérapeutes répondants de l'étude indiquent être en accord avec la plupart des facteurs associés à la détresse tandis que ce sont près du tiers des répondants qui sont en accord avec quelques facteurs associés à la résilience seulement. Ainsi, il apparaît que la réforme du réseau de la santé et des services sociaux agit sur le développement de la détresse chez les ergothérapeutes québécois, mais que tout de même, ceux-ci sont capables de maintenir une résilience satisfaisante, mais fragile, dans ce contexte.

## **6.2. Perception des ergothérapeutes quant à l'application des compétences reliées à la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations**

Dans un second temps, ce sont 64,7 % des répondants qui considèrent que leur pratique est centrée sur l'habilitation aux occupations. L'explication de leur position quant à l'application des compétences reliée à la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations met en lumière la présence de contraintes à cette pratique dans le contexte actuel. En fait, les données obtenues au

sujet de la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations montrent que les ergothérapeutes ont une forte tendance à exprimer les facteurs qui nuisent à l'application des meilleures pratiques en ergothérapie. Cela est d'autant plus vrai si l'on considère le fait que la question posée était la suivante : « Expliquez en quoi votre pratique est centrée sur l'habilitation aux occupations ». En fait, ce sont plus du quart des énoncés (35,3 %) qui rapportent les facteurs qui nuisent à la mise en action de la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations des ergothérapeutes québécois. Ces facteurs sont : la prédominance de la pratique axée sur la gestion des priorités et le contexte de pratique soumis aux exigences gouvernementales. Ainsi, dans leurs explications, les ergothérapeutes rapportent plusieurs contraintes organisationnelles qu'ils les empêchent d'adopter une pratique centrée sur l'habilitation aux occupations dans leur milieu. Parmi ces contraintes, les répondants nomment plus précisément le manque de temps, le manque de ressource ainsi que la pression induite par leur supérieur pour favoriser la performance et l'efficacité de l'établissement de soins. Ainsi, ces résultats laissent croire que certaines contraintes organisationnelles propres à la restructuration du réseau de la santé agissent à titre de défis quant à la mise en pratique de la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations des ergothérapeutes québécois ayant complété cette étude. Cette conclusion est similaire à celle réalisée dans l'étude de Tremblay et Brousseau (2018) portant sur la pratique centrée sur le client dans le contexte actuel.

Plus précisément, les explications précisant le déploiement des compétences dans leur pratique correspondent aux différents principes de l'approche centrée sur l'habilitation aux occupations, soit : le choix, le risque et l'imputabilité ; l'engagement du client ; le changement ; la justice ; la projection de la possibilité et le partage du pouvoir (Townsend et al., 2013). En fait, les explications des répondants sont principalement axées sur le respect de l'intégrité du client, l'élaboration d'un plan d'intervention en collaboration avec le client et centré sur les occupations, le respect de la mission du programme et la pratique centrée sur le client et ses besoins. Également, bien que ce soit 31,4 % des répondants qui estiment que leur pratique n'est pas centrée sur l'habilitation aux occupations et que ce nombre apparaît comme inquiétant, ces données sont comparables à celles obtenues par Tremblay et Brousseau (2018) pour ce qui est de la pratique centrée sur le client.

### **6.3. La pratique centrée sur l'habilitation aux occupations chez des ergothérapeutes québécois dans le contexte actuel**

Dans un troisième temps, les résultats de l'étude montrent que, dans le contexte de la restructuration du système de santé et de services sociaux, la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations des ergothérapeutes québécois se voit être modifiée.

