

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

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

PAR
ÉMY PRONOVOST

PARLER D'ERGOTHÉRAPIE : PERCEPTION D'ACTEURS CLÉS EN ERGOTHÉRAPIE

DÉCEMBRE 2020

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont facilité mon cheminement dans la réalisation de ce projet et je désire leur exprimer ma sincère reconnaissance. D'abord, je tiens à remercier ma directrice d'essai, Mme Martine Brousseau, pour son accompagnement, ses rétroactions, sa rigueur et son éventail de connaissances qui furent grandement appréciés.

De plus, je tiens à remercier Mme Hélène Sabourin, chef de la direction de l'Association canadienne des ergothérapeutes et réviseure externe de ce projet de recherche. Son temps et ses commentaires constructifs furent d'une grande aide pour enrichir cet essai.

Également, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à cette recherche et qui ont accepté de prendre un peu de leur temps pour répondre au questionnaire.

D'un point de vue plus personnel, je tiens à remercier mes collègues en ergothérapie qui m'ont conseillée dans le cadre du cours de séminaire. Un merci spécial est adressé à mes amies Chloé Martineau et Valérie Roy pour leur grande écoute, leur disponibilité et leurs suggestions tout au long du projet. Finalement, je tiens à remercier du fond du cœur ma famille pour son soutien et ses encouragements durant ces derniers mois.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE	2
2.1. Connaissance de l’ergothérapie par le public	2
2.2. Connaissance de l’ergothérapie par les professionnels de la santé	3
2.3. Connaissance de l’ergothérapie par les ergothérapeutes et les étudiants en ergothérapie.....	4
2.4. Définitions proposées de l’ergothérapie	5
2.5. Concepts propres à l’ergothérapie	6
2.6. Stratégies proposées pour expliquer l’ergothérapie.....	10
2.7. Constats et pertinence de l’étude	13
2.8. Question et objectif de la recherche	14
3. CADRE CONCEPTUEL	15
3.1. Décortiquer des définitions.....	15
3.2. Compétences visibles et invisibles	16
3.3. Les éléments visibles et invisibles de la définition de l’ergothérapie	17
4. MÉTHODE	19
4.1. Devis de recherche.....	19
4.2. Méthode d’échantillonnage	19
4.3. Méthode de collecte de données	20
4.4. Déroulement de l’étude	20
4.5. Analyse des données.....	21
4.6. Considérations éthiques	21
5. RÉSULTATS	22
5.1. Caractéristiques des répondants.....	22
5.2. Perception des diverses définitions.....	23
5.2.1. Accord des répondants avec diverses définitions préalablement sélectionnées	23

5.2.1.1. Accord des répondants avec la définition tirée de l'ouvrage de Radomski et Trombly Latham (2014)	24
5.2.1.2. Accord des répondants avec la définition du MSNBS et de l'ACE (1983) ...	25
5.2.1.3. Accord des répondants avec la définition de l'ACE (1993).....	26
5.2.1.4. Accord des répondants avec la définition de l'OEQ (2020b).....	27
5.2.1.5. Accord des répondants avec la définition de la Fédération mondiale des ergothérapeutes (2012)	28
5.2.1.6. Accord des répondants avec la définition de l'ACE (2016b).....	29
5.2.1.7. Accord des répondants avec la définition des Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie de Townsend et Polatajko (2013).....	30
5.2.2. Recours aux définitions préalablement sélectionnées pour promouvoir l'ergothérapie au grand public.....	31
5.2.3. Commentaires qualitatifs émis par les répondants	32
5.2.3.1. Finissants à la maîtrise en ergothérapie.....	32
5.2.3.2. Chargés de cours en ergothérapie.....	34
5.2.3.3. Professeurs en ergothérapie.....	35
5.2.4. Vue d'ensemble de l'accord des trois groupes de répondants avec les différentes définitions proposées	36
5.2.4.1. Comparaison des différentes définitions en fonction de l'accord donné par les répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie	36
5.2.4.2. Comparaison des différentes définitions en fonction de l'accord donné par les répondants chargés de cours en ergothérapie	37
5.2.4.3. Comparaison des différentes définitions en fonction de l'accord donné par les répondants professeurs en ergothérapie	38
5.3. Concepts identitaires en ergothérapie.....	39
5.3.1. Identification des concepts identitaires en ergothérapie	39
5.3.1.1. Finissants à la maîtrise en ergothérapie.....	40
5.3.1.2. Chargés de cours en ergothérapie.....	41
5.3.1.3. Professeurs en ergothérapie.....	43
5.3.2. Recours aux concepts identitaires pour promouvoir l'ergothérapie au grand public .	44
5.3.3. Commentaires qualitatifs émis par les répondants	44
5.3.3.1. Finissants à la maîtrise en ergothérapie.....	45
5.3.3.2. Chargés de cours en ergothérapie.....	46
5.3.3.3. Professeurs en ergothérapie.....	46
5.4. Messages pour faire connaître l'ergothérapie.....	47
5.4.1. Messages clés.....	47
5.4.1.1. Finissants à la maîtrise en ergothérapie.....	47
5.4.1.2. Chargés de cours en ergothérapie.....	51
5.4.1.3. Professeurs en ergothérapie.....	52
5.4.2. Stratégies à utiliser pour expliquer l'ergothérapie au grand public	54
5.4.2.1. Finissants à la maîtrise en ergothérapie.....	54
5.4.2.2. Chargés de cours en ergothérapie.....	56
5.4.2.3. Professeurs en ergothérapie.....	58

6. DISCUSSION	59
6.1. Perception des définitions proposées en ergothérapie	59
6.2. Concepts identitaires pouvant être inclus dans l'explication de l'ergothérapie	60
6.3. Messages clés pour expliquer l'ergothérapie de façon idéale	62
6.4. Stratégies d'explication et de promotion	63
6.5. Forces et limites de l'étude	64
7. CONCLUSION	66
RÉFÉRENCES	68
ANNEXE A DÉFINITIONS DE L'ERGOTHÉRAPIE	73
ANNEXE B QUESTIONNAIRE.....	76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Concepts identitaires en ergothérapie identifiés dans les études recensées</i>	9
Tableau 2. <i>Description de l'âge des répondants</i>	23
Tableau 3. <i>Accord des répondants avec la définition de Trombly Latham (2014)</i>	24
Tableau 4. <i>Accord des répondants avec la définition du MSNBS et de l'ACE (1983)</i>	25
Tableau 5. <i>Accord des répondants avec la définition de l'ACE (1993)</i>	26
Tableau 6. <i>Accord des répondants avec la définition de l'OEQ (2020b)</i>	27
Tableau 7. <i>Accord des répondants avec la définition de la WFOT (2012)</i>	28
Tableau 8. <i>Accord des répondants avec la définition de l'ACE (2016b)</i>	29
Tableau 9. <i>Accord des répondants avec la définition de Townsend et Polatajko (2013)</i>	30
Tableau 10. <i>Comparaison des groupes pour leurs réponses visant le recours aux définitions préalablement sélectionnées pour promouvoir l'ergothérapie</i>	31
Tableau 11. <i>Thèmes émergeant des commentaires des répondants finissants à la maîtrise quant au recours aux définitions proposées en ergothérapie</i>	33
Tableau 12. <i>Thèmes émergeant des commentaires des répondants chargés de cours quant au recours aux définitions proposées en ergothérapie</i>	34
Tableau 13. <i>Thèmes émergeant des commentaires des répondants professeurs quant au recours aux définitions proposées en ergothérapie</i>	35
Tableau 14. <i>Comparaison de l'accord des répondants finissants à la maîtrise avec les définitions présentées</i>	37
Tableau 15. <i>Comparaison de l'accord des répondants chargés de cours avec les définitions présentées</i>	38
Tableau 16. <i>Comparaison de l'accord des répondants professeurs avec les définitions présentées</i>	39
Tableau 17. <i>Concepts identitaires en ergothérapie identifiés par les répondants finissants à la maîtrise</i>	40
Tableau 18. <i>Concepts identitaires en ergothérapie identifiés par les répondants chargés de cours</i>	42

Tableau 19. <i>Concepts identitaires en ergothérapie identifiés par les répondants professeurs</i>	43
Tableau 20. <i>Comparaison des groupes pour leurs réponses quant au recours aux concepts identitaires pour promouvoir l'ergothérapie.....</i>	44
Tableau 21. <i>Thèmes émergeant des commentaires des répondants finissants à la maîtrise quant au recours aux concepts identitaires avec le public</i>	45
Tableau 22. <i>Thèmes émergeant des commentaires des répondants chargés de cours quant au recours aux concepts identitaires avec le public</i>	46
Tableau 23. <i>Thèmes émergeant des commentaires des répondants professeurs quant au recours aux concepts identitaires avec le public</i>	47
Tableau 24. <i>Messages clés classés en fonction des types d'énoncés d'une définition proposés par les répondants finissants à la maîtrise.....</i>	50
Tableau 25. <i>Messages clés classés en fonction des types d'énoncés d'une définition proposés par les répondants chargés de cours.....</i>	52
Tableau 26. <i>Messages clés classés en fonction des types d'énoncés d'une définition proposés par les répondants professeurs.....</i>	54
Tableau 27. <i>Thèmes émergeant des réponses des répondants finissants à la maîtrise quant aux stratégies d'explication.....</i>	55
Tableau 28. <i>Thèmes émergeant des réponses des répondants chargés de cours quant aux stratégies d'explication</i>	57
Tableau 29. <i>Thèmes émergeant des réponses des répondants professeurs quant aux stratégies d'explication</i>	58
Tableau 30. <i>Recension des définitions de l'ergothérapie</i>	73

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1.</i> Les quatre éléments d'une définition selon Legendre (1993)	15
<i>Figure 2.</i> Schéma de la définition de l'ergothérapie selon le caractère de visibilité et d'invisibilité des éléments qui la constituent.....	18

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AOTA	<i>American Occupational Therapy Association</i>
CAOT	<i>Canadian Association of Occupational Therapists</i>
MNHW	<i>Minister of National Health and Welfare</i>
MSNBS	Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Problématique : La promotion de l'ergothérapie est primordiale au sein d'une population qui la connaît encore trop peu, mais expliquer cette profession ne se fait pas sans difficulté. Aucune étude empirique auprès de personnes susceptibles de considérer la profession dans son ensemble n'a été faite pour documenter comment expliquer l'ergothérapie. Il y a lieu de se questionner sur la façon dont sont perçues les définitions actuelles de l'ergothérapie, les concepts identitaires de la profession ainsi que les messages clés et les stratégies à utiliser pour parler d'ergothérapie.

Objectif : L'objectif de cette étude est de décrire la perception d'acteurs clés en ergothérapie sur les éléments à inclure pour promouvoir l'ergothérapie au grand public.

Cadre conceptuel : Le cadre conceptuel retenu pour cette étude reprend les quatre types d'énoncés contenus dans une définition selon Legendre (1993), soit les énoncés formels, explicatifs, axiologiques et praxiologiques. Le cadre conceptuel se base aussi sur le principe des compétences visibles et invisibles des métiers ou des professions, comme discuté par plusieurs auteurs (Frund, 2008; Peeters, 2018; Turner et Alsop, 2015; Wittorski, 2018).

Méthode : Une étude mixte simultanée a été réalisée par sondage électronique auprès d'un échantillon de convenance. Les données recueillies ont fait l'objet d'analyses statistiques descriptives (données quantitatives) et d'une analyse de contenu (données qualitatives).

Résultats : L'étude a été réalisée auprès de trois groupes de répondants, dans lesquels 21 finissants à la maîtrise, 11 chargés de cours et 8 professeurs en ergothérapie du Québec ont répondu au questionnaire. Les trois groupes ont des perceptions différentes des définitions actuelles de l'ergothérapie, mais leur avis converge sur le fait qu'elles ne sont pas idéales pour une utilisation avec le public. Également, les trois groupes identifient les occupations et les concepts apparentés comme étant les concepts identitaires principaux. Dans leur message clé, les trois groupes abordent les occupations signifiantes et incluent des énoncés sur les buts et valeurs de la profession, mais les professeurs font davantage valoir les éléments invisibles du métier. Les résultats montrent aussi une variété de stratégies pour faciliter la promotion.

Discussion : Il s'agit d'une première étude auprès de ces groupes de répondants qui documente le degré d'accord face aux définitions actuelles proposées en ergothérapie. L'étude apporte aussi des résultats inédits sur les concepts identitaires, en plus de les classer et quantifier. Elle fait également valoir les possibilités de faire des messages clés comprenant plusieurs types d'énoncés.

Conclusion : L'étude propose différents éléments à inclure pour promouvoir l'ergothérapie au grand public. Les concepts identitaires les plus nommés sont les occupations et les concepts apparentés. Les messages clés pour expliquer la profession traitent fréquemment du but, de l'objectif et des valeurs de l'ergothérapie. De futures études seraient pertinentes pour approfondir les résultats ou encore vérifier empiriquement l'efficacité de ces éléments auprès du public.

Mots-clés : ergothérapie, promotion, explication, définitions, concepts identitaires, messages clés, stratégies

ABSTRACT

Background : The promotion of occupational therapy is essential in a population that still knows too little about it, but explaining this profession is not without difficulty. No empirical studies with people likely to consider the profession as a whole have been done to document how to explain occupational therapy. There is reason to question the way in which the current definitions of occupational therapy are perceived, the threshold concepts of the profession, as well as the key messages and strategies that should be used when talking about occupational therapy. **Objective** : The objective of this study is to describe the perceptions of key occupational therapy actors on the elements to include in promoting occupational therapy to the general public. **Conceptual framework** : The conceptual framework retained for this study includes four types of statements contained in a definition according to Legendre (1993), which are formal, explanatory, axiological and praxiological statements. The conceptual framework is also based on the principle of visible and invisible skills of professions, as discussed by several authors (Frund, 2008; Peeters, 2018; Turner and Alsop, 2015; Wittorski, 2018). **Method** : A simultaneous mixed study was carried out by electronic survey of a convenience sample. The data collected was subjected to descriptive statistical analysis (quantitative data) and content analysis (qualitative data). **Results** : The study was carried out with three groups of respondents, in which 21 occupational therapy students at the master level, 11 occupational therapy lecturers and 8 occupational therapy faculty members from Quebec responded to the questionnaire. The three groups have different perceptions of current definitions of occupational therapy, but their opinion converges on the fact that they are not ideal for use with the public. Also, all groups identify occupations and related concepts as the main threshold concepts. In their key message, all groups address meaningful occupations and include statements about purpose and values of the profession, but faculty members emphasize more on the invisible elements of the profession. The results also show a variety of strategies to facilitate promotion. **Discussion** : This is a first study among these groups of respondents that documents the degree of agreement with the current definitions proposed in occupational therapy. The study also brings unprecedented results on threshold concepts, in addition to classifying and quantifying them. It also points out the possibilities of making key messages comprising several types of statements. **Conclusion** : The study suggests different elements to include to promote occupational therapy to the general public. The most named threshold concepts are occupations and related concepts. Key messages for explaining the profession frequently deal with the purpose and values of occupational therapy. Future studies would be relevant to deepen the results or to empirically verify the effectiveness of these elements with the public.

Keywords : occupational therapy, promotion, explanation, definitions, threshold concepts, key messages, strategies

1. INTRODUCTION

Le Québec compte environ 5500 ergothérapeutes, tous membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2020a). Cette profession, nécessitant désormais un baccalauréat et une maîtrise universitaire, a grandement évolué dans le dernier siècle. En effet, elle n'était constituée que de 12 membres dans ses débuts au Québec, en 1932 (Ferland et Dutil, 2012). Heureusement, les années lui ont permis de recruter plus de professionnels. D'ailleurs, en 2019, le Québec avait le plus grand nombre d'ergothérapeutes par habitant au Canada, correspondant à 66 ergothérapeutes par 100 000 habitants (Institut canadien d'information sur la santé, 2020). Une telle évolution est, entre autres, attribuable aux efforts qui ont été mis en place pour promouvoir le métier.

En effet, promouvoir une profession permet bien sûr de recruter plus de professionnels, mais également de la faire connaître, montrer ses contributions envers la société et s'assurer que la population sache quand y recourir pour ses différents besoins. D'ailleurs, la promotion de l'ergothérapie est primordiale dans une société qui change et qui montre de plus en plus de besoins occupationnels. Cependant, pour promouvoir cette profession, il faut être en mesure de l'expliquer au grand public et s'assurer d'avoir un message efficace qui atteint son but. Puisque l'ergothérapie est considérée comme une profession complexe (Creek, Ilott, Cook et Munday, 2005), la façon de l'expliquer semble ardue et peut avoir des impacts sur la sensibilisation et la connaissance de la profession qu'a le public. Ainsi, il y a lieu de se questionner sur la façon idéale de présenter l'ergothérapie au public et c'est le sujet du présent essai.

La problématique à l'origine de cette recherche et la pertinence de documenter les éléments à présenter lorsqu'on explique ce qu'est l'ergothérapie seront d'abord abordées. Par la suite, le cadre théorique supportant la question de recherche sera décrit. Puis, la méthodologie selon laquelle la recherche a été menée sera expliquée, en précisant la méthode d'échantillonnage utilisée pour recruter les participants à l'étude, la méthode de collecte des données et la méthode d'analyse de celles-ci. Les résultats et la discussion, qui expose des liens avec d'autres écrits ainsi que les forces et limites de l'étude, seront ensuite présentés. Finalement, les retombées de l'étude et une ouverture vers la recherche future seront détaillées dans la conclusion.

2. PROBLÉMATIQUE

« En Amérique du Nord, le début des années 1900 marque la naissance de l'ergothérapie qui ne porte pas encore ce nom » (Ferland et Dutil, 2012, p. 14). Les années suivant la Première Guerre mondiale fournissent une opportunité pour les ergothérapeutes au Canada, qui s'appellent alors des « ward aides » (Friedland, 2011, p. 148). Par ailleurs, les fondateurs de l'ergothérapie choisissent le terme « occupation » pour décrire la façon d'utiliser le temps, en raison de son caractère autant ambigu que facile à comprendre, laissant place à diverses interprétations holistiques (Breines, 1995). Le nom « *occupational therapy* » apparaît ainsi en 1915 alors inventé par Georges Edward Barton (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2019). Puis, au Québec, en 1928, un groupe de jeunes femmes fondent la *Quebec Society of Occupational Therapy, Inc.* (Ferland et Dutil, 2012). Le nom officieux français de l'organisme est Société d'occupation thérapie du Québec, Inc. Par la suite, au début des années 1960, l'appellation francophone devient « ergothérapie » et « ergothérapeutes » pour se rallier à la France et la Suisse.

Au fil des ans, en plus d'avoir subi des changements d'appellations, l'ergothérapie a aussi connu un phénomène de professionnalisation. Pour être reconnue comme profession, une occupation au sens d'exercice d'un métier doit avoir six caractéristiques qui sont : être exercée à temps plein, comporter des règles d'activité, comprendre une formation dans des écoles, posséder des organisations professionnelles, comporter une protection légale du monopole et avoir établi un code de déontologie (Leplay, 2012). Selon ces critères, l'ergothérapie peut être reconnue comme profession. Wittorski (2018) ajoute à ces critères le fait de posséder un corpus de connaissances propre à la discipline. Ainsi, face à l'évolution de la profession depuis plus d'un siècle, comment expliquer alors que l'ergothérapie est encore méconnue du public et aussi que des ergothérapeutes aient de la difficulté encore aujourd'hui à expliquer leur travail, comme le soutenait Friedland (2011) dans la préface de son livre sur l'histoire de l'ergothérapie au Canada.

2.1. Connaissance de l'ergothérapie par le public

Quelques études empiriques ont abordé la sensibilisation (*awareness*) et la connaissance de l'ergothérapie. À ce sujet, Rahja et Laver (2019) ont mené une étude auprès de 1004 personnes pour vérifier ce que le public australien connaissait des services en ergothérapie pour les personnes âgées. Les résultats de cette étude ont montré que le public avait une faible connaissance de

l'ergothérapie. En effet, 33,1% des personnes n'avaient aucune connaissance de l'ergothérapie ou n'avaient pas répondu à la question et 27,4 % des personnes avaient une connaissance limitée de l'ergothérapie en lien avec la santé générale.

Toujours dans cette optique, l'étude de Darawsheh (2018) réalisée en Jordanie auprès de 829 participants avait pour but d'explorer le niveau de sensibilisation et de connaissance du public et des professionnels quant à l'ergothérapie. Cette recherche a montré que la population générale connaissait peu les endroits où les services ergothérapeutiques sont donnés. En effet, 55 % des participants n'avaient aucune connaissance des endroits où les services sont offerts. De plus, 45,5 % des gens n'avaient pas de connaissance à priori sur l'ergothérapie et 28,3 % entendaient parler de l'ergothérapie pour la première fois lors de la réalisation de l'étude. Cette auteure a également montré que les gens avaient des connaissances erronées quant au métier d'ergothérapeute. Parmi ces connaissances erronées, on retrouve que l'ergothérapie ne traite que le membre supérieur (48 %), que les ergothérapeutes ne travaillent qu'avec des personnes ayant un handicap (50 %), que les ergothérapeutes sont également des physiothérapeutes (44 %) et que les ergothérapeutes peuvent prescrire des médicaments (43 %). Ces constats sur la connaissance de l'ergothérapie par le public soulèvent donc la question quant à la connaissance de l'ergothérapie par les professionnels de la santé qui sont amenés à collaborer avec eux.

2.2. Connaissance de l'ergothérapie par les professionnels de la santé

En plus de constater que le public connaît peu l'ergothérapie, d'autres auteurs ont aussi documenté que les professionnels de la santé, qui sont souvent amenés à collaborer avec des ergothérapeutes dans le cadre de leur travail, ont aussi des connaissances limitées en ce qui a trait à l'ergothérapie. Olaoye, Emechete, Onigbinde et Mbada (2016) ont réalisé une étude auprès de 381 étudiants ayant pour but d'évaluer la connaissance et la sensibilisation à l'ergothérapie des étudiants médicaux du Niger. Ils ont trouvé que les étudiants dans le domaine de la santé semblent sensibilisés au métier d'ergothérapeute (plus de 80 %), mais ont une connaissance faible à moyenne de celui-ci en lien avec des croyances erronées. Ce niveau de connaissance limité peut avoir des répercussions sur les services donnés. En effet, si aucun effort n'est fait pour clarifier la connaissance du rôle et des responsabilités de chaque discipline, les soins effectués en collaboration par certains professionnels de la santé, comme les ergothérapeutes, risquent de ne pas être utilisés de manière optimale (Roberts et Shamus, 2015). D'ailleurs, Knecht-Sabres, Weppner, Powers et

Siesel (2019) ont réalisé une étude auprès de 104 professionnels de la santé aux États-Unis travaillant en soins palliatifs. Bien que 68 % des répondants ont affirmé être en accord avec le fait que l'ergothérapie était vitale dans l'équipe de soins palliatifs, 43 % ont affirmé que l'ergothérapie n'était pas utilisée à son plein potentiel. Ces connaissances limitées de l'ergothérapie au sein de l'équipe de soins amènent à se questionner sur la façon dont les ergothérapeutes se définissent à leurs collègues et clients.

