

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

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

PAR
MARIE-ÈVE GUILLEMETTE

PERCEPTION D'ERGOTHÉRAPEUTES DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN DE LEUR
NIVEAU D'EXPERTISE PROFESSIONNELLE

DÉCEMBRE 2021

REMERCIEMENTS

Ce projet de recherche n'aurait pas pu être possible sans l'aide et le soutien de mon entourage. Tout d'abord, je tiens à remercier Mme Martine Brousseau, ma directrice d'essai et professeure au département d'ergothérapie, de m'avoir encouragée et guidée tout au long de ce projet. Votre enthousiasme et votre disponibilité ont rendu la réalisation de ce projet et de la maîtrise beaucoup plus facile. Je me sens choyée d'avoir eu la chance de travailler en collaboration avec vous, et par le fait même, de bénéficier de toute l'expérience que vous avez acquise dans vos années de pratique. Vous m'avez transmis votre passion et de nombreuses connaissances qui me serviront et qui transparaîtront dans ma pratique future. Merci beaucoup.

De plus, je remercie Alexandra Lecours, ergothérapeute, professeure au département d'ergothérapie et chercheuse, comme lectrice externe de mon essai pour ses commentaires et ses suggestions. Ils ont servi à bonifier la version finale de l'essai.

Je tiens également à dire un énorme merci à ma famille, soit mes parents et mes deux frères, ainsi qu'à mes amis proches (ils se reconnaîtront) de toujours avoir cru en moi et en mon potentiel pour réaliser ce projet de recherche. Votre soutien et vos encouragements ont été très précieux pour me garder motivée tout au long de la rédaction de cet essai, mais aussi tout au long de mon parcours scolaire. Votre appui, dans les hauts comme dans les bas, a grandement contribué à ma réussite et à l'atteinte de mon objectif final, soit de devenir ergothérapeute. Merci beaucoup, pour tout!

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	v
RÉSUMÉ	vi
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1. Les défis pour les professionnels de la santé en zone rurale ou en région éloignée	4
2.2. Les défis de la pratique des ergothérapeutes en région rurale et éloignée	7
2.3. La distinction entre généraliste et spécialiste en ergothérapie	11
2.4. Constats.....	13
2.5. Question de recherche et objectif de l'étude	14
3. CADRE CONCEPTUEL	15
3.1. La notion d'expertise	15
3.1.1. L'expertise et ses trois axes de développement	15
3.2. L'expertise en ergothérapie.....	17
3.2.1. L'ergothérapeute de niveau compétent	17
3.2.2. L'ergothérapeute de niveau chevronné	18
3.2.3. L'ergothérapeute dans un contexte de la pratique avancée.....	18
3.3. Contexte de la pratique des ergothérapeutes	18
4. MÉTHODE	20
4.1. Devis de recherche	20
4.2. Population et méthode d'échantillonnage	20
4.3. Méthode de collecte des données.....	21
4.4. Procédure de recherche	21
4.5. Analyse des données	22
4.6. Considérations éthiques	22
5. RÉSULTATS	23
5.1. Description des répondants	23
5.2. Contexte de pratique des répondants	26
5.3. La perception de l'expertise professionnelle et les caractéristiques associées.....	27
5.3.1. Perception de l'expertise professionnelle.....	27

5.3.2. Caractéristiques de la pratique chevronnée.....	29
5.3.3. Caractéristiques de la pratique généraliste.....	34
5.3.4. Consultations en ergothérapie pour leur expertise par d'autres personnes	39
5.4. Perception des répondants de la pratique de l'ergothérapie en région éloignée	42
6. DISCUSSION.....	47
6.1. Portrait de la pratique d'ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean.....	47
6.2. Perception des ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de l'expertise en ergothérapie.....	48
6.3. La pratique des ergothérapeutes en région éloignée	49
6.3.1. Perception des ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de leur type de pratique.....	49
6.3.2. Les défis associés au type de pratique.....	51
6.3.3. Consultations des ergothérapeutes de région éloignée pour leur expertise.....	53
6.3.4. La pratique en région éloignée comme expertise et les prérequis associés à cette pratique	54
6.4. Contributions à l'avancement des connaissances.....	54
6.5. Les forces et les limites de l'étude	55
7. CONCLUSION.....	56
RÉFÉRENCES	57
ANNEXE A	61

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Données sociodémographiques des répondants	23
Tableau 2. Données professionnelles des répondants.....	25
Tableau 3. Types de clientèle avec lesquels travaillent les répondants	26
Tableau 4. Groupes d'âge avec lesquels travaillent les répondants.....	26
Tableau 5. Perception de l'expertise en ergothérapie des répondants	27
Tableau 6. Perception de la pratique en ergothérapie	29
Tableau 7. Perception de la pratique en ergothérapie selon les secteurs de la région	29
Tableau 8. Thèmes justifiant la perception d'une pratique chevronnée	30
Tableau 9. Défis vécus par les répondants qui perçoivent leur pratique de chevronnée	32
Tableau 10. Thèmes justifiant la perception d'une pratique généraliste	35
Tableau 11. Défis vécus par les répondants qui perçoivent leur pratique de généraliste	37
Tableau 12. Taux de consultations des répondants pour leur expertise.....	39
Tableau 13. Raisons pour lesquelles les répondants sont consultés	40
Tableau 14. Fréquence de consultations par type de personnes ayant consulté	42
Tableau 15. Perception des répondants de la pratique en région éloignée comme expertise en soi	43
Tableau 16. Thèmes justifiant la perception des répondants de la pratique en région éloignée comme expertise en soi.....	43
Tableau 17. Perception des répondants des connaissances, compétences et habiletés additionnelles requises pour pratiquer en région éloignée des grands centres	45

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre Intégré de Santé et de Services sociaux
CIUSSS	Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CNESST	Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail
CRDI-TED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
INSPQ	Institut national de la santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
LSJ	Lac-Saint-Jean
MAMH	Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation
MCCCF	Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine
MEI	Ministère de l'Économie et de l'Innovation
MRC	Municipalités régionales de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAG	Saguenay
SLSJ	Saguenay-Lac-Saint-Jean
URFIG	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive gériatrique

RÉSUMÉ

Problématique : La région du Saguenay-Lac-Saint-Jean se distingue des autres régions du Québec par plusieurs caractéristiques, notamment son éloignement des grands centres urbains, l'étendue du territoire, la présence d'un Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services sociaux (CIUSSS) et le faible ratio d'ergothérapeutes par 100 000 habitants. La recension des écrits abordant la pratique des ergothérapeutes en région éloignée montre que ceux-ci œuvrent dans des domaines de pratique très variés les amenant à adopter une pratique davantage comme généraliste à l'opposé d'une pratique dans les centres urbains perçue comme spécialiste. Il apparaît donc pertinent d'investiguer la façon dont les ergothérapeutes de région éloignée au Québec perçoivent leur pratique et de vérifier la perception de leur pratique comme généraliste ou spécialiste. **Objectif :** L'objectif de la recherche est de décrire la perception d'ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de leur niveau d'expertise professionnelle.

Cadre conceptuel : Les assises théoriques de la présente étude se basent sur les travaux de Bédard et al. (2011), soit *Le développement de l'expert adaptable*, ainsi que de ceux de l'ACE (2012), abordant le *Paradigme de carrière en ergothérapie* et le *Contexte de pratique des ergothérapeutes*.

Méthode : Une enquête exploratoire par le biais d'un questionnaire électronique a été réalisée auprès des ergothérapeutes de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Résultats : Quarante-quatre ergothérapeutes ont répondu au questionnaire. Les résultats montrent que les répondants décrivent leur expertise en lien avec le contexte de leur pratique et que les Saguenéens se perçoivent davantage chevronnés que les Jeannois. De plus, ils font valoir que les répondants sont consultés autant pour leur champ d'expertise que pour leur expertise générale de l'ergothérapie et que, pour la moitié d'entre eux, la pratique en région éloignée est une expertise en soi et nécessite des compétences, des connaissances et des habiletés additionnelles.

Discussion : Les résultats soulèvent que les ergothérapeutes d'un milieu plus rural et plus éloigné ont tendance à rester davantage dans une pratique compétente et généraliste plutôt que chevronnée. De plus, cette étude permet de montrer que les ergothérapeutes de la région ne décrivent pas leur expertise professionnelle en lien avec l'activité telle que définie dans les documents officiels de l'OEQ, mais plutôt par leur contexte de pratique.

Conclusion : Les résultats permettent de générer des connaissances en ce qui a trait à la pratique chevronnée et l'expertise professionnelle en ergothérapie, et qu'il serait pertinent d'investiguer davantage sur le sujet.

1. INTRODUCTION

Étant moi-même originaire de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean et ayant un emploi d'été comme préposée en ergothérapie au Saguenay-Lac-Saint-Jean, j'ai pu remarquer des différences dans la pratique de l'ergothérapie comparativement à mes différents stages réalisés dans la région de la Mauricie, notamment dans la pratique d'une expertise. Ma motivation à entreprendre ce projet est ainsi pour générer de nouvelles connaissances quant à l'expertise professionnelle en ergothérapie.

Dans un cadre professionnel, « l'expertise consiste en la production de connaissances spécialisées [...]. Reconnu parmi les autres professionnels de son domaine, l'expert tire sa compétence à la fois de la maîtrise d'un savoir spécifique et de son expérience propre » (Castra, 2012). Mais, qu'en est-il de l'expertise professionnelle en ergothérapie ? À quoi se réfère-t-elle au travers cette profession pleine d'avenues ? Et qu'en est-il de l'expertise des ergothérapeutes de régions éloignées étant donné les particularités de la pratique dans ces milieux ?

Dans cet essai, la problématique et la pertinence de l'étude sur l'expertise professionnelle des ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean, une région éloignée des grands centres, sont expliquées. Par la suite, les concepts soutenant l'étude de l'expertise professionnelle sont définis, suivis d'une description de la méthodologie de la recherche, telle que le type de devis, la méthode d'échantillonnage, la méthode de collecte de données, la procédure de recherche, la méthode d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques. Les résultats sont ensuite analysés et explicités, et puis discutés en les mettant en relation avec les études antérieures recensées dans la problématique et les concepts définis dans le cadre conceptuel. Finalement, les forces et les limites de la présente étude sont nommées, pour terminer avec une conclusion comprenant une synthèse de la recherche, les retombées de celle-ci ainsi que des pistes pour de futures études.

2. PROBLÉMATIQUE

Le système de santé et de services sociaux au Québec a été institué en 1971 à la suite de l'adoption de la première Loi sur les services de santé et les services sociaux par l'Assemblée nationale. Il repose sur deux paliers de gouvernance, soit le ministère ainsi que les réseaux territoriaux et locaux de service (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2017). Les services de santé et les services sociaux intégrés du Québec sont regroupés en 17 régions administratives différentes (Gouvernement du Québec, 2021a). Le Québec se caractérise aussi par la présence de deux grands centres urbains, soit Montréal et la Capitale-Nationale, et de six régions éloignées, soit le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, le Nord-du-Québec et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine [MCCCF], 2011). Une de ces régions, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, se distingue par certaines caractéristiques : l'éloignement des grands centres urbains, l'étendue du territoire, la présence d'un Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services sociaux (CIUSSS) et le ratio d'ergothérapeutes par 100, 000 habitants.

Au Québec, l'Institut national de la santé publique du Québec stipule qu'un « grand centre urbain » réfère à une zone dont la population est de plus de 500 000 habitants et qui « exerce un important pouvoir d'attraction [...] qui influe sensiblement sur les conditions locales dans lesquelles évoluent les communautés situées à leur périphérie » (Gauthier et al., 2009, p.5). Aussi, ce champ d'influence est estimé à 250 km, soit environ 2,5 heures de route en voiture (Gauthier et al., 2009). Pour ce, la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean est éloignée des grands centres urbains, soit Montréal et Québec. Le caractère éloigné, selon Harvey et Fortin (2011), correspond au fait que sa situation géographique est « à grande distance des [grands] centres urbains aux limites est, nord et ouest du Québec » (MCCCF, 2011, p.9).

L'étendue du territoire de la région Saguenay-Lac-Saint-Jean (région 02) lui confère des caractéristiques particulières. Cette région est étendue sur un vaste territoire comportant une superficie terrestre de 98 712 km² et une superficie de 106 508 km² en incluant l'eau (Ministère des Ressources naturelles et de la Faune, 2006 ; Statistique Canada, 2017). Étant séparés en deux secteurs différents, le Saguenay et le Lac-Saint-Jean comportent un total de 59 municipalités étant réparties en cinq municipalités régionales de comté (MRC), soit Domaine-du-Roy (29 217

habitants), Maria-Chapdelaine (24 451 habitants) et Lac-Saint-Jean-Est (53 051 habitants) pour le secteur Lac-Saint-Jean ainsi que Fjord-du-Saguenay (22 534 habitants) et Ville de Saguenay (146 606 habitants) pour le secteur Saguenay (Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation [MAMH], 2020). Cette dernière est le résultat d'une fusion de sept municipalités qui a été réalisée en 2002, ayant par le fait même amené plusieurs changements administratifs, territoriaux et politiques au sein de la région (Ministère des Ressources naturelles et de la Faune, 2006). De plus, une communauté autochtone hors des MRC, nommée Mashteuiahtsh, inclut 2 038 habitants (MAMH, 2020). Ainsi, la population s'élève donc à 277 897 habitants, soit environ 2,9 habitants par kilomètre carré, représentant 3,27% de la population du Québec (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2020 ; MAMH, 2020 ; Ministère de l'Économie et de l'Innovation [MEI], 2021 ; Statistique Canada, 2017). Plus de la moitié des habitants de la région se trouvent dans la ville de Saguenay (Ministère des Ressources naturelles et de la Faune, 2006). Cependant, une bonne proportion de la population se répartit également dans quatre autres centres urbains, soit Alma (30 831 habitants), Roberval (9 886 habitants), Saint-Félicien (10 266 habitants) et Dolbeau-Mistassini (14 039 habitants) (MAMH, 2010 ; MAMH, 2020). Cependant, malgré le fait que le Saguenay-Lac-Saint-Jean possède une ville de plus de 100 000 habitants et quatre autres centres urbains (plus de 10 000 habitants), nombreuses sont les municipalités qui sont considérées comme rurales étant donné qu'ils ont une population de moins de 10 000 habitants (Leclerc et Soucy, 2013 ; Sisson, 2012). En effet, 24,1% de la population régionale représente une population rurale, contrairement à la population rurale du Québec qui représente 18,5% de la population totale (MEI, 2021). Donc, la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean est considérée comme une région éloignée étant donné qu'elle se situe à une grande distance des grands centres urbains, soit Montréal et la Capitale-Nationale (MCCCF, 2011). Elle revêt aussi un caractère rural.

En plus de ses caractéristiques géographiques particulières, la région Saguenay-Lac-Saint-Jean se distingue également sur le plan des services sociaux et de santé par la présence d'un CIUSSS, contrairement d'un Centre Intégré de Santé et de Services sociaux (CISSS) pour les autres régions éloignées (Gouvernement du Québec, 2021c). Toutefois, les CIUSSS et les CISSS exercent les mêmes fonctions et responsabilités (Institut national de la santé publique du Québec [INSPQ], 2017). En fonction de leurs mandats respectifs, différentes ressources (infirmières, infirmiers, médecins, professionnels, intervenants sociaux, etc.) sont impliquées dans plusieurs

types d'intervention. Celles-ci peuvent se présenter sous plusieurs formes : interventions psychosociales, services médicaux ou psychiatriques et soins à domicile, relocalisation, etc. (INSPQ, 2017). La question se pose à savoir quelle est la situation pour les ergothérapeutes dans ce contexte.