Tout d'abord, la majorité des ergothérapeutes de l'étude trouvent que, dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé québécois, il est moyennement possible ou peu possible de pouvoir revendiquer au nom des clients, d'avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs valeurs, leurs croyances, leurs suppositions, leurs attentes et leurs désirs, d'avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs occupations significatives, d'avoir l'opportunité d'identifier les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes des clients et d'avoir le temps d'analyser les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes des clients. Ainsi, il est possible de remarquer que les compétences nommées comme étant peu possibles ou moyennement possibles à mettre en pratique actuellement se rapportent majoritairement au temps et aux opportunités disponibles dans le milieu de travail. Il est donc possible de déduire que les répercussions de la plus récente restructuration dans le réseau de la santé affectent principalement la pratique de l'ergothérapeute à ce niveau. En parallèle, les compétences qui sont jugées comme étant les plus difficiles à maintenir dans sa pratique dans le contexte de la restructuration dans le réseau de la santé sont le pouvoir d'organiser les services de suivi en fonction de la situation particulière du client, le pouvoir de revendiquer au nom des clients et le pouvoir d'incorporer les occupations importantes et significatives des clients dans le plan d'intervention.

D'un autre côté, les résultats ont également fait valoir que la pratique en ergothérapie ne se voit pas être modifiée à tous les niveaux suite à la restructuration du réseau de la santé. À cet égard, la majorité des répondants de l'étude trouvent que, dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé québécois, il est facile de pouvoir déterminer des objectifs occupationnels avec le client, de pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le plan d'intervention, de pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le suivi, de pouvoir organiser les services de suivi en fonction de la situation particulière du client, de pouvoir collaborer avec les clients afin qu'ils résolvent les défis de leurs occupations, de pouvoir soutenir les clients, de

pouvoir incorporer les occupations importantes et significatives des clients dans le plan d'intervention et de pouvoir favoriser l'apprentissage par l'expérience. Cette facilité peut être expliquée par le fait que ces éléments sont inhérents à la profession de l'ergothérapie et qu'il représente des compétences clés et contributives qui se retrouvent à être l'essence même de la profession (Townsend et al., 2013). En comparaison, les compétences qui sont jugées comme étant les plus faciles à maintenir dans sa pratique sont le pouvoir d'incorporer les occupations importantes et significatives des clients dans le plan d'intervention, le pouvoir de déterminer des objectifs occupationnels avec le client, le pouvoir de tenir compte des choix culturels et sociaux des clients dans le plan d'intervention et dans le suivi et le pouvoir de revendiquer au nom des clients. Le fait que la majorité de ces compétences soient axées sur l'importance de l'intégration des occupations dans le plan d'intervention est congruent avec les résultats obtenus par Baillargeon-Desjardins et Brousseau (2018) dans leur récente étude.

Par ailleurs, la complémentarité des réponses obtenues permet de constater que ce ne sont pas nécessairement les compétences qui sont jugées comme étant les plus difficiles à mettre en pratique qui sont également celles qui sont réalisées le moins facilement. En effet, le manque de pouvoir à revendiquer au nom des clients est l'unique compétence qui est jugée de façon importante comme étant à la fois peu possible ou moyennement possible à mettre en application dans le milieu et comme étant la compétence la plus difficile à maintenir dans sa pratique dans le contexte de la restructuration actuelle. Toutefois, cette compétence est également jugée par les ergothérapeutes comme étant l'une des compétences qui est facile à maintenir dans la pratique actuellement. La divergence entre ces différents résultats peut être expliquée par la différence entre les milieux de pratique, mais également par le niveau de résilience des professionnels. Également, il est possible que le fait de revendiquer au nom des clients soit l'une des compétences qui nécessitent une identité professionnelle forte (Fitzgerald, 2014) et donc, il se peut que l'ambiguïté au sujet de cette compétence soit liée à l'expérience des répondants.

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

Dans un quatrième temps, puisque les résultats précédents ont démontré que les caractéristiques des répondants avaient possiblement une influence sur les résultats obtenus, cette étude s'est intéressée aux différences ainsi qu'aux similitudes entre les résultats des répondants

détenteurs d'un baccalauréat en ergothérapie et ceux détenteur d'une maîtrise. Pour ce faire, la section qui suit présente cette comparaison en deux temps, soit la comparaison du niveau de détresse et de résilience vécu par les ergothérapeutes ainsi qu'une comparaison de leur perception concernant le déploiement des compétences reliées à la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé.