2.3. Connaissance de l'ergothérapie par les ergothérapeutes et les étudiants en ergothérapie

Bien qu'ils sachent ce qu'est l'ergothérapie, même les ergothérapeutes éprouvent des difficultés à définir leur propre métier. En effet, une étude de Lycett (1991) réalisée auprès de 46 ergothérapeutes a montré que 67 % des ergothérapeutes participants avaient de la difficulté à définir l'ergothérapie, en lien avec la compréhension du public et la profession elle-même. Seulement 35 % des ergothérapeutes avaient un sentiment de satisfaction positif après avoir expliqué la profession, ce qui suggère une identité professionnelle insécure.

En plus des ergothérapeutes qui éprouvent des difficultés à définir leur métier, les étudiants en ergothérapie se questionnent aussi sur la bonne manière de l'expliquer. Pour l'étudier, Turpin, Rodger et Hall (2012) ont réalisé une étude afin d'explorer la perception des étudiants en ergothérapie sur l'ergothérapie. En analysant leurs résultats, les chercheurs ont trouvé que les étudiants du baccalauréat (n=383) et de la maîtrise (n=79) en ergothérapie ont décrit l'ergothérapie à leur entourage en la comparant à d'autres disciplines, comme la physiothérapie. Par ailleurs, ils avaient comme point commun d'utiliser le mot « aider » dans leur explication.

Une autre étude, réalisée par Madden (1984), s'est penchée sur les difficultés rencontrées lors de l'explication de l'ergothérapie en contexte psychiatrique aux patients et aux autres professionnels. Cette auteure a mentionné que les étudiants ont plus de facilité à expliquer l'ergothérapie sur le plan de la santé physique. De plus, elle a mentionné que, dans certains milieux, l'ergothérapie peut être difficile à expliquer en raison des nombreuses conditions et techniques qui s'y trouvent. Bien que les ergothérapeutes croient comprendre les complexités impliquées dans ce qu'ils font, ils passent peu de temps à considérer leurs compétences dans la transmission de ces informations (Madden, 1984). Il y a donc lieu de se questionner sur la façon dont l'ergothérapie est présentée dans les contextes actuels.

2.4. Définitions proposées de l'ergothérapie

De nombreux ouvrages en ergothérapie peuvent, dans une certaine mesure, aider à définir ce qu'est l'ergothérapie grâce aux définitions de l'ergothérapie qu'ils présentent. Une recension de définitions a donc été faite en fonction de différentes catégories de publications. Les définitions retenues à des fins d'analyse sont présentées sous forme de tableau en Annexe A.

L'analyse des définitions montre que celles-ci sont variées. Cependant, plusieurs d'entre elles ont des points communs. D'abord, les définitions proposées dans les ouvrages sont souvent teintées du contexte dudit ouvrage. Par exemple, l'ouvrage de Case-Smith et O'Brien (2015), qui traite principalement de l'ergothérapie auprès des enfants, présente une définition de l'ergothérapie dans ce contexte. Également, la définition proposée dans l'ouvrage de Radomski et Trombly Latham (2014) aborde les déficiences physiques, ce qui s'explique par le fait que ce livre traite principalement des évaluations et interventions en ergothérapie auprès des déficiences physiques. Ensuite, d'autres définitions définissent l'ergothérapie et ses rôles en fonction de pathologies et diagnostics. C'est d'ailleurs le cas du site web de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) qui présente les divers rôles d'un ergothérapeute sous forme d'onglets de diagnostics. On peut y lire des onglets comme « l'arthrite », « les troubles du spectre autistique » et « les accidents vasculaires [cérébraux] » (ACE, 2016a).

On remarque également une évolution de la définition de l'ergothérapie dans les documents ayant constitué les lignes directrices de la pratique de l'ergothérapie au Canada depuis 30 ans (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social [MSNBS] et ACE, 1983; MSNBS et ACE, 1986; *Minister of National Health and Welfare* [MNHW] et *Canadian Association of Occupational Therapists* [CAOT], 1986; CAOT, 1991; ACE, 1993). La nature de l'ergothérapie est passée d'une méthode de rééducation, dans la définition de 1983, à un art et une science, dans les définitions de 1986, 1991 et 1993. De plus, alors que la définition en français de 1983 exprime que l'ergothérapie intervient auprès de personnes dont le « rendement fonctionnel » est diminué, la définition en français de 1986 parle plutôt de « capacités fonctionnelles », bien que le terme de la définition en anglais soit resté « *occupational performance* ». Le terme « rendement occupationnel » apparaît ensuite dans la définition en français de 1993.

On peut aussi relever que les termes « occupations » ou « occupationnel » sont très peu présents dans les définitions en français. On parle de « choses de tous les jours » dans la définition de l'ACE (2016b) et « d'activités » dans la définition de l'OEQ (2020b). La définition de Townsend et Polatajko (2013), présentée dans un document constituant les neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie, mentionne toutefois « l'occupation » et « les activités de la vie quotidienne ». Les définitions en anglais présentent de leur côté plusieurs fois les termes « *occupational* » ou « *occupation* », comme c'est le cas de la définition de la *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT, 2012). Ces nombreuses définitions, aussi variées et différentes soient-elles, illustrent que la définition de l'ergothérapie évolue au fil du temps et au fil des courants de pensées de la société et du milieu des services de santé. De ce fait, les concepts liés à l'ergothérapie évoluent tout autant à mesure que le corpus de connaissances de la discipline se précise comme le suggérait Wittorski (2018).

2.5. Concepts propres à l'ergothérapie

Il y a lieu de s'interroger sur l'évolution des concepts propres à l'ergothérapie. Bauerschmidt et Nelson (2011) ont tracé l'histoire de l'utilisation des termes « *occupation* » et « *activity* » qui servent à définir l'ergothérapie. D'abord, cet écrit montre que le terme « *occupation* » était largement utilisé dans les débuts de la profession, soit dans les années 1920, mais son utilisation a diminué progressivement dans les années 1930, 1940 et 1950 alors que l'utilisation du terme « *activity* » était en hausse. Il a donc été remplacé en totalité ou en partie par ce deuxième terme dans les années 1940, 1950 et 1960 (Bauerschmidt et Nelson, 2011). Cela s'explique par le changement vers un paradigme de médicalisation (Johnson et Dickie, 2019) au moment où les ergothérapeutes essayaient de faire reconnaître leur profession par le milieu médical (Christiansen et Haertl, 2019). L'utilisation du terme « *activity* » aurait augmenté puisque les représentants d'autres professions, comme la médecine, le préféraient probablement pour sa neutralité interdisciplinaire (Bauerschmidt et Nelson, 2011). Bauerschmidt et Nelson (2011) présentent ensuite que, dans les années 1970 et 1980, ces deux termes n'étaient presque plus utilisés. À ce moment, le terme « *task* » était plus utilisé, bien qu'il ne remplaçait pas les deux premiers termes dans son nombre d'utilisations dans les écrits. C'est alors que les termes « *occupation* » et « *activity* » ont regagné en popularité dans les années 2000. Le terme « *occupation* » a atteint une utilisation jamais vue. L'utilisation d'autres termes a également été

étudiée, comme le terme « *occupational performance* » ou « *activity of daily living* », mais elle n'a jamais été très élevée, bien qu'elle ait augmenté dans les années 2000. Ces nombreuses variations s'expliquent selon ces auteurs par des changements de paradigme dans le développement de la profession.

Les concepts discutés ci-haut correspondent à des concepts de la profession. De nombreux autres concepts sont aussi considérés comme des concepts clés dans cette profession, tels les concepts seuils, traduits de *threshold concepts*, qui sont également des concepts identitaires. Les concepts seuils sont définis de la façon suivante par Poumay et Georges (2017) :

Les apprentissages critiques [essentiels au développement des compétences] peuvent inclure des « concepts seuils », en soulignant leur intérêt pluridisciplinaire. [...] Pour les étudiants, ils sont difficiles à appréhender, car ils paraissent incohérents et souvent contre-intuitifs. Leur maîtrise nécessite du temps, car ils exigent une restructuration du champ conceptuel, mais une fois maîtrisés, ils donnent accès à une nouvelle vision du monde et à des apprentissages d'un niveau plus élevé. Ils transforment l'étudiant, lui permettent de relier des connaissances entre lesquelles il ne voyait précédemment pas de lien et sont d'ailleurs irréversibles, tout comme l'est aussi la compétence : on ne « régresse » pas au cours de son cursus scolaire dans une compétence que l'on a développée, il en va de même pour la maîtrise d'un concept seuil. (Poumay et Georges, 2017, p. 49).

Meyer et Land (2003) ont identifié cinq éléments qui caractérisent les concepts seuils. D'abord, le concept doit être transformatif, c'est-à-dire qu'il doit induire un changement significatif de perception chez la personne, voire même à une transformation de l'identité personnelle ou une reconstruction de la subjectivité. Ensuite, le concept doit être irréversible, faisant en sorte que le changement de perspective ne peut être oublié. Puis, le concept doit être intégratif. Le concept seuil expose des relations entre des éléments initialement perçus comme non reliés. Également, le concept doit être délimité, quoiqu'il peut ne pas l'être parfois. En effet, les limites d'un concept bordent les limites d'autres concepts. Finalement, le concept peut être perturbant, gênant et contre-intuitif.

Quelques auteurs se sont penchés sur l'identification de concepts seuils en ergothérapie (Clouder, 2005; Fortune et Kennedy-Jones, 2014; Nicola-Richmond, Pépin et Larkin, 2016 ; Rodger et Turpin, 2011; Tanner, 2011). Clouder (2005) a publié un article visant à explorer les

façons dont l'identité des professionnels de la santé se transforme à mesure qu'ils s'engagent dans des discours teintés du « caring », qu'on peut traduire comme le souci de prendre de soin. L'auteure a identifié le concept de « caring » comme étant un concept seuil auprès d'étudiants en ergothérapie et en physiothérapie. Elle a cependant relevé que ce concept était souvent peu présenté aux étudiants pour les préparer adéquatement en raison de son caractère implicite et sous-entendu chez les professionnels de la santé. De leur côté, Fortune et Kennedy-Jones (2014) ont suggéré, après avoir discuté du caractère précieux quoique parfois transdisciplinaire des concepts seuils, que l'occupation en elle-même n'est pas un concept seuil, mais que c'est la relation entre l'occupation et la santé qui est le concept seuil principal en ergothérapie. Tanner (2011) a réalisé une étude exploratoire auprès de 24 ergothérapeutes dont le but était d'identifier des domaines de concepts seuils du point de vue des cliniciens qui interagissent avec des étudiants. Trois catégories de concepts seuils ont été relevées, soit (1) la pratique centrée sur le client et l'utilisation de soi, (2) le développement de l'identité professionnelle et (3) la pratique en contexte réel. Également, Rodger et Turpin (2011) ont identifié 5 concepts seuils dans leur étude réalisée sous forme de recherche-action en quatre cycles auprès de l'équipe d'enseignement en ergothérapie de la *University of Queensland* en Australie. Ces derniers sont (1) l'occupation signifiante, (2) la pratique centrée sur le client, (3) la nature inséparable de la pratique et de la théorie en ergothérapie, (4) l'identité en tant qu'ergothérapeute et (5) la pensée critique, le raisonnement et le reflet. Finalement, une étude australienne de Nicola-Richmond, Pépin et Larkin (2016) réalisée avec la méthode Delphi auprès d'étudiants finissants en ergothérapie (n=11), d'ergothérapeutes cliniciens (n=21) et de professeurs en ergothérapie (n=10) avait pour but d'identifier les concepts seuils en ergothérapie. Les résultats de l'étude ont illustré dix concepts seuils, soit (1) la compréhension et l'application de modèles et théories en ergothérapie, (2) la pratique fondée sur les résultats probants, (3) le raisonnement clinique, (4) les connaissances et habiletés spécifiques à la discipline, (5) la pratique en fonction du contexte, (6) l'approche centrée sur le client, (7) l'occupation, (8) le rôle de l'ergothérapeute, (9) la pratique réflexive et (10) l'approche holistique. Le Tableau 1 résume les différents concepts seuils en ergothérapie expliqués ci-haut.

Tableau 1.
Concepts identitaires en ergothérapie identifiés dans les études recensées

Articles	Concepts seuils en ergothérapie
Clouder (2005)	Concept de « caring »
Fortune et Kennedy-Jones (2014)	Relation entre l'occupation et la santé
Nicola-Richmond, Pépin et Larkin (2016)	Compréhension et application de modèles et théories en ergothérapie Pratique fondée sur les résultats probants Raisonnement clinique Connaissances et habiletés spécifiques à la discipline Pratique en fonction du contexte Approche centrée sur le client Occupation Rôle de l'ergothérapeute Pratique réflexive Approche holistique
Rodger et Turpin (2011)	Occupation signifiante Pratique centrée sur le client Nature inséparable de la pratique et de la théorie en ergothérapie Identité en tant qu'ergothérapeute Pensée critique, raisonnement et reflet
Tanner (2011)	Pratique centrée sur le client et utilisation de soi Développement de l'identité professionnelle Pratique en contexte réel

Par ailleurs, l'étude empirique de Nicola-Richmond, Pépin, Larkin et Mohebbi (2019) a abordé le développement des concepts seuils chez des étudiants. Cette recherche, réalisée auprès de 73 étudiants et cliniciens gradués en ergothérapie, avait pour but d'explorer l'acquisition des dix concepts seuils identifiés dans la recherche australienne précédente. L'étude a montré que les concepts ne sont pas acquis lors de la première année d'étude en ergothérapie, que certains sont acquis lors de la quatrième année d'étude, mais que la totalité d'entre eux n'est acquise qu'après avoir été diplômé. La pratique en fonction du contexte, la pratique réflexive, l'application de modèles et théories en ergothérapie ainsi que le raisonnement clinique font partie des concepts qui s'acquièrent plus tard.

Ainsi, il y a lieu de se questionner si les concepts seuils en ergothérapie peuvent être réinvestis dans une définition qui serait représentative de la profession et qui illustrerait la contribution singulière de l'ergothérapie. Il s'agit ensuite de trouver une façon de la vulgariser aux gens pour qu'ils comprennent bien l'essence de la profession.

2.6. Stratégies proposées pour expliquer l'ergothérapie

Expliquer l'ergothérapie au grand public et aux autres professionnels de la santé est toujours un sujet d'actualité. À ce sujet, l'ACE (2016c) entreprend, dans le cadre de sa planification stratégique actuelle (2019-2022), une campagne de sensibilisation auprès du public afin que plus de Canadiens soient sensibilisés à l'ergothérapie (*awareness*) et sensibilisés à l'aide que peuvent apporter les ergothérapeutes aux Canadiens (ACE, s.d.).

La recension des écrits fait valoir des articles dans lesquels sont exposées des stratégies pour expliquer l'ergothérapie (Di Tommaso et Wilding, 2014; Ferland et Dutil, 2012; Jacobs, 2012; Madden, 1984; Royeen et Marsh, 1988; Wilding et Whiteford, 2008). Une première étude a été faite par Di Tommaso et Wilding (2014). Selon ces auteures, la façon dont la profession se perçoit est importante, car l'habileté à fournir une représentation claire de celle-ci résulte en une augmentation de la valeur accordée à la discipline. Ainsi, elles ont mené une étude auprès de 8 étudiants finissants en ergothérapie en Australie, durant leur stage, dans le but d'explorer l'efficacité de stratégies pour faciliter l'explication de l'ergothérapie. La première stratégie consiste à intégrer le terme « occupation » et expliquer en quoi ils en sont les experts. La deuxième stratégie consiste à intégrer des mots des théories occupationnelles pour débiter la définition. La troisième stratégie vise à éviter le langage biomédical et les cadres de référence. Ainsi, utiliser des mots comme « fonction » au lieu du mot « occupation » s'éloigne de l'ergothérapie. Finalement, la quatrième stratégie consiste à utiliser la visualisation d'une occupation préférée. On peut demander au client de s'imaginer ce qu'il ressent lors qu'il y participe et ensuite de lui demander ce qu'il ressentirait s'il ne pouvait plus la réaliser. Cette comparaison permet de comprendre combien l'occupation peut être importante en termes de satisfaction et de bien-être. Selon les résultats de cette étude, les étudiants en ergothérapie ont surtout mis de l'avant le concept d'occupation, sans autre jargon professionnel, et ils ont personnalisé les définitions en fonction des clients et leurs occupations respectives. La visualisation a peu été utilisée par les participants de l'étude en raison des situations qui étaient peu propices ou du fait que cette stratégie nécessite plus de temps. Finalement, la théorie n'a pas été mise en place par tous, selon les milieux. Il est à noter que, dans cette étude, les superviseurs de stage donnaient de la rétroaction en fonction de leur milieu de pratique. Ces éléments font valoir que, plus un ergothérapeute travaille dans un milieu de pratique spécifique, plus sa façon de parler de la profession est teintée du contexte. Cela illustre donc la

pertinence de s'interroger sur la façon de parler d'ergothérapie auprès d'ergothérapeutes et d'étudiants en ergothérapie ne travaillant pas en contexte spécifique.

Une seconde étude à ce sujet a été rapportée par Ferland et Dutil (2012). En effet, un sondage réalisé auprès d'étudiants en ergothérapie de l'Université de Montréal a révélé que 170 des 196 répondants souhaitaient une plus grande reconnaissance de la profession dans le futur. Comme mentionné par ces auteures, « tant les étudiants que les ergothérapeutes eux-mêmes rêvent que la profession soit de plus en plus connue et reconnue. » (Ferland et Dutil, 2012, p. 188). Elles énoncent que les difficultés à faire connaître l'ergothérapie seraient liées à un problème de définition. Pour éviter de faire une définition trop complexe, marquée par des détails sur les clientèles, les problématiques, les milieux et les types d'intervention, Ferland et Dutil (2012) proposent de définir l'ergothérapie avec les points communs de tous les ergothérapeutes, comme les activités significatives, l'autonomie optimale et l'abolition des obstacles environnementaux. Cette stratégie n'a toutefois pas été vérifiée dans le cadre de l'étude.

L'étude de Madden (1984), présentée plus tôt, a également proposé des stratégies d'explication de l'ergothérapie, en milieu psychiatrique cette fois-ci. L'analyse du discours des participants a fait ressortir des éléments qui posaient problème lors de l'explication. Parmi ceux-ci se retrouvait l'utilisation du jargon professionnel. Des concepts sur la motivation, des évaluations spécifiques et l'approche interdisciplinaire étaient entre autres utilisés. Un second problème lors de l'explication était la présence de répétitions, comme pour « activité », « problèmes » et « difficultés ». Ces répétitions sont d'autant plus problématiques, car ces termes sont rarement bien clarifiés et compris par les clients. L'auteure a fait ressortir que de tels concepts sont compris par les ergothérapeutes, mais pas par les autres personnes. Le caractère vague des explications était également problématique. Après avoir ressorti ces problèmes, ainsi que plusieurs autres, Madden (1984) a suggéré des points à prendre en considération lors de l'explication de l'ergothérapie. Parmi ceux-ci se retrouve l'évitement du jargon professionnel aussi souvent que possible, et lorsque ça ne peut être évité, il doit être expliqué clairement. La présence d'illustrations verbales est également suggérée, c'est-à-dire en nommant des situations concrètes de tous les jours. La sélection des éléments essentiels en distinguant les éléments pertinents de ceux qui le sont moins est aussi mentionnée. Puis, l'importance de vérifier la compréhension de l'explication, en regardant l'expression non verbale de l'interlocuteur ou en lui posant des questions après avoir expliqué

l'ergothérapie, a été suggérée. Toutes ces stratégies n'ont cependant pas été testées dans le cadre de l'étude.

Royeen et Marsh (1988) ont, eux aussi, proposé des solutions sans toutefois les vérifier. Dans leur article, les auteures répondent à un besoin de clarification de la nature des services en ergothérapie en milieu scolaire et terminent en proposant des stratégies pour améliorer la place des ergothérapeutes dans les écoles. D'abord, l'ergothérapeute devrait être capable d'expliquer la variété des rôles qu'un ergothérapeute du système scolaire remplit en termes simples et non médicaux. De plus, des explications peuvent être données aux enseignants sur les différents modes de prestation des services (consultation, surveillance et intervention directe) et sur la façon dont les besoins de chaque élève influencent le type de service offert par l'ergothérapeute. Une bonne collaboration entre l'ergothérapeute et l'enseignant résulte en des résultats positifs pour les deux, de même que pour l'enfant et les parents.

De plus, une étude a été réalisée par Wilding et Whiteford (2008) auprès d'ergothérapeutes (n=11) pour documenter l'utilisation de la théorie et de l'occupation, ainsi que pour documenter la façon dont l'ergothérapie est décrite par ceux-ci. À travers des groupes de discussion, il a été constaté que les participants éprouvaient des difficultés à décrire l'ergothérapie. Les participants ont compris que le langage utilisé était problématique et qu'il y avait un écart entre ce qu'ils voulaient transmettre et ce qu'ils disaient réellement. En effet, ils ont réalisé que leurs définitions de l'ergothérapie étaient longues, détaillées et contenaient des informations qui n'étaient pas vraiment nécessaires. Ils ont par la suite discuté de la possibilité de parler d'occupation au lieu de fonction pour illustrer que les ergothérapeutes sont experts de l'occupation. Cette transition permet une meilleure reconnaissance de la profession.

Par ailleurs, Jacobs a publié en 2012 un article traitant de la promotion de l'ergothérapie, qui lui a valu le prix de la *Eleanor Clarke Slagle Lecture*. Cet article présente des stratégies pour expliquer et promouvoir l'ergothérapie dans la société d'aujourd'hui, soit une société de plus en plus axée sur les technologies. Elle propose une promotion qui met en œuvre les mots, les images et les actions, entre autres par l'utilisation du marketing social et des médias sociaux (Jacobs, 2012). Elle parle également de la promotion de l'ergothérapie par la mise en place d'événements, comme le *Occupational Therapy Global Day of Service* et les échanges virtuels auxquels elle a collaboré

(Jacobs, 2012). Elle propose aussi une promotion dans les livres pour enfants, comme elle l'a fait dans le livre *How Full is Sophia's Backpack?* (Jacobs et Miller, 2012)

La recension des écrits illustre donc que, bien que plusieurs stratégies soient proposées par quelques auteurs pour faciliter l'explication de l'ergothérapie, celles qui sont réellement utilisées dans le contexte actuel sont encore très peu connues.

2.7. Constats et pertinence de l'étude

À la suite de la recension des écrits présentée ci-haut, plusieurs constats peuvent être faits. Ils sont présentés ci-dessous.