La région Saguenay-Lac-Saint-Jean se caractérise aussi par un ratio d'ergothérapeutes par 100,000 habitants particulièrement bas; 162 ergothérapeutes y travaillent, représentant 2,8% des ergothérapeutes du Québec (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2020). Ainsi, pour la région administrative 02, le ratio pour 100 000 habitants est donc de 58,29 ergothérapeutes (donnée déduite de OEQ (2020) et ISQ (2020)). Ce ratio se distingue fortement des grands centres urbains, notamment pour la région de Montréal avec un ratio pour 100 000 habitants de 83,3 ergothérapeutes et pour la Capitale-Nationale avec un ratio de 95,25 ergothérapeutes pour 100 000 habitants (données déduites de OEQ (2020) et ISQ (2020)). La différence de ratio entre la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean et celles de Montréal et la Capitale-Nationale amène à s'interroger sur les défis des professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes en zone rurale et éloignée.

2.1. Les défis pour les professionnels de la santé en zone rurale ou en région éloignée

Plusieurs auteurs (Brems et al., 2006 ; Chipp et al., 2010 ; McNeil et al., 2014 ; Paliadelis et al., 2012) font valoir que les professionnels de la santé travaillant en région rurale et éloignée rencontrent plusieurs défis. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) soulève dans leur *Rapport sur la santé dans le monde* (2006) la présence d'une distribution inégale du personnel de la santé dans l'ensemble du monde, mais également à l'intérieur d'un même pays. Il est mentionné que moins de 25% des médecins, moins de 40% des infirmiers et 42% des autres professionnels de la santé travaillent en zone rurale, alors que près de la moitié de la population mondiale réside dans ces zones, démontrant une préoccupation à l'échelle internationale. La situation est semblable au Canada. Ariste (2018) soutient dans son étude qu'il y a une répartition inéquitable des professionnels de la santé entre les régions rurales et urbaines canadiennes, notamment les médecins (médecins de famille et spécialistes) et tous les types d'infirmières réglementées. Pour ce qui est des médecins, la proportion par 1000 habitants était de 2,6 pour les zones urbaines et de 1,1 pour les zones rurales. Concernant les infirmières, elle est respectivement de 11,2 et 7,2 pour 1000 habitants. Ceci suppose donc une pénurie de main-d'œuvre dans les zones rurales, un

problème abordé dans plusieurs études (Brems et al., 2006 ; Chipp et al., 2010 ; McNeil et al., 2014 ; Paliadelis et al., 2012).

Brems et ses collaborateurs (2006), dans une étude réalisée auprès de 1555 professionnels de la santé (médecins, adjoints du médecin, infirmières praticiennes, infirmières, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux et conseillers en santé mentale) du Nouveau-Mexique et d'Alaska, montrent qu'un obstacle important est le manque de ressources. Ces auteurs soulèvent d'abord un lien statistique significatif entre la ruralité et les ressources limitées ($p < 0,0001$). Les ressources limitées renvoient, entre autres, à une expertise limitée des prestataires de soins pour certains problèmes / maladies, à un accès restreint aux consultants pour les domaines de spécialité et à un nombre limité de prestataires de soins. Également, l'étude montre une signification statistique entre la ruralité et l'accès aux services ($p < 0,0001$), indiquant que plus les personnes demeurent loin (distance à parcourir), moins elles ont accès à des services, étant entre autres, limitées dans leur accès aux transports. Finalement, une autre signification statistique existe entre la ruralité et le chevauchement des rôles ($p < 0,0001$), notamment que les personnes en milieu rural consultent davantage dans un cadre non professionnel, c'est-à-dire qu'elles questionnent les professionnels lorsqu'elles les croisent de façon informelle dans leur communauté.

Chipp et ses collaborateurs (2010), dans une étude réalisée auprès de 127 professionnels de la santé (médecins, adjoints au médecin, infirmières praticiennes, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, conseillers en toxicomanie et conseillers en santé comportementale agréés) de l'Alaska et du Nouveau-Mexique, décrivent les défis dans la prestation de services en milieu rural dans le but d'informer sur les moyens d'améliorer la formation, le recrutement et le maintien d'une main-d'œuvre rurale dans les domaines de la santé. Ces défis sont l'établissement d'une relation de confiance, l'établissement et le maintien des barrières personnelles et professionnelles, les ressources limitées (matérielles et humaines) ainsi que l'isolement. La relation de confiance est, entre autres, plus difficile à établir en raison d'un taux plus élevé dans la rotation du personnel et des préoccupations entourant la confidentialité. Les barrières personnelles et professionnelles sont également mises en jeu par rapport à l'anonymat, à la fixation de services à fournir et les relations multiples avec leurs clients dans les milieux ruraux en raison de la communauté de petite taille. Les ressources limitées dans la prestation de services ruraux les ont amenés à devenir des

généralistes dans leur domaine de pratique et ont donc besoin de faire preuve de créativité pour offrir les services.

De plus, McNeil, Mitchell et Parker (2014), dans une étude auprès de 22 professionnels de la santé (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, orthophonistes et ergothérapeutes) travaillant en milieu rural, montrent que ceux-ci rapportent une flexibilité dans leurs rôles professionnels, voire un chevauchement de rôles et ce, en raison de la rareté de la main-d'œuvre. Un exemple dans les résultats illustre que les chevauchements des rôles sont présents entre les ergothérapeutes et les physiothérapeutes en milieu rural. Dans ce contexte, il arrive souvent qu'un ergothérapeute fasse des tâches de physiothérapeute et vice et versa.

Paliadelis et ses collaborateurs (2012), dans une étude auprès 226 prestataires de soins de santé australiens, décrivent les défis auxquels font face les cliniciens de toutes les disciplines dans des établissements de soins de courte durée dans les régions rurales de Nouvelle-Galles-du-Sud en Australie. Ces défis sont de quatre ordres : 1. la pénurie de main-d'œuvre (charge de travail, culture du lieu de travail et pratique de l'emploi) ; 2. l'accès, l'équité et l'opportunité ; 3. les ressources ; 4. les problèmes contextuels. La rareté des ressources humaines a comme conséquence de devoir être un praticien indépendant, d'avoir une lourde charge de travail ainsi que de créer des tensions entre la pratique généraliste et spécialiste, entraînant une déqualification et une polyvalence. L'accès aux services spécialisés et aux transports était un défi pour les clients tandis que, pour les prestataires de soins, les défis réfèrent davantage à l'accès à des formations, du perfectionnement professionnel ainsi que l'accès à des collègues expérimentés. L'étude a montré que les limites des ressources et des équipements en milieu rural entraînent le fait de devoir travailler avec des équipements anciens ou obsolètes. Les problèmes contextuels concernaient l'isolement géographique et l'éloignement, pour ne nommer que ceux-ci, qui sont perçus comme des défis pour les prestataires.

Il y a également une étude empirique, portant sur les services sociaux et de santé dans les communautés rurales et éloignées, qui a été réalisée au Québec, soit celle de Gauthier et ses collaborateurs (2019). Cette étude a abordé « les problématiques d'organisation et d'accès liées à la distribution de services de santé à des communautés dispersées sur un vaste territoire » (Gauthier

et al., 2019, p.III), mais n'a toutefois pas abordé les défis que rencontrent les professionnels de la santé dans ces milieux.

Les études empiriques recensées font valoir que les professionnels de la santé ruraux doivent faire face à de nombreux défis. La rareté des ressources, autant sur le plan des ressources humaines que matérielles, montre que la pénurie de main-d'œuvre oblige les professionnels à offrir une pratique davantage généraliste, amenant ainsi un accès limité à des services spécialisés pour les clients dans ces milieux. De plus, la distance de déplacements et le manque d'accès à un transport pour les clients limitent également l'accès aux services. Finalement, le chevauchement et la flexibilité des rôles sont aussi ressortis comme des défis de la pratique rurale. Il y a donc lieu de croire que ces défis s'appliquent également aux ergothérapeutes qui pratiquent dans les régions rurales et éloignées.

2.2. Les défis de la pratique des ergothérapeutes en région rurale et éloignée

Bien que les professionnels de la santé rencontrent plusieurs défis lorsqu'ils travaillent en région rurale et éloignée, les ergothérapeutes font aussi face à de nombreux défis plus spécifiques à leur profession. D'ailleurs, une métasynthèse qualitative réalisée par Murray, Turpin, Edwards et Jones (2015) a montré, entre autres, que les ergothérapeutes dans leur pratique rencontrent trois types de défis : 1. les défis du contexte (le fait que les ergothérapeutes doivent démontrer une expertise dans plusieurs contextes); 2. les défis personnels; et 3. les défis culturels et sociaux. Il y a lieu de constater que ces défis ont été relevés par des ergothérapeutes en provenance de six pays (Australie, États-Unis, Royaume-Uni, Canada, Nouvelle-Zélande et Norvège). Seulement deux des 24 études répertoriées incluaient dans leur échantillon des ergothérapeutes canadiens. Quoique cette métasynthèse ne détaille pas davantage le contexte, il est plausible de croire que le contexte des régions éloignées diffère de celui des grands centres. En effet, le récit de Sisson (2012), relatant son expérience personnelle comme ergothérapeute au Yukon, illustre que la pratique en ergothérapie est influencée par le contexte rural et éloigné. Ainsi, il apparaît opportun d'étudier la pratique des ergothérapeutes québécois en région rurale et éloignée.

Sans avoir étudié en soi les exigences de la pratique en milieu rural, les résultats de la métasynthèse de Roots et Li (2013) portant sur les facteurs de rétention et de recrutement des ergothérapeutes et des physiothérapeutes renseignent sur le fait que les ressources humaines et

matérielles limitées constituent un défi de la pratique dans les zones rurales, et plus précisément dans le secteur public. Les résultats illustrent également que la diversité de la charge de travail fait en sorte que la pratique des ergothérapeutes en région éloignée est davantage générale. L'étude montre aussi que l'accès au perfectionnement professionnel est très difficile en zone rurale ou éloignée. Il y a lieu de constater que la provenance des répondants des études de la métasynthèse est principalement de l'Australie (11 des 12 études et seulement une du Canada).

La recension des écrits empiriques abordant les particularités et les défis rencontrés par les ergothérapeutes en région rurale ou éloignée fait valoir qu'ils doivent également faire face à de nombreux obstacles (Boshoff et Hartshorne, 2008 ; Devine, 2006 ; Peterson et al., 2003 ; Wielandt et Taylor, 2010). Boshoff et Hartshorne (2008), dans une étude auprès de 18 gestionnaires de services en ergothérapie dans les zones rurales et éloignées du sud de l'Australie ont montré que les ergothérapeutes doivent fournir une grande variété de services, rendant difficile l'acquisition d'expérience ou d'expertise dans des domaines spécialisés. Également, l'étude révèle que les ergothérapeutes doivent pratiquer sur un grand territoire. Les répondants ont d'ailleurs rapporté que le temps et la distance de déplacements complexifiaient la prestation des services. En effet, 89% des répondants ont indiqué que leurs services couvrent une zone de plus de 100 kilomètres, 33% couvraient une zone de 50 à 100 kilomètres et 22% ont répondu qu'ils couvraient 5 à 50 kilomètres. Un autre défi mentionné par 44% des participants est relié au manque de ressources humaines, indiquant qu'elles n'étaient pas adéquates. D'ailleurs, les auteurs mentionnent un ratio de clients par thérapeute élevé, et plus particulièrement pour les services aux adultes. Toutefois, plus de la moitié des participants ont indiqué que les autres types de ressources (matérielles, lieux et financières) étaient adéquats.

Devine (2006), dans une étude auprès de 10 ergothérapeutes australiens qui avait comme objectif de décrire les compétences nécessaires à la pratique rurale, a montré que ces compétences sont : gérer son temps, être réaliste, établir des priorités, être organisé et efficace ainsi que gérer son stress. Les résultats indiquent qu'il est nécessaire de développer des compétences plus larges que celles spécifiques à la discipline, dont en particulier, comprendre la ruralité, détecter des problèmes de santé spécifiques aux milieux et aussi, avoir des compétences en santé publique, en soins de santé primaires et en promotion de la santé. Par ailleurs, ils ont aussi noté plusieurs défis

de la pratique rurale. Les répondants ont rapporté que le rôle de l'ergothérapeute est méconnu par la population et les autres professionnels de la santé. De plus, tout comme dans l'étude de Boshoff et Hartshorne (2008), les résultats font valoir que le ratio de clients par thérapeute est élevé, indiquant que le nombre d'ergothérapeutes est faible dans les régions rurales ou éloignées. Sur le plan des ressources matérielles, les participants de l'étude rapportent que le fait d'avoir un accès limité à du matériel amène divers obstacles, notamment pour les évaluations et les prêts d'équipements. Un autre défi majeur est relié à la difficulté d'accès à de la formation professionnelle continue. Ayant généralement lieu dans les centres urbains, il est donc difficile pour les ergothérapeutes ruraux d'y assister en raison d'absences importantes au travail, de l'incapacité à trouver un remplaçant ainsi que des coûts associés aux déplacements et aux logements. Il est toutefois possible que cette situation s'amenuise avec la formation en ligne plus fréquente depuis la pandémie, mais rien n'a encore été documenté ni montré. Les autres défis rapportés par les participants de l'étude sont la diversité des tâches et les besoins variés des groupes de clients, l'accès limité à l'équipement, le besoin d'être hautement indépendant, l'incapacité de faire un suivi et de voir les clients régulièrement, l'utilisation de la technologie telle que les vidéoconférences ainsi que le manque de soutien professionnel.

L'étude de Peterson, Ramm et Ruzicka (2003) réalisée dans 44 départements de réadaptation, dont l'objectif était d'examiner la disponibilité des ressources en ergothérapie dans les milieux ruraux au Nebraska, a aussi montré que le temps et la distance de déplacements sont des défis de la pratique rurale. En effet, les résultats illustrent que la fréquence des déplacements était élevée pour de nombreux ergothérapeutes, en plus de représenter de longues distances, dépassant à plusieurs reprises les 100 miles (environ 160 kilomètres) à chaque aller-retour. Seulement 11,4% de ces départements de réadaptation n'entraînaient pas de déplacement pour offrir des services. Également, les résultats de cette étude font valoir que les ergothérapeutes ruraux rencontrent plusieurs types de diagnostics dans leur prestation de services, pouvant ainsi représenter un défi pour leur pratique. En revanche, contrairement à ce que les autres études montrent, plus de la moitié des répondants ont évoqué que, dans leur région, les services en ergothérapie ne semblaient pas être restreints.