#### **6.4.1. Comparaison de la détresse et de la résilience vécues par les ergothérapeutes**

Les résultats de la présente étude soulignent que les ergothérapeutes détenteurs d'un baccalauréat sont plus susceptibles de vivre de la détresse psychologique lorsqu'ils sont en présence des sources de détresse suivantes : le manque de temps pour exécuter correctement le travail, le fait de devoir effectuer une quantité de travail jugée comme étant excessive, le manque de ressources humaines disponibles dans le milieu de travail et le fait d'être contraint de travailler durant de longues périodes de concentration intense. Pour ce qui est des ergothérapeutes détenteurs d'une maîtrise, ceux-ci sont d'avis que la détresse en milieu de travail est exacerbée par le fait de devoir attendre le travail de collègues ou d'autres départements afin de compléter son propre travail et le manque de ressources matérielles disponibles dans le milieu de travail. Cela laisse croire que la détresse des ergothérapeutes détenteurs d'une maîtrise est davantage influencée par des sources externes qui apparaissent comme étant hors du contrôle de ceux-ci. Toutefois, les éléments relatifs à la modification ou la réorganisation de la pratique de la profession affectent davantage les ergothérapeutes détenteurs d'un baccalauréat.

D'un autre côté, les ergothérapeutes détenteurs d'un baccalauréat sont plus susceptibles de vivre de la résilience dans leur milieu de travail puisqu'il est possible pour ceux-ci de maintenir un sentiment fort d'affiliation aux valeurs fondamentales de la profession et ils sont d'avis que leur pratique permet de maintenir une identité professionnelle forte. Également, il est probable que cette restructuration ne soit pas la première vécue par les ergothérapeutes détenteurs d'un baccalauréat. À l'opposé, les détenteurs d'une maîtrise associent probablement leur résilience à d'autres sources que leurs années d'expérience et leur identité professionnelle. En fait, de leur côté, les ergothérapeutes ayant une maîtrise sont d'avis que la résilience est favorisée par le fait d'avoir un contexte de pratique qui répond à ses attentes et à ses besoins en tant qu'ergothérapeute et par une autonomie professionnelle et décisionnelle satisfaisante.

#### **6.4.2. Comparaison de la perception de la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations par les ergothérapeutes dans le contexte de la restructuration du réseau de la santé**

Les ergothérapeutes détenteurs d'un baccalauréat, comparativement à ceux détenteurs d'une maîtrise, trouvent qu'il est facile, dans le contexte actuel, de trouver le temps d'encourager les clients à préciser leurs valeurs, leurs croyances, leurs suppositions, leurs attentes et leurs désirs, de pouvoir déterminer des objectifs occupationnels avec le client, de pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le suivi, de pouvoir tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le plan d'intervention, d'avoir le temps d'encourager les clients à préciser leurs occupations significatives et de pouvoir favoriser l'apprentissage par l'expérience. À cet égard, il est possible que les ergothérapeutes détenteurs d'une maîtrise, qui ont moins d'années d'expérience en tant qu'ergothérapeute dans le réseau de santé publique, ne soient pas d'avis que la restructuration actuelle facilite la mise en pratique des compétences nommées puisqu'il se peut qu'ils n'aient pas eu l'opportunité de développer leur résilience ainsi qu'un grand nombre de stratégies pour s'adapter aux changements structuraux des systèmes de santé. Cette supposition est similaire à celle formulée par Tremblay et Brousseau (2018) dans leur étude ayant comparé la perception de la facilité à mettre en pratique les principes de la pratique centrée sur la personne dans le contexte actuel entre les ergothérapeutes détenteurs d'un baccalauréat et d'une maîtrise.