- La connaissance de l'ergothérapie par le public est relativement faible (Darawsheh, 2018; Rahja et Laver, 2019) et de nombreuses idées erronées sont présentes (Darawsheh, 2018). Les connaissances quant à cette profession des étudiants dans d'autres domaines de la santé sont également limitées (Olaoye et collaborateurs, 2016).
- Pour expliquer la profession d'ergothérapeute, de nombreux ouvrages et sites web présentent des définitions (ACE, 2016b; Case-Smith et O'Brien, 2015; OEQ, 2020b; Radomski et Trombly Latham, 2014). Cependant, ces définitions traduisent souvent un contexte de pratique ou un diagnostic bien précis, rendant la définition difficilement généralisable à l'ensemble de la profession. Peu d'entre elles utilisent les termes occupationnels.
- Malgré les définitions proposées, il reste difficile pour les étudiants en ergothérapie (Madden, 1984) et les ergothérapeutes (Lycett, 1991) d'expliquer leur métier.
- L'ergothérapie reflète des concepts identitaires, ou concepts seuils, dont l'acquisition nécessite temps et effort (Clouder, 2005; Fortune et Kennedy-Jones, 2014; Meyer et Land, 2003; Nicola-Richmond, Pépin et Larkin, 2016; Nicola-Richmond, Pépin, Larkin et Mohebbi, 2019; Rodger et Turpin, 2011; Tanner, 2011). Une fois que ces concepts sont acquis, il est possible de les réinvestir dans une définition qui serait représentative de la profession dans son ensemble. Ces concepts sont donc une ressource pour aider à définir l'ergothérapie.
- Il est de la responsabilité de tous de faire connaître l'ergothérapie. D'ailleurs, l'ACE a pour objectif de faire connaître la profession (ACE, 2016c), mais les ergothérapeutes et les étudiants en ergothérapie ont également le désir de la faire connaître (Ferland et Dutil, 2012).
- Ainsi, pour faciliter la définition et l'explication de l'ergothérapie, des stratégies ont été testées et il en est ressorti que l'utilisation du mot « occupation » y contribuait fortement (Di Tommaso et Wilding, 2014). Wilding et Whiteford (2008) ont conclu dans le même sens. Cependant, alors que Ferland et Dutil (2012) proposent de faire une définition plus large de l'ergothérapie, Di Tommaso et Wilding (2014) ont ressorti que les étudiants adaptaient souvent leur définition en fonction des occupations du client qu'ils avaient

devant eux. Madden (1984) propose de son côté l'évitement de jargon professionnel, la précision des termes, la sélection des éléments essentiels et la visualisation verbale. Finalement, Royeen et Marsh (1988) suggèrent de discuter de la variété des rôles et des modes de prestation de services lors de collaboration en milieu scolaire.

- À notre connaissance, il n'existe aucune recherche empirique sur la perception de la meilleure façon de définir l'ergothérapie par des acteurs clés en ergothérapie. On peut donc se questionner sur les concepts utilisés et les stratégies employées dans de telles définitions qui sont fréquemment nécessaires lorsque vient le moment d'expliquer le rôle d'un ergothérapeute à un client qui en reçoit les services.

2.8. Question et objectif de la recherche

La question de recherche découlant des constats est la suivante : quelle est la perception d'acteurs clés en ergothérapie sur les éléments à inclure pour promouvoir l'ergothérapie au grand public? L'étude a donc pour objectif principal de décrire la perception d'acteurs clés en ergothérapie sur les éléments à inclure pour promouvoir l'ergothérapie au grand public. Cet objectif principal se décline en trois sous-objectifs, qui sont (1) décrire la perception des définitions proposées en ergothérapie, (2) identifier les concepts identitaires (concepts seuils) pouvant être éventuellement inclus dans l'explication de l'ergothérapie et (3) documenter les messages clés et les stratégies à utiliser pour expliquer l'ergothérapie de façon idéale.

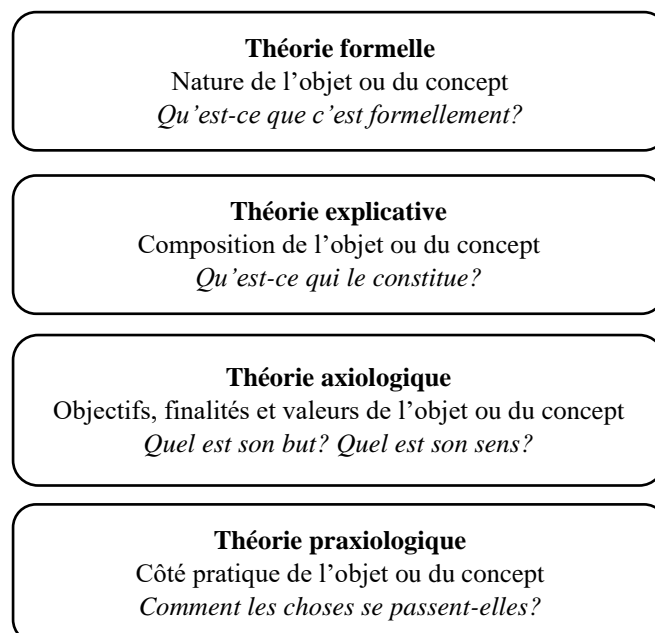
3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section décrit les fondements théoriques sur lesquels s'appuyer pour décortiquer, analyser et comprendre des définitions, de même que pour décrire les éléments invisibles dans le travail des ergothérapeutes.

3.1. Décortiquer des définitions

Legendre (1993) propose un cadre conceptuel pour décortiquer les éléments d'une définition par le recours à quatre catégories d'énoncés. La première catégorie renvoie à la théorie formelle. Ces énoncés de la définition décrivent la nature de l'objet ou du concept, soit ce qu'il est formellement. La deuxième catégorie est la théorie explicative, c'est-à-dire les énoncés qui expliquent la composition de l'objet ou du concept. Par exemple, en ergothérapie, il est fréquent pour les professionnels de parler de soins personnels, de productivité et de loisirs pour désigner les occupations (ACE, 1993). La troisième catégorie d'énoncés se rattache à la théorie axiologique, soit les énoncés qui traitent des objectifs, des finalités et des valeurs donnant un sens à l'objet ou au concept. Cette catégorie permet d'expliquer à quoi sert l'objet ou le concept et dans quel but. Finalement, la quatrième catégorie correspond à la théorie praxiologique dans laquelle les énoncés détaillent comment l'objet ou le concept se réalise concrètement. Cette catégorie est davantage pratique et appliquée. Ainsi, une définition complète devrait contenir des énoncés de chacune des catégories.

Figure 1.
Les quatre éléments d'une définition selon Legendre (1993)



3.2. Compétences visibles et invisibles

Les référentiels de compétences d'un groupe professionnel sont élaborés à la suite d'un recensement des activités professionnelles d'une profession sur le terrain et ensuite avec une validation par un groupe d'experts. Quoique les référentiels de compétences apparaissent assez explicites pour refléter le travail d'un groupe de professionnels, plusieurs auteurs soutiennent qu'ils comprennent leur part de compétences visibles et invisibles (Astolfi, 2004; Frund, 2008; Peeters, 2018; Turner et Alsop, 2015; Wittorski, 2018), et ce, surtout pour les professions en lien avec l'humain.

Peeters (2018) explique que certains éléments des compétences sont faciles à percevoir, donc plus faciles à maîtriser, mais d'autres sont plus difficiles à voir et nécessitent davantage d'attention. Cette auteure propose que les habiletés (faire) et les connaissances (savoir) sont les caractéristiques visibles des compétences, alors que les attitudes sont la partie invisible. Plus précisément, les habiletés sont des activités maîtrisées et peuvent être enseignées. Elles résultent entre autres de l'application des connaissances qui sont, de leur côté, des informations acquises de l'expérience ou de la formation. Pour ce qui est des attitudes, celles-ci consistent en un état d'esprit face aux enjeux et problèmes rencontrés. Ce caractère explique pourquoi elles ne sont pas directement visibles, mais influencent fortement le déploiement des compétences.

Wittorski (2018) illustre bien ce concept lorsqu'il explique que les compétences invisibles sont même une caractéristique qu'il nomme naturelle dans certains métiers, comme les métiers de la relation d'aide ou les métiers en lien avec l'humain. Il parle alors de « savoir caché dans l'agir professionnel » ou de « savoir d'expérience ». On peut penser à l'accompagnement d'une personne ou encore à l'habilitation des occupations. De tels concepts ne sont pas visibles et peuvent être encore plus difficilement compris par des personnes qui n'ont pas vécu ce qu'ils représentent. Tel que Frund (2008, p. 11) l'a écrit, « une part centrale de l'expérience professionnelle reste ainsi inaccessible à celles et ceux qui ne l'ont pas vécue ».

Également, Frund (2008) explique que chercher à définir un travail comporte le risque de le réduire à des procédures et des techniques observables puisqu'une dimension de la pratique (des travailleurs sociaux dans le cadre de son ouvrage) est invisible. Dans l'esprit de ce qu'avance l'auteur, les groupes d'âge des clientèles suivies en ergothérapie, les lieux de traitement (le

domicile, l'école, le centre de réadaptation, l'hôpital, le lieu de travail) ainsi que les modalités d'intervention comme les aides techniques, les techniques de transfert et les outils d'aide à l'autonomie sont des éléments visibles du travail. Toutefois, les processus d'évaluation et d'analyse, l'accompagnement au changement et la gradation d'activités sont invisibles dans le travail.

Turner et Alsop (2015) soutiennent que plusieurs des compétences singulières et propres à l'ergothérapie sont invisibles, car elles se rattachent à des éléments abstraits, à des processus et au raisonnement. Il s'agit des compétences reliées au raisonnement entre les occupations signifiantes et la santé des personnes. Ce processus s'appuie sur des croyances philosophiques. Il est enrichi par des connaissances propres à l'ergothérapie, telles que celles inhérentes aux concepts seuils, invisibles une fois de plus. Par ailleurs, bien que certaines compétences propres à l'ergothérapie soient visibles, comme les compétences liées au déploiement des interventions (traduction libre de *practice skills*), la majorité des compétences visibles de la profession des ergothérapeutes peuvent être partagées avec d'autres professions. En effet, la démarche scientifique visible, consistant à repérer un problème, réfléchir à une solution et la mettre en place, est partagée par bon nombre de professionnels. Turner et Alsop (2015) soutiennent donc que les compétences au cœur même de l'expertise de l'ergothérapie et la distinguant des autres ne sont pas visibles, rendant donc l'essence de la pratique ergothérapique majoritairement invisible. On comprend donc le défi auquel se heurtent les ergothérapeutes : rendre visible l'essence de la profession pour qu'elle soit comprise de tous. Pour se faire, on voit là toute l'importance de l'utilisation appropriée du langage de la profession dans les présentations, les évaluations, les rapports et les conversations.

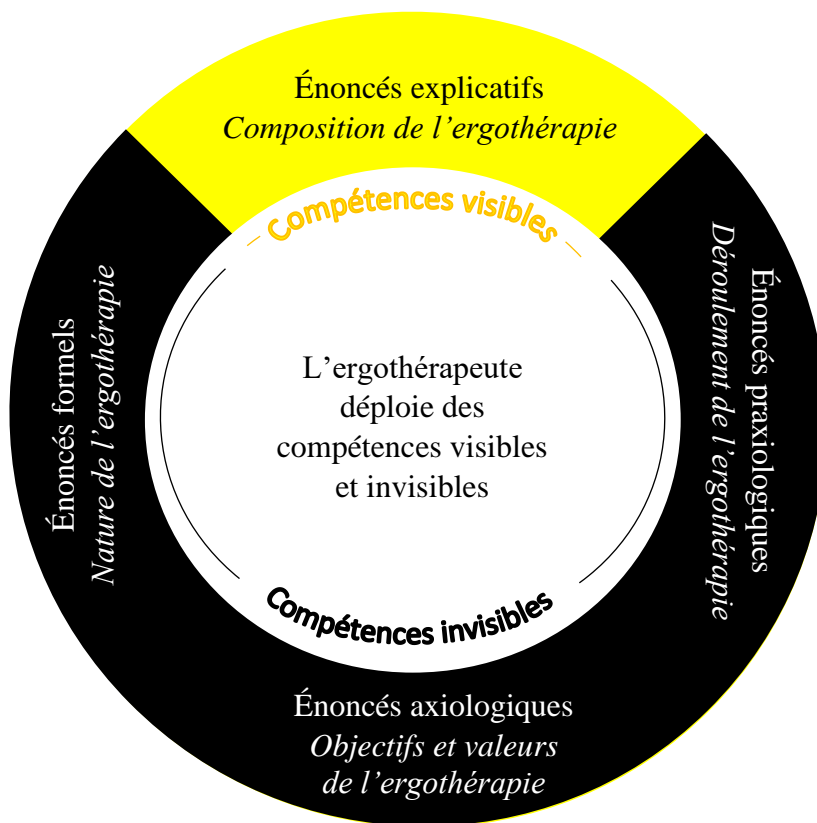
3.3. Les éléments visibles et invisibles de la définition de l'ergothérapie

Pour résumer les concepts précédemment expliqués, il faut mettre en commun les quatre éléments à inclure dans une définition et le concept d'invisibilité de certaines compétences. Comme l'ergothérapie comporte des compétences invisibles, cela signifie que certains des éléments de sa définition le sont probablement. La nature de l'ergothérapie, selon la théorie formelle, ainsi que ses objectifs et ses valeurs, selon la théorie axiologique, sont invisibles aux yeux des gens du public. De plus, certains éléments caractérisant le déroulement des services, selon la théorie praxiologique, sont également invisibles. Le processus de raisonnement, axé sur le lien

entre les occupations et la santé, est le meilleur exemple. Finalement, seuls certains éléments composant le métier, selon la théorie explicative, peuvent être visibles. Les modalités d'intervention utilisées et certaines connaissances en sont un exemple. Le schéma suivant illustre ces concepts.

Figure 2.

Schéma de la définition de l'ergothérapie selon le caractère de visibilité et d'invisibilité des éléments qui la constituent



Légende :

Éléments de la définition constitués de compétences majoritairement invisibles

Éléments de la définition constitués de compétences majoritairement visibles

4. MÉTHODE

La présente section détaille la méthodologie utilisée dans cette étude dont l'objectif général est de décrire la perception d'acteurs clés en ergothérapie sur les éléments à inclure pour promouvoir l'ergothérapie au grand public. De façon plus précise, cet objectif se décline en 3 sous-objectifs, soit (1) décrire la perception des définitions proposées en ergothérapie, (2) identifier les concepts identitaires (concepts seuils) pouvant être éventuellement inclus dans l'explication de l'ergothérapie et (3) documenter les messages clés et les stratégies à utiliser pour expliquer l'ergothérapie de façon idéale. Le devis de recherche utilisé, la méthode d'échantillonnage, la méthode de collecte de données, le déroulement de l'étude, la façon d'analyser les données et les considérations éthiques sont donc expliqués ci-dessous.

4.1. Devis de recherche

Le devis utilisé dans cette recherche est un devis mixte simultané (Briand et Larivière, 2014). Ce devis permet de recueillir des données quantitatives et qualitatives pour décrire le phénomène étudié, et ce, lors d'une même collecte de données. Plusieurs informations sont obtenues pour bien répondre à la question de recherche et approfondir le sujet (Briand et Larivière, 2014).

4.2. Méthode d'échantillonnage

Les participants à l'étude sont recrutés par l'échantillonnage de convenance, soit un échantillonnage non probabiliste. Ce type d'échantillonnage est utilisé, car les participants sont choisis en fonction de leur disponibilité et de leur accessibilité (Fortin et Gagnon, 2016).

Les critères d'inclusion des participants sont (1) d'avoir un intérêt pour l'ergothérapie et (2) d'occuper un statut susceptible de considérer l'ergothérapie de façon globale, avec l'ensemble des domaines de pratique et des groupes d'âge. Le critère d'exclusion consiste à exercer en tant qu'ergothérapeute dans un domaine spécifique à la profession pour éviter que la perception en soit teintée. Ainsi, les participants ciblés par l'étude et satisfaisant ces critères de sélection peuvent être classés en 3 groupes, soit les finissants à la maîtrise en ergothérapie, les chargés de cours en ergothérapie et les professeurs en ergothérapie.

4.3. Méthode de collecte de données

La méthode de collecte de données est un sondage réalisé par un questionnaire électronique. Le questionnaire a été élaboré à partir de la recension des écrits. Plus précisément, il est constitué de quatre sections et treize questions. D'abord, la première section sur la situation sociodémographique permet de dresser un portrait de l'échantillon avec une question sur l'âge des répondants. La deuxième section aborde le degré d'accord des répondants face à des définitions de l'ergothérapie trouvées lors de la recension des écrits (ACE, 1993, 2016b; MSNBS et ACE, 1983; OEQ, 2020b; Radomski et Trombly Latham, 2014; Townsend et Polatajko, 2013; WFOT, 2012). Elle est composée de huit questions avec une échelle à sept niveaux de type Likert (1 correspond à « fortement en désaccord » et 7 correspond à « fortement en accord »). La troisième section vise à documenter les concepts identitaires de la profession d'ergothérapeute et leur intégration dans la définition de l'ergothérapie par une question ouverte et une question fermée (Clouder, 2005; Fortune et Kennedy-Jones, 2014; Meyer et Land, 2003; Nicola-Richmond, Pépin et Larkin, 2016; Nicola-Richmond, Pépin, Larkin et Mohebbi, 2019; Poumay et Georges, 2017; Rodger et Turpin, 2011; Tanner, 2011). Finalement, la quatrième section porte sur les messages clés et les stratégies à utiliser pour promouvoir l'ergothérapie au grand public (Di Tommaso et Wilding, 2014; Ferland et Dutil, 2012; Jacobs, 2012; Madden, 1984; Royeen et Marsh, 1988; Wilding et Whiteford, 2008). Elle comporte deux questions ouvertes. Le questionnaire est présenté en Annexe B. Il a été validé et testé par une personne avant le recrutement.

La collecte des données par le questionnaire est réalisée avec la plateforme de sondage électronique *Eval&Go*. Cette plateforme sécurisée permet l'anonymat des répondants. Elle permet aussi de distribuer le questionnaire avec un lien Internet. Les réponses des répondants sont recueillies directement de la plateforme.

4.4. Déroulement de l'étude

Les finissants à la maîtrise en ergothérapie sont sollicités par la publication d'une invitation à répondre au questionnaire dans un groupe privé sur les médias sociaux. Les chargés de cours et professeurs en ergothérapie sont quant à eux invités à répondre au questionnaire à la suite d'un courriel. Ce recrutement s'effectue le 17 mars 2020. Une relance est faite le 31 mars 2020, puis le 8 avril 2020. Le questionnaire est ensuite fermé le 31 mai 2020.

4.5. Analyse des données

Les données quantitatives recueillies par des échelles de type Likert à sept niveaux sont traitées par des analyses statistiques descriptives, soit les fréquences par pourcentages (Fortin et Gagnon, 2016). Les données qualitatives recueillies dans les questions ouvertes sont traitées par une analyse de contenu (Fortin et Gagnon, 2016). Les réponses qualitatives sont d'abord transcrites dans un document Word, puis une première lecture est faite. Ensuite, une deuxième lecture est réalisée pour ressortir des thèmes fréquents dans les réponses des répondants. Une validation est effectuée par la directrice d'essai par la suite.

4.6. Considérations éthiques

La recherche est approuvée par le Comité éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ce dernier a émis un certificat ayant pour numéro CER-20-265-07.25 en date du 9 mars 2020. La méthode de collecte de données utilisée pour mener cette étude, soit le questionnaire électronique, permet de recueillir des données en tout anonymat pour s'assurer de respecter la confidentialité des répondants. De plus, les répondants donnent leur consentement à l'étude en acceptant de répondre au questionnaire dès le début de celui-ci. Ils ne sont en rien forcés de le remplir, ce qui assure un consentement libre. Le consentement est aussi continu en raison de la possibilité de ne pas répondre à certaines questions si les répondants le désirent. Une fois les données recueillies, celles-ci sont conservées dans des documents informatiques verrouillés.

5. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats d'une étude visant à (1) décrire la perception des définitions proposées en ergothérapie, (2) identifier les concepts identitaires (concepts seuils) pouvant être éventuellement inclus dans l'explication de l'ergothérapie et (3) documenter les messages clés et les stratégies à utiliser pour expliquer l'ergothérapie de façon idéale. Plus précisément, les caractéristiques des répondants sont définies, puis les résultats quant à l'accord avec des définitions préalablement choisies sont présentés. Par la suite, l'identification des concepts identitaires en ergothérapie tels que perçus par les trois groupes de répondants est exposée et les messages clés et stratégies pour expliquer l'ergothérapie de façon idéale sont rapportés.

5.1. Caractéristiques des répondants

Les répondants au nombre de 40 constituent l'échantillon de la présente étude. Parmi ces 40, 21 répondants (52,5 % de l'échantillon) sont des finissants à la maîtrise en ergothérapie, 11 sont des chargés de cours (27,5 %) et 8 sont des professeurs en ergothérapie (20 %). Le taux de réponse pour les finissants à la maîtrise en ergothérapie est de 72,4 % puisque 29 finissants avaient été sollicités. En ce qui a trait aux personnes étant ou ayant été chargés de cours en ergothérapie, le taux de réponse est de 73,3 % puisque 15 personnes ont été sollicitées. Du côté des professeurs, le taux de réponse est de 57,1 % puisque 14 professeurs avaient été invités. La moyenne d'âge des répondants finissants à la maîtrise est de 24,57 ans ($\pm 1,91$) s'échelonnant de 22 à 28 ans, celle des répondants chargés de cours est de 38,0 ans ($\pm 8,52$), s'échelonnant de 27 à 55 ans, alors que celle des répondants professeurs en ergothérapie est de 49,13 ans ($\pm 13,94$), s'échelonnant de 32 à 65 ans. Ces informations sont présentées au Tableau 2.

Tableau 2.
Description de l'âge des répondants

Répondants	Répartition	
Finissants à la maîtrise en ergothérapie (n=21)	Étendue	[22 ; 28] ans
	Moyenne	24,57 ans
	Écart-type	1,91
Chargés de cours en ergothérapie (n=11)	Étendue	[27 ; 55] ans
	Moyenne	38,0 ans
	Écart-type	8,52
Professeurs en ergothérapie (n=8)	Étendue	[32 ; 65] ans
	Moyenne	49,13 ans
	Écart-type	13,94

5.2. Perception des diverses définitions

Cette section présente le degré d'accord des répondants avec les diverses définitions de l'ergothérapie qui leur ont été présentées de même que leur degré d'accord et leurs commentaires quant au recours à ces définitions pour expliquer l'ergothérapie au grand public. Finalement, une vue d'ensemble de toutes les définitions est présentée pour chacun des groupes de répondants.

5.2.1. Accord des répondants avec diverses définitions préalablement sélectionnées

Cette première section présente les résultats quant au degré d'accord des répondants avec diverses définitions de l'ergothérapie sélectionnées lors de la recension des écrits et présentées en Annexe A, soit celles de Radomski et Trombly Latham (2014), des *Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client* publiées en 1983 par le MSNBS et l'ACE et en 1993 par l'ACE, du site web de l'ACE (2016b), du site web de l'OEQ (2020b), du site web de la Fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT, 2012) et des *Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie* de Townsend et Polatjako (2013).

5.2.1.1. Accord des répondants avec la définition tirée de l'ouvrage de Radomski et Trombly Latham (2014)

Les répondants ont indiqué leur degré d'accord avec la définition suivante, tirée de l'ouvrage *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* de Radomski et Trombly Latham (2014).