L'étude canadienne de Wielandt et Taylor (2010) réalisée auprès de 59 ergothérapeutes de l'Alberta et de la Saskatchewan, qui visait à identifier les avantages et les défis de la pratique de l'ergothérapie en milieu rural dans l'ouest du Canada ainsi qu'à fournir un portrait du niveau de préparation à la pratique rurale, a montré que les avantages de la pratique rurale sont : le travail d'équipe, l'autonomie, la diversité, les horaires de travail flexibles, le contact accru avec les clients, l'expérience clinique acquise, le mode de vie rural et la convivialité du lieu de travail. Par ailleurs, ils ont aussi noté que la pratique rurale comportait plusieurs défis. Les ergothérapeutes doivent souvent faire face à des références inappropriées étant donné que leur profession est mal comprise. Ils doivent passer beaucoup de temps à expliquer leur profession et leur rôle, devenant à la longue frustrants pour eux. Également, comme rapporté dans les études précédentes, la pénurie de main-d'œuvre est ressortie comme étant un défi de la pratique rurale. Ils doivent donc exercer un travail de généraliste, nécessitant par conséquent une grande étendue de connaissances pour pratiquer en région rurale ou éloignée. Les ergothérapeutes doivent donc faire preuve d'une grande créativité et d'adaptabilité pour répondre aux besoins sans les ressources nécessaires. Ils relèvent également que ce contexte de pratique diversifiée fait en sorte que c'est plus complexe pour eux de savoir ce qui doit être priorisé pour le développement de leurs compétences, d'autant plus que l'accès à des formations continues est difficile puisqu'elles sont généralement axées sur la pratique urbaine et que les coûts associés sont élevés pour pouvoir y participer. Finalement, le manque de soutien professionnel et le mode de vie rural étaient des défis mentionnés par certains répondants.

Jusqu'à ce jour, peu d'études ont investigué la pratique des ergothérapeutes en région éloignée au Québec, à l'exception de celle de Cloutier (2021). Les résultats de cette étude réalisée auprès de 80 ergothérapeutes des régions de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-Saint-Laurent, dont l'objectif est de décrire les particularités de la pratique d'ergothérapeutes en région rurale éloignée au Québec, soulèvent divers obstacles et avantages de la pratique en région éloignée. Les obstacles les plus significatifs ressortis sont l'accès à la formation, la charge de cas complexe et variée, le manque de ressources humaines, le manque de ressources et le temps de déplacement important. D'autres obstacles nommés sont également l'accès difficile à un soutien professionnel ainsi que le manque de ressources financières et matérielles. Les avantages ressortis sont l'autonomie professionnelle, la pratique diversifiée, la relation de proximité avec les clients et la taille de l'équipe de travail.

L'ensemble des résultats fait valoir que plusieurs défis des professionnels de la santé s'appliquent également aux ergothérapeutes, en plus d'autres défis s'ajoutant spécifiquement pour leur contexte à eux. En effet, il est ressorti des études qu'étant donné que les ergothérapeutes offrent le soutien à domicile, l'aspect de déplacements et de temps entre en compte puisque les régions rurales et éloignées couvrent généralement un vaste territoire. De plus, un autre défi qui est ressorti s'appliquant davantage aux ergothérapeutes est la méconnaissance de leur rôle. Ce domaine est, de façon générale, moins connu de la population, ce qui est souvent exacerbé dans les zones rurales ou éloignées. Aussi, comme il est rapporté pour les professionnels de la santé, le manque de ressources matérielles est fréquemment nommé comme étant un défi, tout comme le manque de ressources humaines. De cette façon, les ergothérapeutes doivent donc faire preuve d'une grande adaptabilité et indépendance, en plus de devoir œuvrer auprès d'un large éventail de domaine de pratique, les amenant à adopter une pratique de type généraliste. Finalement, les différentes études relèvent également que l'accès aux possibilités de développement professionnel est limité pour ces ergothérapeutes en raison de l'endroit où se déroulent les formations (dans les grands centres urbains), des thématiques abordées (généralement adaptées pour les pratiques urbaines) et de la difficulté pour les ergothérapeutes ruraux à prioriser un aspect de leur pratique en particulier. Par conséquent, les résultats relèvent qu'il est difficile de développer une expérience dans un domaine précis lorsque les ergothérapeutes pratiquent dans en région rurale ou éloignée. Il y a donc lieu de questionner la pratique généraliste et spécialiste en ergothérapie.

2.3. La distinction entre généraliste et spécialiste en ergothérapie

La rareté des ressources humaines professionnelles dans les zones rurales ou éloignées contraint les professionnels de la santé à adopter une pratique généraliste dans leur domaine comme le font valoir les textes d'opinion (Chipp et al., 2011) et les études empiriques recensées (Brems et al., 2006 ; McNeil et al., 2014 ; Paliadelis et al., 2012). Quoique la distinction entre généraliste et spécialiste en ergothérapie est peu utilisée au Québec, les documents officiels de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ, 2019, p. 25) stipulent que :

Les ergothérapeutes ne peuvent pas utiliser le titre de spécialiste. De fait, le second alinéa de l'article 58 du Code des professions prévoit qu'un professionnel ne peut se qualifier de spécialiste s'il n'est titulaire d'un certificat de spécialiste émis par son Ordre. Or, l'OEQ n'émet aucun certificat de cette nature (OEQ, 2019, p.25).

Par ailleurs, l'OEQ soutient également qu'un ergothérapeute ne peut non plus utiliser le titre d'expert, à l'exception d'expert à la cour (OEQ, 2009). Néanmoins, les documents de l'Association canadienne des ergothérapeutes (2012) reconnaissent qu'un ergothérapeute puisse devenir expérimenté dans un ou plusieurs domaine(s) précis. Le paradigme de cheminement de carrière va du statut d'ergothérapeute compétent (démontrant les compétences de base attendues au moment de l'entrée sur le marché du travail), au statut d'ergothérapeute chevronné (répondant aux attentes de base, mais pratiquant avec plus d'aisance et ayant fait du perfectionnement professionnel, en plus de posséder des habiletés additionnelles), ainsi que du statut du contexte de la pratique avancée d'ergothérapeute (un niveau où les responsabilités demandées dépassent les compétences d'ergothérapeute compétent et chevronné pour aller au-delà des frontières du rôle attendu d'un ergothérapeute). Le nouveau référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada (ACORE, ACPUE et ACE, 2021) réfère à l'expertise en ergothérapie. Celui-ci stipule que « l'expertise unique des ergothérapeutes consiste à analyser les activités qu'une personne peut, désire ou doit faire, pour ensuite l'aider à y parvenir. Les ergothérapeutes co-construisent des approches avec leurs clients. Ils sont soucieux des droits, des besoins, des préférences, des valeurs, des capacités et de l'environnement des personnes. Ils travaillent avec leur client afin de soutenir leur santé et leur bien-être » (ACORE, ACPUE et ACE, 2021, p.12). Les compétences de l'expertise de l'ergothérapeute sont : 1. établir une relation de confiance avec le client; 2. utiliser une analyse de l'occupation tout au long du processus; 3. déterminer les besoins et les objectifs du client pour les services d'ergothérapie; 4. évaluer la participation occupationnelle; 5. élaborer un plan avec le client pour faciliter la participation occupationnelle; 6. mettre en œuvre le plan en ergothérapie.

Dans un souci de respecter la non-utilisation du terme spécialiste ou expert, le terme **chevronné** est retenu pour référer à ce type de pratique. Ce dernier réfère à un ergothérapeute qui possède davantage de connaissances, de compétences et d'habiletés dans un ou plusieurs domaine(s) particulier(s) (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012). Il y a lieu de faire l'hypothèse que ce sont les ergothérapeutes travaillant dans les centres urbains qui développent une pratique chevronnée, tout comme l'argumentait Sisson (2012). Cette ergothérapeute rapporte que la pratique de l'ergothérapie en région éloignée reste générale, offrant

tous les services dans un secteur donné ; elle affirme que les ergothérapeutes interviennent auprès de personnes présentant des diagnostics variés dans le cadre du soutien à domicile (Sisson, 2012).

Il apparaît pertinent d'investiguer si des ergothérapeutes en région éloignée perçoivent leur pratique comme étant généraliste ou chevronnée.

2.4. Constats

L'ensemble des écrits recensés permet d'émettre certains constats reliés à la pratique des ergothérapeutes dans les régions rurales ou éloignées :

- Comme démontré par l'OMS (2006) et Ariste (2018), il y a une répartition inéquitable des professionnels de la santé entre les régions rurales et urbaines, problème présent à l'échelle internationale et nationale.
- Une étude empirique, portant sur les services sociaux et de santé dans les communautés rurales et éloignées, a été réalisée au Québec, soit celle de Gauthier et ses collaborateurs (2019) qui aborde les problématiques d'organisation et d'accès liées à la distribution de services de santé.
- Comme l'a fait valoir l'étude de Murray, Turpin, Edwards et Jones (2015) et le récit de Sisson (2012), la pratique de l'ergothérapie est influencée par le contexte, notamment celui du contexte rural ou éloigné.
- La région éloignée du Saguenay-Lac-Saint-Jean comporte plusieurs particularités. Elle est étendue sur un vaste territoire et est séparée en deux secteurs, le Saguenay et le Lac-Saint-Jean. Elle comporte une ville de plus de 100 000 habitants, mais également une population rurale s'élevant à 24,1%. Elle est la seule région éloignée dotée d'un CIUSSS et se caractérise par un ratio d'ergothérapeutes par 100 000 habitants particulièrement bas.
- Outre l'étude de Cloutier (2021) décrivant le portrait de la pratique des ergothérapeutes au Bas-Saint-Laurent et en Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, aucune étude n'aborde la pratique de l'ergothérapie dans les régions rurales et éloignées du Québec. Donc, aucune étude n'a été réalisée au Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- Plusieurs études empiriques soulevaient les défis de la pratique rurale ou les facteurs de recrutement et de rétention des ergothérapeutes, notamment le vaste territoire, le temps de

déplacements, la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute, les ressources humaines et matérielles limitées ainsi que l'accès limité aux possibilités de développement professionnel (Boshoff et Hartshorne, 2008 ; Devine, 2006 ; Peterson et al., 2003 ; Wielandt et Taylor, 2010). Aucune étude n'abordait spécifiquement la perception des ergothérapeutes de leur niveau d'expertise professionnelle lorsqu'il pratique en zone rurale ou éloignée.

- Plusieurs études empiriques reconnaissent que la pratique généraliste est privilégiée dans les régions rurales ou éloignées chez les professionnels de la santé, incluant les ergothérapeutes, contrairement à une pratique spécialiste dans les milieux urbains, et ce, bien que le titre de spécialiste ou d'expert ne peut être utilisé dans la profession d'ergothérapie (Brems et al., 2006 ; Boshoff et Hartshorne, 2008 ; Devine, 2006 ; Chipp et al., 2010 ; McNeil et al., 2014 ; OEQ, 2009 ; OEQ, 2019 ; Paliadelis et al., 2012 ; Wielandt et Taylor, 2010).
- Aucune étude n'est réalisée concernant la perception de l'expertise professionnelle des ergothérapeutes.

2.5. Question de recherche et objectif de l'étude

À la suite des constats effectués, la question de recherche suivante est posée : Quelle est la perception d'ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de leur niveau d'expertise professionnelle? Ainsi, l'objectif de la présente étude est de décrire la perception d'ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de leur niveau d'expertise professionnelle.

3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section présente les assises théoriques pour une étude dont l'objectif est de décrire la perception d'ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de leur niveau d'expertise. En premier lieu, le concept d'expertise et les notions qui s'y rattachent sont définis à l'aide des travaux de Bédard et ses collaboratrices (2011) sur *Le développement de l'expert adaptable*. En second lieu, le *Paradigme de carrière en ergothérapie* de l'ACE (2012) dans lequel s'inscrivent les différents niveaux de compétences d'un ergothérapeute est présenté pour situer la notion d'expertise en ergothérapie. En troisième lieu, le *Contexte de pratique des ergothérapeutes* défini par l'ACE (2012) est abordé afin d'y comprendre son influence sur l'expertise.

3.1. La notion d'expertise

La notion d'expertise, dont l'étymologie du mot vient du latin *expertus* (expert, dans le sens d'expérience), renvoie « aux compétences d'un expert », selon le dictionnaire Le Petit Robert (2002, p.1002). Bédard et ses collaboratrices (2011) ont élaboré une schématisation représentant « le développement de l'expertise et les axes qui permettent de caractériser [la notion] » (Bédard et al., 2011, p.5). Les auteures ont retenu la définition du terme « expert » proposée dans le *Dictionnaire actuel de l'éducation* (Legendre, 2005, p.657), qui est défini comme étant :

« Une personne qui a acquis des compétences exceptionnelles, a connu des expériences et des succès remarquables dans un domaine, et qui est donc en mesure de contribuer significativement et efficacement à la résolution de problèmes ou à la réalisation de projets dans sa sphère d'activité ».

Le développement de l'expertise est représenté dans leur schéma par une taxonomie en cinq niveaux : novice, apprenti, compétent, spécialiste et expert (Bédard et al., 2011). Ces auteures proposent trois axes de développement de l'expertise qui seront présentés dans la section suivante.

3.1.1. L'expertise et ses trois axes de développement

L'expertise correspond au fait de résoudre des problèmes dans un secteur d'activités particulier, de détenir un ensemble de savoirs (connaissances) et d'exercer une autorégulation reliée aux expériences. Pour ce, Bédard et ses collaborateurs (2011) explicitent les axes de

développement de l'expertise : la résolution de problèmes, les connaissances et l'autorégulation. Ils sont présentés dans les paragraphes qui suivent.

L'axe de résolution de problèmes est un élément important pour définir l'expert. Ce dernier est généralement plus performant dans cet aspect et est en mesure de résoudre des problèmes plus complexes en comparaison avec un novice. Ses stratégies de résolution de problèmes sont plus efficaces étant donné qu'il est en mesure de mieux sélectionner l'information. Il se concentre davantage sur l'analyse, la compréhension et la représentation du problème, la tâche à accomplir ainsi que sur le contexte du problème et les conséquences à long terme que celui-ci pourrait engendrer. Les propositions de Bédard et ses collaboratrices (2011) s'appuient sur les travaux de Buchanan et ses collaborateurs (2006), Schmidt et Sonnentag (1998) et Sonnentag (2001).

Le deuxième axe de développement de l'expertise concerne les connaissances. Bédard et ses collaboratrices (2011, p.7) rapportent que « les experts possèdent des connaissances spécifiques plus complètes et plus justes que celles des novices ». Également, les experts sont plus performants, ils ont une bonne organisation quant à leur « base de connaissances » et les experts possèdent un haut niveau dans divers types de connaissances (connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles). En effet, les personnes dotées d'une expertise ont une compréhension plus complète et adaptée à la situation. Également, l'accès à leurs connaissances est plus facile, nécessitant moins d'efforts intentionnels pour y accéder. Bédard et ses collaboratrices (2011) s'appuient sur les travaux de Dunphy et Williamson (2004), Ericsson et Lehmann (1996), Sonnentag (2000) et Van der Heijden, (2003) pour la définition donnée de cet axe.