En fait, la compétence qui est principalement considérée comme étant la plus facile à mettre en pratique par les répondants détenteurs d'une maîtrise comparativement aux répondants détenteurs d'un baccalauréat est de pouvoir revendiquer au nom des clients. Ce résultat vient consolider la perception selon laquelle une identité professionnelle forte permet aux ergothérapeutes de plaider efficacement dans diverses situations. En ce sens, les constats rapportés par Horth et Arsenault (2002) affirmant que les ergothérapeutes détenteurs d'une maîtrise feront preuve d'une grande autonomie et d'une solide identité professionnelle sont congruents avec les résultats de cette étude.

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

Cette étude présente des forces et des limites. Parmi les forces de cette étude, on dénote tout d'abord qu'il s'agit de l'une des seules études à s'intéresser aux répercussions de la restructuration actuelle du réseau québécois de la santé et des services sociaux sur la pratique des ergothérapeutes. De plus, cette étude empirique est, à ce jour et à notre connaissance, la seule a

abordé le phénomène de la détresse et de la résilience en tant que continuum chez des ergothérapeutes pratiquant dans le contexte de la restructuration du système de santé québécois. Également, le nombre de répondants est considéré comme acceptable ce qui permet d'obtenir des données empiriques crédibles. Dans le même ordre d'idée, le devis mixte utilisé permet d'augmenter la validité des analyses réalisées à partir des résultats obtenus. L'utilisation du questionnaire de Karasek représente également une force puisque ce questionnaire est considéré comme étant probablement l'outil le plus répandu et le plus utilisé pour se prononcer sur le stress professionnel dans une organisation (Wassenhove, 2014). Enfin, la combinaison de questions fermées et ouvertes au sujet de la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations dans le questionnaire utilisé pour cette étude a favorisé la triangulation des données.

D'autre part, cette étude comporte également certaines limites. Tout d'abord, l'échantillon de l'étude n'est pas représentatif de la population d'ergothérapeutes au Québec, notamment puisque quelques régions ne sont pas représentées. De plus, la méthode d'échantillonnage utilisée représente une limite puisque l'échantillon peut avoir été biaisé par des ergothérapeutes favorables à la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations ou encore par des ergothérapeutes qui ne sont pas en accord avec la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux actuelle. Dans le même sens, certains ergothérapeutes n'étant pas familiers avec cette pratique ont pu mal interpréter les questions du questionnaire. Également, la collecte de donnée de type questionnaire ayant été effectuée à un seul temps ne permet pas de se positionner avec certitude à savoir si les facteurs identifiés sont seulement présents dans le contexte de la restructuration du système de santé ou si ceux-ci étaient présents avant. Compte tenu de ces limites, il est nécessaire d'être prudent avec la généralisation des résultats à toute la population d'ergothérapeutes québécois.

## 7. CONCLUSION

La présente étude expose des résultats inédits en ce qui a trait à l'émergence de la détresse et de la résilience dans le contexte actuel de la restructuration du réseau de la santé ainsi que l'influence de celle-ci sur la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations. Les résultats obtenus montrent qu'au-delà de la moitié des ergothérapeutes répondants de l'étude indiquent être en accord avec la plupart des facteurs associés à la présence de détresse dans les milieux de travail tandis que ce sont près du tiers des répondants qui sont en accord avec quelques facteurs associés au développement de la résilience seulement. Également, les résultats font valoir que ce sont 64,7 % des répondants qui considèrent avoir une pratique centrée sur l'habilitation aux occupations. L'analyse de contenu des explications au sujet de la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations des répondants fait valoir la présence de contraintes à l'actualisation de cette pratique dans les milieux.

Ainsi, les résultats de la présente étude ont des retombées pour la pratique de l'ergothérapie. Entre autres, les résultats suggèrent une remise en question de la part des ergothérapeutes afin de trouver des moyens pour diminuer la détresse vécue en milieu de travail ainsi que favoriser l'émergence du sentiment de résilience. Également, il apparaît nécessaire d'agir sur le niveau de facilité à déployer les compétences reliées à l'habilitation aux occupations dans leur pratique clinique puisque la pratique centrée sur l'habilitation aux occupations est à la base des meilleures pratiques en ergothérapie.