L'ergothérapie aide les gens qui ont eu un accident ou une maladie, comme un accident vasculaire cérébral, pour retrouver l'habileté de prendre soin d'eux-mêmes, de leur maison et toutes les autres activités qu'ils ont besoin de faire, qu'ils veulent faire et qu'ils s'attendent à faire. Nous utilisons diverses activités, appelées occupations, pour aider les gens à récupérer des habiletés perdues, les entraînons à faire des activités d'une façon différente ou changeons leur environnement pour qu'ils éprouvent des réussites malgré leurs incapacités. (Trombly Latham, 2014, p. 342, [traduction libre]).

57,14 % (n=12) des répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie, 45,45 % (n= 5) des répondants chargés de cours en ergothérapie et 12,5 % (n=1) des répondants professeurs en ergothérapie ont répondu être fortement en accord et en accord avec cette définition. Les résultats détaillés sont présentés au Tableau 3.

Tableau 3.
Accord des répondants avec la définition de Trombly Latham (2014)

	Fortement en accord % (n)	En accord % (n)	Quelque peu en accord % (n)	Ni en accord ni en désaccord % (n)	Quelque peu en désaccord % (n)	En désaccord % (n)	Fortement en désaccord % (n)
Finissants à la maîtrise en ergothérapie (n=21)	9,52 % (n=2)	47,62 % (n=10)	33,33 % (n=7)	4,76 % (n=1)	4,76 % (n=1)	-	-
Chargés de cours en ergothérapie (n=11)	18,18 % (n=2)	27,27 % (n=3)	9,09 % (n=1)	9,09 % (n=1)	18,18 % (n=2)	18,18 % (n=2)	-
Professeurs en ergothérapie (n=8)	-	12,5 % (n=1)	25 % (n=2)	12,5 % (n=1)	25 % (n=2)	25 % (n=2)	-

5.2.1.2. Accord des répondants avec la définition du MSNBS et de l'ACE (1983)

Les répondants ont indiqué leur degré d'accord avec la définition suivante, provenant des *Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client* publiées en 1983.

L'ergothérapie est une méthode de rééducation fondée sur l'analyse et la pratique d'activités axées spécialement sur les soins personnels, la productivité et les loisirs. Par l'évaluation, l'analyse et le traitement, les ergothérapeutes s'attaquent aux problèmes fonctionnels ou d'adaptation des personnes dont le rendement fonctionnel est diminué par la maladie, une lésion, un trouble émotif, un trouble du développement, un handicap social ou par le vieillissement. Le but est de prévenir l'incapacité et de promouvoir, de persévérer ou de rétablir la capacité fonctionnelle, la santé et le bien-être spirituel. De plus, les services d'ergothérapie peuvent être intégrés aux réseaux de services sociaux, de santé et d'enseignement. (MSNBS et ACE, 1983, p. xvi).

47,62 % (n=10) des répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie et 27,27 % (n= 3) des répondants chargés de cours en ergothérapie ont répondu être fortement en accord et en accord avec cette définition, alors qu'aucun répondant professeur en ergothérapie n'a répondu être fortement en accord ou en accord avec celle-ci. Les résultats détaillés sont présentés dans le Tableau 4.

Tableau 4.
Accord des répondants avec la définition du MSNBS et de l'ACE (1983)

	Fortement en accord % (n)	En accord % (n)	Quelque peu en accord % (n)	Ni en accord ni en désaccord % (n)	Quelque peu en désaccord % (n)	En désaccord % (n)	Fortement en désaccord % (n)
Finissants à la maîtrise en ergothérapie (n=21)	14,29 % (n=3)	33,33 % (n=7)	38,1 % (n=8)	14,29 % (n=3)	-	-	-
Chargés de cours en ergothérapie (n=11)	27,27 % (n=3)	-	27,27 % (n=3)	27,27 % (n=3)	9,09 % (n=1)	9,09 % (n=1)	-
Professeurs en ergothérapie (n=8)	-	-	25 % (n=2)	12,5 % (n=1)	25 % (n=2)	37,5 % (n=3)	-

5.2.1.3. Accord des répondants avec la définition de l'ACE (1993)

Les répondants ont indiqué leur degré d'accord avec la définition suivante, provenant des *Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client* publiées par l'ACE en 1993.

L'ergothérapie est un art et une science fondés sur l'analyse et sur l'utilisation d'activités directement reliées au rendement occupationnel dans les domaines des soins personnels, du travail et des loisirs. Par l'évaluation, l'analyse et le traitement, les ergothérapeutes s'attaquent aux problèmes d'ordre fonctionnel ou adaptatif des personnes dont le rendement occupationnel est entravé par la maladie, une lésion, un trouble émotif, un trouble du développement, un handicap social ou le vieillissement. L'objectif de l'ergothérapie est de prévenir le handicap, de rétablir le rendement occupationnel, la santé et le bien-être spirituel. De plus, les services d'ergothérapie peuvent être intégrés au réseau de l'enseignement ou à celui de la santé et des services sociaux. (ACE, 1993, p. 156).

38,09 % (n=8) des répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie, 54,54 % (n= 6) des répondants chargés de cours en ergothérapie et 12,5 % (n=1) des répondants professeurs en ergothérapie ont répondu être fortement en accord et en accord avec cette définition. Les résultats détaillés sont présentés dans le Tableau 5.

Tableau 5.
Accord des répondants avec la définition de l'ACE (1993)

	Fortement en accord % (n)	En accord % (n)	Quelque peu en accord % (n)	Ni en accord ni en désaccord % (n)	Quelque peu en désaccord % (n)	En désaccord % (n)	Fortement en désaccord % (n)
Finissants à la maîtrise en ergothérapie (n=21)	9,52 % (n=2)	28,57 % (n=6)	52,38 % (n=11)	4,76 % (n=1)	4,76 % (n=1)	-	-
Chargés de cours en ergothérapie (n=11)	18,18 % (n=2)	36,36 % (n=4)	27,27 % (n=3)	9,09 % (n=1)	9,09 % (n=1)	-	-
Professeurs en ergothérapie (n=8)	-	12,5 % (n=1)	12,5 % (n=1)	37,5 % (n=3)	25 % (n=2)	12,5 % (n=1)	-

5.2.1.4. Accord des répondants avec la définition de l'OEQ (2020b)

Les répondants ont indiqué leur degré d'accord avec la définition suivante, provenant du site web de l'OEQ, en date de 2020.

L'ergothérapie permet aux personnes d'organiser et d'accomplir les activités qu'elles considèrent comme importantes :

- Prendre soin de soi et d'autres personnes;
- Se réaliser sur les plans personnel, scolaire et professionnel;
- Se divertir, par exemple par les loisirs;
- Se développer, notamment par le jeu.

(OEQ, 2020b).

57,14 % (n=12) des répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie, 63,63 % (n= 7) des répondants chargés de cours en ergothérapie et 12,5 % (n=1) des répondants professeurs en ergothérapie ont répondu être fortement en accord et en accord avec cette définition. Les résultats détaillés sont présentés dans le Tableau 6.

Tableau 6.
Accord des répondants avec la définition de l'OEQ (2020b)

	Fortement en accord % (n)	En accord % (n)	Quelque peu en accord % (n)	Ni en accord ni en désaccord % (n)	Quelque peu en désaccord % (n)	En désaccord % (n)	Fortement en désaccord % (n)
Finissants à la maîtrise en ergothérapie (n=21)	4,76 % (n=1)	52,38 % (n=11)	28,57 % (n=6)	14,29 % (n=3)	-	-	-
Chargés de cours en ergothérapie (n=11)	18,18 % (n=2)	45,45 % (n=5)	-	18,18 % (n=2)	9,09 % (n=1)	-	9,09 % (n=1)
Professeurs en ergothérapie (n=8)	12,5 % (n=1)	-	37,5 % (n=3)	50 % (n=4)	-	-	-

5.2.1.5. Accord des répondants avec la définition de la Fédération mondiale des ergothérapeutes (2012)

Les répondants ont indiqué leur degré d'accord avec la définition suivante provenant du site web de la *World Federation of Occupational Therapists*, en date de 2012.

L'ergothérapie est une profession de la santé centrée sur le client qui s'intéresse à la promotion de la santé et du bien-être à travers l'occupation. Le but principal est d'habiliter les personnes à participer à leurs activités quotidiennes. Les ergothérapeutes atteignent ce but en travaillant avec les personnes et leurs communautés pour améliorer leurs habiletés à s'engager dans les occupations qu'ils veulent faire, qu'ils ont besoin de faire ou qu'ils doivent faire, en modifiant l'occupation ou l'environnement pour mieux supporter leur engagement occupationnel (WFOT, 2012, [traduction libre]).

85,71 % (n=18) des répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie, 72,72 % (n= 8) des répondants chargés de cours en ergothérapie et 50 % (n=4) des répondants professeurs en ergothérapie ont répondu être fortement en accord et en accord avec cette définition. Les résultats détaillés sont présentés dans le Tableau 7.

Tableau 7.
Accord des répondants avec la définition de la WFOT (2012)

	Fortement en accord % (n)	En accord % (n)	Quelque peu en accord % (n)	Ni en accord ni en désaccord % (n)	Quelque peu en désaccord % (n)	En désaccord % (n)	Fortement en désaccord % (n)
Finissants à la maîtrise en ergothérapie (n=21)	52,38 % (n=11)	33,33 % (n=7)	9,52 % (n=2)	4,76 % (n=1)	-	-	-
Chargés de cours en ergothérapie (n=11)	27,27 % (n=3)	45,45 % (n=5)	18,18 % (n=2)	-	-	9,09 % (n=1)	-
Professeurs en ergothérapie (n=8)	12,5 % (n=1)	37,5 % (n=3)	25 % (n=2)	25 % (n=2)	-	-	-

5.2.1.6. Accord des répondants avec la définition de l'ACE (2016b)

Les répondants ont indiqué leur degré d'accord avec la définition suivante, provenant du site web de l'ACE, en date de 2016.

L'ergothérapie est un type de soin[s] de santé qui aide à résoudre les problèmes qui font obstacle avec la capacité d'une personne à faire les choses qui lui sont importantes. Des choses de tous les jours telles que :

- les soins d'hygiène personnelle – s'habiller, manger, se déplacer autour du domicile,
- être productif – aller à l'école ou au travail, participer dans la communauté et
- les activités de loisir – les sports, le jardinage, les activités sociales.

(ACE, 2016b).

23,81 % (n=5) des répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie, 36,36 % (n=4) des répondants chargés de cours en ergothérapie et 12,5 % (n=1) des répondants professeurs en ergothérapie ont répondu être fortement en accord et en accord avec cette définition. Les résultats détaillés sont présentés au Tableau 8.

Tableau 8.
Accord des répondants avec la définition de l'ACE (2016b)

	Fortement en accord % (n)	En accord % (n)	Quelque peu en accord % (n)	Ni en accord ni en désaccord % (n)	Quelque peu en désaccord % (n)	En désaccord % (n)	Fortement en désaccord % (n)
Finissants à la maîtrise en ergothérapie (n=21)	9,52 % (n=2)	14,29 % (n=3)	61,9 % (n=13)	9,52 % (n=2)	4,76 % (n=1)	-	-
Chargés de cours en ergothérapie (n=11)	18,18 % (n=2)	18,18 % (n=2)	27,27 % (n=3)	18,18 % (n=2)	9,09 % (n=1)	9,09 % (n=1)	-
Professeurs en ergothérapie (n=8)	12,5 % (n=1)	-	25 % (n=2)	37,5 % (n=3)	12,5 % (n=1)	12,5 % (n=1)	-

5.2.1.7. Accord des répondants avec la définition des Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie de Townsend et Polatajko (2013)

Les répondants ont indiqué leur degré d'accord avec la définition suivante, provenant de l'ouvrage *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*, constituant les *Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie* de 2013.

L'ergothérapie est l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation; habiliter les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être; et habiliter les membres de leur société, de telle sorte que celle-ci soit juste et inclusive afin que tous puissent s'engager – selon leur plein potentiel – dans les activités de la vie quotidienne (Townsend et Polatajko, 2013, p. 441).

71,43 % (n=15) des répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie, 36,36 % (n=4) des répondants chargés de cours en ergothérapie et 75 % (n=6) des répondants professeurs en ergothérapie ont répondu être fortement en accord et en accord avec cette définition. Les résultats détaillés sont présentés dans le Tableau 9.

Tableau 9.
Accord des répondants avec la définition de Townsend et Polatajko (2013)

	Fortement en accord % (n)	En accord % (n)	Quelque peu en accord % (n)	Ni en accord ni en désaccord % (n)	Quelque peu en désaccord % (n)	En désaccord % (n)	Fortement en désaccord % (n)
Finissants à la maîtrise en ergothérapie (n=21)	28,57 % (n=6)	42,86 % (n=9)	14,29 % (n=3)	9,52 % (n=2)	4,76 % (n=1)	-	-
Chargés de cours en ergothérapie (n=11)	27,27 % (n=3)	9,09 % (n=1)	54,55 % (n=6)	-	-	9,09 % (n=1)	-
Professeurs en ergothérapie (n=8)	25 % (n=2)	50 % (n=4)	-	25 % (n=2)	-	-	-

5.2.2. Recours aux définitions préalablement sélectionnées pour promouvoir l'ergothérapie au grand public

À la question « selon vous, dans quelle mesure est-il approprié d'avoir recours à une de ces définitions pour faire la promotion de l'ergothérapie au grand public? », 33,33 % (n=7) des répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie, 45,45 % (n=5) des répondants chargés de cours en ergothérapie et 37,5 % (n=3) des répondants professeurs ont indiqué qu'il serait fortement approprié et approprié de recourir à ces définitions. Les résultats détaillés sont présentés dans le Tableau 10.

Tableau 10.
Comparaison des groupes pour leurs réponses visant le recours aux définitions préalablement sélectionnées pour promouvoir l'ergothérapie

	Fortement approprié % (n)	Approprié % (n)	Quelque peu approprié % (n)	Ni approprié ni inapproprié % (n)	Quelque peu inapproprié % (n)	Inapproprié % (n)	Fortement inapproprié % (n)
Finissants à la maîtrise en ergothérapie (n=21)	4,76 % (n=1)	28,57 % (n=6)	47,62 % (n=10)	9,52 % (n=2)	9,52 % (n=2)	-	-
Chargés de cours en ergothérapie (n=11)	27,27 % (n=3)	18,18 % (n=2)	36,36 % (n=4)	-	18,18 % (n=2)	-	-
Professeurs en ergothérapie (n=8)	12,5 % (n=1)	25 % (n=2)	37,5 % (n=3)	-	12,5 % (n=1)	-	12,5 % (n=1)

5.2.3. Commentaires qualitatifs émis par les répondants

Les répondants des trois groupes ont formulé différents commentaires à la suite de la question documentant le degré d'accord face à l'utilisation des définitions préalablement sélectionnées pour promouvoir l'ergothérapie. Ces commentaires ont fait l'objet d'une analyse de contenu, dont les résultats sont présentés ci-dessous.

5.2.3.1. Finissants à la maîtrise en ergothérapie

Les répondants finissants à la maîtrise (RF) ont fourni 32 énoncés sur l'utilisation des définitions proposées en ergothérapie auprès du public. Certains énoncés se rattachent aux limites du vocabulaire utilisé dans les définitions, comme quoi les définitions contiennent du jargon professionnel qui gagnerait à être vulgarisé pour être plus accessible au public. D'autres énoncés se rattachent à l'importance de conserver l'essence de la profession dans les définitions même si celles-ci sont vulgarisées pour le public. Ensuite, des énoncés se rattachent à l'apport bénéfique qu'aurait l'ajout d'exemples concrets de façon à illustrer la profession à la population. Finalement, d'autres énoncés se rattachent au potentiel de faire une définition plus officielle et globale qui pourrait être utilisée par tous. Le Tableau 11 présente des exemples d'énoncés pour chacun des thèmes.

Tableau 11.

Thèmes émergeant des commentaires des répondants finissant à la maîtrise quant au recours aux définitions proposées en ergothérapie

Thèmes	Proportion des énoncés (n=32)	Exemples d'énoncés
Limites du vocabulaire des définitions	56,3 % (n=18)	<p>« Je trouve approprié d'utiliser ces définitions, mais il est selon moi important de [les] adapter au niveau de langage et aux connaissances de la personne à qui l'on s'adresse et de retirer le jargon de préférence, comme les mots " habilitier ", " rendement " ou " engagement " occupationnel. » (RF-04)</p> <p>« Dans le but de faire la promotion de l'ergothérapie au grand public, le jargon professionnel devrait être retiré des définitions. L'usage d'un vocabulaire plus accessible au grand public et à l'ensemble des professions devrait figurer dans la définition de l'ergothérapie. » (RF-14)</p> <p>« Je crois que les définitions expliquent en long et en large la profession, mais gagneraient à être plus vulgarisées et épurées pour rejoindre la population générale. » (RF-17)</p>
Importance de conserver l'essence de la profession	21,9 % (n=7)	<p>« Il y a de belles définitions, toutefois, je crois qu'il faut éviter d'utiliser des jargons trop spécifiques, mais il faut garder l'essence de l'ergothérapie. » (RF-10)</p> <p>« Certaines de ces définitions sont plus vulgarisées que d'autres. Il est important d'avoir une définition vulgarisée pour qu'elle soit comprise par tous. Cependant, même si la définition est vulgarisée, elle ne doit pas perdre son essence et sa définition en elle-même. » (RF-19)</p>
Ajout d'exemples concrets	15,6 % (n=5)	<p>« Je crois que ces définitions font du sens pour nous qui étudions en ergothérapie. Toutefois, pour le grand public, j'ai l'impression qu'il faut donner des exemples très concrets de ce que font les ergothérapeutes dans différentes situations. » (RF-02)</p> <p>« Certaines définitions sont trop longues et peu concrètes, elles ne représentent donc pas de façon exacte notre profession. [...] De plus, il [serait] bien d'ajouter des exemples de cas où une personne pourrait avoir besoin de services en ergothérapie (par exemple : après un accident). » (RF-16)</p>
Potentiel d'une définition plus officielle et globale	6,3 % (n=2)	<p>« Je pense qu'une définition officielle pour que tous (le grand public) puissent comprendre et avoir recours à une image qui leur parle de ce qu'est l'ergothérapie pourrait être utile. Cependant, il faut s'assurer que cela soit assez détaillé, sans toutefois aller dans tous les sens pour qu'au final la définition de l'ergothérapie soit accessible aux différentes personnes qui pourraient, ou non, avoir recours à des services en ergothérapie. » (RF-07)</p> <p>« Je crois que la définition de l'ergothérapie est tellement large et difficile pour chaque professionnel à retenir qu'il en faudrait une plus spécifique avec des mots que l'ensemble des gens pourraient comprendre. Nous avons tendance à définir l'ergothérapie en fonction du milieu dans lequel nous nous trouvons. C'est difficile de faire connaître la profession quand nous avons une multitude de mots et de possibilités, mais qui demeurent tout de même vagues. » (RF-15)</p>

5.2.3.2. Chargés de cours en ergothérapie

Les répondants chargés de cours (RC) ont fourni 18 énoncés. Des énoncés se rattachent à l'importance d'utiliser un vocabulaire vulgarisé qui peut être compris par la population. D'autres énoncés se rattachent au fait d'avoir une définition qui montre l'essence de la profession de façon complète. Finalement, des énoncés se rattachent à l'apport qu'auraient des exemples dans les définitions pour représenter l'éventail des clientèles, milieux et problématiques avec lesquels les ergothérapeutes travaillent. Le Tableau 12 présente des exemples d'énoncés pour chaque thème.

Tableau 12.
Thèmes émergeant des commentaires des répondants chargés de cours quant au recours aux définitions proposées en ergothérapie

Thèmes	Proportion des énoncés (n=18)	Exemples d'énoncés
Importance de vulgariser les concepts	38,9 % (n=7)	<p>« Je ne crois pas que toutes les définitions soient appropriées pour en faire la promotion au grand public. L'important est de vulgariser la profession en des termes simples et familiers pour l'ensemble de la population. » (RC-01)</p> <p>« Aussi, il y a des termes qui font plus sens pour le grand public à mon avis. Je préfère l'utilisation des termes comme ceux-ci (prendre soin de soi et d'autres personnes, se réaliser sur les plans personnel, scolaire et professionnel, se divertir, par exemple par les loisirs, se développer, notamment par le jeu) plutôt que des termes hygiène et productivité par exemple. » (RC-07)</p> <p>« Attention de ne pas utiliser trop de mots de vocabulaire complexes pour que la population comprenne bien. » (RC-08)</p>
Cibler l'essence de la profession	33,3 % (n=6)	<p>« Par exemple, je trouve intéressant d'inclure que l'ergothérapie aide la personne à organiser et accomplir les activités qu'elle considère importantes. » (RC-07)</p> <p>« En plus, il est intéressant d'inclure le rôle d'habiliter les membres d'une société pour permettre à tous ses membres de s'engager pleinement. » (RC-07)</p> <p>« Les premières définitions ne sont pas assez complètes à mon avis. » (RC-10)</p>
Ajout d'exemples concrets	27,8 % (n=5)	<p>« Si on vise un large public, donc néophyte en la matière, la définition retenue devrait être plus courte et simplifiée ainsi qu'accompagnée d'exemples concrets. » (RC-04)</p> <p>« Je pense qu'il pourrait être intéressant d'ajouter des exemples concrets, car il me semble difficile d'avoir une définition complète et facilement compréhensible par le public. » (RC-05)</p> <p>« [...] indiquer quelles clientèles serait un atout, puis c'est bien de laisser dans quel domaine on peut travailler pour en faire une bonne promotion. » (RC-08)</p> <p>« [...] je crois qu'il serait intéressant de préciser la cible d'âge... et que c'est pour des problématiques de santé physique ou mentale... Dans la perception des gens, les ergothérapeutes ne travaillent qu'avec les enfants ou juste pour l'installation de barres d'appui. Plusieurs volets de l'ergothérapie sont méconnus de la population! » (RC-09)</p>

5.2.3.3. Professeurs en ergothérapie

Les répondants professeurs (RP) ont fourni 12 énoncés. Certains énoncés se rattachent au défi de faire une définition qui présente l'essence de la profession et qui n'est pas réductrice de celle-ci. D'autres énoncés se rattachent au fait que les définitions actuelles sont peu accessibles au public, en raison des limites du vocabulaire utilisé comme le jargon professionnel qu'elles contiennent. Finalement, un énoncé se rattache à l'utilisation d'exemples pour illustrer la profession au public. Le Tableau 13 présente des exemples d'énoncés pour chacun des thèmes.