Finalement, l'autorégulation est le troisième axe de développement de l'expertise. Ce phénomène, pratiqué davantage par les experts que les novices, est décrit « comme un processus cyclique qui fait appel à la rétroaction provenant de performances antérieures et qui sert à réaliser les adaptations nécessaires à l'ajustement des efforts actuels » (Bédard et al., 2011, p.8). Autrement dit, les experts font appel à leurs expériences passées afin d'intervenir dans une situation actuelle, permettant par le fait même d'améliorer leur performance. Les auteures démontrent également que « les experts sont continuellement en mode métacognitif en remettant en question leur niveau actuel d'expertise pour tenter de devenir meilleurs » (Bédard et al., 2011, p.8). De plus, la capacité

d'autorégulation chez les experts leur permet de voir la situation dans sa globalité et d'ajuster leurs actions en temps et lieu. La définition proposée de Bédard et ses collaboratrices (2011) s'appuient sur les travaux de Bandura (2007), Dunphy et Williamson (2004), Hardré, Ge et Thomas (2006), Sonnentag (2001), Sonnentag et ses collaborateurs (2006), Sternberg (1998), Van der Heijden (2003) ainsi que Zimmerman (2000).

3.2. L'expertise en ergothérapie

Selon l'OEQ (2021), « l'activité est au cœur de l'expertise en ergothérapie. Elle constitue l'objet d'expertise et le moyen thérapeutique privilégié. » Cette notion d'activité doit être comprise au sens d'« occupation » (Townsend et Polatajko, 2013). Aussi, l'ACE (2012) reconnaît qu'un ergothérapeute puisse devenir expérimenté dans un ou plusieurs domaines. En effet, selon le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (2012), il existe un paradigme de carrière en ergothérapie. Celui-ci « s'inscrit dans un continuum de compétences qui progresse des emplois de débutant à des postes exigeant des niveaux plus élevés de compétences, de connaissances, de responsabilités, de salaire ou d'autorité au sein d'un contexte de pratique donné » (ACE, 2012, p.15-16). Il comporte trois niveaux différents qui représentent la progression de la carrière, soit compétent, chevronné et contexte de la pratique avancée (ACE, 2012). Dans les prochaines sections, les trois niveaux sont définis afin de mieux comprendre le sens des termes employés.

3.2.1. L'ergothérapeute de niveau compétent

L'ergothérapeute de niveau compétent, selon le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (2012), déploie les compétences associées aux rôles d'expert en habilitation de l'occupation, de communicateur, de collaborateur, de gestionnaire de la pratique, d'agent de changement, de praticien érudit et de professionnel. Le niveau compétent s'applique généralement aux ergothérapeutes qui débutent dans la pratique. Ainsi, de façon générale, les thérapeutes doivent déployer des connaissances, des compétences et des habiletés attendues pour exercer l'ergothérapie efficacement et sécuritairement (ACE, 2012). Les ergothérapeutes de ce niveau vont davantage offrir une pratique dite « de base », donc de ce qui est demandé d'un ergothérapeute pour être en mesure d'offrir une pratique compétente auprès de leurs clients.

3.2.2. L'ergothérapeute de niveau chevronné

L'ergothérapeute de niveau chevronné, selon le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (2012), répond également aux attentes de l'ergothérapeute de niveau compétent, mais pratique avec plus d'aisance et de perfectionnement professionnel. De façon générale, l'ergothérapeute aura une pratique chevronnée dans un ou plusieurs domaine(s) particulier(s) et aura une pratique compétente dans d'autres domaines. Ainsi, le praticien de ce niveau « possède des habiletés additionnelles [...], par exemple, la capacité de savoir comment la pratique spécifique est réalisée dans un contexte particulier (qualité, profondeur, étendue, efficacité, complexité, etc.) » (ACE, 2012, p.6). Autrement dit, cet ergothérapeute possède davantage de connaissances, de compétences et d'habiletés dans un ou plusieurs domaine(s), tout comme dans un ou plusieurs contexte(s) de pratique (ACE, 2012).

3.2.3. L'ergothérapeute dans un contexte de la pratique avancée

L'ergothérapeute dans un contexte de la pratique avancée, selon le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (2012), correspond à un niveau où les responsabilités demandées dépassent le rôle de l'ergothérapeute. En effet, les compétences avancées « comprennent les connaissances, les compétences et les habiletés requises pour des activités effectuées dans le contexte de la pratique de l'ergothérapie qui vont au-delà de l'étendue des responsabilités assumées traditionnellement par les ergothérapeutes » (ACE, 2012, p.15). Ainsi, pour arriver à atteindre un niveau de compétences avancées, des formations spécifiques et des expériences additionnelles sont nécessaires (ACE, 2012). Selon un sondage réalisé en 2009 par l'ACE (Finlayson, 2010, cité dans ACE, 2012), des exemples de la pratique avancée sont, entre autres : « Contribuer ou de participer à des activités de recherches ; Jouer un rôle de leader ; Collaborer, communiquer et établir des partenariats dans l'ensemble des secteurs » (ACE, 2012, p.15). Un exemple de pratique avancée est celui en thérapie de la main (Laliberté, Poulin, Brousseau et Salib, 2018).

3.3. Contexte de la pratique des ergothérapeutes

Le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (2012) soutient également que les ergothérapeutes exercent leur profession dans divers contextes de pratique et que celui-ci peut exercer une grande influence sur leur pratique. Mais, qu'est-ce qu'un contexte de pratique

exactement? Ceci englobe trois éléments. D'abord, il y a la clientèle avec qui l'ergothérapeute travaille. Les clients peuvent être de tous les âges et peuvent inclure uniquement l'individu, comme ils peuvent inclure la famille, un groupe, une communauté, etc. (ACE, 2012). Par la suite, il y a l'ergothérapeute en soi qui fait également partie du contexte de pratique. Chaque professionnel a son bagage unique à lui qui est caractérisé notamment par ses expériences personnelles et professionnelles (ACE, 2012). Finalement, il y a le milieu de pratique qui est aussi considéré. Ceux-ci « peuvent être définis par des facteurs comme le type d'employeur/de bailleur de fonds; l'endroit où les services sont offerts [...]; le modèle de service et les principales tâches de travail » (ACE, 2012, p.5). Le contexte de pratique a une grande influence sur les rôles et les compétences requis que doivent adopter les ergothérapeutes pour exercer efficacement, mais également sur l'orientation de leur développement professionnel pour être en mesure d'exercer dans ces contextes (ACE, 2012). Les ergothérapeutes vont développer leurs compétences en fonction du contexte de leur pratique, devenant plus expérimentés dans celui-ci.

4. MÉTHODE

Cette section présente les aspects méthodologiques d'une étude dont l'objectif est de décrire la perception d'ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de leur niveau d'expertise. Elle comprend les informations reliées au devis de recherche, la population ainsi que la méthode d'échantillonnage, la méthode de collecte des données, la procédure de recherche, la méthode d'analyse des données et les considérations éthiques.

4.1. Devis de recherche

La présente étude utilise un devis quantitatif descriptif simple, en combinant des données quantitatives et qualitatives (Fortin et Gagnon, 2016). Ce devis a été choisi en raison de l'objectif de l'étude, qui est de nature descriptive. En effet, elle a comme objectif de décrire la perception des ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de leur niveau d'expertise professionnelle. Ainsi, étant donné que « le devis descriptif simple consiste à examiner les caractéristiques d'un échantillon », comme l'indiquent Fortin et Gagnon (2016, p.209), et que ce sujet est peu étudié dans la littérature, ce devis est approprié pour cette présente étude. Les données recueillies à la suite de la conduite de cette recherche permettront d'obtenir un portrait global de la situation dans cette région et d'obtenir une idée embryonnaire sur la présence ou non d'expertise professionnelle en ergothérapie (Fortin et Gagnon, 2016).

4.2. Population et méthode d'échantillonnage

La présente étude vise les ergothérapeutes qui travaillent actuellement au Saguenay-Lac-Saint-Jean, afin d'obtenir la perception de leur niveau d'expertise professionnelle. Actuellement, 162 ergothérapeutes sont inscrits au tableau de l'OEQ pour cette région (OEQ, 2020). Parmi eux, un objectif de 40 participants est établi, soit 25% des ergothérapeutes de la région. Les critères d'inclusion sont : être ergothérapeute et travailler présentement dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. La population cible pour ce projet de recherche permettra d'obtenir un portrait actuel de la situation dans cette région. Pour le recrutement des participants, la présente étude a eu recours à la méthode d'échantillonnage non probabiliste par convenance. Cette méthode permet de choisir des sujets qui répondent à des critères d'inclusion précis en fonction de leur disponibilité (Fortin et Gagnon, 2016).

4.3. Méthode de collecte des données

La méthode de collecte de données utilisée pour la présente étude est un questionnaire électronique à partir de la plateforme sécurisée Eval&Go. Le questionnaire a été conçu à partir des écrits recensés dans la problématique (Roots et Li, 2013 ; Wielandt, et Taylor, 2010; Wills et Case-Smith, 1996, cité dans Peterson al., 2003) et du cadre conceptuel. Le choix s'est arrêté sur le questionnaire électronique afin d'aller chercher le plus possible de répondants parmi les ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean. De cette façon, il est possible de réaliser un portrait davantage représentatif de la situation dans cette région.

Le questionnaire comprend trois sections, pour un total de 27 questions (annexe A). La première section concerne les informations sociodémographiques. Elle comporte 11 questions à choix de réponses ou à réponses courtes (nombres) qui abordent l'âge, le sexe, le nombre d'années d'expérience, le statut, le type d'emploi ainsi que le milieu (établissement) et le lieu de pratique (MRC). La deuxième section, qui concerne les informations professionnelles, comporte quatre questions portant sur le champ d'expertise, le type de clientèle, le groupe d'âge et le nombre d'années d'expérience dans le contexte actuel de pratique, à l'aide d'un dispositif de type Likert à cinq niveaux (très souvent, souvent, occasionnellement, rarement, jamais), de questions ouvertes ou à réponses courtes (nombres). Finalement, la troisième section concerne la perception des niveaux d'expertise professionnelle en ergothérapie. Elles abordent la pratique généraliste et chevronnée dans un contexte de pratique en région éloignée ou rurale sous plusieurs angles, à l'aide de 12 questions à partir de dispositif de type Likert à cinq niveaux (très souvent, souvent, occasionnellement, rarement ou jamais) ou à six niveaux (toujours ; habituellement, dans environ 80% des cas ; fréquemment, dans environ 60% des cas ; occasionnellement, dans environ 40% des cas ; rarement, dans moins de 20% des cas ; jamais).

4.4. Procédure de recherche

Un courriel a été envoyé aux ergothérapeutes du réseau de connaissances de la région ciblée. Également, une liste des ergothérapeutes travaillant dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean a été dressée à partir du site Web de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec afin de rejoindre un plus grand nombre de répondants. Une invitation a été envoyée à partir du courriel du CIUSSS des ergothérapeutes de la région et un court message a été publié sur le groupe Facebook « Ergothérapie Québec », invitant les ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion à participer

à la recherche. Le lien pour l'accès au sondage était affiché dans la publication Facebook et dans le courriel. Les participants étaient invités à remplir le questionnaire à un moment et dans un lieu qui leur convenait. Ensuite, à des fins de relance, les mêmes stratégies de recrutement ont été utilisées. Un courriel a été à nouveau envoyé aux ergothérapeutes du réseau de connaissances et du secteur public deux semaines après le premier envoi. Un message de relance sur le groupe Facebook « Ergothérapie Québec » a aussi été publié trois semaines après la première publication. Le recrutement s'est déroulé sur un mois, soit de mars 2021 à avril 2021.

4.5. Analyse des données

Concernant les données quantitatives obtenues aux questions dichotomiques, avec choix de réponse ou avec dispositif de type Likert, l'analyse statistique descriptive est retenue, notamment l'utilisation de fréquences et de pourcentages ainsi que les mesures de tendance centrale (moyennes, écart-type et étendue). Ce type d'analyse permet la description et la synthétisation des données brutes recueillies par les participants afin de les rendre compréhensibles (Fortin et Gagnon, 2016). Pour les données qualitatives du questionnaire, obtenues par des questions ouvertes, elles ont fait l'objet d'une analyse de contenu, inspirée de la méthode proposée par Fortin et Gagnon (2016). Les réponses reçues ont toutes été analysées et interprétées de façon à ressortir des catégories (thèmes) et, par le fait même, les tendances qui ressortent de ces réponses (Fortin et Gagnon, 2016). Les éléments principaux rapportés par les participants ont été par la suite présentés à l'aide de distribution de fréquences.

4.6. Considérations éthiques

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-21-274-07.12 a été émis le 26 février 2021. Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles, assurées par leur anonymisation, et ne pourront en aucun cas mener à l'identification des participants. De plus, le consentement des participants était nécessaire afin de répondre au questionnaire. Les participants étaient libres de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de se retirer en tout temps du questionnaire sans préjudice ou explications à fournir.

5. RÉSULTATS

La présente section expose les résultats d'une étude dont l'objectif était de décrire la perception d'ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de leur niveau d'expertise professionnelle. Dans un premier temps, les caractéristiques des répondants sont décrites. Dans un deuxième temps, le contexte de pratique des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire est présenté. Dans un troisième temps, la perception de leur niveau d'expertise professionnelle et les caractéristiques associées à leur type de pratique sont détaillées. Dans un dernier temps, la perception des répondants de la pratique de l'ergothérapie en région éloignée des grands centres, parfois rurale, est présentée.

5.1. Description des répondants

Au total, 44 ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean ont répondu au questionnaire électronique. Le taux de réponse est de 27,62% puisque 162 ergothérapeutes avaient été sollicités. La moyenne d'âge des répondants est de 36,91 ans ($\pm 8,14$). Ils sont âgés entre 25 et 55 ans et ils ont entre 3 et 33 années d'expérience comme ergothérapeute et de pratique dans la région. Le tableau 1 fournit les détails concernant les moyennes, les fréquences reliées à l'âge et les années d'expérience sur le marché du travail, dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean et dans leur pratique actuelle.