Finalement, il apparaît nécessaire de poursuivre la réalisation d'études portant sur la restructuration dans le réseau de la santé puisque les impacts de celle-ci ont des répercussions sur la pratique de l'ergothérapie. En effet, une étude portant sur les stratégies utilisées par les ergothérapeutes afin de s'adapter au contexte actuel serait pertinente. Également, à la lumière des résultats obtenus dans la présente étude, il pourrait s'avérer pertinent d'étudier l'efficacité d'un groupe de soutien afin de diminuer la détresse et favoriser la résilience chez les ergothérapeutes québécois. Des études futures dans le cadre d'une prochaine réforme pourraient également être intéressantes afin d'effectuer des comparaisons avec les résultats obtenus dans le contexte actuel.



## RÉFÉRENCES

- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux. (2017). Ce que révèle notre sondage sur la santé psychologique de nos membres. Récupéré à [https://www.apsq.com/fr/nouvelle/ce-que-revele-notre-sondage-sur-la-sante-psychologique-de-nos-membres\\_3858.aspx?id\\_page\\_parent=12666](https://www.apsq.com/fr/nouvelle/ce-que-revele-notre-sondage-sur-la-sante-psychologique-de-nos-membres_3858.aspx?id_page_parent=12666)
- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux. (2018). Le personnel en réadaptation lance un cri d'alarme au CISSS de Lanaudière. Récupéré à [https://www.apsq.com/fr/nouvelle/le-personnel-en-readaptation-lance-un-cri-dalarme-au-cisss-de-lanaudiere\\_4614.aspx?id\\_page\\_parent=12666](https://www.apsq.com/fr/nouvelle/le-personnel-en-readaptation-lance-un-cri-dalarme-au-cisss-de-lanaudiere_4614.aspx?id_page_parent=12666)
- Anaut, M. (2005). *Le concept de résilience et ses applications cliniques*. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-4.htm>
- Ashby, S. E., Ryan, S., Gray, M., & James, C. (2013). Factors that influence the professional resilience of occupational therapists in mental health practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(2), 110-119. doi:10.1111/1440-1630.12012
- Association canadienne des ergothérapeutes (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa : CAOT Publications
- Baillargeon Desjardins, J. & Brousseau, M. (2018). *Les ergothérapeutes européens francophones ont-ils une pratique fondée sur les occupations ?* Article accepté pour publication dans la Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie.
- Beaupré, E. (2014). *Habilitation aux occupations et résilience : description de ce qu'en pensent des ergothérapeutes*. (Essai de maîtrise). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/7437/1/030803438.pdf>
- Brousseau, M., Désormeaux-Moreau, M., & St-Pierre, M.-J. (2013). Les représentations de l'expert en habilitation des occupations par des ergothérapeutes superviseurs de stage. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(1), 28-34. doi:10.1177/0008417412474220
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2009). *Report of the Professional Issues Forum on Workforce Retention in Occupational Therapy*. Repéré à <http://www.caot.ca/document/3732/2009%20Workforce%20Retention%20in%20OT.pdf>
- Che Daud, A. Z., Judd, J., Yau, M., & Barnett, F. (2016a). Issue in Applying Occupation-based Intervention in Clinical Practice: A Delphi Study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 222, 272-282. doi:10.1016/j.sbspro.2016.05.158