Tableau 13.
Thèmes émergeant des commentaires des répondants professeurs quant au recours aux définitions proposées en ergothérapie

Thèmes	Proportion des énoncés (n=12)	Exemples d'énoncés
Défi de ne pas faire une définition réductrice de l'ergothérapie et qui montre son essence	67,7 % (n=8)	« Le défi est de trouver une définition qui n'est pas réductionniste de notre rôle et que ne véhicule pas la conception que nous sommes ancrés dans un paradigme biomédical pour "traiter" une condition et ce, tout en utilisant des termes qui sont compris du grand public (difficile avec le terme habilitation/habiliter). » (RP-02) « [...] un nombre croissant d'auteurs critiques estiment que de réduire l'ergothérapie à professionnel de la santé rend compte certes de son histoire sociopolitique (il était avantageux de faire partie du réseau de la santé), mais pas nécessairement de l'essence de la profession (spécialiste de l'habilitation à l'occupation des êtres humains - pas seulement des personnes qui ont un accident ou une maladie - par l'analyse des interactions entre les personnes et leurs environnements). Voilà pourquoi, j'estime que ces définitions sont peu comparables entre elles et ne capturent ni l'essence de la profession ni la portée des services ergothérapeutiques. » (RP-04) « Je pense qu'il y a un enjeu à vouloir offrir une définition complète, reflétant la complexité de la profession, tout en la gardant vulgarisée et accessible au grand public. C'est tout un défi. L'utilisation d'exemples pour illustrer certains rôles des ergothérapeutes peut permettre au public de se faire une idée, bien que probablement réductrice, de ce qu'est l'ergothérapie. » (RP-06)
Limite du vocabulaire des définitions	25 % (n=3)	« [Les définitions] utilisent pour la plupart un jargon professionnel peu compréhensible par le public. » (RP-04)
Utilisation d'exemples	8,3 % (n=1)	« L'utilisation d'exemples pour illustrer certains rôles des ergothérapeutes peut permettre au public de se faire une idée [...] » (RP-06)

5.2.4. Vue d'ensemble de l'accord des trois groupes de répondants avec les différentes définitions proposées

La section qui suit présente la comparaison des différentes définitions en fonction du degré d'accord, et ce, pour chacun des groupes de répondants, soit les finissants à la maîtrise en ergothérapie, les chargés de cours en ergothérapie et les professeurs en ergothérapie. Les résultats sont présentés en fonction des plus hauts pourcentages d'accord.

5.2.4.1. Comparaison des différentes définitions en fonction de l'accord donné par les répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie

Cette section présente la comparaison de l'accord donné par les répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie avec les diverses définitions préalablement sélectionnées. 85,71 % (n=18) des répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie ont répondu être fortement en accord et en accord avec la définition de la WFOT (2012). Par ailleurs, 71,43 % (n=15) ont indiqué être fortement en accord et en accord avec la définition de Townsend et Polatajko (2013). En ce qui concerne la définition de Trombly Latham (2014), 57,14 % (n=12) des répondants finissants ont dit être fortement en accord et en accord. Puis, face à la définition de l'OEQ (2020b), 57,14 % (n=12) ont statué être fortement en accord et en accord. Pour ce qui est des définitions du MSNBS et de l'ACE (1983), de l'ACE (1993) et de l'ACE (2016b), moins de 50 % des répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie ont répondu être fortement en accord et en accord. Le Tableau 14 donne les détails de ces résultats.

Tableau 14.
Comparaison de l'accord des répondants finissants à la maîtrise avec les définitions présentées

Définitions	Fortement en accord % (n)	En accord % (n)	Quelque peu en accord % (n)	Ni en accord ni en désaccord % (n)	Quelque peu en désaccord % (n)	En désaccord % (n)	Fortement en désaccord % (n)
WFOT (2012)	52,38 % (n=11)	33,33 % (n=7)	9,52 % (n=2)	4,76 % (n=1)	-	-	-
Townsend et Polatajko (2013)	28,57 % (n=6)	42,86 % (n=9)	14,29 % (n=3)	9,52 % (n=2)	4,76 % (n=1)	-	-
Trombly Latham (2014)	9,52 % (n=2)	47,62 % (n=10)	33,33 % (n=7)	4,76 % (n=1)	4,76 % (n=1)	-	-
OEQ (2020b)	4,76 % (n=1)	52,38 % (n=11)	28,57 % (n=6)	14,29 % (n=3)	-	-	-
MSNBS et ACE (1983)	14,29 % (n=3)	33,33 % (n=7)	38,1 % (n=8)	14,29 % (n=3)	-	-	-
ACE (1993)	9,52 % (n=2)	28,57 % (n=6)	52,38 % (n=11)	4,76 % (n=1)	4,76 % (n=1)	-	-
ACE (2016b)	9,52 % (n=2)	14,29 % (n=3)	61,9 % (n=13)	9,52 % (n=2)	4,76 % (n=1)	-	-

5.2.4.2. Comparaison des différentes définitions en fonction de l'accord donné par les répondants chargés de cours en ergothérapie

Cette section présente la comparaison de l'accord donné par les répondants chargés de cours en ergothérapie avec les diverses définitions préalablement sélectionnées. 72,72 % (n=8) des répondants chargés de cours en ergothérapie ont répondu être fortement en accord et en accord avec la définition de la WFOT (2012). Puis, face à la définition de l'OEQ (2020b), 63,63 % (n=7) ont statué être fortement en accord et en accord. Ensuite, 54,54 % (n=6) des répondants ont indiqué être fortement en accord et en accord avec la définition de l'ACE (1993). En ce qui concerne les définitions de Trombly Latham (2014), de Townsend et Polatajko (2013), de l'ACE (2016b) ainsi que du MSNBS et de l'ACE (1983), moins de 50 % des répondants chargés de cours ont indiqué être fortement en accord et en accord. Le Tableau 15 présente les détails de ces résultats.

Tableau 15.
Comparaison de l'accord des répondants chargés de cours avec les définitions présentées

Définitions	Fortement en accord % (n)	En accord % (n)	Quelque peu en accord % (n)	Ni en accord ni en désaccord % (n)	Quelque peu en désaccord % (n)	En désaccord % (n)	Fortement en désaccord % (n)
WFOT (2012)	27,27 % (n=3)	45,45 % (n=5)	18,18 % (n=2)	-	-	9,09 % (n=1)	-
OEQ (2020b)	18,18 % (n=2)	45,45 % (n=5)	-	18,18 % (n=2)	9,09 % (n=1)	-	9,09 % (n=1)
ACE (1993)	18,18 % (n=2)	36,36 % (n=4)	27,27 % (n=3)	9,09 % (n=1)	9,09 % (n=1)	-	-
Trombly Latham (2014)	18,18 % (n=2)	27,27 % (n=3)	9,09 % (n=1)	9,09 % (n=1)	18,18 % (n=2)	18,18 % (n=2)	-
Townsend et Polatajko (2013)	27,27 % (n=3)	9,09 % (n=1)	54,55 % (n=6)	-	-	9,09 % (n=1)	-
ACE (2016b)	18,18 % (n=2)	18,18 % (n=2)	27,27 % (n=3)	18,18 % (n=2)	9,09 % (n=1)	9,09 % (n=1)	-
MSNBS et ACE (1983)	27,27 % (n=3)	-	27,27 % (n=3)	27,27 % (n=3)	9,09 % (n=1)	9,09 % (n=1)	-

5.2.4.3. Comparaison des différentes définitions en fonction de l'accord donné par les répondants professeurs en ergothérapie

Cette section présente la comparaison de l'accord donné par les répondants professeurs en ergothérapie avec les diverses définitions préalablement sélectionnées. 75 % (n=6) des répondants professeurs ont indiqué être fortement en accord et en accord avec la définition de Townsend et Polatajko (2013). Puis, 50 % (n=4) des répondants professeurs en ergothérapie ont répondu être fortement en accord et en accord avec la définition de la WFOT (2012). Pour les autres définitions, soit celles de l'OEQ (2020b), de l'ACE (2016b), de Trombly Latham (2014), de l'ACE (1993) ainsi que du MSNBS et de l'ACE (1983), moins de 50 % des répondants professeurs ont indiqué être fortement en accord et en accord. Le Tableau 16 présente les détails de ces résultats.

Tableau 16.
Comparaison de l'accord des répondants professeurs avec les définitions présentées

Définitions	Fortement en accord % (n)	En accord % (n)	Quelque peu en accord % (n)	Ni en accord ni en désaccord % (n)	Quelque peu en désaccord % (n)	En désaccord % (n)	Fortement en désaccord % (n)
Townsend et Polatajko (2013)	25 % (n=2)	50 % (n=4)	-	25 % (n=2)	-	-	-
WFOT (2012)	12,5 % (n=1)	37,5 % (n=3)	25 % (n=2)	25 % (n=2)	-	-	-
OEQ (2020b)	12,5 % (n=1)	-	37,5 % (n=3)	50 % (n=4)	-	-	-
ACE (2016b)	12,5 % (n=1)	-	25 % (n=2)	37,5 % (n=3)	12,5 % (n=1)	12,5 % (n=1)	-
Trombly Latham (2014)	-	12,5 % (n=1)	25 % (n=2)	12,5 % (n=1)	25 % (n=2)	25 % (n=2)	-
ACE (1993)	-	12,5 % (n=1)	12,5 % (n=1)	37,5 % (n=3)	25 % (n=2)	12,5 % (n=1)	-
MSNBS et ACE (1983)	-	-	25 % (n=2)	12,5 % (n=1)	25 % (n=2)	37,5 % (n=3)	-

5.3. Concepts identitaires en ergothérapie

Dans cette section, les concepts identitaires en ergothérapie identifiés par les répondants et le degré d'accord des répondants quant au recours à de tels concepts pour promouvoir l'ergothérapie au grand public sont présentés.

5.3.1. Identification des concepts identitaires en ergothérapie

À la question « selon vous, quels sont les concepts identitaires de l'ergothérapie », les répondants ont fourni des réponses qualitatives. Celles-ci ont été traitées par une analyse de contenu, dévoilant que les concepts identitaires identifiés par les répondants se rattachent au processus utilisé par l'ergothérapeute (compris comme une démarche active ayant une finalité) ou

encore s'associent à la personne recevant les services. Plus précisément, les thèmes émergeant des concepts identitaires identifiés sont présentés pour chacun des groupes de répondants.

5.3.1.1. Finissants à la maîtrise en ergothérapie

Les répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie (RF) ont fourni 96 énoncés pour identifier les concepts identitaires en ergothérapie. Plus précisément, les concepts liés au processus utilisé par l'ergothérapeute se rattachent à l'approche, le déroulement, les qualités personnelles des ergothérapeutes, l'habilitation et les données probantes. Ensuite, les concepts liés à la personne qui reçoit les services se rattachent aux occupations, à l'environnement, l'autonomie, la personne et la santé. Le Tableau 17 présente les différents thèmes ainsi que des exemples d'énoncés (concepts identitaires) des répondants finissants à la maîtrise.

Tableau 17.
Concepts identitaires en ergothérapie identifiés par les répondants finissants à la maîtrise

Thèmes	Proportion des énoncés (n=96)	Exemples d'énoncés
Concepts identitaires en lien avec le processus utilisé par l'ergothérapeute donnant les services		
Approche	20,8 % (n=20)	« Vision holistique » (RF-05) « Pratique centrée sur le client » (RF-09) « Donneur de pouvoir au client » (RF-13)
Déroulement	11,5 % (n=11)	« Analyse d'activité » (RF-03) « Raisonnement clinique » (RF-04) « Adaptation » (RF-06) « Compensation » (RF-06) « Réadaptation » (RF-06) « Gradation » (RF-06) « Résolution de problème » (RF-20)
Qualités personnelles	7,3 % (n=7)	« Respectueux » (RF-13) « À l'écoute » (RF-13) « Authenticité » (RF-19) « Honnêteté » (RF-19) « Altruisme » (RF-19) « Ouverture d'esprit » (RF-19)
Habilitation	6,25 % (n=6)	« Expert en habilitation des occupations » (RF-02) « Habilitation » (RF-08) « Habilitant » (RF-13) « Habilitier » (RF-20)
Données probantes	2,1 % (n=2)	« Pratique basée sur les données probantes » (RF-18) « Modèles théoriques » (RF-18)

 Concepts identitaires en lien avec la personne qui reçoit les services en ergothérapie

Occupations et concepts apparentés	26,1 % (n=25)	« Bien-être occupationnel » (RF-03) « Engagement occupationnel » (RF-03) « Quotidien » (RF-06) « Routine » (RF-06) « Participation à des activités » (RF-07) « Équilibre occupationnel » (RF-08) « Occupations significantes » (RF-09) « Justice occupationnelle » (RF-19) « Difficultés occupationnelles » (RF-20) « Adaptation occupationnelle » (RF-21) « Rendement occupationnel » (RF-21)
Environnement	9,4 % (n=9)	« Milieu écologique » (RF-09) « Inclusion sociale » (RF-16) « Environnement (physique, social, communautaire) » (RF-20)
Autonomie	7,3 % (n=7)	« Autonomie » (RF-01) « Indépendance » (RF-11) « Fonctionnement » (RF-15)
Personne	5,2 % (n=5)	« Personne » (RF-17) « Handicap » (RF-17) « Axé sur le physique et le mental » (RF-20) « Prise en compte des caractéristiques uniques de la personne » (RF-20) « Motivation/volition » (RF-21)
Santé	2,1 % (n=2)	« Prévention et promotion de la santé » (RF-19)

5.3.1.2. Chargés de cours en ergothérapie

Les répondants chargés de cours en ergothérapie (RC) ont fourni 57 énoncés pour identifier les concepts identitaires en ergothérapie. Plus précisément, les concepts liés au processus utilisé par l'ergothérapeute se rattachent à l'approche, aux qualités et compétences des ergothérapeutes, au concept d'habilitation et au déroulement. Ensuite, les concepts liés à la personne qui reçoit les services se rattachent aux occupations, à la personne, l'environnement et l'autonomie. Le Tableau 18 présente les différents thèmes ainsi que des exemples d'énoncés (concepts identitaires) des répondants chargés de cours.

Tableau 18.
Concepts identitaires en ergothérapie identifiés par les répondants chargés de cours

Thèmes	Proportion des énoncés (n=57)	Exemples d'énoncés
Concepts identitaires en lien avec le processus utilisé par l'ergothérapeute donnant les services		
Approche	10,5 % (n=6)	« Vision holistique » (RC-10) « Vision centrée sur le client » (RC-11)
Qualités et compétences des ergothérapeutes	7,0 % (n=4)	« Compétences à acquérir en stage, soit habilitation des occupations, collaborateur, communicateur, professionnel, praticien érudit, gestionnaire de la pratique et agent de changement » (RC-08) « Empathie » (RC-08) « Résilience » (RC-08) « Créativité » (RC-09)
Déroulement	5,3 % (n=3)	« Compensation » (RC-04) « Analyse une situation » (RC-07)
Habilitation	5,3 % (n=3)	« Habilitier aux occupations » (RC-01) « Habilitation aux occupations » (RC-08)
Concepts identitaires en lien avec la personne qui reçoit les services en ergothérapie		
Occupations et concepts apparentés	38,6 % (n=22)	« Rendement » (RC-01) « Engagement » (RC-01) « Justice occupationnelle » (RC-04) « Besoins occupationnels » (RC-06) « Projets de vie » (RC-07) « Activités » (RC-10) « Science de l'occupation » (RC-11) « Occupation signifiante » (RC-11) « Satisfaction occupationnelle » (RC-11) « Pouvoir associé aux occupations significantes » (RC-11)
Personne	21,1 % (n=12)	« Personne » (RC-02) « Handicap » (RC-04) « Empowerment » (RC-05) « Habilités » (RC-07) « Parcours de vie » (RC-07) « Besoins » (RC-07) « Développement » (RC-07)
Environnement	8,8 % (n=5)	« Collectivité » (RC-06) « Environnement » (RC-10)
Autonomie	3,5 % (n=2)	« Autonomie fonctionnelle » (RC-04) « Besoin d'autonomie » (RC-07)

5.3.1.3. Professeurs en ergothérapie

42 énoncés ont été mentionnés par les répondants professeurs en ergothérapie (RP). Plus précisément, les concepts liés au processus utilisé par l'ergothérapeute se rattachent à l'habilitation, le déroulement et l'approche. Les concepts liés à la personne qui reçoit les services se rattachent aux occupations, à la personne, la santé et l'environnement. Le Tableau 19 présente les différents thèmes ainsi que des exemples d'énoncés (concepts identitaires) des répondants professeurs.

Tableau 19.
Concepts identitaires en ergothérapie identifiés par les répondants professeurs

Thèmes	Proportion des énoncés (n=42)	Exemples d'énoncés
Concepts identitaires en lien avec le processus utilisé par l'ergothérapeute donnant les services		
Habilitation	14,3 % (n=6)	« Habilitation aux occupations » (RP-01) « Espace habilitant » (RP-03) « Habilitier les personnes à l'occupation » (RP-06)
Déroulement	9,5 % (n=4)	« Synergie » (RP-02) « Analyse de l'activité » (RP-05) « Processus sans résultat prédéterminé » (RP-07)
Approche	9,5 % (n=4)	« Approche centrée sur le client et ses occupations » (RP-01) « Relation dynamique partenariale » (RP-03) « Renormalisation » (RP-03) « Co-construction » (RP-07)
Concepts identitaires en lien avec la personne qui reçoit les services en ergothérapie		
Occupations et concepts apparentés	38,1 % (n=16)	« Changements dans les occupations » (RP-01) « Engagement occupationnel » (RP-01) « Occupations significatives » (RP-02) « Justice occupationnelle » (RP-04) « Droits occupationnels » (RP-04) « Équilibre occupationnel » (RP-05) « Participation à des occupations » (RP-05) « Signifiante des occupations » (RP-05) « Pouvoir et importance de l'occupation » (RP-06)
Personne	9,5 % (n=4)	« Personne » (RP-06) « Reprise du pouvoir » (RP-06) « Dimension personnelle » (RP-07)
Santé	9,5 % (n=4)	« Éléments en interaction influençant la santé des personnes » (RP-06) « Déterminant de la santé » (RP-06)
Environnement	7,1 % (n=3)	« Environnement » (RP-06) « Dimension environnementale » (RP-07)

5.3.2. Recours aux concepts identitaires pour promouvoir l'ergothérapie au grand public

À la question « selon vous, dans quelle mesure est-il approprié d'avoir recours à ces concepts pour faire la promotion de l'ergothérapie au grand public? », 45 % (n=9) des répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie, 90 % (n=9) des répondants chargés de cours en ergothérapie et 62,5 % (n=5) des répondants professeurs en ergothérapie ont répondu qu'il serait fortement approprié et approprié de recourir aux concepts identitaires pour promouvoir l'ergothérapie. Le Tableau 20 présente les détails de ces résultats.

Tableau 20.
Comparaison des groupes pour leurs réponses quant au recours aux concepts identitaires pour promouvoir l'ergothérapie

	Fortement approprié % (n)	Approprié % (n)	Quelque peu approprié % (n)	Ni approprié ni inapproprié % (n)	Quelque peu inapproprié % (n)	Inapproprié % (n)	Fortement inapproprié % (n)
Finissants à la maîtrise en ergothérapie (n=20)	5 % (n=1)	40 % (n=8)	25 % (n=5)	5 % (n=1)	20 % (n=4)	5 % (n=1)	-
Chargés de cours en ergothérapie (n=10)	50 % (n=5)	40 % (n=4)	-	10 % (n=1)	-	-	-
Professeurs en ergothérapie (n=8)	37,5 % (n=3)	25 % (n=2)	25 % (n=2)	-	-	-	12,5 % (n=1)

5.3.3. Commentaires qualitatifs émis par les répondants

Les répondants des trois groupes ont formulé différents commentaires à la suite de la question documentant le degré d'accord quant au recours aux concepts identitaires pour promouvoir l'ergothérapie au grand public. Ces commentaires ont fait l'objet d'une analyse de contenu, dont les résultats sont présentés ci-dessous.

5.3.3.1. Finissants à la maîtrise en ergothérapie

Les répondants finissants à la maîtrise (RF) ont fourni 21 énoncés. Certains énoncés se rattachent à la complexité des concepts identitaires, c'est-à-dire qu'ils sont très précis à la discipline donc difficiles à appréhender pour le public. L'ajustement du niveau de langage et la vulgarisation de ces concepts sont suggérés. D'autres énoncés se rattachent au rôle des concepts identitaires pour faire valoir l'essence de la profession, différencier les ergothérapeutes des autres professionnels, montrer le caractère singulier de la profession et renforcer l'identité professionnelle des ergothérapeutes. Finalement, des énoncés se rattachent à l'importance de concrétiser ces concepts pour le public pour favoriser une meilleure compréhension du public. Le Tableau 21 présente des exemples d'énoncés pour chacun des thèmes.

Tableau 21.
Thèmes émergeant des commentaires des répondants finissants à la maîtrise quant au recours aux concepts identitaires avec le public

Thème	Proportion d'énoncés (n=21)	Exemples d'énoncés
Complexité des concepts seuils	61,9 % (n=13)	« Les concepts qui nous définissent peuvent parfois être compliqués et peuvent signifier quelque chose d'autre dans une autre profession [...]. Il faut donc ajuster notre vocabulaire lorsque l'on fait la promotion de notre profession au grand public. » (RF-01) « Les termes nommés ci-dessus sont du jargon difficile à comprendre. » (RF-03) « Je crois que les concepts identitaires sont importants à divulguer, mais dans un niveau de langage adapté pour s'assurer de la compréhension des gens. » (RF-16) « Les concepts identitaires ne sont pas des concepts que la population générale peut facilement se représenter. » (RF-21)
Rôle pour faire valoir l'essence de la profession	23,8 % (n=5)	« Faire ressortir les éléments qui nous sont propres permettrait selon moi de renforcer notre identité [...] (Je remarque souvent ça chez moi, je dis ce que je ne suis ou ne fais PAS plutôt que ce que je SUIS ou FAIS). » (RF-04) « Pour se différencier des autres professions » (RF-13)
Importance de leur donner un aspect concret	14,3 % (n=3)	« Je pense que concrètement, la plupart des gens du public comprennent l'essence d'une profession par les actions posées par ses professionnels et non, de prime abord, les concepts identitaires reliés à celle-ci. » (RF-07) « [...] En mettant les gens en contexte, peut-être que l'utilisation de ces termes faciliterait la compréhension du grand public. » (RF-08)

5.3.3.2. Chargés de cours en ergothérapie

Les répondants chargés de cours (RC) ont fourni 9 énoncés. Certains énoncés se rattachent au rôle des concepts identitaires pour faire comprendre l'essence de la profession, comme ses valeurs et croyances. D'autres énoncés se rattachent à l'importance de vulgariser les concepts identitaires pour faciliter la compréhension de l'ergothérapie par le public. Finalement, des énoncés se rattachent à la possibilité d'expliquer ces concepts au moyen d'exemples. Le Tableau 22 présente des exemples d'énoncés pour chacun des thèmes.