Tableau 1. *Données sociodémographiques des répondants*

Caractéristiques des répondants	Étendue		Moyenne (ET)	Répartition des répondants (N _{Total} = 44)	
	Min.	Max.		%	n
Sexe					
Femme				88,64	(n = 39)
Homme				9,09	(n = 4)
Non précisé				2,27	(n = 1)
Âge	25	55	36,91 (8,14)		
Années d'expérience comme ergothérapeute	3	33	14,16 (8,57)		
Entre 0 an et >5 ans				13,64	(n = 6)
Entre 5 ans et >10 ans				20,45	(n = 9)
Entre 10 ans et >15 ans				22,73	(n = 10)
Entre 15 ans et >20 ans				13,64	(n = 6)
Entre 20 ans et >25 ans				15,91	(n = 7)
Entre 25 ans et >30 ans				9,09	(n = 4)
Entre 30 ans et >35 ans				4,55	(n = 2)

Caractéristiques des répondants	Étendue		Moyenne (ET)	Répartition des répondants (N _{Total} = 44)
	Min.	Max.		
Années d'expérience comme ergothérapeute au SLSJ	3	33	12,95 (7,98)	
Entre 0 ans et >5 ans				13,64 (n = 6)
Entre 5 ans et >10 ans				22,73 (n = 10)
Entre 10 ans et >15 ans				27,27 (n = 12)
Entre 15 ans et >20 ans				11,36 (n = 5)
Entre 20 ans et >25 ans				13,64 (n = 6)
Entre 25 ans et >30 ans				9,09 (n = 4)
Entre 30 ans et >35 ans				2,27 (n = 1)
Années d'expérience dans leur pratique actuelle (n=41)	1	30	10,63 (8,46)	
Entre 0 an et >5 ans				29,27 (n = 12)
Entre 5 ans et >10 ans				24,39 (n = 10)
Entre 10 ans et >15 ans				14,63 (n = 6)
Entre 15 ans et >20 ans				9,76 (n = 4)
Entre 20 ans et >25 ans				14,63 (n = 6)
Entre 25 ans et >30 ans				4,88 (n = 2)
Entre 30 ans et >35 ans				2,44 (n = 1)

Parmi les répondants, 88,69% (n=39) sont des femmes. 97,73% (n=43) rapportent avoir un statut de clinicien, 6,82% (n=3) un statut de coordonnateur clinique, 6,82% (n=3) un statut de gestionnaire et 2,27% (n=1) un statut de consultant. Une personne a également mentionné être étudiante à la maîtrise de recherche à temps plein, en plus d'être ergothérapeute clinicienne une journée par semaine. 81,82% (n=36) des répondants ont un poste régulier à temps plein, 11,35% (n=5) ont un poste à temps partiel et 4,55% (n=2) ont un remplacement temporaire sur un poste temps plein. De plus, plus de la moitié (65,91%, n=29) des répondants pratiquent dans le secteur du Saguenay, plus précisément de la MRC Ville de Saguenay. Les autres participants à l'étude exercent la profession dans le secteur du Lac-Saint-Jean (33,33%, n=15) et dans la communauté autochtone Mashteuiatsh (2,27%, n=1). Plus spécifiquement pour les ergothérapeutes du Lac-Saint-Jean, les répondants se divisent dans les trois MRC de ce secteur, soit la MRC Maria-Chapdelaine (13,64%, n=6), la MRC Domaine-du-Roy (13,64%, n=6) et la MRC Lac-Saint-Jean-Est (11,36%, n=5). Également, 90,91% (n=40) des ergothérapeutes répondants exercent dans le réseau public, comparativement à 13,64% (n=6) pour le réseau privé, et pratiquent dans un ou plusieurs volet(s). Les différents volets de pratique couverts par les ergothérapeutes au secteur public sont en CLSC (32,5%, n=13), en CRDP (30%, n=12), en CH (17,5%, n=7), en santé mentale (10%, n=4), en CRDI-TED (7,5%, n=3), en CHSLD (5%, n=2) et en URFIG (2,5%, n=1). Concernant le secteur privé, les ergothérapeutes exercent auprès d'adultes qui sont assurés par la CNESST ou la SAAQ (57,14%, n=4) ou non couverts par un organisme payeur (42,86%, n=3). Ils

ont aussi comme volets de pratique la santé mentale (42,86%, n=3) et la pédiatrie (42,86%, n=3). Les milieux de pratique des répondants au privé sont des cliniques privées d'ergothérapie (14,29%, n=1), des cliniques privées multidisciplinaires (28,57%, n=2) ou autres (14,29%, n=1). Le tableau 2 présente les fréquences reliées aux caractéristiques professionnelles des répondants. Le total fait plus de 100% étant donné que les répondants pouvaient fournir plus d'une réponse.

Tableau 2. *Données professionnelles des répondants*

Caractéristiques des répondants	Répartition des répondants (N _{Total} = 44)	
	%	n
Statut*		
Clinicien	97,73	(n = 43)
Coordonnateur clinique	6,82	(n = 3)
Gestionnaire	6,82	(n = 3)
Consultant	2,27	(n = 1)
Autre	4,55	(n = 2)
Type d'emploi		
Régulier à temps plein	81,82	(n = 36)
Régulier à temps partiel	11,36	(n = 5)
Remplacement temporaire sur un poste temps plein	4,55	(n = 2)
Autre	2,27	(n = 1)
Secteurs*		
Saguenay	65,91	(n = 29)
Lac-Saint-Jean	33,33	(n = 15)
Communauté autochtone (Mashteuiatsh)	2,27	(n = 1)
MRC*		
Ville de Saguenay	65,91	(n = 29)
Maria-Chapdelaine	13,64	(n = 6)
Domaine-du-Roy	13,64	(n = 6)
Lac-Saint-Jean-Est	11,36	(n = 5)
Communauté autochtone (Mashteuiatsh)	2,27	(n = 1)
Milieux de pratique*		
Réseau public	90,91	(n = 40)
Réseau privé	13,64	(n = 6)
Volets de pratique (public)*		
CLSC	32,5	(n = 13)
CRDP	30	(n = 12)
CH	17,5	(n = 7)
Santé mentale	10	(n = 4)
CRDI-TED	7,5	(n = 3)
CHSLD	5	(n = 2)
URFIG	2,5	(n = 1)
Volets de pratique (privé)*		
Adulte, CNESST ou SAAQ	57,14	(n = 4)
Assurances, retour à l'emploi	42,86	(n = 3)
Santé mentale	42,86	(n = 3)
Enfance	42,86	(n = 3)
Clinique privée multidisciplinaire	28,57	(n = 2)
Clinique privée d'ergothérapie	14,29	(n = 1)
Autre	14,29	(n = 1)

*Pouvait donner plus d'une réponse

5.2. Contexte de pratique des répondants

Concernant leur contexte de pratique, l'échantillon à l'étude comprend des répondants dont la totalité (100%, n=41) travaille auprès des individus, dont 78,95% (n=30) travaillent très souvent, souvent et occasionnellement avec les familles, et dont 18,92% (n=7) interviennent souvent et occasionnellement auprès de groupes. Les répondants interviennent très peu auprès des communautés et des populations, comme le font valoir les données du tableau 3.

Tableau 3. *Types de clientèle avec lesquels travaillent les répondants*

	Très souvent		Souvent		Occasionnellement		Rarement		Jamais	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Individus (N _{Total} = 41)	100	(41)	-		-		-		-	
Familles (N _{Total} = 38)	18,42	(7)	28,95	(11)	31,58	(12)	10,53	(4)	10,53	(4)
Groupes (N _{Total} = 37)	-		2,70	(1)	16,22	(6)	21,62	(8)	59,46	(22)
Communautés (N _{Total} = 35)	-		-		2,86	(1)	22,86	(8)	74,29	(26)
Populations (N _{Total} = 35)	-		-		-		14,29	(5)	85,71	(30)

Pour les groupes d'âge avec lesquels travaillent les répondants, 25% (n=9) des répondants rapportent travailler très souvent et souvent avec la clientèle enfant, 82,02% (n=32) rapportent travailler très souvent et souvent avec la clientèle adulte et 71,79% (n=28) affirment travailler avec la clientèle personne âgée. Le tableau 4 présente les fréquences pour les différents groupes d'âge.

Tableau 4. *Groupes d'âge avec lesquels travaillent les répondants*

	Très souvent		Souvent		Occasionnellement		Rarement		Jamais	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Enfants (N _{Total} = 36)	16,67	(6)	8,33	(3)	19,44	(7)	25	(9)	30,56	(11)
Adultes (N _{Total} = 39)	43,59	(17)	38,46	(15)	2,56	(1)	5,13	(2)	10,26	(4)
Personnes âgées (N _{Total} = 39)	58,97	(23)	12,82	(5)	15,38	(6)	2,56	(1)	10,26	(4)

5.3. La perception de l'expertise professionnelle et les caractéristiques associées

Les résultats présentés dans la présente section abordent la perception de l'expertise professionnelle, les caractéristiques de la pratique chevronnée, celles de la pratique généraliste ainsi que les consultations par les autres personnes pour l'expertise en ergothérapie.

5.3.1. Perception de l'expertise professionnelle

Dans le questionnaire, les répondants étaient invités à nommer leur(s) champ(s) d'expertise à partir de questions ouvertes. Une analyse de contenu a fait ressortir 127 énoncés fournis par 41 répondants. Huit thèmes émergent de l'analyse de ces énoncés. Ce sont : 1. l'expertise est décrite en lien avec un diagnostic/groupe de diagnostics ; 2. l'expertise est décrite en lien avec une spécialité médicale ; 3. l'expertise est décrite en lien avec une intervention spécifique ; 4. l'expertise est décrite en lien avec le milieu/unité ; 5. l'expertise est décrite en lien avec une occupation ; 6. l'expertise est décrite en lien avec un groupe d'âge ; 7. l'expertise est décrite comme l'expertise générale de l'ergothérapie ; et 8. l'expertise est décrite en lien avec le système organique de la personne. Le tableau 5 résume les différents thèmes émergés et les distributions de fréquence associées à chaque thème. Par la suite, les thèmes seront détaillés davantage.

Tableau 5. *Perception de l'expertise en ergothérapie des répondants*

Thèmes	Répartition des répondants (Nb énoncés _{Total} = 127)	
	%	(n)
L'expertise est décrite en lien avec un diagnostic/groupe de diagnostics	33,07	(42)
L'expertise est décrite en lien avec une spécialité médicale	15,75	(20)
L'expertise est décrite en lien avec une intervention spécifique	14,96	(19)
L'expertise est décrite en lien avec le milieu/unité	11,81	(15)
L'expertise est décrite en lien avec une occupation	7,87	(10)
L'expertise est décrite en lien avec un groupe d'âge	6,30	(8)
L'expertise est décrite comme l'expertise générale de l'ergothérapie	5,51	(7)
L'expertise est décrite en lien avec le système organique de la personne	4,72	(6)

L'expertise en lien avec les diagnostics médicaux se retrouve dans 33,07 % des énoncés (n=42). La citation suivante illustre ce type d'expertise : « *[la] déficience motrice, [la] déficience intellectuelle et [les] troubles du spectre de l'autisme* » (P.41). D'autres énoncés étaient aussi plus précis : « *[les] AVC (accident vasculaire cérébral), [les] SEP (sclérose en plaques), [les] SDRC*

(*syndrome douloureux régional complexe*), [les] *grands brûlés* et [les] *atteintes neurologiques périphériques* » (P.18). 15,75% (n=20) des énoncés renvoient à des spécialités médicales, dont la neurologie, la traumatologie, l'orthopédie de la main, la gérontologie, la pédiatrie, les soins palliatifs, les soins généraux et les soins postopératoires. Un autre thème décrivant l'expertise en ergothérapie se rattache à des interventions en ergothérapie telles que dans 14,96 % (n=19) des énoncés. Des exemples d'énoncés qui illustrent ce thème sont la gestion d'énergie, le positionnement, le programme PAD (adaptation de domicile), les contentions, l'adaptation de véhicule et le soutien aux aides techniques. 11,81% (n=15) des énoncés se rattachent à l'expertise en termes de milieu de travail ou d'unité. Des exemples nommés par les répondants sont l'URFIG, l'UCDG, la Courte-Durée, le soutien à domicile, le soutien intensif variable (SIV) et le milieu hospitalier. De plus, 7,87% (n=10) des énoncés indiquent que le champ d'expertise est en lien avec une occupation. Un exemple donné est « *la réadaptation socioprofessionnelle au travail* » (E.123). Enfin, quelques énoncés se rattachent à l'expertise en lien avec le groupe d'âge (6,30%, n=8), soit les personnes âgées, les adultes ou les enfants, en lien avec l'expertise générale de l'ergothérapie (5,51%, n=7), telle que la réalisation d'évaluation fonctionnelle, ou encore en lien avec le système organique de la personne (4,72%, n=6), tel que l'évaluation et le traitement des plaies.

Les répondants étaient également questionnés sur la perception de leur pratique, notamment s'ils se percevaient comme étant davantage des ergothérapeutes chevronnés. 72,73% (n=32) des ergothérapeutes ayant participé à l'étude ont répondu à la question. 56,26 % des répondants (n=18) considèrent adopter toujours, dans 80 % et dans 60 % des cas une pratique davantage chevronnée qu'une pratique généraliste. 43,75 % des répondants (n=14) considèrent adopter toujours, dans 80 % et 60 % des cas une pratique davantage généraliste que chevronnée. Le tableau 6 présente les distributions de fréquence quant à la perception de leur type de pratique.

Il est toutefois intéressant de présenter les résultats selon les secteurs, soit le secteur Lac-Saint-Jean (incluant la communauté autochtone) ($N_{\text{Total}} = 13$) et le secteur Saguenay ($N_{\text{Total}} = 19$). En effet, les résultats soulèvent que, pour le secteur Lac-Saint-Jean, 38,46% (n=5) des répondants jeannois considèrent adopter toujours, dans 80% et dans 60% des cas une pratique davantage chevronnée que généraliste. 69,23% (n=9) des répondants de ce secteur considèrent adopter toujours, dans 80% et dans 60% des cas une pratique davantage généraliste que chevronnée.

Tableau 6. *Perception de la pratique en ergothérapie*

	Toujours		Habituellement, dans environ 80% des cas		Fréquemment, dans environ 60% des cas		Occasionnellement, dans environ 40% des cas		Rarement, dans moins de 20% des cas		Jamais	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
<i>Affirmation 1</i> Je considère adopter une pratique davantage chevronnée que généraliste. (N _{Total} = 32)	15,6	(5)	28,13	(9)	12,50	(4)	21,88	(7)	21,88	(7)	-	
<i>Affirmation 2</i> Je considère adopter une pratique davantage généraliste que chevronnée. (N _{Total} = 32)	6,25	(2)	18,75	(6)	18,75	(6)	28,13	(9)	21,88	(7)	6,25	(2)

Tableau 7. *Perception de la pratique en ergothérapie selon les secteurs de la région*

	Toujours		Habituellement, dans environ 80% des cas		Fréquemment, dans environ 60% des cas		Occasionnellement, dans environ 40% des cas		Rarement, dans moins de 20% des cas		Jamais	
	% (n)		% (n)		% (n)		% (n)		% (n)		% (n)	
	LSJ*	Sag**	LSJ	Sag	LSJ	Sag	LSJ	Sag	LSJ	Sag	LSJ	Sag
<i>Affirmation 1</i> Je considère adopter une pratique davantage chevronnée que généraliste. (N _{Total} = 32)	7,69 (1)	21,05 (4)	23,08 (3)	31,59 (6)	7,69 (1)	15,79 (3)	38,46 (5)	10,53 (2)	23,08 (3)	21,05 (4)	-	-
<i>Affirmation 2</i> Je considère adopter une pratique davantage généraliste que chevronnée. (N _{Total} = 32)	7,69 (1)	5,26 (1)	30,77 (4)	10,53 (2)	30,77 (4)	10,53 (2)	15,38 (2)	36,84 (7)	15,38 (2)	26,32 (5)	-	10,53 (2)

*LSJ = Secteur Lac-Saint-Jean ; **Sag = Secteur Saguenay

À l'inverse, pour le secteur Saguenay, 68,43% (n=13) des répondants saguenéens considèrent adopter toujours, dans 80% et dans 60% des cas une pratique davantage chevronnée que généraliste. 26,09% (n=5) des répondants de ce secteur considèrent adopter toujours, dans 80% et dans 60% des cas une pratique davantage généraliste que chevronnée. Le Tableau 7 présente en détail les distributions de fréquence de la perception des répondants de leur pratique selon les deux secteurs de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

5.3.2. Caractéristiques de la pratique chevronnée

Il était également demandé aux répondants à l'étude, sous forme de question qualitative, de fournir des exemples justifiant la perception de leur pratique comme étant chevronnée. Une analyse de contenu a été réalisée et des thèmes ont été dégagés des réponses fournies par les répondants. L'analyse des 75 énoncés fournis par 25 répondants pour décrire leur perception de la pratique chevronnée a conduit à dix thèmes. Ces thèmes sont : 1. ressources pour les collègues ; 2. l'expérience avec la clientèle / problématique ; 3. formations reçues / informations de collègues / recherches sur le sujet ; 4. utilisation d'interventions précises ; 5. niveau d'aisance / sentiment de compétence dans la pratique ; 6. la quantité / le niveau des connaissances ; 7. complexité des cas / précisions des demandes ; 8. type de clientèle / milieu ; 9. petit nombre d'ergothérapeutes qui œuvrent dans ce domaine ; et 10. résultats positifs avec les clients. Le tableau 8 présente les détails des fréquences pour chacun des thèmes ressortis concernant les exemples justifiant la perception d'une pratique chevronnée chez les répondants. Par la suite, les différents thèmes sont détaillés davantage.