- Che Daud, A. Z., Yau, M. K., Barnett, F., Judd, J., Jones, R. E., & Muhammad Nawawi, R. F. (2016b). Integration of occupation based intervention in hand injury rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. *Journal Of Hand Therapy: Official Journal Of The American Society Of Hand Therapists*, 29(1), 30-40. doi:10.1016/j.jht.2015.09.004
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Fitzgerald, M. (2014). Maintaining professional identity and role in the modern workplace. *The British Journal of Occupational Therapy*, 77(8), 1-1. doi:10.4276/030802214X14071472109716
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal : Chenelière education
- Garcia-Dia, M. J., DiNapoli, J. M., Garcia-Ona, L., Jakubowski, R., & O'Flaherty, D. (2013). Concept Analysis : Resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 264-270. doi:10.1016/j.apnu.2013.07.003
- Gouvernement du Québec. (2018a). Réorganisation du réseau : Contexte. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/>
- Gouvernement du Québec. (2018b). Réforme du réseau de la santé et des services sociaux - Le patient au centre de nos décisions. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=809>
- Grenier, J. & Bourque, M. (2014). *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec : La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux*. Repéré à [http://aqdr.org/wp-content/uploads/fds/fds\\_3NGP\\_20150105.pdf](http://aqdr.org/wp-content/uploads/fds/fds_3NGP_20150105.pdf)
- Hardy, G. E., Woods, D., & Wall, T. D. (2003). The impact of psychological distress on absence from work. *The Journal of Applied Psychology*, 88(2), 306-314.
- Harker, R., Pidgeon, A. M., Klaassen, F., & King, S. (2016). Exploring resilience and mindfulness as preventative factors for psychological distress burnout and secondary traumatic stress among human service professionals. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 54 (3), 631-637. doi :10.3233/WOR-162311
- Horth, L. & Arsenault, S. (2002). *La scolarité utile à l'exercice de la profession Ergothérapeute au Québec : résultat d'une analyse documentaire*. Québec : Éduconseil
- International Coach Federation. (2018). Frequently Asked Questions. Repéré à <https://coachfederation.org/faqs>

- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Langevin, V., François, M., Boini, S. & Riou, A. (2011). *Job Content Questionnaire (JCQ)*. Repéré à <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%202>
- Lloyd, C., & King, R. (2001). Work-related stress and occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 8(4), 227.
- Lloyd, C., McKenna, K., & King, R. (2005). Sources of stress experienced by occupational therapists and social workers in mental health settings. *Occupational Therapy International*, 12 (2), 81-94.
- Lopez, A. (2011). Posttraumatic stress disorder and occupational performance: Building resilience and fostering occupational adaptation. *Work*, 38(1), 33-38. doi:10.3233/WOR-2011-1102
- Massé, R. (2000). Qualitative and quantitative analyses of psychological distress: methodological complementarity and ontological incommensurability. *Qualitative Health Research*, 10(3), 411-423.
- Michallet, B. (2009). Résilience : Perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques. *Frontières*, 22(1-2), 10-18.
- Néron, S. (2013). *La perspective des ergothérapeutes sur les défis rencontrés dans leur pratique en adaptation domiciliaire*. (Essai de maîtrise). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/6896/1/030583943.pdf>
- Niedhammer, I., Ganem, V., Gendrey, L., David, S. & Degioanni, S. (2006). Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique*, 18(3), 413-427. doi:10.3917/pub.063.0413
- Organisation mondiale de la santé. (2017). La santé mentale dans les situations d'urgence. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs383/fr/>
- Paulsen, A. A., Meredith, P., Khan, A., Henderson, J., Castrisos, V., & Khan, S. R. (2014). Burnout and work engagement in occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 77 (3), 156-164. doi:10.4276/030802214X13941036266621
- Peloquin, S. M. (2007). A reconsideration of occupational therapy's core values. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(4), 474-478.

- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. & Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd., version française N. Cantin, pp. 15-44). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal Of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536-545. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x
- Scanlan, J. N., & Still, M. (2013). Job satisfaction, burnout and turnover intention in occupational therapists working in mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60 (5), 310-318.
- Steensma, H., Heijer, M. D., & Stallen, V. (2006). Research note: effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. *International Quarterly of Community Health Education*, 27(2), 145-159.
- Thibault, C. (2018). *Développement de l'identité professionnelle chez des étudiants et de récents diplômés en ergothérapie* (Essai de maîtrise inédit). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ... Brown, J. (2013). Habiliter : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd., version française N. Cantin, pp. 103-157). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE
- Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed., version française N. Cantin). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE
- Townsend, E. A., & Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75-87. doi:10.1177/000841740407100203
- Tremblay, V. & Brousseau, M. (2018). *Étude exploratoire de la pratique centrée sur la personne d'ergothérapeutes québécois dans le contexte de santé actuel*. Article accepté pour publication dans la Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie.
- Trottier, S. (1991). La réforme Coté et les organismes communautaires. *Nouvelles pratiques sociales*, 4 (1), 142-147. doi:10.7202/301124ar