Tableau 22.
Thèmes émergeant des commentaires des répondants chargés de cours quant au recours aux concepts identitaires avec le public

Thèmes	Proportion des énoncés (n=9)	Exemples d'énoncés
Rôle pour faire valoir l'essence de la profession	55,6 % (n=5)	« Les concepts identitaires aident à distinguer l'essence de notre profession. Ce à quoi nous accordons le plus d'importance dans notre relation et [nos] interventions avec les clients. » (RC-04) « En misant sur les concepts identitaires de l'ergothérapeute, le grand public peut mieux comprendre les valeurs et les croyances qui seront à la base de la relation thérapeutique ou de la relation d'aide s'il s'engage dans une démarche en ergothérapie. Il saura mieux quand consulter un ergothérapeute et pourra mieux cibler ses attentes dans la démarche. » (RC-07)
Importance de les vulgariser	33,3 % (n=3)	« Il faudrait définir dans des mots familiers les concepts et donner des exemples concrets pour faciliter la compréhension du grand public. » (RC-01) « Je me questionne à savoir si la population comprendra bien ce que ça veut dire des concepts identitaires ou si une adaptation du terme sera considérée. » (RC-06) « Il faudra faire bien attention d'être en mesure de bien expliquer tous ces termes pour favoriser la compréhension de la population. » (RC-08)
Compléter avec des exemples	11,1 % (n=1)	« [Il faudrait] [...] donner des exemples concrets pour faciliter la compréhension du grand public. » (RC-01)

5.3.3.3. Professeurs en ergothérapie

Les répondants professeurs (RP) ont fourni 6 énoncés. Certains énoncés se rattachent à l'importance de vulgariser les concepts identitaires avec des termes accessibles à la population pour faciliter la compréhension. D'autres énoncés se rattachent au rôle de levier qu'ont les concepts

identitaires pour faire valoir l'essence de la profession au sein du public. Le Tableau 23 présente des exemples d'énoncés pour chacun des thèmes.

Tableau 23.

Thèmes émergeant des commentaires des répondants professeurs quant au recours aux concepts identitaires avec le public

Thèmes	Proportion des énoncés (n=6)	Exemples d'énoncés
Importance de les vulgariser	66,7 % (n=4)	« Selon moi, l'habilitation est centrale dans notre identité professionnelle, mais est difficile à expliquer au grand public en utilisant ce terme. Il faut plutôt décrire l'action qui est sous-jacente à ce concept. » (RP-02) « Si ces concepts sont utilisés, il faudrait les vulgariser, les rendre compréhensibles pour le grand public. » (RP-04)
Rôle de levier pour faire valoir l'essence de la profession	33,3 % (n=2)	« Les concepts identitaires à la base de la profession font ressortir à la fois l'essence de la profession, ses raisons d'être, ses modalités et ses cibles d'intervention. Je pense que ce sont des leviers porteurs pour faire la promotion de l'ergothérapie à un public large. » (RP-06)

5.4. Messages pour faire connaître l'ergothérapie

Dans cette section, les messages clés formulés par les répondants ont fait l'objet de deux types d'analyses. Dans un premier niveau d'analyse, les réponses ont été traitées par des analyses qualitatives par groupe de répondants; dans un deuxième niveau d'analyse, la proportion des types d'énoncés a été calculée pour chaque groupe de répondants. Puis, les réponses des répondants quant aux stratégies à utiliser pour promouvoir et expliquer l'ergothérapie sont exposées.

5.4.1. Messages clés

À la question « quel serait votre message clé pour sensibiliser, expliquer et faire connaître l'ergothérapie au grand public? », les répondants ont proposé plusieurs façons d'expliquer l'ergothérapie. Les réponses qualitatives de chacun des groupes de répondants sont présentées dans les sections qui suivent.

5.4.1.1. Finissants à la maîtrise en ergothérapie

En premier niveau d'analyse, les messages clés proposés par les répondants finissants à la maîtrise pour expliquer la profession au grand public font ressortir 3 principaux thèmes, soit les

concepts d'occupations, d'activités ou de tâches quotidiennes, la signifiante et la satisfaction associées à ces derniers et des illustrations. Les concepts d'habilitation, d'autonomie et de pouvoir du client ont également émergé chez quelques répondants.

Les concepts d'occupation, d'activités et de tâches quotidiennes ont été mentionnés par plusieurs répondants finissants comme faisant partie du message clé pour expliquer l'ergothérapie. Les réponses suivantes l'illustrent.

L'ergothérapie permet aux personnes, qui éprouvent des difficultés de différents ordres, d'effectuer les activités importantes de leur quotidien, que l'on appelle plus précisément les occupations. Les ergothérapeutes utilisent les occupations pour améliorer les habiletés ou pour adapter les façons de faire. Ils peuvent aussi modifier l'environnement de la personne pour lui permettre d'accomplir ses occupations. [...] (RF-09)

[...] l'ergothérapie est centrée sur l'occupation, c'est-à-dire toutes les activités ou tâches qu'une personne fait au quotidien. [...] (RF-11)

L'importance, le sens, la signifiante et la satisfaction qu'apportent les occupations sont un deuxième thème bien présent dans les messages clés donnés par les répondants, comme l'illustrent les exemples suivants.

L'ergothérapeute est là pour vous aider à réaliser les activités/les occupations qui comptent pour vous. [...] L'ergothérapeute s'assure que tous ses clients sont satisfaits de leur performance dans leur travail, dans leurs activités de la vie quotidienne et même dans leurs activités de loisirs. (RF-01)

L'ergothérapie est une profession en réadaptation qui sert à ce que toute personne ayant des limitations (physiques, cognitives ou affectives) puisse réaliser ses occupations habituelles. On aide les gens à trouver des façons de faire ce qui leur tient à cœur au quotidien [...] (RF-04)

Illustrer la profession pour l'expliquer, comme en donnant des exemples de clientèles, est également apparu comme étant une partie prenante dans les réponses des répondants finissants. Les énoncés suivants en témoignent.

Lorsque je parle de l'ergothérapie aux gens, souvent ce que je dis est ceci : « Comme ergothérapeute, notre objectif est d'aider les gens à faire ce qui est important pour

eux. Cela peut passer par aider une personne ayant eu un accident à reprendre son travail, travailler avec un enfant sur sa coordination, aider une personne âgée à développer des stratégies pour rester à domicile, etc. » (RF-02)

L'ergothérapie est l'art et la science de l'occupation, qui a pour but d'outiller des gens ayant des difficultés à réaliser leurs activités quotidiennes afin qu'ils puissent atteindre leurs objectifs. Œuvrant auprès de toutes les populations, l'ergothérapie prend en compte les éléments uniques de chaque personne : ses éléments personnels, son réseau social, son environnement physique, sa communauté, et ainsi de suite. D'un bébé naissant qui doit apprendre à boire au biberon adéquatement, à un enfant qui veut apprendre à faire du vélo, à un adulte qui veut réintégrer son milieu de travail, à une personne retraitée qui cherche à maintenir son autonomie à la maison, jusqu'à une personne en fin de vie qui souhaite finir ses jours en confort auprès de ses proches. (RF-20)

Ensuite, le concept d'habilitation est ressorti dans certaines réponses. Cet énoncé l'illustre.

L'ergothérapie est un art et une science qui permet d'habiliter les gens à faire leur occupation significative. [...] (RF-13)

Certains répondants finissants ont également parlé d'autonomie dans leurs réponses, comme dans l'exemple suivant.

L'ergothérapie est une profession de la santé qui a pour but d'aider une personne à développer ou maintenir son autonomie dans les activités qui sont importantes pour elle. [...] (RF-16)

Finalement, quelques répondants ont intégré le concept de pouvoir du client au sein de leur message clé. L'énoncé suivant est un exemple.

L'ergothérapeute travaille en collaboration avec l'être humain, afin de comprendre sa réalité. L'ergothérapie veut redonner le pouvoir aux gens, afin qu'ils se prennent en main par la résolution ou l'adaptation de leurs occupations ou de leurs environnements. Que l'ergothérapeute travaille seul avec la personne ou avec la communauté, son objectif vise toujours la promotion de la santé, tant physique que mentale, par un rendement et un engagement occupationnel sain en vue de favoriser la qualité de vie, le développement et le bien-être des individus. (RF-05)

En deuxième niveau d'analyse, les répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie (RF) ont fourni 61 énoncés dans leurs messages clés qui se rattachent aux quatre catégories d'énoncés d'une définition, présentées dans le cadre conceptuel de la présente étude. 37,7 % (n=23) des

énoncés étaient des énoncés axiologiques, soit ceux traitant du but, des objectifs et des valeurs de l'ergothérapie. 31,1 % (n=19) des énoncés étaient des énoncés explicatifs, soit ceux reliés à la composition de l'ergothérapie. 19,7 % (n=12) des énoncés étaient des énoncés praxiologiques, soit ceux abordant l'aspect pratique et procédural. Finalement, 11,5 % (n=7) des énoncés étaient des énoncés formels, abordant la nature de l'ergothérapie. Le Tableau 24 présente des extraits d'énoncés de messages clés pour chaque type d'énoncé.

Tableau 24.
Messages clés classés en fonction des types d'énoncés d'une définition proposés par les répondants finissant à la maîtrise

Type d'énoncé	Proportion des énoncés (n=61)	Exemples de messages clés
Énoncé formel	11,5 % (n=7)	« L'ergothérapie est une profession en réadaptation [...] » (RF-04) « L'ergothérapie est un art et une science [...] » (RF-13) « L'ergothérapie est une profession du domaine de la santé [...] » (RF-14)
Énoncé explicatif	31,1 % (n=19)	« L'ergothérapie est une profession en santé qui s'intéresse aux soins personnels, aux activités productives (tel que le travail) et aux activités de loisir [...] » (RF-03) « [...] Ces professionnels travaillent auprès des enfants, des adultes et des personnes âgées, autant en santé physique qu'en santé mentale, et ce, dans différents milieux (par exemple hôpitaux, écoles, CLSC, CHSLD). » (RF-09)
Énoncé axiologique	37,7 % (n=23)	« L'ergothérapie sert à maximiser l'engagement dans les occupations pour les individus avec ou sans handicap désireux de gagner du pouvoir sur sa vie. » (RF-17) « L'ergothérapeute a pour objectif de promouvoir l'autonomie de la personne, peu importe sa problématique que ce soit en santé physique ou en santé mentale. » (RF-18)
Énoncé praxiologique	19,7 % (n=12)	« En utilisant la voie de la réadaptation ou de la compensation [...] » (RF-01) « [...] en adaptant soit la tâche, soit l'activité, ou alors en travaillant à améliorer des composantes personnelles (physiques ou mentales) et en misant sur leurs forces. » (RF-04) « [...] En ce sens, la profession n'est pas seulement pour des cas pathologiques, mais peut intervenir, prévenir, évaluer, accompagner toutes sortes de clientèles. [...] » (RF-06) « [...] L'ergothérapeute utilisera une vision holistique, considérera plusieurs facteurs pertinents à la situation. Toujours en étant centré sur le client, il sera en mesure, avec toutes les informations collectées, d'émettre un jugement clinique. » (RF-13)

5.4.1.2. Chargés de cours en ergothérapie

En premier niveau d'analyse, les messages clés proposés par les répondants chargés de cours en ergothérapie pour expliquer la profession au grand public font ressortir 3 principaux thèmes, soit les concepts d'occupation et d'activité, la signifiante associée à ceux-ci et l'autonomie.

Des répondants chargés de cours en ergothérapie ont discuté des occupations ou des activités dans leur message clé. L'exemple ci-dessous l'illustre.

L'ergothérapeute fait la promotion de la santé à travers l'occupation en tenant compte des souhaits de la personne. (RC-11)

Également, les répondants chargés de cours en ergothérapie ont intégré la signifiante occupationnelle et l'importance des occupations dans leurs messages clés. En voici des exemples.

Levier vers l'accomplissement d'activités significatives au quotidien. (RC-05)

[...] L'ergothérapie est là pour accompagner toute la population dans son besoin d'équilibre, de santé, et de sens dans les activités que les personnes accomplissent. (RC-06)

Finalement, plusieurs répondants ont mis de l'avant le concept d'autonomie dans leur message clé. Les énoncés suivants le montrent.

[...] Les interventions ne ciblent pas seulement la diminution de la déficience, mais aussi l'acquisition d'habiletés, l'adaptation et l'aménagement de l'environnement pour promouvoir l'autonomie, la santé et le bien-être. (RC-01)

L'ergothérapeute est le professionnel qui outille les personnes à devenir plus automatiques dans la réalisation de leurs occupations quotidiennes. (RC-02)

L'ergothérapeute est un professionnel qui vous aide à développer ou retrouver votre autonomie dans les activités qui sont importantes pour vous. [...] (RC-04)

En deuxième niveau d'analyse, les répondants chargés de cours en ergothérapie (RC) ont fourni 25 énoncés dans leurs messages clés qui se rattachent aux quatre catégories d'énoncés d'une définition, présentées dans le cadre conceptuel de la présente étude. 32 % (n=8) des énoncés étaient des énoncés explicatifs, 32 % (n=8) des énoncés étaient des énoncés axiologiques, 20 % (n=5) des

énoncés étaient des énoncés formels et 16 % (n=4) des énoncés étaient des énoncés praxiologiques. Le Tableau 25 présente des extraits d'énoncés de messages clés pour chaque type d'énoncé.

Tableau 25.
Messages clés classés en fonction des types d'énoncés d'une définition proposés par les répondants chargés de cours

Type d'énoncé	Proportion des énoncés (n=25)	Exemples de messages clés
Énoncé formel	20 % (n=5)	« [...] un professionnel [...] » (RC-04) « Levier [...] » (RC-05) « Expert en habilitation de l'occupation [...] » (RC-08)
Énoncé explicatif	32 % (n=8)	« Je crois qu'il est important d'axer sur le fait que l'ergothérapie cible tant la personne que l'entourage & l'environnement. [...] » (RC-01) « Que ce soit dans vos activités quotidiennes (s'habiller, se laver, manger, etc.), vos activités domestiques (faire le ménage, faire à manger, faire vos courses, etc.), vos activités de travail ou de loisirs [...] » (RC-04)
Énoncé axiologique	32 % (n=8)	« [...] promouvoir l'autonomie, la santé et le bien-être. » (RC-01) « [...] L'ergothérapie est là pour accompagner toute la population dans son besoin d'équilibre, de santé, et de sens dans les activités que les personnes accomplissent. » (RC-06) « Tout le monde a des besoins occupationnels qui doivent être comblés, que l'on fasse face à un défi de santé ou non. [...] » (RC-06)
Énoncé praxiologique	16 % (n=4)	« [...] on travaille en collaboration avec les autres disciplines. » (RC-10) « Le client est au centre de nos interventions, ce sont ses besoins/ses valeurs qui guideront nos objectifs. [...] » (RC-22)

5.4.1.3. Professeurs en ergothérapie

En premier niveau d'analyse, les messages clés proposés par les répondants professeurs en ergothérapie pour expliquer la profession au grand public font ressortir 3 principaux thèmes, soit les concepts d'occupation et d'activité, la signification associée à ceux-ci et le concept de changement.

Des répondants professeurs ont parlé de l'ergothérapie en intégrant les mots « occupations » ou « activités ». L'exemple de réponse ci-dessous l'illustre.

L'ergothérapeute soutient les personnes (ou les communautés) dans leur désir de réaliser des occupations qui sont importantes pour elles (ex.: activités de la vie de tous les jours comme préparer un repas, loisirs, etc.), et ce, en présence ou non de difficultés ou limitations (ex.: physiques, cognitives, affectives). [...] (RP-02)

Les répondants professeurs ont aussi parlé de l'importance des occupations et du sens associés à celles-ci, comme le montre l'exemple suivant.

L'ergothérapeute est un professionnel qui aide toute personne ou communauté à réaliser les activités importantes pour elle. Pour ce faire, il soutient le développement des capacités de la personne ou communauté et l'adaptation de son environnement et de ses activités. Car toute personne ou communauté a le droit de participer aux activités qui donnent un sens à son existence et qui contribuent à son bien-être ainsi qu'à son inclusion sociale. L'ergothérapeute travaille dans les écoles, les établissements de santé, les milieux communautaires, etc. (RP-04)

Finalement, les messages clés des répondants professeurs en ergothérapie ont laissé transparaître le concept de changement, que ce soit le changement dans les occupations ou le changement de la personne et son espace. En voici deux exemples.

L'ergothérapie contribue à la santé des personnes, car la participation à des occupations variées, qui changeront dans le temps et au fil des ans selon les étapes de la vie, demeure essentielle et on s'en rend compte quand elles sont bousculées par des problèmes de santé ou par des accidents. (RP-01)

Relation dynamique orientée sur la transformation de la personne et de son espace. (RP-03)

En deuxième niveau d'analyse, les répondants professeurs en ergothérapie (RP) ont fourni 14 énoncés dans leurs messages clés qui se rattachent aux quatre catégories d'énoncés d'une définition, présentées dans le cadre conceptuel de la présente étude. 42,9 % (n=6) des énoncés étaient des énoncés axiologiques, 42,9 % (n=6) des énoncés étaient des énoncés praxiologiques, 7,1 % (n=1) des énoncés étaient des énoncés explicatifs et 7,1 % (n=1) étaient des énoncés formels. Le Tableau 26 présente des extraits d'énoncés de messages clés pour chaque type d'énoncé.

Tableau 26.
Messages clés classés en fonction des types d'énoncés d'une définition proposés par les répondants professeurs

Type d'énoncé	Proportion des énoncés (n=14)	Exemples de messages clés
Énoncé formel	7,1 % (n=1)	« [...] un professionnel [...] » (RP-04)
Énoncé explicatif	7,1 % (n=1)	« L'ergothérapeute travaille dans les écoles, les établissements de santé, les milieux communautaires, etc. [...] » (RP-04)
Énoncé axiologique	42,9 % (n=6)	« L'ergothérapie contribue à la santé des personnes, car la participation à des occupations variées, qui changeront dans le temps et au fil des ans selon les étapes de la vie, demeure essentielle et on s'en rend compte quand elles sont bousculées par des problèmes de santé ou par des accidents. » (RP-01) « L'ergothérapeute soutient les personnes (ou les communautés) dans leur désir de réaliser des occupations qui sont importantes pour elles (ex.: activités de la vie de tous les jours comme préparer un repas, loisirs, etc.), et ce, en présence ou non de difficultés ou limitations (ex.: physiques, cognitives, affectives). » (RP-02)
Énoncé praxiologique	42,9 % (n=6)	« Pour ce faire, l'ergothérapeute va collaborer avec les personnes (ou communautés) afin qu'elles développent des stratégies en considérant l'interaction complexe qui existe entre une personne, son environnement et la réalisation des activités qui lui tiennent à cœur. » (RP-02) « Relation dynamique orientée sur la transformation de la personne et de son espace. » (RP-03)

5.4.2. Stratégies à utiliser pour expliquer l'ergothérapie au grand public

À la question « quelles stratégies devraient être utilisées pour bien expliquer l'ergothérapie au grand public? », les répondants ont proposé plusieurs stratégies visant à faciliter la promotion de la profession. Les réponses qualitatives de chacun des groupes de répondants sont présentées dans les sections qui suivent.

5.4.2.1. Finissants à la maîtrise en ergothérapie

Les répondants finissants à la maîtrise (RF) ont fourni 53 énoncés. Certains énoncés se rattachent à des moyens ou outils pour promouvoir la profession auprès du public, dont bon nombre d'entre eux sont technologiques. D'autres énoncés se rattachent à l'intégration d'exemples et d'illustrations pour expliquer l'ergothérapie, comme en recourant à des témoignages ou en illustrant les divers champs de pratique des ergothérapeutes. Des énoncés se rattachent aussi au fait

d'adopter un vocabulaire accessible à la population, exempt de jargon professionnel. Ensuite, des énoncés se rattachent à l'importance de faire une définition qui rejoint la personne à qui on s'adresse, soit en se questionnant sur ses savoirs préalables ou en personnalisant l'explication à ce que cette personne vit. Des énoncés se rattachent également au fait d'introduire des éléments universels de la profession dans l'explication, de façon à avoir une définition que tous peuvent s'approprier. Puis, un énoncé se rattache à l'implication des ergothérapeutes dans les équipes multidisciplinaires pour favoriser une meilleure compréhension de son rôle. Finalement, un énoncé se rattache à l'utilisation de métaphores pour faire comprendre ce qu'est l'ergothérapie. Le Tableau 27 présente des exemples d'énoncés pour chacun des thèmes.

Tableau 27.
Thèmes émergeant des réponses des répondants finissant à la maîtrise quant aux stratégies d'explication

Thèmes	Proportion des énoncés (n=53)	Exemples d'énoncés
Utilisation de différents moyens de promotion	35,8 % (n=19)	« Des médiums technologiques (réseaux sociaux, annonces, publicités) pourraient être utilisés pour faciliter la transmission des explications sur ce qu'est l'ergothérapie. » (RF-07) « Des capsules vidéo qui pourraient passer à la télévision. C'est peut-être cliché, mais je crois que c'est le meilleur moyen de rejoindre le plus de gens possible. » (RF-08) « Les réseaux sociaux : des vidéos promotionnels pour démontrer clairement ce que fait l'ergothérapeute. » (RF-15)
Intégration d'exemples et d'illustrations concrètes dans la définition	32,1 % (n=17)	« Je trouve que le meilleur moyen est de donner des exemples concrets de diverses situations. Peut-être que de donner une définition et de l'illustrer permettrait aux gens de faire des associations autres. » (RF-02) « [...] D'anciennes personnes ayant eu recours à un ergothérapeute qui expliquent dans leurs mots ce que l'ergothérapie a fait pour améliorer leur quotidien. Il pourrait aussi y avoir des ergothérapeutes qui parlent de leur quotidien. » (RF-08) « Utiliser des exemples de situations dans lesquelles un ergothérapeute peut être appelé à intervenir. Utiliser des exemples variés pour démontrer le vaste champ de pratique de l'ergothérapie (santé mentale, santé physique, personnes âgées, enfance, adulte). » (RF-11)
Adoption d'un langage accessible	18,9 % (n=10)	« Utiliser des mots propres à l'ergothérapie, mais en les vulgarisant, sans toutefois utiliser du jargon professionnel. » (RF-09) « L'utilisation d'un vocabulaire simple et compréhensible pour le grand public. » (RF-10)

Importance de faire une définition qui rejoint ce que le client connaît et vit	5,7 % (n=3)	« Donner des exemples qui rejoignent la personne (connaissances ou expériences personnelles). » (RF-04) « Dans un contexte d'explication avec un client qui reçoit des services en ergothérapie, adapter l'explication au rôle de l'ergothérapeute pour cette personne et ainsi personnaliser l'explication pour qu'elle fasse sens pour la personne. » (RF-11) « Se questionner sur les savoirs du client préalablement afin de pouvoir émettre une définition en lien avec le quotidien et les connaissances du client. » (RF-13)
Introduction des éléments spécifiques et universels à l'ergothérapie	3,8 % (n=2)	« [Expliquer] notre rôle dans le système de la santé et démontrer nos différences avec d'autres professions du système de la santé. Ainsi les gens seront en mesure de nous différencier des autres professionnels par nos compétences et nos valeurs identitaires à l'ergothérapie. » (RF-05) « Avoir une définition claire et universelle pour que les ergothérapeutes puissent se l'approprier et bien l'expliquer à leurs clients. » (RF-19)
Implication dans les équipes multidisciplinaires	1,9 % (n=1)	« Assurer une implication de l'ergothérapie dans les différentes équipes multidisciplinaires. » (RF-17)
Utilisation de métaphores	1,9 % (n=1)	« Utiliser des métaphores » (RF-21)

5.4.2.2. *Chargés de cours en ergothérapie*

Les répondants chargés de cours (RC) ont fourni 26 énoncés. Certains énoncés se rattachent à l'utilisation de différents moyens ou outils de promotion, dont plusieurs sont technologiques. D'autres énoncés se rattachent au fait d'intégrer des exemples et illustrations dans l'explication de l'ergothérapie, comme des partages d'histoires. Ensuite, des énoncés se rattachent à l'adoption d'un vocabulaire accessible, dans lequel les concepts sont vulgarisés et simples à comprendre pour le public. Puis, des énoncés se rattachent au potentiel d'une définition universelle de la profession, qui fait ressortir sa spécificité, ses fondements et qui inclut tous les mandats des ergothérapeutes. Finalement, des énoncés suggèrent de faire appel aux sentiments pour rejoindre le public et s'assurer qu'il retienne le message. Le Tableau 28 présente des exemples d'énoncés pour chacun des thèmes.