Tableau 8. *Thèmes justifiant la perception d'une pratique chevronnée*

Thèmes	Répartition des répondants (Nb énoncés _{Total} = 75)	
	%	(n)
Ressources pour les collègues (servir de référence / agir comme mentor auprès des collègues)	18,70	(14)
Expérience avec la clientèle / problématique (temps, répétition de la tâche)	18,70	(14)
Formations reçues / informations de collègues / recherches sur le sujet	16	(12)
Utilisation d'interventions précises	12	(9)
Niveau d'aisance / sentiment de compétence dans la pratique	6,67	(5)
Quantité / le niveau des connaissances	5,33	(4)
Complexité des cas / précisions des demandes	5,33	(4)
Type de clientèle / milieu	4	(3)
Petit nombre d'ergothérapeutes qui œuvrent dans ce domaine	2,67	(2)
Résultats positifs avec les clients	1,33	(1)
Autres	9,33	(7)

Le fait de servir de ressources auprès de collègues à titre de référence ou de mentor se retrouve dans 18,70% (n=14) des énoncés justifiant leur perception d'une pratique chevronnée. Les énoncés suivants illustrent ce fait :

« Je reçois des références en approche spécialisée de la part des chirurgiens plasticiens, orthopédistes et médecins d'urgence et de famille au Saguenay. » (E.23)

« Je suis souvent une référence pour mes pairs. Je suis souvent mentor pour les nouvelles ergothérapeutes dans mon bureau. » (E.42 ; E.43)

« On me demande mon opinion et expérience en ce qui a trait au délirium, dépistage de difficultés cognitives, problèmes anxieux, troubles neurologiques (AVC). Je participe à l'élaboration du diagnostic. On me demande également pour le traitement des plaies et les mesures de contrôle ainsi que pour les problèmes de dysphagie. » (E.45)

L'expérience acquise au fil des années et le temps de pratique auprès de leur clientèle et/ou de problématiques se rattachent à 18,70% (n=14) des énoncés obtenus par les répondants. Voici des exemples d'énoncés donnés en lien avec cette thématique :

« J'interviens auprès de la même clientèle depuis 3 ans, donc j'ai développé une expertise dans des problématiques qui reviennent souvent dans ce milieu de pratique. » (E.10 ; E.11)

« *Des années d'expérience amènent une expertise.* » (E.44)

« *Je ne fais que cette tâche chaque jour.* » (E.20)

Un autre thème justifiant la perception de pratique chevronnée se rattache aux connaissances acquises par les différentes formations continues reçues, par les informations reçues de collègues ou par la réalisation d'un projet de recherche telles que dans 16% (n=12) des énoncés rapportés par les répondants. 12% (n=9) des énoncés renvoient à l'utilisation d'interventions précises pour justifier la pratique chevronnée. Des exemples donnés illustrant ces interventions sont l'attribution de fauteuil roulant RAMQ, la technique bobath ou des groupes de thérapie. 6,67% (n=5) des énoncés pour justifier la pratique chevronnée se rattachent au niveau d'aisance et le sentiment de compétence. D'ailleurs, une répondante a affirmé qu'« *il est de plus en plus rare [qu'elle est] embêtée par une situation dans [son] travail* ». 5,33% (n=4) des énoncés renvoient au niveau et la quantité de connaissances sur des problèmes ou sur des clientèles spécifiques pour justifier la perception de la pratique chevronnée. L'énoncé suivant illustre ce thème :

« *J'ai acquis des connaissances et des compétences spécifiques en lien avec ma clientèle.* » (E.47)

5,33% (n=4) des énoncés justifiant ce type de pratique se rattachent à la complexité des cas et la précision des demandes pour leurs clients. Un autre thème renvoie au fait que le type de milieu ou de clientèle demande une certaine expertise / spécialisation, illustrant 4% (n=3) des énoncés. Un exemple mentionné est :

« *Je considère que ma pratique est spécialisée, dans environ 40 % des cas, car de manière générale, je considère que de travailler avec la clientèle DI-TSA requière d'être spécialisée un minimum.* » (E.29)

2,67% (n=2) des énoncés se rattachent au fait qu'il est nécessaire d'avoir une pratique chevronnée lorsqu'un petit nombre d'ergothérapeutes œuvrent au sein d'un même domaine de pratique. L'énoncé suivant illustre ce fait :

« *Programme centralisé pour toute la région. Peu de personnes font ce type de travail et je suis une référence dans le domaine dans la région.* » (E.65)

Finalement, les résultats positifs avec les clients dans leur domaine de pratique renvoient à 1,33% (n=1) des énoncés pour justifier leur perception d'une pratique chevronnée.

Il était aussi demandé, sous forme de question qualitative, aux répondants percevant leur pratique de chevronnée de nommer les défis vécus. L'analyse des 43 énoncés fournis par 19 répondants pour décrire les défis vécus a conduit à 11 thèmes. Ces thèmes sont : 1. la complexité et l'unicité des cas ; 2. budget limité ; 3. le fait d'être à l'affût d'informations récentes ; 4. manque de temps pour exercer l'expertise ; 5. ressources matérielles limitées ; 6. déterminants de la santé et préférences du client ; 7. vaste territoire ; 8. attentes élevées des clients / autres professionnels de la santé ; et 9. fréquence faible des diagnostics rencontrés ; 10. manque de soutien ; 11. relève longue à former. Le tableau 9 présente les détails des fréquences pour chacun des défis ressortis. Par la suite, les défis ressortis sont détaillés davantage.

Tableau 9. *Défis vécus par les répondants qui perçoivent leur pratique de chevronnée*

Thèmes	Répartition des répondants (Nb énoncés _{Total} = 43)	
	%	(n)
Complexité et unicité des cas	16,28	(7)
Budget limité (formation / matériel, etc.)	11,63	(5)
Le fait d'être à l'affût d'informations récentes (temps / dépenses associés / accès aux formations difficiles)	11,63	(5)
Manque de temps pour exercer l'expertise	9,30	(4)
Ressources matérielles limitées	9,30	(4)
Déterminants de la santé et préférences du client	9,30	(4)
Vaste territoire	4,65	(2)
Attentes élevées des clients / autres professionnels de la santé	4,65	(2)
Fréquence faible des diagnostics rencontrés	4,65	(2)
Manque de soutien	4,65	(2)
Relève longue à former	2,33	(1)
Autres	11,63	(5)

Le défi de la pratique chevronnée en lien avec la complexité et l'unicité des cas est le premier thème et se retrouve dans 16,28% (n=7) des énoncés. L'énoncé suivant illustre ce défi :

« Les cas complexes que tout le monde est découragé et qui pense qu'il n'y a plus rien à faire... Les cas qui demandent une rigueur d'intervention et qui doivent être travaillés en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire. » (E.1 ; E.2)

Deux autres thèmes décrivant les défis de la pratique chevronnée se rattachent au budget limité et au fait d'être à l'affût d'informations récentes, se retrouvant chacun dans 11,63% (n=5) des énoncés. Bien que distincts, ces défis sont d'une certaine façon interreliés. En effet, selon les répondants, le budget limité est rapporté comme étant un défi pour l'accès à des formations ou du matériel d'intervention pour mettre en place l'expertise. De plus, de nombreux défis sont nommés concernant la capacité de rester à jour dans leur pratique chevronnée, notamment le temps, les dépenses associées et l'accès aux formations. Des exemples d'énoncés illustrant ce défi sont :

« Je dois être à l'affût pour trouver de nouvelles formations continues. Je dois dépenser plus cher pour avoir accès à de la formation continue plus spécialisée (aux États-Unis, ailleurs au Canada, etc.) ». (E.12 ; E.13)

« Le budget de formation très limité accordé par ma gestionnaire pour pouvoir suivre plus de formations pour continuer mon expertise dans mon domaine, où les formations sont plutôt limitées et précises dans le temps. » (E.22 ; E.23)

Trois autres thèmes décrivant les défis de la pratique chevronnée renvoient au manque de temps pour exercer l'expertise, aux ressources matérielles limitées ainsi qu'aux déterminants de la santé et aux préférences du client, représentant chacun 9,30% (n=4) des énoncés. Concernant le manque de temps, des répondants affirment que le temps passé dans le milieu ou la pression de prise en charge de clients rendent difficile la mise en place de l'expertise. Pour les ressources limitées, quelques répondants indiquent que le matériel accessible est très limité, voire absent, étant ainsi difficile de répondre aux besoins des clients et d'intervenir auprès d'eux. En ce qui concerne les déterminants de la santé et les préférences du client, il est rapporté dans les réponses que le contexte financier et social du client (pauvreté, insalubrité) peut être un défi dans l'application de l'expertise puisque les clients ne peuvent pas ou ne veulent pas toujours mettre en place les recommandations.

Le vaste territoire, les attentes élevées des clients et d'autres professionnels de la santé, la fréquence faible des diagnostics rencontrés et le manque de soutien sont des défis de la pratique chevronnée qui se rattachent chacun à 4,65% (n=2) des énoncés. En effet, le vaste territoire couvert

par les ergothérapeutes de la région demande beaucoup de temps de déplacements, représentant un défi pour la pratique. Également, étant perçus comme des ergothérapeutes chevronnés, les clients et les autres professionnels de la santé ont souvent de hautes attentes envers l'ergothérapeute. L'énoncé suivant illustre ce défi :

« Je ressens une pression particulière du fait que les patients ont des attentes élevées en lien avec ce type de pratique. Je ressens une pression également parce que les médecins et les référents ont des attentes élevées en lien avec ma pratique. » (E.10 ; E.11)

De plus, le fait de voir rarement certains diagnostics rend difficile l'application de l'expertise. Le manque de soutien est également un défi puisque, selon les répondants, ils sont généralement seuls dans leur milieu à être chevronnés dans leur domaine, rendant difficiles les échanges avec des collègues. Finalement, un dernier défi renvoie au fait que la formation de la relève à un niveau chevronné est longue à réaliser telle que dans 2,33% (n=1) des énoncés.

5.3.3. Caractéristiques de la pratique généraliste

Il était aussi demandé aux répondants percevant leur pratique comme étant généraliste de fournir des exemples la justifiant. Une analyse de contenu a été réalisée et des thèmes ont été dégagés. L'analyse des 50 énoncés fournis par 27 répondants pour décrire la perception de la pratique généraliste a conduit à neuf thèmes. Ces thèmes sont : 1. la pratique diversifiée ; 2. l'application de l'expertise générale de l'ergothérapie ; 3. le manque d'expérience auprès des clientèles, des problématiques et/ou des diagnostics ; 4. la rareté des problématiques ou diagnostics rencontrés ; 5. le début de carrière ou les changements de poste au courant de la carrière ; 6. la perception de ne pas être chevronné ; 7. la spécialisation difficile ; 8. le temps limité pour faire les évaluations et interventions ; et 9. le contexte de région éloignée. Le tableau 10 expose les distributions de fréquences pour chacun des thèmes émergés quant à la justification de la perception d'une pratique généraliste. Par la suite, les thèmes ressortis sont détaillés davantage.

Tableau 10. *Thèmes justifiant la perception d'une pratique généraliste*

Thèmes	Répartition des répondants (Nb énoncés _{Total} = 50)	
	%	(n)
Pratique diversifiée	35	(17)
Application de l'expertise générale de l'ergothérapie	20	(10)
Manque d'expérience auprès des clientèles, des problématiques et/ou diagnostics	14	(7)
Rareté des problématiques/diagnostics rencontrés	8	(4)
Début de carrière / Changements de poste au courant de la carrière	6	(3)
Perception de ne pas être chevronné	4	(2)
Spécialisation difficile (contrainte de temps, autonomie)	4	(2)
Temps limité pour faire les évaluations et interventions	2	(1)
Contexte de région éloignée	2	(1)
Autres	6	(3)

Le thème en lien avec la pratique diversifiée se retrouve 35% (n=14) des énoncés. Plusieurs répondants ont mentionné pratiquer auprès de plusieurs clientèles, problématiques et/ou diagnostics, justifiant leur perception d'avoir une pratique généraliste. Les énoncés suivants illustrent ce thème :

« En fait, oui, je considère ma pratique comme étant « généraliste », mais en même temps spécialisée dans plusieurs domaines. La différence est que les ergothérapeutes de petits milieux sont experts dans tout et spécialistes dans rien. Dans une journée, je peux voir un cas d'orthopédie de la main, un AVC hospitalisé, une fracture de vertèbre lombaire et faire une évaluation fonctionnelle d'une personne démente. » (E.4)

« J'ai une vaste clientèle et je dois mener de vastes mandats d'évaluation et d'intervention. Ce qui précède fait en sorte qu'il est difficile de devenir chevronnée/spécialisée dans un champ en particulier et chevronnée/spécialisée dans l'ensemble de mes habiletés d'ergothérapeute. » (E.21)

« Considérant que les diagnostics de nos clients sont très variés, que les modalités d'évaluations et d'interventions diffèrent grandement selon la clientèle et le mandat et que les tranches d'âge sont variées, il nous est nécessaire d'avoir des connaissances générales pour chacune des clientèles et pour chacun des contextes d'évaluations et d'interventions. C'est pourquoi je considère notre pratique comme étant plus généraliste. » (E.25)

20% (n=10) des énoncés renvoient à l'application de l'expertise générale de l'ergothérapie, notamment par la réalisation d'évaluation fonctionnelle en fonction des caractéristiques de la

personne – environnement – occupation (PEO). Un autre thème décrivant la pratique généraliste se rattache au manque d'expérience auprès d'une clientèle, d'une problématique ou d'un diagnostic tel que dans 14% (n=7) des énoncés. Un exemple d'énoncé est :

« Lorsque j'interviens dans un nouveau domaine, par exemple lorsque je suis interpellée en lien avec la dysphagie. J'ai très peu d'expérience et je me sens peu formée à ce sujet. » (E.15)

8% (n=4) des énoncés renvoient au fait que certains diagnostics ou problématiques sont rarement rencontrés dans la pratique, ayant comme effet qu'il est difficile de développer une pratique chevronnée à ce niveau, comme cet exemple d'énoncé :

« Par exemple, il m'arrive d'évaluer la participation d'un jeune à l'alimentation en raison de la présence de toux après les repas, et ce, pour identifier le risque de fausse route. Toutefois, ce type d'évaluation revient peu fréquemment (2-3x/année), ce qui fait en sorte que je me sens moins à l'aise et spécialisée pour mener ce type d'évaluation. » (E.22)

De plus, 6% (n=3) des énoncés rapportés par les répondants indiquent qu'un ergothérapeute débutant dans la carrière ou qui a fait plusieurs changements de postes dans sa carrière se perçoit davantage comme un praticien généraliste. Un exemple donné est :

« Il est aussi important de considérer que cela fait uniquement trois ans que je pratique, ce qui fait que je me sens beaucoup plus compétente que lorsque j'ai débuté, mais que je ne suis pas encore rendue à considérer ma pratique et mes habiletés d'ergothérapeute telles étant spécialisées. » (E.23)

Le fait de ne pas se percevoir comme chevronné et que la spécialisation soit difficile dû au manque de temps et l'apprentissage autonome sont deux autres thèmes de la pratique généraliste qui se rattachent chacun à 4% (n=2) des énoncés. Finalement, quelques énoncés se rattachent au fait que le temps limité pour faire les évaluations et les interventions (2%, n=1) et le contexte de la région éloignée (2%, n=1) font en sorte qu'ils doivent rester dans une pratique généraliste.