- Vézina, M., St-Arnaud, L., Stock, S., Lippel, K. & Funes, A. (2011). Santé mentale. Dans M. Vézina, E. Cloutier, S. Stock, K. Lippel, E. Fortin, A. Delisle, ... P. Prud'homme (dir.), *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. Montréal, Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail.
- Wassenhove, W. V. (2014). *Modèle de Karasek*. Repéré à [https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/875731/filename/modele\\_de\\_karasek.pdf](https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/875731/filename/modele_de_karasek.pdf)
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169. doi:10.1017/S0959259810000420
- Wressle, E., & Samuelsson, K. (2014). High job demands and lack of time: A future challenge in occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(6), 421-428. doi:10.3109/11038128.2014.941929

**ANNEXE A  
QUESTIONNAIRE**

**Habilitation aux occupations dans le contexte de la restructuration des services de santé :  
résilience ou détresse ?**

**SECTION 1 – Questions démographiques**

1. Quel est votre sexe ?	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
2. Quel âge avez-vous ?	
3. De quel niveau êtes-vous détenteur d'un diplôme en ergothérapie ?	<input type="radio"/> Baccalauréat <input type="radio"/> Maîtrise
4. Depuis combien d'années exercez-vous le métier d'ergothérapeute ?	
5. Exercez-vous le métier d'ergothérapeute au Québec ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6. Dans quelle région exercez-vous ?	<input type="radio"/> Bas-Saint-Laurent <input type="radio"/> Saguenay-Lac-Saint-Jean <input type="radio"/> Capitale Nationale <input type="radio"/> Mauricie <input type="radio"/> Estrie <input type="radio"/> Montréal <input type="radio"/> Outaouais <input type="radio"/> Abitibi-Témiscamingue <input type="radio"/> Côte-Nord <input type="radio"/> Nord-du-Québec <input type="radio"/> Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine <input type="radio"/> Chaudière-Appalaches <input type="radio"/> Laval <input type="radio"/> Lanaudière <input type="radio"/> Laurentides <input type="radio"/> Montérégie <input type="radio"/> Centre-du-Québec
7. Exercez-vous le métier d'ergothérapeute dans un établissement public ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
8. Si oui, lequel ?	<input type="radio"/> CH <input type="radio"/> CHSLD <input type="radio"/> CLSC <input type="radio"/> CR <input type="radio"/> Autre : ...
9.auprès de quelle population exercez-vous majoritairement ?	<input type="radio"/> Petite enfance (< 3 ans) <input type="radio"/> Pédiatrie (entre 3 et 13 ans) <input type="radio"/> Adolescents (entre 13 et 20 ans) <input type="radio"/> Adultes (entre 20 et 60 ans) <input type="radio"/> Personnes âgées (plus de 60 ans) <input type="radio"/> Autre : ...
10. auprès de quelle clientèle travaillez-vous ?	<input type="radio"/> Santé physique <input type="radio"/> Santé mentale

## SECTION 2 – Détresse et résilience vécues suite à la restructuration du système de santé et des services sociaux (inspiré de Karasek, 1979)

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

1 Fortement en désaccord	2 En désaccord	3 Quelque peu en désaccord	4 Ni d'accord ni en désaccord	5 Quelque peu en accord	6 En accord	7 Fortement en accord
-----------------------------	-------------------	-------------------------------	----------------------------------	----------------------------	----------------	--------------------------