Tableau 28.
Thèmes émergeant des réponses des répondants chargés de cours quant aux stratégies d'explication

Thèmes	Proportion des énoncés (n=26)	Exemples d'énoncés
Utilisation de différents moyens de promotion	42,3 % (n=11)	<p>« Varier les médias (TV, web, médias sociaux, journaux, radio) afin de rejoindre différents groupes cibles. » (RC-04)</p> <p>« Avoir des capsules vidéo qui donnent des exemples concrets des concepts, développer ces contenus vidéo avec des personnes de tous âges, dans différents milieux (scolaire, réseau de santé, organisations communautaires, pratiques privées). Être de notre temps et rejoindre les gens via les grands médias sociaux Facebook, Instagram. Faire appel à des personnalités connues qui ont expérimenté les services d'ergothérapie et qui croient en la profession. » (RC-06)</p> <p>« Utiliser les médias sociaux puisque la majorité du grand public y est présent. » (RC-08)</p> <p>« Valoriser notre rôle auprès des autres professionnels afin que ceux-ci transmettent un message positif de notre implication. » (RC-11)</p>
Intégration d'exemples et d'illustrations concrets	23,1 % (n=6)	<p>« Je crois que d'impliquer des usagers ayant déjà reçu des services d'ergothérapie serait bénéfique pour partager leur expérience et expliquer l'ergothérapie au grand public. Par exemple, on pourrait y voir un travailleur qui explique ou montre la contribution de l'ergothérapie à sa situation. » (RC-01)</p> <p>« [Donner des] exemples de situations pour rendre l'explication concrète. » (RC-02)</p> <p>« Partage d'histoires à succès où l'ergothérapeute a joué un rôle majeur pour différentes clientèles. » (RC-11)</p>
Adoption d'un vocabulaire accessible	19,2 % (n=5)	<p>« Utiliser un langage simple, clair et familier. » (RC-01)</p> <p>« Nommer les concepts et les vulgariser. » (RC-06)</p>
Potentiel d'une définition universelle	7,7 % (n=2)	<p>« Fournir une définition générale qui permet d'y inclure tous les mandats possibles en ergothérapie, en misant sur les fondements en ergothérapie. Faire ressortir la spécificité de l'ergothérapeute pour voir clairement la "plus-value" de cette profession (vision, valeurs, croyances, priorités, etc.). » (RC-07)</p>
Appel aux sentiments	7,7 % (n=2)	<p>« Un exemple touchant de relation ergothérapeute-client et des objectifs qu'ils ont réussi à atteindre ensemble. » (RC-04)</p> <p>« Je pense qu'il pourrait être gagnant d'avoir une touche humoristique au message... Ça capte l'attention et on s'en souvient! » (RC-05)</p>

5.4.2.3. Professeurs en ergothérapie

Les répondants professeurs (RP) ont fourni 15 énoncés. Certains énoncés se rattachent à l'utilisation de différents moyens de promotion, comme des vidéos ou des articles d'opinion. D'autres énoncés se rattachent au fait d'utiliser une définition universelle, qui couvre un grand éventail de la profession et qui véhicule un message générique comme l'importance des occupations et leur lien avec la santé. Ensuite, des énoncés se rattachent à l'intégration d'exemples et d'illustrations, comme en recourant à des vignettes ou des récits de clients. Finalement, un énoncé se rattache au potentiel de faire vivre une expérience pour faire comprendre ce que la profession valorise. Le Tableau 29 présente des exemples d'énoncés pour chacun des thèmes.

Tableau 29.

Thèmes émergent des réponses des répondants professeurs quant aux stratégies d'explication

Thèmes	Proportion des énoncés (n=15)	Exemples d'énoncés
Utilisation de différents moyens de promotion	40 % (n=6)	« Divulgarion de ce message par les étudiants de la maîtrise en ergothérapie à la grandeur du Québec et par les programmes universitaires. » (RP-01) « Faire des vidéos promotionnels qui imagent nos différents rôles et contextes de travail. » (RP-02) « Des articles d'opinion courts et stratégiquement programmés dans les journaux sont utiles; faire des explications très succinctes et concrètes aux autres professionnels de la santé. » (RP-07)
Utilisation d'une définition universelle	26,7 % (n=4)	« 1. Par le recours à des messages génériques ciblant l'importance des occupations qu'une personne a elle-même déterminées comme contributives de sa santé. 2. Éviter de donner des exemples reliés à des pathologies (ex.: AVC, trauma crânien). 3. Le recours à un message clé "Se maintenir en santé par la prise de conscience de l'apport d'occupations ciblées et par l'engagement dans ces occupations qui évolueront dans le temps". » (RP-01) « [Faire une définition] simple, claire et générique, en ceci qu'elle couvre un grand éventail. » (RP-04)
Intégration d'exemples et d'illustrations concrets	26,7 % (n=4)	« Donner des exemples concrets (ex.: courtes vignettes. ») (RP-02) « L'utilisation d'exemples pour illustrer certains rôles des ergothérapeutes peut permettre au public de se faire une idée, bien que probablement réductrice de ce qu'est l'ergothérapie. » (RP-06) « Dans la mesure du possible, solliciter et utiliser les récits des clients, qui expliquent souvent très clairement les avantages de l'ergothérapie. » (RP-07)
Potentiel de faire vivre une expérience	6,7 % (n=1)	« Faire vivre une expérience sans expliquer d'abord où cela va mener la personne, puis faire des liens avec l'expérience d'apprentissage et l'explication de la profession. » (RP-02)

6. DISCUSSION

Cette section présente la discussion des résultats obtenus dans la présente étude qui visait à décrire la perception d'acteurs clés en ergothérapie sur les éléments à inclure pour promouvoir l'ergothérapie au grand public. Plus précisément, le projet visait à (1) décrire la perception des définitions proposées en ergothérapie, (2) identifier les concepts identitaires (concepts seuils) pouvant être éventuellement inclus dans l'explication de l'ergothérapie et (3) documenter les messages clés et les stratégies à utiliser pour expliquer l'ergothérapie de façon idéale. Ainsi, cette section discutera des résultats obtenus en fonction des trois sous-objectifs de recherche. Ensuite, les forces et limites de l'étude seront exposées.

6.1. Perception des définitions proposées en ergothérapie

Les résultats de l'étude ont fait valoir que les trois groupes de répondants, soit les finissants à la maîtrise en ergothérapie, les chargés de cours en ergothérapie et les professeurs en ergothérapie, avaient des perceptions différentes et n'étaient pas en accord avec des définitions retrouvées dans certains écrits en ergothérapie.

Les résultats ont fait émerger des différences entre les groupes de répondants quant au sens critique des répondants face aux définitions présentées. Les professeurs en ergothérapie rapportaient être moins en accord avec les définitions proposées comparativement autres groupes, à l'exception de la définition de Townsend et Polatajko (2013). Ce résultat n'est pas surprenant étant donné que les professeurs en ergothérapie doivent maîtriser les concepts de la profession, les éléments théoriques associés ainsi que l'histoire du développement des concepts afin de pouvoir les enseigner.

Les différences sont également présentes en ce qui concerne les définitions les mieux acceptées pour chacun des groupes. Les finissants à la maîtrise étaient majoritairement en accord avec la définition de la WFOT (2012), suivie par la définition de Townsend et Polatajko (2013). Les chargés de cours montraient également un grand degré d'accord avec la définition de la WFOT (2012), suivie par la définition de l'OEQ (2020b). Finalement, les professeurs préféraient nettement la définition de Townsend et Polatajko (2013). Il est possible de penser que les finissants à la maîtrise et les chargés de cours aient montré un grand degré d'accord avec la définition de la WFOT (2012) puisque celle-ci discute du but de l'ergothérapie, de même que des éléments qui la

composent. Cette réflexion s'applique également à la définition de l'OEQ (2020b) qui énonce le but de même que la composition de l'ergothérapie et des occupations. La composition est d'ailleurs un élément visible d'une définition selon le cadre conceptuel présenté précédemment. Par ailleurs, le haut degré d'accord des professeurs face à la définition de Townsend et Polatajko (2013) peut s'expliquer par le fait que cette définition aborde des concepts au cœur de la profession, soit l'habilitation aux occupations, et lie l'ergothérapie à la santé, au bien-être, de même qu'à la société. Ces éléments invisibles renforcent l'idée que les professeurs sont davantage portés à être en accord avec les définitions présentant l'essence invisible de la pratique. Finalement, il faut également noter que les définitions préférées des trois groupes ne comportent aucun énoncé sur les diagnostics ou les maladies, contrairement aux autres définitions qui leur avaient été présentées. Ce fait renforce l'idée que l'ergothérapie s'inscrit dans un contexte autre que purement biomédical et pathologisant.

Bien qu'ils aient montré un niveau d'accord relativement haut avec les définitions précédentes, les trois groupes de répondants ont indiqué un faible niveau d'accord avec l'idée de recourir aux définitions précédentes pour expliquer l'ergothérapie. En effet, les trois groupes de répondants ont justifié ce fait par la présence de jargon professionnel et de vocabulaire difficilement compréhensible par le public dans ces définitions, d'où la difficulté de les utiliser pour expliquer le métier au grand public. Bien que certains répondants aient proposé d'ajouter des exemples aux définitions proposées pour les rendre plus accessibles au public, d'autres font valoir le défi de faire une définition qui est facilement comprise par tous, mais qui couvre tout de même l'essence de la profession et qui n'est pas réductrice de celle-ci.

Force est de constater que les répondants ont été en mesure d'évaluer et de commenter les définitions de l'ergothérapie qui leur ont été proposées, ce qui illustre qu'ils connaissent bien cette profession.

6.2. Concepts identitaires pouvant être inclus dans l'explication de l'ergothérapie

L'identification des concepts identitaires de la profession a également fait transparaître des différences au sein des trois groupes de répondants. Cependant, les trois groupes ont été unanimes quant aux concepts identitaires les plus importants en ergothérapie, soit ceux apparentés aux occupations (équilibre, bien-être, engagement, signifiante, satisfaction, rendement, justice, droits, etc.), se rattachant à la personne qui reçoit les services. Ces concepts sont en cohérence avec l'étude

de Rodger et Turpin (2011), qui avait elle aussi ressorti, parmi d'autres concepts identitaires, le concept d'occupation signifiante. Ils vont aussi dans le même sens que les résultats de l'étude de Nicola-Richmond, Pépin et Larkin (2016), réalisée auprès d'étudiants finissants, d'ergothérapeutes cliniciens et de professeurs en ergothérapie, qui avaient ressorti le concept d'occupation comme concept identitaire. Par contre, ces résultats divergent quelque peu de ceux de Fortune et Kennedy-Jones (2014) qui suggèrent que l'occupation en elle-même n'est pas un concept identitaire, mais que c'est plutôt la relation entre l'occupation et la santé qui en est un. La santé a cependant transparu dans les énoncés de certains finissants à la maîtrise et professeurs en ergothérapie, mais ceux-ci sont en faible proportion.

Ensuite, les répondants finissants à la maîtrise en ergothérapie ont aussi proposé des concepts identitaires en lien avec l'approche, soit la vision holistique et l'approche centrée sur le client, liée à l'ergothérapeute qui donne les services. Ces concepts rejoignent l'étude de Rodger et Turpin (2011), qui avait relevé la pratique centrée sur le client, l'étude de Nicola-Richmond, Pépin et Larkin (2016), qui avait relevé l'approche centrée sur le client et l'approche holistique, et l'étude de Tanner (2011), qui avait relevé la pratique centrée sur le client et l'utilisation de soi. Finalement, les chargés de cours ont identifié des concepts identitaires en lien avec la personne et ses caractéristiques (besoins, handicap, habiletés, etc.). Ceux-ci n'avaient pas été identifiés dans les études citées précédemment.

Par ailleurs, d'autres thèmes de concepts identitaires identifiés par les groupes de répondants, comme l'habilitation, l'environnement ou les qualités des ergothérapeutes, divergent grandement des études australiennes. En effet, Rodger et Turpin (2011) avaient identifié des concepts se rattachant au raisonnement ainsi qu'au lien entre la pratique et la théorie. Ensuite, Nicola-Richmond, Pépin et Larkin (2016) avaient identifié des concepts tels que la compréhension et l'application des modèles et théories en ergothérapie, la pratique fondée sur les résultats probants de même que la pratique réflexive. Ces concepts axés sur la théorie et les résultats probants n'ont transparu dans aucun énoncé des répondants chargés de cours et répondants professeurs, et ont faiblement été identifiés par les répondants finissants à la maîtrise.

Bien que les trois groupes de répondants aient nommé des concepts similaires, soit ceux apparentés aux occupations, leurs réponses quant au recours aux concepts identitaires pour

promouvoir l'ergothérapie au grand public montrent des différences. Alors que les répondants chargés de cours ont indiqué un fort niveau d'accord face à leur utilisation, les répondants professeurs ont laissé paraître un niveau d'accord modéré et les répondants finissants ont, de leur côté, montré un faible niveau d'accord. Pour le justifier, les répondants finissants ont discuté du niveau de complexité de ces concepts, rendant leur utilisation difficile avec le grand public, d'où l'importance de les concrétiser. Les répondants chargés de cours et les répondants professeurs ont aussi fait valoir l'importance de les vulgariser, mais y voient un potentiel pour promouvoir la profession et faire comprendre l'essence de la profession. Ainsi, les concepts apparentés aux occupations ont été identifiés par les trois groupes pour représenter la profession, mais les répondants ont bien spécifié l'importance de vulgariser ces concepts identitaires pour les expliquer. Les concepts apparentés aux occupations pourraient donc être éventuellement inclus pour promouvoir la profession, mais devraient cependant être bien expliqués et vulgarisés.

6.3. Messages clés pour expliquer l'ergothérapie de façon idéale

Les messages clés des trois groupes de répondants comportent des similitudes et des différences. Les messages clés des trois groupes de répondants comprenant en plus forte proportion des énoncés axiologiques, abordant le but, l'objectif et les valeurs de l'ergothérapie (Legendre, 1993), qui sont des éléments invisibles. Les messages clés des répondants finissants et des répondants chargés de cours comprennent aussi en plus forte proportion des énoncés explicatifs, soit les éléments composant l'ergothérapie (Legendre, 1993), qui sont de leur côté des éléments visibles. Finalement, les répondants professeurs sont les seuls à avoir intégré de façon plus importante les énoncés praxiologiques dans leur message clé, abordant le déroulement et la façon dont l'ergothérapie se produit (Legendre, 1993), qui sont des éléments invisibles. Ainsi, les répondants professeurs sont ceux qui ont le plus intégré d'éléments invisibles dans leur message clé.

En ce qui a trait aux concepts discutés dans les messages clés des répondants, les trois groupes ont parlé d'occupations ou d'activités ainsi que de la signifiante, l'importance et le sens de celles-ci. Ces résultats rejoignent les concepts identitaires identifiés par les répondants à la section précédente. Les répondants finissants en ergothérapie ont également parlé des exemples de clientèles vues en ergothérapie pour illustrer plus concrètement le métier. Pour leur part, les répondants chargés de cours en ergothérapie ont parlé d'autonomie dans leur message clé. Enfin,

les répondants professeurs en ergothérapie ont parlé de changement ou encore de transformation, un concept qui le distingue bien des deux autres groupes et qui est, une fois de plus, relativement invisible.

Les messages clés montrent que les répondants ont été en mesure de faire une définition de l'ergothérapie afin de l'expliquer de façon optimale, et ce, en considérant l'ensemble des champs de pratique et l'essence au cœur de la profession. Ce constat se distingue de l'étude de Madden (1984) qui avait énoncé que les étudiants en ergothérapie avaient davantage de facilité à expliquer l'ergothérapie sur le plan de la santé physique. Il diverge également des résultats de Turpin, Rodger et Hall (2012) qui relataient que les étudiants en ergothérapie avaient tendance à décrire la profession en la comparant à d'autres métiers. Finalement, ce constat se distingue des résultats de Lycett (1991) qui avait conclu que plusieurs ergothérapeutes éprouvent des difficultés à expliquer leur profession.

6.4. Stratégies d'explication et de promotion

Les stratégies fournies par les trois groupes de répondants pour expliquer et promouvoir l'ergothérapie au grand public comportent une fois de plus des similitudes et des différences. Les trois groupes de répondants ont suggéré de fournir des exemples de situations, de milieux, de clientèles ou de recourir à des témoignages pour expliquer de façon illustrée et concrète l'ergothérapie au grand public. Ceci rejoint les études de Madden (1984), qui avait proposé d'illustrer la profession avec des situations concrètes, et de Royeen et Marsh (1988), qui avaient suggéré d'expliquer la variété des rôles.

Des répondants des trois groupes ont aussi proposé de recourir à des éléments universels, qui couvrent l'ensemble des champs de pratique de façon générale et qui distinguent l'ergothérapie des autres professions pour faire comprendre l'essence du métier aux gens. De façon semblable, Ferland et Dutil (2012) avaient suggéré d'expliquer l'ergothérapie en précisant les points communs à tous les ergothérapeutes.

Des répondants finissants à la maîtrise et des répondants chargés de cours ont également spécifié l'importance d'utiliser un langage simple, accessible et vulgarisé lors de l'explication pour adopter un niveau de littératie qui convient à la population générale. Cette stratégie rejoint celle de

Di Tommaso et Wilding (2014) de même Madden (1984) qui avaient eux aussi suggéré d'éviter le jargon professionnel.

Par ailleurs, les répondants finissants sont les seuls à avoir proposé de faire une définition qui rejoint la personne à qui on explique, en fonction de son vécu et de ses connaissances. De leur côté, des répondants chargés de cours et un répondant professeur ont suggéré de recourir aux sentiments et à l'expérience humaine pour faire comprendre ce que peut apporter l'ergothérapie et en quoi elle est importante. Cette stratégie rejoint celle de Di Tommaso et Wilding (2014), qui avaient proposé d'utiliser la visualisation pour faire réaliser l'importance des occupations. Aucun des trois groupes n'a mentionné l'utilisation du mot « occupation » dans l'explication comme étant une stratégie, mais ce concept a été utilisé dans plusieurs des messages clés des trois groupes de répondants. L'utilisation de ce terme est en cohérence avec les propositions de Wilding et Whiteford (2008) ainsi que Di Tommaso et Wilding (2014)

Les trois de groupes de répondants ont proposé différents moyens pour promouvoir l'ergothérapie. Des outils technologiques, comme les vidéos et les médias sociaux, sont ressortis chez ces derniers. Ces stratégies sont en cohérence avec l'utilisation du marketing social et des médias sociaux, proposée par Jacobs (2012). Des répondants professeurs ont aussi parlé de moyens comme des articles d'opinion ou encore la promotion par les étudiants en ergothérapie à travers la province.

6.5. Forces et limites de l'étude

La présente étude comporte des forces et des limites. D'une part, en ce qui a trait aux forces, cette étude est la première étude empirique réalisée auprès de finissants à la maîtrise en ergothérapie, chargés de cours en ergothérapie et professeurs en ergothérapie à porter sur la perception des éléments à inclure pour promouvoir l'ergothérapie au grand public. De plus, les résultats ont montré des différences entre les trois groupes, ce qui soutient la pertinence d'une étude réalisée auprès de ces trois groupes. Chacun des groupes a ajouté des éléments nouveaux à ceux énoncés par les deux autres groupes. L'utilisation d'un cadre conceptuel qui explique ce qu'est une définition constitue également une force.

D'autre part, en ce qui a trait aux limites de l'étude, les résultats obtenus ne sont pas généralisables ou transférables à l'ensemble des finissants à la maîtrise en ergothérapie, chargés de cours en ergothérapie et professeurs en ergothérapie du Québec ou du Canada en raison du nombre restreint de répondants et du fait qu'ils provenaient essentiellement de la même université en lien avec la méthode de recrutement. La méthode de recrutement entraîne aussi un biais de sélection, puisque les répondants étaient tous des volontaires. Ils pouvaient donc être davantage intéressés ou concernés par le sujet, ce qui ne garantit pas qu'ils soient représentatifs de l'ensemble des finissants à la maîtrise, chargés de cours et professeurs en ergothérapie du Québec ou du Canada. Également, le questionnaire amène d'autres limites. En effet, puisqu'il s'agissait d'un questionnaire électronique, les données recueillies n'étaient pas toujours clairement expliquées et les questions n'étaient pas toujours répondues en profondeur. Certaines réponses ont aussi montré que quelques questions avaient été mal interprétées. Cependant, le format électronique ne permettait pas de venir les préciser pour s'assurer d'avoir des réponses justes. Finalement, la section du questionnaire abordant les concepts identitaires a entraîné des réponses ambiguës en raison de la difficulté à appréhender ces concepts, montrant qu'une autre approche, comme la technique Delphi, serait possiblement plus appropriée pour en parler.

7. CONCLUSION

Les résultats ont montré que les trois groupes ont des degrés d'accord différents face aux définitions de l'ergothérapie, mais s'entendent pour dire que leur utilisation pour expliquer l'ergothérapie au grand public n'est pas favorable à la compréhension. De plus, les trois groupes de répondants considèrent les occupations ainsi que les concepts apparentés comme étant les concepts identitaires principaux en ergothérapie, mais précisent l'importance de les vulgariser lorsqu'on les présente au public. Également, les résultats ont illustré les différents messages clés proposés par les répondants, mais dont la structure contient toujours des énoncés spécifiant le but et les valeurs de l'ergothérapie. Par ailleurs, les répondants professeurs avaient tendance à davantage parler des aspects invisibles de la profession. Finalement, les groupes de répondants ont proposé des stratégies pour faciliter la promotion de l'ergothérapie, comme l'illustration par des exemples et témoignages, la possibilité d'avoir un message universel qui fait valoir l'essence de la profession, l'utilisation d'un langage accessible et le potentiel de différents moyens promotionnels, tels que les vidéos et les médias sociaux. Les résultats de la présente étude font valoir que des aspects invisibles de l'ergothérapie méritent d'être exploités afin de promouvoir l'ergothérapie au grand public. Il y a lieu de croire que, jusqu'à présent, la promotion de l'ergothérapie par les aspects visibles tend à promouvoir de façon parcellaire la profession.

Cette étude est la première à avoir vérifié empiriquement le niveau d'accord des répondants avec les définitions existantes de l'ergothérapie. Elle présente des résultats inédits en ce qui a trait aux concepts identitaires, car, en plus de les avoir quantifiés, elle a permis d'établir une classification et a fait émerger des thèmes différents des écrits existants. De plus, elle fait valoir les possibilités de faire des définitions comprenant plusieurs types d'énoncés pour expliquer.