Tout comme pour les répondants se percevant de chevronnés, il était demandé aux répondants se percevant de généralistes de nommer des défis vécus selon cette pratique. L'analyse des 54 énoncés fournis par 24 répondants pour nommer des défis vécus a conduit à 10 thèmes. Ces thèmes sont : 1. le niveau d'aisance dans la pratique et le sentiment de compétence plus long à

avoir ; 2. le temps requis plus long pour un client ; 3. l'effet de nouveauté et l'unicité des cas ; 4. l'accès aux formations ; 5. le soutien limité ; 6. le temps limité ; 7. la diversité de la pratique ; 8. la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute ; 9. les ressources et les services limités ; et 10. le maintien des compétences, des connaissances et des habiletés. Le tableau 11 présente la répartition des répondants en fonction des différents défis vécus par les praticiens généralistes. Par la suite, les défis ressortis sont détaillés davantage.

Tableau 11. *Défis vécus par les répondants qui perçoivent leur pratique de généraliste*

Thèmes	Répartition des répondants (Nb énoncés _{Total} = 54)	
	%	(n)
Niveau d'aisance dans la pratique / sentiment de compétence plus long à avoir	20,37	(11)
Temps requis plus long pour un client (préparation, recherche)	14,81	(8)
Effet de nouveauté / unicité des cas	9,26	(5)
Accès aux formations (plus diversifiées, limitées)	9,26	(5)
Soutien limité	9,26	(5)
Temps limité (pression reliée aux listes d'attentes élevées)	7,41	(4)
Diversité de la pratique (ex. clientèles) (connaissances / compétences / habiletés variées)	7,41	(4)
Méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute	7,41	(4)
Ressources / services limités	3,70	(2)
Maintien des compétences / connaissances / habiletés (ne côtoient pas nécessairement fréquemment les diagnostics)	1,85	(1)
Autres	7,41	(5)

Le défi en lien le niveau d'aisance et le sentiment de compétence plus long à avoir se retrouve dans 20,37% (n=11) des énoncés. Plusieurs répondants affirment que d'avoir une pratique davantage généraliste les amène à se questionner sur leur pratique. Les énoncés suivants illustrent ce défi :

« Avoir l'impression qu'on n'est pas suffisamment spécialisé dans un domaine. Toujours chercher à en savoir plus sur une variété de domaines. Crainte de passer à côté d'éléments. » (E.18 ; E.19 ; E.20)

« J'ai toujours le nez dans mes livres, toujours. Sentiment de ne pas « maîtriser » les connaissances. » (E.38)

14,81% (n=11) des énoncés réfèrent au fait de prendre plus de temps pour un client. Des répondants affirment que le temps de préparation est plus long pour un client et qu'ils doivent faire davantage de recherches, comme mentionné dans ces énoncés :

« Nous faisons régulièrement face à l'effet de nouveauté face aux différents dossiers que nous prenons en charge, ce qui nécessite souvent de faire des recherches approfondies en lien avec les caractéristiques du client. » (E.24 ; E.25)

« Nous devons fréquemment prendre du temps pour aller chercher l'information où il y a l'expertise. » (E.51)

De plus, quelques énoncés se rattachent à l'effet de nouveauté et l'unicité des cas, à l'accès aux formations ainsi qu'au soutien limité, se retrouvant chacun dans 9,26% (n=5) des énoncés. En effet, devant gérer avec une clientèle diversifiée, les professionnels doivent souvent faire face à des conditions qu'ils voient pour la première fois ou rarement, et qui sont toujours différentes. Concernant l'accès aux formations, des répondants rapportent que le défi est surtout relié au fait de suivre plusieurs formations sur différents sujets pour maintenir un certain niveau de compétences dans plusieurs domaines. En ce qui concerne le soutien, la possibilité d'en avoir pour aider leur pratique est assez limitée, comme rapporté dans les énoncés suivants :

« Même en me considérant comme généraliste, aucun ergothérapeute n'est plus spécialisé que moi auprès de la clientèle (par exemple, en CRDP les ergos ont plus de connaissances spécifiques sur la clientèle, mais je demeure beaucoup plus connaissant sur l'adaptation de l'environnement en travaillant en CLSC). » (E.14)

« Je dois aller chercher l'aide des grands centres au besoin. » (E.33)

7,41% (n=4) des énoncés rapportés par les répondants indiquent également que le temps limité, la diversité de la pratique et la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute sont également trois autres défis de la pratique généraliste. Les répondants affirment que les critères de temps font en sorte qu'ils restent dans une pratique davantage généraliste. Un exemple donné est :

« Avec les listes d'attentes, il peut être facile de négliger une certaine clientèle au profit d'une autre. Je n'ai pas le temps d'améliorer ma pratique auprès d'une clientèle spécifique en raison de la pression de la liste d'attente ». (E.12)

La pratique diversifiée demande d'avoir des connaissances variées sur des problématiques et des clientèles variées. D'ailleurs, un répondant mentionne que ceci peut rendre difficile le maintien d'un fil conducteur dans la pratique. Le défi de la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute est de devoir régulièrement recadrer les motifs de référence, comme rapporté dans cet énoncé :

« Considérant que nos tâches et interventions sont très variées, il peut être difficile pour les autres intervenants de comprendre et de connaître notre rôle et nos apports dans différentes situations. Il demeure donc nécessaire d'effectuer des rappels fréquemment en lien avec notre rôle. » (E.27)

3,70% (n=2) des énoncés rapportés par les répondants indiquent que les ressources et les services limités font partie des défis des praticiens généralistes. Bien que ce défi ne soit pas spécifique à ce type de pratique, il peut tout de même limiter l'ergothérapeute dans ses interventions. Finalement, un énoncé (1,85%) se rattache au maintien des compétences, des connaissances et des habiletés qui est un défi pour les ergothérapeutes généralistes. Ne côtoyant pas souvent les mêmes diagnostics ou problématiques, il peut être difficile de maintenir les compétences et connaissances acquises dans le passé avec ceux-ci.

5.3.4. Consultations en ergothérapie pour leur expertise par d'autres personnes

Dans le questionnaire, les répondants devaient aussi indiquer s'ils étaient consultés par d'autres personnes par rapport à leur expertise et pour quelles raisons. 32 répondants ont répondu à la question et 84,38% (n=27) parmi eux ont affirmé qu'ils étaient consultés par d'autres personnes. Le tableau 12 présente les détails des fréquences pour le taux de consultations des répondants pour leur expertise.

Tableau 12. *Taux de consultations des répondants pour leur expertise*

Énoncés	Répartition des répondants (N _{Total} = 32)	
	%	(n)
Oui	84,38	(27)
Non	15,63	(5)

Parmi les ergothérapeutes ayant répondu qu'ils étaient consultés pour leur expertise, 26 répondants (96,30%) ont nommé des raisons pour lesquelles ils sont consultés, fournissant au total

92 énoncés. Six thématiques différentes ont émergé des réponses données. Ces thèmes sont : 1. pour des évaluations ou interventions spécifiques en lien avec l'expertise générale de l'ergothérapie ; 2. pour des conseils selon mon champ d'expertise ; 3. pour aider à la réflexion de la part d'autres professionnelles de la santé ; 4. pour des discussions de cas ; 5. pour des conseils concernant la tenue de dossier ; et 6. pour des conseils de la part de la population générale. Le tableau 13 détaille les fréquences pour chaque raison de consultations. Par la suite, les raisons ressorties sont détaillées davantage.

Tableau 13. *Raisons pour lesquelles les répondants sont consultés*

Thèmes	Répartitions des répondants (Nb énoncés _{Total} = 92)	
	%	(n)
Pour des conseils selon le champ d'expertise de l'ergothérapeute	38,04	(35)
Pour des évaluations / interventions spécifiques en lien avec l'expertise générale de l'ergothérapeute	33,70	(31)
Pour aider à la réflexion de la part d'autres professionnelles de la santé	11,96	(11)
Pour des discussions de cas	8,70	(8)
Pour des conseils concernant la tenue de dossier	4,35	(4)
Pour des conseils de la part de la population générale (entourage, client, amis...)	3,26	(3)

La raison de consultations pour des conseils selon le champ d'expertise de l'ergothérapeute se retrouve dans 38,04% (n=35) des énoncés. Des exemples rapportés sont pour l'admissibilité à des programmes, les particularités sensorielles, les problèmes de comportements, la conception d'orthèses sur mesure, les plaies de pressions, les mesures de contrôles alternatives, la dysphagie et la sécurité d'un patient sur la route. 33,70% (n=31) des énoncés renvoient à l'expertise générale de l'ergothérapeute pour des évaluations et interventions spécifiques. Des répondants rapportent qu'ils peuvent être consultés pour des évaluations fonctionnelles pour le client ou pour des interventions plus spécifiques à l'ergothérapie, par exemple pour des techniques de transfert, des techniques pour maximiser l'autonomie du client, le positionnement, le risque de chute, la sécurité à domicile, des recommandations d'équipements et pour ce qui concerne l'ergonomie. Un autre thème décrivant les raisons de consultations se rattache à l'aide à la réflexion demandée par d'autres professionnels de la santé telle que dans 11,96% (n=11) des énoncés. Les énoncés suivants illustrent cette raison de consultation :

« *Plusieurs médecins me consultent pour de la réadaptation spécialisée en thérapie de la main ou pour orienter le traitement ou l'investigation.* » (E.29)

« *Mes collègues orthophoniste, éducatrices spécialisées, travailleuse sociale et psychoéducatrice pour opinion clinique et aide à la réflexion dans une situation en particulier.* » (E.37)

« *Les équipes des CHSLD me consultent lorsqu'elles ont des questions au sujet des contentions/alternatives.* » (E.51)

6,52% (n=6) des énoncés rapportés par les répondants indiquent qu'ils sont également consultés par des collègues ergothérapeutes pour des discussions de cas. Certains affirment qu'ils vont discuter entre collègues pour s'aider, se guider dans le choix des évaluations et de modalités ou pour obtenir une opinion clinique. 4,35% (n=4) des énoncés renvoient à des conseils pour la tenue de dossier, notamment sur la façon d'écrire des éléments en particulier dans un rapport d'évaluation. Finalement, 3,26% (n=3) des énoncés signalent aussi que certains répondants sont également consultés par la population générale, notamment par la famille d'un client ou par des amis. Un exemple mentionné par un ergothérapeute est le fait qu'elle reçoit des questions de ses amies mamans reliées au développement général de l'enfant.

Les répondants étaient également questionnés sur les personnes qui les consultaient et les fréquences des consultations. 77,78% (n=21) des répondants affirment que des ergothérapeutes de la région du Saguenay les consultent très souvent, souvent ou occasionnellement. 53,85% (n=14) des répondants soulignent que des ergothérapeutes de la région du Lac-Saint-Jean les consultent très souvent, souvent ou occasionnellement. 23,08% (n=6) des répondants indiquent qu'ils sont consultés très souvent, souvent ou occasionnellement par des ergothérapeutes en dehors de la région. 64% (n=16) des répondants révèlent qu'ils sont très souvent, souvent ou occasionnellement consultés par des professionnels de la santé de la région du Saguenay. 60,72% (n=17) des répondants à l'étude mentionnent que des professionnels de la santé de la région du Lac-Saint-Jean les consultent aussi très souvent, souvent ou occasionnellement. 24% (n=6) des répondants affirment qu'ils sont très souvent, souvent ou occasionnellement consultés par des professionnels de la santé en dehors de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. 34,61% (n=9) des répondants déclarent qu'ils sont consultés très souvent, souvent ou occasionnellement par des membres de la famille de la région du Saguenay. 59,25% (n=16) des répondants informent toutefois que des

membres de la famille de la région du Lac-Saint-Jean les consultent très souvent, souvent ou occasionnellement. Le Tableau 14 présente les détails des distributions de fréquences des personnes qui consultent les répondants, et ce, selon la fréquence de consultations.

Tableau 14. *Fréquence de consultations par type de personnes ayant consulté*

	Très souvent	Souvent	Occasionnellement	Rarement	Jamais
	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)
Des ergothérapeutes de la région du Saguenay (N _{Total} = 27)	18,52% (5)	29,63% (8)	29,63% (8)	11,11% (3)	11,11% (3)
Des ergothérapeutes de la région du Lac-Saint-Jean (N _{Total} = 26)	7,69% (2)	11,54% (3)	34,62% (9)	23,08% (6)	23,08% (6)
Des ergothérapeutes d'en dehors de la région (N _{Total} = 26)	7,69% (2)	3,85% (1)	11,54% (3)	26,92% (7)	50% (13)
Des professionnels de la santé de la région du Saguenay (N _{Total} = 25)	8% (2)	24% (6)	32% (8)	20% (5)	16% (4)
Des professionnels de la santé de la région du Lac-Saint-Jean (N _{Total} = 28)	3,57% (1)	14,29% (4)	42,86% (12)	17,86% (5)	21,43% (6)
Des professionnels de la santé d'en dehors de la région (N _{Total} = 25)	8% (2)	4% (1)	12% (3)	20% (5)	56% (14)
Des membres de la famille de la région du Saguenay (N _{Total} = 26)	7,69% (2)	7,69% (2)	19,23% (5)	23,08% (6)	42,31% (11)
Des membres de la famille de la région du Lac-Saint-Jean (N _{Total} = 27)	3,70% (1)	14,81% (4)	40,74% (11)	14,81% (4)	25,93% (7)

5.4. Perception des répondants de la pratique de l'ergothérapie en région éloignée

Dans le questionnaire, il était demandé aux répondants de mentionner s'ils percevaient la pratique en région éloignée comme une expertise en soi. 32 réponses ont été obtenues et 50% (n=16) des répondants affirment percevoir ce type de pratique comme une expertise. Le tableau 15 présente les fréquences des réponses fournies par les répondants.

Tableau 15. *Perception des répondants de la pratique en région éloignée comme expertise en soi*

Énoncés	% (N _{Total} = 32)
Oui	50 (16)
Non	50 (16)

Les répondants percevant la pratique en région éloignée comme expertise en soi étaient invités à nommer des exemples justifiant leur propos. L'analyse des 39 énoncés fournis par 19 répondants pour justifier leur perception de la pratique en région éloignée a conduit à neuf thèmes. Ces thèmes sont : 1. capacité d'adaptation plus développée et débrouillardise ; 2. diversité des connaissances et compétences pour pratiquer auprès de plusieurs clientèles ; 3. créativité ; 4. contexte de la région éloignée ; 5. vision holistique ; 6. supervision de stagiaires qui iront pratiquer en région éloignée ; et 7. travail d'équipe. Le tableau 16 présente les détails des fréquences pour les exemples justifiant la perception des répondants de la pratique en région éloignée comme expertise en soi. Par la suite, les thèmes ressortis sont davantage détaillés.