### Demande psychologique de l'emploi :

- a) Mon travail me demande de travailler très vite<sup>1</sup>
- b) On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive<sup>1</sup>
- c) Je dispose de suffisamment de temps pour exécuter correctement mon travail<sup>1</sup>
- d) Mon travail me demande de longues périodes de concentration intense<sup>1</sup>
- e) Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard<sup>1</sup>
- f) Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail<sup>1</sup>
- g) Les ressources matérielles disponibles dans mon milieu sont suffisantes pour permettre une pratique compétente de l'ergothérapie
- h) Les ressources humaines disponibles dans mon milieu sont suffisantes pour permettre une pratique compétente de l'ergothérapie

Si vous vous sentez en détresse psychologique, contactez le PAE (le programme d'aide aux employés de votre institution) ou la Clinique Universitaire de services psychologiques de l'UQTR 819 376-5088.

### Adoption d'une posture de résilience en milieu de travail :

La résilience se définit comme étant une adaptation positive lorsque quelqu'un vit des moments difficiles ou des situations d'adversité significative.

- i) Ma pratique me permet de maintenir une identité professionnelle forte
- j) Ma pratique me permet d'avoir une autonomie professionnelle et décisionnelle satisfaisante
- k) Ma pratique me permet de maintenir un sentiment fort d'affiliation aux valeurs fondamentales de la profession
- l) Mon contexte de pratique répond à mes attentes et à mes besoins en tant qu'ergothérapeute
- m) J'ai l'opportunité de déployer mes compétences d'expert en habilitation des occupations

<sup>1</sup> Questions provenant du questionnaire de Karasek (1979)

### SECTION 3 – La pratique centrée sur l’habilitation aux occupations

12. Considérez-vous que votre pratique actuelle est centrée sur l’habilitation aux occupations ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

13. Expliquez en quoi votre pratique est centrée sur l’habilitation aux occupations.

14. En vous servant de l’échelle de cotation allant de 1 à 7, indiquez dans quelle mesure il vous est possible de poursuivre le déploiement de vos compétences reliées à l’habilitation aux occupations dans le contexte de la restructuration des services de santé.

1 Pas du tout possible	2 Très peu	3 Peu	4 Moyennement	5 Facilement	6 Très facilement	7 Extrêmement facile
---------------------------	---------------	----------	------------------	-----------------	----------------------	-------------------------

- a) J’ai le temps d’encourager les clients à préciser leurs occupations significatives<sup>2</sup>
- b) J’ai le temps d’encourager les clients à préciser leurs valeurs, leurs croyances, leurs suppositions, leurs attentes et leurs désirs<sup>2</sup>
- c) J’ai l’opportunité d’identifier les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes de mes clients<sup>2</sup>
- d) J’ai le temps d’analyser les tâches et les actions associées aux situations occupationnelles complexes de mes clients<sup>2</sup>
- e) Je peux déterminer des objectifs occupationnels avec le client<sup>2</sup>
- f) Je peux incorporer les occupations importantes et significatives du client dans le plan d’intervention<sup>2</sup>
- g) Je peux organiser les services de suivi en fonction de la situation particulière du client<sup>2</sup>
- h) Je peux tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le plan d’intervention<sup>2</sup>
- i) Je peux tenir compte des choix culturels ou sociaux des clients dans le suivi<sup>2</sup>
- j) Je peux revendiquer au nom de mes clients<sup>3</sup>
- k) Je peux soutenir (guider ou coacher) mes clients<sup>3</sup>
- l) Je peux collaborer avec mes clients pour qu’ils résolvent les défis de leurs occupations<sup>3</sup>
- m) Je peux favoriser l’apprentissage par l’expérience chez mes clients<sup>3</sup>

15. Parmi les énoncés de la question 14, qu’est-ce qui est le plus difficile à maintenir dans votre milieu de pratique afin d’habiliter vos clients à leurs occupations ? Expliquez.

16. Parmi les énoncés de la question 14, qu’est-ce qui est le plus facile à maintenir dans votre milieu de pratique afin d’habiliter vos clients à leurs occupations ? Expliquez.

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

<sup>2</sup> Association canadienne des ergothérapeutes (2012)

<sup>3</sup> Townsend et al. (2013)