Comme il y a clairement un besoin de promotion de l'ergothérapie au sein du public, il est du devoir des ergothérapeutes, des étudiants, des chargés de cours et des professeurs en ergothérapie d'y participer puisqu'ils détiennent les connaissances qui y sont associées. Les résultats de cette étude ont donc des retombées sur ceux-ci, car ils renseignent et orientent sur la façon d'y parvenir, soit en utilisant des messages clés qui parlent entre autres du but et des valeurs de l'ergothérapie et en mettant en place diverses stratégies visant à faciliter l'explication et la compréhension de la profession. La présente étude a aussi des retombées pour les groupes, les

individus ou les associations intéressés par la promotion de la profession. Elle fournit des pistes de réflexion utiles avant de s'engager dans une telle aventure. Finalement, celle-ci permet de saisir les différences d'opinions entre les divers groupes sur les éléments à inclure pour la promotion de l'ergothérapie.

Il serait pertinent de faire d'autres recherches sur la perception d'acteurs clés en ergothérapie, et ce, au moyen d'entrevues pour pouvoir approfondir davantage les réponses. Il pourrait également être intéressant d'inclure des ergothérapeutes cliniciens en précisant que les réponses ne doivent pas être teintées du contexte de pratique. Finalement, il serait approprié de poursuivre les recherches pour voir si l'utilisation des concepts identitaires, des messages clés et des stratégies ciblés dans cette étude rendrait le processus d'explication de l'ergothérapie plus facile et favoriserait réellement une meilleure compréhension par le grand public. Une étude expérimentale testant ces différents éléments serait donc intéressante pour la suite.

RÉFÉRENCES

- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2019). *George Edward Barton*. Repéré à <http://www.otcentennial.org/the-100-people/barton>
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (1993). *Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client*. Toronto, Ontario : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2016a). *Des histoires et des faits au sujet de l'ergothérapie*. Repéré à <https://www.caot.ca/site/aboutot/reallifestories?nav=sidebar>
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2016b). *Qu'est-ce que l'ergothérapie?* Repéré à <https://www.caot.ca/site/aboutot/whatisot?nav=sidebar>
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2016c). *Qui nous sommes et ce que nous faisons*. Repéré à https://www.caot.ca/site/www/howeare?language=fr_FR&nav=sidebar
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (s.d.). *Le plan stratégique de l'ACE 2019-2020*. Repéré à <https://www.caot.ca/document/6891/CAOT%20Strategic%20Plan%202019-2022%20FRENCH.pdf>
- Astolfi, J.-P. (2004). *Savoirs en action et acteurs de la formation*. Mont-Saint-Aignan: Publications de l'université de Rouen.
- Bauerschmidt, B., & Nelson, D. L. (2011). The terms occupation and activity over the history of official occupational therapy publications. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 338–345. doi: 10.5014/ajot.2011.000869
- Breines, E. B. (1995). Understanding "Occupation" as the founders did. *British Journal of Occupational Therapy*, 58, 458-460.
- Briand, C. & Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes : Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans M. Corbière et N. Larivière (Dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 625-648). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT). (1991). *Occupational therapy guidelines for client-centred practice*. Toronto, Ontario : CAOT Publications ACE.
- Case-Smith, J. (2015). Foundations and practice models for occupational therapy with children. Dans J. Case-Smith, & J.C. O'Brien (Dir.), *Occupational therapy for children and adolescents* (7^e éd, p. 27-64). St-Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Case-Smith, J. & O'Brien, J.C. (2015). *Occupational therapy for children and adolescents*. (7^e éd.). St-Louis, Missouri: Elsevier Mosby.

- Christiansen, C.H., & Haertl, K.L. (2019). A contextual history of occupational therapy. Dans B. A. B. Schell & G. Gillen (Dir.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (13^e éd., p. 11-42). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Clouder, L. (2005). Caring as a 'threshold concept': transforming students in higher education into health(care) professionals. *Teaching in Higher Education*, 10(4), 505-517. doi:10.1080/13562510500239141
- Creek, J., Ilott, I., Cook, S., & Munday, C. (2005). Valuing occupational therapy as a complex intervention. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(6), 281-284. doi:10.1177/030802260506800607
- Darawsheh, W. B. (2018). Awareness and knowledge about occupational therapy in Jordan. *Occupational Therapy International*, 1-9. doi:10.1155/2018/2493584
- Di Tommaso, A., & Wilding, C. (2014). Exploring ways to improve descriptions of occupational therapy. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 61(1), 27-33.
- Ferland, F., & Dutil, É. (2012). *Histoire de l'ergothérapie au Québec : Histoire d'une profession*. Montréal, Québec: Presses de l'Université de Montréal.
- Fortin, M.F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation inc.
- Fortune, T., & Kennedy-Jones, M. (2014). Occupation and its relationship with health and wellbeing: The threshold concept for occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(5), 293-298. doi:10.1111/1440-1630.12144
- Friedland, J. (2011). *Restoring the spirit : the beginnings of occupational therapy in Canada, 1890-1930*. Montréal: McGill-Queen's University Press.
- Frund, R. (2008). *L'activité professionnelle : compétences visibles et invisibles*. Lausanne: Haute école de travail social et de la santé.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2020). *Combien y a-t-il d'ergothérapeutes au Canada?* Repéré à <https://www.cihi.ca/fr/combien-y-a-t-il-d-ergotherapeutes-au-canada>
- Jacobs, K. (2012). PromOTing occupational therapy: Words, images, and actions (Eleanor Clarke Slagle Lecture). *American Journal of Occupational Therapy*, 66(6), 652-671.
- Jacobs, K., & Miller, L. (2012). *How full is Sophia's backpack?* Boston: Karen Jacobs.
- Johnson, K. R., & Dickie, V. (2019). What is occupation? . Dans B. A. B. Schell & G. Gillen (Dir.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (13^e éd., p. 2-10). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Knecht-Sabres, L. J., Weppner, A., Powers, C., & Siesel, B. (2019). Do health-care professionals really understand the role of occupational therapy in hospice care? *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 36(5), 379-386. doi:10.1177/1049909118812858

- Legendre, R. (1993) *Dictionnaire actuel de l'éducation* (2^e éd.). Montréal : Guérin.
- Leplay, E. (2011). La professionnalisation : entre compétences et savoirs professionnels : un exemple en travail social. *Éducation permanente*, 188, 67-81.
- Lycett, R. (1991). 'Well, what is occupational therapy?' An examination of the definitions given by occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 54(11), 411-414.
- Madden, A. (1984). Explaining psychiatric occupational therapy: An art in itself? *British Journal of Occupational Therapy*, 47(1), 15-17. doi:10.1177/030802268404700108
- Meyer J., & Land, R. (2003). Threshold concepts and troublesome knowledge: Linkages to ways of thinking and practising within the disciplines. Occasional report 4. Edinburgh : University of Edinburgh.
- Minister of National Health and Welfare & Canadian Association of Occupational Therapists (MNHWS & CAOT). (1986). *Intervention guidelines for the client-centred practice of occupational therapy*. Ottawa, Ontario : Minister of National Health and Welfare.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social & Association canadienne des ergothérapeutes (MSNBS & ACE). (1983). *Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client*. Ottawa, Ontario : Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social & Association canadienne des ergothérapeutes (MSNBS & ACE). (1986). *Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client*. Ottawa, Ontario : Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
- Nicola-Richmond, K. M., Pépin, G., & Larkin, H. (2016). Transformation from student to occupational therapist: Using the Delphi technique to identify the threshold concepts of occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(2), 95-104. doi:10.1111/1440-1630.12252
- Nicola-Richmond, K., Pépin, G., Larkin, H., & Mohebbi, M. (2019). Threshold concept acquisition in occupational therapy: A mixed methods study of students and clinicians. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(5), 568-580. doi:10.1111/1440-1630.12595
- Olaoye, O. A., Emechete, A. A. I., Onigbinde, A. T., & Mbada, C. E. (2016). Awareness and knowledge of occupational therapy among Nigerian medical and health sciences undergraduates. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 27(1), 1-6. doi:10.1016/j.hkjot.2016.02.001
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2020a). *Accueil*. Repéré à <https://www.oeq.org/>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2020b). *Qu'est-ce que l'ergothérapie?* Repéré à <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>

- Peeters, K. (2018). Competency based training : Visible and invisible competencies. *Fundamental Issues*. Repéré à <https://skybrary.aero/bookshelf/books/4380.pdf>
- Poumay, M. & Georges, F. (2017). Des balises méthodologiques pour construire un référentiel de compétences et une grille de programme. Dans M. Poumay, J. Tardif, & F. Georges (Dir.), *Organiser la formation à partir des compétences : Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur* (p. 39-62). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Radomski, M.V. & Trombly Latham, C.A. (2014). *Occupational therapy for Physical Dysfunction*. (7^e éd). Philadelphie, PA: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins
- Rahja, M., & Laver, K. (2019). What does the Australian public know about occupational therapy for older people? A population survey. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(4), 511-518. doi:10.1111/1440-1630.12578
- Roberts, E., & Shamus, E. (2015). Increasing medical students' understanding of the role of occupational therapists. *Journal of Interprofessional Care*, 29(5), 522-524. doi:10.3109/13561820.2015.1034848
- Rodger, S. & Turpin, M. (2011). Using threshold concepts to transform entry level curricula. *Research and Development in Higher Education*, 34, 263–274.
- Royeen, C. B., & Marsh, D. (1988). Promoting occupational therapy in the schools. *American Journal of Occupational Therapy*, 42(11), 713-717. doi:10.5014/ajot.42.11.713
- Tanner, B. (2011). Threshold concepts in practice education: Perceptions of practice educators. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(9), 427-434. doi:10.4276/030802211X13153015305592
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd). Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.
- Trombly Latham, C. A. (2014). Occupation : Philosophy and concepts. Dans M.V. Radomski, & C.A. Trombly Latham (Dir.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. (7^e éd., p. 338-359). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins.
- Turner, A., & Alsop, A. (2015). Unique core skills: Exploring occupational therapists' hidden assets. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(12), 739-749. doi:10.1177/0308022615601443
- Turpin, M. J., Rodger, S., & Hall, A. R. (2012). Occupational therapy students' perceptions of occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(5), 367-374. doi:10.1111/j.1440-1630.2011.00988.x
- Wilding, C., & Whiteford, G. (2008). Language, identity and representation: Occupation and occupational therapy in acute settings. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(3), 180-187. doi:10.1111/j.1440-1630.2007.00678.x

Wittorski, R. (2018). *Savoirs, compétences et professionnalisation*. Beau Bassin, République de Maurice : International Book Market Service Ltd.

World Federation of Occupational Therapy (WFOT). (2012). *Definition of occupational therapy*. Repéré à <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>

ANNEXE A DÉFINITIONS DE L'ERGOTHÉRAPIE

Tableau 30.
Recension des définitions de l'ergothérapie

Catégorie	Auteurs	Définition
Ouvrages de référence (<i>textbooks</i>)	Case-Smith (2015, p. 27) dans l'ouvrage de Case-Smith et O'Brien (2015)	« Through the use of theory, assessment, and professional reasoning, occupational therapists hypothesize and develop interventions to improve the performance and participations of children. »
	Trombly Latham (2014, p. 342) dans l'ouvrage de Radomski et Trombly Latham (2014)	« Occupational therapy helps people who have had an accident or an illness, like a stroke, to recover their ability to take care of themselves, their homes, and any other life activities that they need to, or want to, or are expected to do. We use various activities, which we call occupations, to help people recover lost skills, or we teach them to do activities in new ways or change their surroundings so that they can succeed even if they have some disability. »
Historique des définitions des <i>Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client</i>	Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et Association canadienne des ergothérapeutes (1983, p. xvi)	« Méthode de rééducation fondée sur l'analyse et la pratique d'activités axées spécialement sur les soins personnels, la productivité et les loisirs. Par l'évaluation, l'analyse et le traitement, les ergothérapeutes s'attaquent aux problèmes fonctionnels ou d'adaptation des personnes dont le rendement fonctionnel est diminué par la maladie, une lésion, un trouble émotif, un trouble du développement, un handicap social ou par le vieillissement. Le but est de prévenir l'incapacité et de promouvoir, de persévérer ou de rétablir la capacité fonctionnelle, la santé et le bien-être spirituel. De plus, les services d'ergothérapie peuvent être intégrés aux réseaux de services sociaux, de santé et d'enseignement. »
	Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et Association canadienne des ergothérapeutes (1986, p. xiv)	« Art et science fondés sur l'analyse et la pratique d'activités spécialement axées sur les soins personnels, le travail productif et les loisirs. Par l'évaluation, l'analyse et le traitement, les ergothérapeutes s'attaquent aux problèmes fonctionnels ou d'adaptation des personnes dont la capacité fonctionnelle est diminuée par la maladie, une lésion, un trouble émotif, un trouble du développement, un handicap social ou par le vieillissement. Le but est de prévenir l'incapacité et de promouvoir, de préserver ou de rétablir la capacité fonctionnelle, la santé et le bien-être spirituel. De plus, les services d'ergothérapie peuvent être intégrés aux réseaux de services sociaux, de santé et d'enseignement (groupes de travail du MSNBS et de l'ACE, 1983). »

<p><i>Minister of National Health and Welfare et Canadian Association of Occupational Therapists</i> (1986, p. xiv)</p>	<p>« The art and science which utilizes the analysis and application of activities specifically related to occupational performance in the areas of self-care, productivity and leisure. Through assessment, interpretation, and intervention, occupational therapists address problems impeding functional or adaptive behaviour in persons whose occupational performance is impaired by illness or injury, emotional disorder, developmental disorder, social disadvantage, or the aging process. The purpose is to prevent disability; and to promote, maintain or restore occupational performance, health and spiritual well-being; furthermore, occupational therapy services can be directed through health, educational and social service systems. (DNHW* and CAOT* Task Force, 1983). »</p>
<p><i>Canadian Association of Occupational Therapists</i> (1991, p. 140)</p>	<p>« The art and science which utilizes the analysis and application of activities specifically related to occupational performance in the areas of self-care, productivity and leisure. Through assessment, interpretation, and intervention, occupational therapists address problems impeding functional or adaptive behaviour in persons whose occupational performance is impaired by illness or injury, emotional disorder, developmental disorder, social disadvantage or the aging process. The purpose is to prevent disability and to promote, maintain or restore occupational performance, health and spiritual well-being. Furthermore, occupational therapy services can be directed through health, educational and social services systems. »</p>
<p>Association canadienne des ergothérapeutes (1993, p. 156)</p>	<p>« Art et science fondé[s] sur l'analyse et sur l'utilisation d'activités directement reliées au rendement occupationnel dans les domaines des soins personnels, du travail et des loisirs. Par l'évaluation, l'analyse et le traitement, les ergothérapeutes s'attaquent aux problèmes d'ordre fonctionnel ou adaptatif des personnes dont le rendement occupationnel est entravé par la maladie, une lésion, un trouble émotif, un trouble du développement, un handicap social ou le vieillissement. L'objectif de l'ergothérapie est de prévenir le handicap, de rétablir le rendement occupationnel, la santé et le bien-être spirituel. De plus, les services d'ergothérapie peuvent être intégrés au réseau de l'enseignement ou à celui de la santé et des services sociaux. »</p>
<p>Townsend et Polatajko (2013, p. 441)</p> <p>Cet ouvrage correspond aux <i>Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie.</i></p>	<p>« Ergothérapie [<i>Occupational therapy</i>] est l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation; habiliter les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être; et habiliter les membres de leur société, de telle sorte que celle-ci soit juste et inclusive afin que tous puissent s'engager – selon leur plein potentiel – dans les activités de la vie quotidienne. <i>Ergothérapique</i> est utilisé comme adjectif, dans le langage de la profession (p. ex. connaissances ergothérapiques). »</p>
<p>Sites web des associations et regroupements professionnels</p>	<p>Association canadienne des ergothérapeutes (2016b)</p> <p>« L'ergothérapie est un type de soin[s] de santé qui aide à résoudre les problèmes qui font obstacle avec la capacité d'une personne à faire les choses qui lui sont importantes. Des choses de tous les jours telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les soins d'hygiène personnelle – s'habiller, manger, se déplacer autour du domicile, • être productif – aller à l'école ou au travail, participer dans la communauté et • les activités de loisir – les sports, le jardinage, les activités sociales. »

Ordre des ergothérapeutes du Québec (2020b)	« L'ergothérapie permet aux personnes d'organiser et d'accomplir les activités qu'elles considèrent comme importantes : <ul style="list-style-type: none">• Prendre soin de soi et d'autres personnes;• Se réaliser sur les plans personnel, scolaire et professionnel;• Se divertir, par exemple par les loisirs;• Se développer, notamment par le jeu. »
WFOT (2012)	« Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement. »

ANNEXE B
QUESTIONNAIRE

Questionnaire adressé aux finissants à la maîtrise, chargés de cours et professeurs en ergothérapie

Parler d'ergothérapie : perception d'acteurs clés en ergothérapie

Émy Pronovost, étudiante à la maîtrise en ergothérapie
Martine Brousseau, directrice de recherche

Donnée sociodémographique

Q1. Quel est votre âge?

Accord avec les définitions de l'ergothérapie

Dans un souci d'accroître la connaissance de l'ergothérapie par le public, nous avons recensé dans les écrits plusieurs définitions de l'ergothérapie, au fil des ans. Quel est votre accord avec ces définitions?

Q2. L'ergothérapie aide les gens qui ont eu un accident ou une maladie, comme un accident vasculaire cérébral, pour retrouver l'habileté de prendre soin d'eux-mêmes, de leur maison et toutes les autres activités qu'ils ont besoin de faire, qu'ils veulent faire et qu'ils s'attendent à faire. Nous utilisons diverses activités, appelées occupations, pour aider les gens à récupérer des habiletés perdues, les entraînons à faire des activités d'une façon différente ou changeons leur environnement pour qu'ils éprouvent des réussites malgré leurs incapacités.

Quel est votre accord avec cette définition?

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

Q3. L'ergothérapie est une méthode de rééducation fondée sur l'analyse et la pratique d'activités axées spécialement sur les soins personnels, la productivité et les loisirs. Par l'évaluation, l'analyse et le traitement, les ergothérapeutes s'attaquent aux problèmes fonctionnels ou d'adaptation des personnes dont le rendement fonctionnel est diminué par la maladie, une lésion, un trouble émotif, un trouble du développement, un handicap social ou par le vieillissement. Le but est de prévenir l'incapacité et de promouvoir, de persévérer ou de rétablir la capacité fonctionnelle, la santé et le bien-être spirituel. De plus, les services d'ergothérapie peuvent être intégrés aux réseaux de services sociaux, de santé et d'enseignement.

Quel est votre accord avec cette définition?

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

Q4. L'ergothérapie est un art et une science fondés sur l'analyse et sur l'utilisation d'activités directement reliées au rendement occupationnel dans les domaines des soins personnels, du travail et des loisirs. Par l'évaluation, l'analyse et le traitement, les ergothérapeutes s'attaquent aux problèmes d'ordre fonctionnel ou adaptatif des personnes dont le rendement occupationnel est entravé par la maladie, une lésion, un trouble émotif, un trouble du développement, un handicap social ou le vieillissement. L'objectif de l'ergothérapie est de prévenir le handicap, de rétablir le rendement occupationnel, la santé et le bien-être spirituel. De plus, les services d'ergothérapie peuvent être intégrés au réseau de l'enseignement ou à celui de la santé et des services sociaux.

Quel est votre accord avec cette définition?

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

Q5. L'ergothérapie permet aux personnes d'organiser et d'accomplir les activités qu'elles considèrent comme importantes :

- Prendre soin de soi et d'autres personnes;
- Se réaliser sur les plans personnel, scolaire et professionnel;
- Se divertir, par exemple par les loisirs;
- Se développer, notamment par le jeu.

Quel est votre accord avec cette définition?

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

Q6. L'ergothérapie est une profession de la santé centrée sur le client qui s'intéresse à la promotion de la santé et du bien-être à travers l'occupation. Le but principal est d'habiliter les personnes à participer à leurs activités quotidiennes. Les ergothérapeutes atteignent ce but en travaillant avec les personnes et leurs communautés pour améliorer leurs habiletés à s'engager dans les occupations qu'ils veulent faire, qu'ils ont besoin de faire ou qu'ils doivent faire, en modifiant l'occupation ou l'environnement pour mieux supporter leur engagement occupationnel.

Quel est votre accord avec cette définition?

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

Q7. L'ergothérapie est un type de soins de santé qui aide à résoudre les problèmes qui font obstacle avec la capacité d'une personne à faire les choses qui lui sont importantes. Des choses de tous les jours telles que :

- les soins d'hygiène personnelle – s'habiller, manger, se déplacer autour du domicile,
- être productif – aller à l'école ou au travail, participer dans la communauté et
- les activités de loisir – les sports, le jardinage, les activités sociales.

Quel est votre accord avec cette définition?

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

Q8. L'ergothérapie est l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation; habiliter les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être; et habiliter les membres de leur société, de telle sorte que celle-ci soit juste et inclusive afin que tous puissent s'engager – selon leur plein potentiel – dans les activités de la vie quotidienne.

Quel est votre accord avec cette définition?

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

Q9. Selon vous, dans quelle mesure est-il approprié d'avoir recours à une de ces définitions pour faire la promotion de l'ergothérapie au grand public?

1	2	3	4	5	6	7
Fortement inapproprié	Inapproprié	Quelque peu inapproprié	Ni inapproprié ni approprié	Quelque peu approprié	Approprié	Fortement approprié

Q10. Commentaires : _____

Concepts identitaires en ergothérapie

Q11. Les concepts identitaires en ergothérapie distinguent l'ergothérapie des autres disciplines. D'ailleurs, les concepts identitaires (*threshold concepts*) sont définis par Poumay et Georges (2017) comme étant des apprentissages à faire qui transforment les étudiants et qui contribuent à leur identité professionnelle. Selon vous, quels sont les concepts identitaires de l'ergothérapie?

Réponse : _____

Q12. Selon vous, dans quelle mesure est-il approprié d'avoir recours à ces concepts pour faire la promotion de l'ergothérapie au grand public?

1	2	3	4	5	6	7
Fortement inapproprié	Inapproprié	Quelque peu inapproprié	Ni inapproprié ni approprié	Quelque peu approprié	Approprié	Fortement approprié

Q13. Commentaires : _____

Messages clés et stratégies pour faire connaître l'ergothérapie

Il n'y a pas eu de consensus parmi les membres du conseil d'administration de l'Association canadienne des ergothérapeutes pour choisir le message clé à utiliser pour faire connaître l'ergothérapie au grand public. Les deux prochaines questions servent à obtenir votre opinion sur le sujet.

Q14. Quel serait votre message clé pour sensibiliser, expliquer et faire connaître l'ergothérapie au grand public?

Réponse : _____

Q15. Quelles stratégies devraient être utilisées pour bien expliquer l'ergothérapie au grand public?

Réponse : _____

Merci d'avoir participé à cette recherche.