Tableau 16. *Thèmes justifiant la perception des répondants de la pratique en région éloignée comme expertise en soi*

Thèmes	%(Nb énoncés _{Total} = 39)
Capacité d'adaptation plus développée / débrouillardise	33,33(13)
Diversité des connaissances / compétences pour pratiquer auprès de plusieurs clientèles	25,64(10)
Créativité plus développée	12,82(5)
Contexte de la région éloignée	5,13(2)
Vision davantage holistique	2,56(1)
La supervision de stagiaires qui iront pratiquer en région éloignée	2,56(1)
Travail d'équipe (avec les partenaires)	2,56(1)
Autres	15,38(6)

La capacité d'adaptation plus développée et une plus grande débrouillardise chez les praticiens en région éloignée se retrouvent dans 28,21% (n=11) des énoncés, justifiant ainsi leur perception de ce type de pratique comme expertise. Des exemples d'énoncés sont :

« *Ma pratique serait sans doute la même si je travaillais en grand centre sur le plan des approches en ergothérapie. Par contre, en région, je crois que du fait qu'il y a moins d'ergothérapeutes, il faut être davantage performant et débrouillard.* » (E.14)

« Nous avons une expertise en soi étant donné que nous avons développé un grand sens de la débrouillardise. » (E.19)

25,64% (n=10) des énoncés renvoient à la diversité des connaissances et compétences qui sont nécessaires à développer pour pratiquer auprès de plusieurs clientèles pour expliquer la pratique en région éloignée comme expertise. Les énoncés suivants illustrent ce thème :

« J'ai l'impression qu'en région, notre contexte fait en sorte qu'on doit être plus généraliste puisque nous sommes portés à travailler dans différents milieux et auprès de différentes clientèles, autant au privé qu'au public. Il est donc parfois plus difficile de devenir expert dans un domaine précis, comme c'est souvent le cas ailleurs. » (E.12)

« Je considère la pratique en région éloignée comme une expertise en soi, car il faut maîtriser plusieurs aspects et plusieurs champs de la clientèle, et ce, pour une vaste tranche d'âge et un vaste territoire (0-21 ans Lac-Saint-Jean). Les évaluations et interventions ne reviennent pas toujours souvent, ce qui fait qu'il faut se rappeler de plusieurs choses. » (E.17)

12,82% (n=5) des énoncés rapportés par les répondants démontrent que la pratique en région éloignée est une expertise en soi en raison de la créativité nécessaire pour pratiquer dans ce milieu, qui doit être davantage développée, comme mentionné dans cet énoncé :

« En effet, étant loin des grands centres, nos ressources sont parfois moins accessibles et les délais d'attente sont plus longs. Nous devons donc trouver des solutions alternatives pour les problématiques rencontrées à domicile. » (E.20)

Un autre thème décrivant la pratique éloignée comme expertise renvoie au contexte de région éloignée tel que dans 5,13% (n=2) des énoncés. Ayant une culture propre à la région, un répondant affirme que *« c'est une forme d'expertise en lien avec la connaissance de la clientèle »* (E.37). De plus, quelques énoncés se rattachent à la vision davantage holistique, telle que par le fait de ne pas utiliser de marche à suivre pré-faite, la supervision de stagiaires qui iront pratiquer en région éloignée et le travail d'équipe avec les partenaires, se retrouvant chacun dans 2,56% (n=1). Finalement, bien que l'énoncé suivant est inclus dans la catégorie « Autres », il est intéressant à mentionner :

« Dans ma perception, le Saguenay-Lac-Saint-Jean n'est pas considéré comme une région éloignée, car nous avons accès à beaucoup de services pour les clients. Je considère

d'avantage la Côte-Nord ou la Gaspésie comme des régions éloignées, où il est difficile d'avoir une charge de cas homogène au niveau de la clientèle. Il est fort probable que le Lac-Saint-Jean représente davantage cette réalité de région éloignée, que mon secteur de travail qui est le Saguenay. »

Enfin, il était demandé aux répondants de nommer, selon leur perception, des connaissances, des compétences et des habiletés additionnelles requises pour pratiquer en région éloignée des grands centres. L'analyse des 111 énoncés fournis par 31 répondants pour décrire les éléments additionnels requis pour pratiquer en région éloignée a conduit à 13 thèmes. Ces thèmes sont : 1. débrouillardise ; 2. capacité d'adaptation ; 3. large éventail de connaissances ; 4. capacité de réseautage et connaissance des ressources ; 5. bonne gestion de sa pratique ; 6. autonomie ; 7. capacité à travailler en équipe ; 8. confiance en soi ; 9. curiosité et soif d'apprendre ; 10. habiletés interpersonnelles ; 11. capacité à reconnaître ses limites ; 12. capacité à revendiquer ; et 13. savoir gérer l'inconnu. Le tableau 17 présente les détails de la répartition des énoncés selon les connaissances, les compétences ou les habiletés additionnelles requises pour pratique en région éloignée des grands centres. Par la suite, les différents thèmes ressortis sont davantage détaillés.

Tableau 17. *Perception des répondants des connaissances, compétences et habiletés additionnelles requises pour pratiquer en région éloignée des grands centres*

Thèmes	Répartition des répondants (Nb énoncés _{Total = 111})	
	%	(n)
Débrouillardise	23,42%	(26)
Capacité d'adaptation	15,32%	(17)
Large éventail de connaissances	11,71%	(13)
Capacité de réseautage / connaissance des ressources	11,71%	(13)
Bonne gestion de sa pratique	5,41%	(6)
Autonomie	5,41%	(6)
Capacité à travailler en équipe	5,41%	(6)
Confiance en soi	4,50%	(5)
Curiosité / soif d'apprendre	3,60%	(4)
Habiletés interpersonnelles	2,70%	(3)
Capacité à reconnaître ses limites	1,80%	(2)
Capacité à revendiquer	1,80%	(2)
Savoir gérer l'inconnu	0,90%	(1)
Autres	6,31%	(7)

La débrouillardise, perçue comme une compétence essentielle à la pratique en région éloignée, se retrouve dans 23,42% (n=26) des énoncés. 15,32% (n=17) des énoncés indiquent que la capacité d'adaptation est une compétence également requise pour ce type de pratique. De plus, 11,71% (n=13) des énoncés rapportés par les répondants soulèvent qu'avoir un large éventail de connaissances, notamment au niveau des clientèles et d'interventions, est un facilitateur à la pratique en région éloignée. L'énoncé suivant illustre cette compétence :

« Pour les ergothérapeutes où la masse critique n'est pas suffisante pour développer une expertise particulièrement, on doit développer une habileté à pouvoir traiter toute condition assez bien. » (E.37)

11,71% (n=13) des énoncés se rattachent à la capacité de réseautage et la connaissance des ressources disponibles, notamment pour *« oser poser des questions aux collègues de la région, mais aussi de l'extérieur de la région »*. Quelques énoncés renvoient à la gestion de sa pratique (5,41%, n=5), telle que le sens de l'organisation, une bonne gestion de son horaire dû aux longs déplacements et une capacité à lâcher prise sur la perfection. 5,41% (n=5) des énoncés indiquent que l'autonomie est importante, notamment pour aller chercher du support à l'extérieur du centre de service dans lequel l'ergothérapeute travaille et pour trouver les services spécialisés. La capacité à travailler en équipe, notamment pour la collaboration omniprésente avec les autres professionnels de la santé et les partenaires, mais aussi puisque les ergothérapeutes travaillent parfois auprès de plus d'une équipe (ex. deux milieux de pratique), se retrouve dans 5,41% (n=6) des énoncés. Également, quelques énoncés se rattachent à la confiance en soi (4,50%, n=5) ainsi qu'à la curiosité et la soif d'apprendre (3,60%, n=4), notamment pour se former, apprendre et se mettre à jour sur différents sujets. Les habiletés interpersonnelles, se retrouvant dans 2,70% (n=3) des énoncés, sont aussi très importantes en région éloignée selon les répondants, comme l'illustre l'énoncé suivant :

« Il faut avoir de bonnes habiletés interpersonnelles parce qu'on a peu de collègues et qu'on traite souvent des personnes qu'on connaît de près ou de loin. » (E.12)

Finalement, quelques énoncés se rattachent à la capacité à reconnaître ses limites et à revendiquer (1,80%, n=2) et à la capacité à gérer l'inconnu (0,90%, n=1).

6. DISCUSSION

Cette section discute des données analysées décrivant la perception des ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de leur niveau d'expertise professionnelle. En référence aux écrits recensés et au cadre conceptuel retenu pour la présente étude, l'interprétation des résultats permet de déployer trois éléments de discussion : le portrait de la pratique des ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean, la perception des ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de l'expertise en ergothérapie et la pratique des ergothérapeutes en région éloignée. Finalement, les contributions à l'avancement des connaissances ainsi que les forces et les limites de cette étude sont également discutées.

6.1. Portrait de la pratique d'ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Le portrait de la pratique des ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean, une région éloignée parmi d'autres, converge avec celui démontré dans des études recensées dans la problématique abordant la pratique des ergothérapeutes en région éloignée. Il est montré dans la présente étude que les ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean ont une pratique diversifiée. Ce résultat converge avec la métasynthèse de Roots et Li (2013) et les études empiriques de Boshoff et Hartshone (2008), de Devine (2006) ainsi que celle de Wielandt et Taylor (2010).

La présente étude montre que les ergothérapeutes exercent auprès de plusieurs clientèles. En effet, ils travaillent généralement auprès des individus et des familles, mais pratiquent aussi à l'occasion auprès des groupes, et rarement auprès des communautés et des populations. De plus, elle montre également que les ergothérapeutes saguenéens et jeannois travaillent parfois auprès de plusieurs groupes d'âge. Près de la moitié travaillent auprès des enfants et près du trois quarts travaillent auprès des personnes âgées et des adultes, et ce, de façon occasionnelle à très souvent.

Finalement, bien que le nombre de champs d'expertise chez les ergothérapeutes n'ait pas été statistiquement démontré dans les résultats, il est toutefois possible de noter qu'ils travaillent généralement dans plus d'un champ d'expertise. En effet, chez les 41 répondants, 127 énoncés ont été fournis pour nommer leurs champs d'expertise, représentant environ trois champs d'expertise par ergothérapeute. Cette donnée illustre ainsi la diversité de la pratique chez les ergothérapeutes

du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Toutefois, cette information ne peut être comparée à des études antérieures étant donné l'inexistence de celles-ci dans la littérature.

6.2. Perception des ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de l'expertise en ergothérapie

Les résultats de la présente étude font valoir des résultats inédits en termes d'expertise concernant la profession d'ergothérapie. Ils montrent que moins de 10% des ergothérapeutes décrivent leur expertise en lien avec les occupations. Ce résultat se distingue des notions rapportées dans la littérature quant à l'expertise en ergothérapie, rattachant l'activité (les occupations) comme étant au cœur de l'expertise en ergothérapie (OEQ, 2021). Dans cette présente étude, les ergothérapeutes décrivent l'expertise davantage à partir du contexte de la pratique. Ces résultats illustrent empiriquement le cadre conceptuel.

En effet, les résultats fournis par des ergothérapeutes de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean illustrent que la clientèle influence la façon dont ils décrivent leur expertise, notamment du fait que le tiers des ergothérapeutes la décrivent en lien avec un diagnostic ou un groupe de diagnostics. Dans le même ordre d'idées, quelques ergothérapeutes décrivent également leur expertise en lien avec le groupe d'âge ou le système organique de la personne, renforçant l'influence de la clientèle quant au développement d'une expertise.

De plus, le deuxième élément du contexte de pratique, soit le milieu de pratique, est également utilisé pour décrire l'expertise selon les résultats obtenus. En effet, un certain nombre d'ergothérapeutes décrivent leur expertise en lien avec leur milieu de pratique ou l'unité dans lequel ils travaillent. Aussi, les ergothérapeutes réfèrent à une spécialité médicale pour décrire leur expertise, représentant parfois des départements dans les établissements (traumatologie, neurologie) ou à des clientèles (pédiatrie, gériatrie). Toutefois, certains ne décrivent pas leur expertise en lien avec le contexte de pratique ou l'activité, mais plutôt en lien avec des interventions spécifiques ou l'expertise générale de l'ergothérapie (le fonctionnement au quotidien). Il est alors plausible de croire ou de faire l'hypothèse que les ergothérapeutes s'identifient davantage par ce qui est extérieur à eux, notamment leur contexte de la pratique, plutôt que par l'expertise de l'ergothérapie telle que définie dans les documents officiels. Ce résultat peut être expliqué par la façon dont sont nommés les programmes dans l'architecture des services de

santé et services sociaux ainsi que l'organisation de services dans le réseau par spécialité médicale (MSSS, 2004).

6.3. La pratique des ergothérapeutes en région éloignée

6.3.1. Perception des ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de leur type de pratique

Les résultats de la présente étude portant sur le type de pratique des ergothérapeutes vont dans le même sens que les études de Brems et al. (2006), Boshoff et Hartshorne (2008), Chipp et al. (2010), Devine (2006), Paliadelis et al. (2012), Roots et Li (2013) et Wielandt et Taylor (2010) faisant valoir que la spécialisation dans des domaines particuliers est difficile et, donc, que la pratique généraliste est préconisée chez les professionnels de la santé pratiquant en région éloignée. Ils divergent aussi cependant quelque peu de ces études étant donné que cette réalité n'est pas présente dans toute la région selon les résultats. En fait, les réponses fournies par les ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean montrent que le secteur de pratique influence la perception de leur type de pratique.

Globalement, plus de la moitié des ergothérapeutes de cette région perçoivent adopter une pratique davantage chevronnée, ce qui se distingue des résultats dans les études recensées abordant la pratique de l'ergothérapie en région éloignée. Toutefois, en comparant les secteurs Saguenay et Lac-Saint-Jean, une différence est observable. En effet, près du trois quarts des ergothérapeutes saguenéens considèrent adopter une pratique davantage chevronnée, alors que près du trois quarts des ergothérapeutes jeannois considèrent adopter une pratique davantage généraliste. La distinction entre le Saguenay et le Lac-Saint-Jean peut être expliquée par le fait que plus de la moitié de la population régionale vit dans la ville de Saguenay (Ministère des Ressources naturelles et de la Faune, 2006) et qu'elle se situe à moins de 250 km d'une zone influente, comme le soutenaient Gauthier et ses collaborateurs (2009). Cette distinction peut aussi être expliquée par le fait que les ergothérapeutes du Saguenay sont davantage dans des programmes spécialisés et sont en contact étroit avec d'autres ergothérapeutes. Il est donc fort probable que le secteur Saguenay soit moins affecté par l'aspect éloigné que le secteur Lac-Saint-Jean où la population est davantage rurale, beaucoup moins nombreuse et dispersée sur un plus grand territoire. Les résultats de la présente étude montrent que le contexte rural et éloigné, davantage présent pour le secteur Lac-Saint-Jean, influence la pratique en ergothérapie, notamment par le fait d'adopter une pratique plus

souvent généraliste, comme démontré aussi dans le récit de Sisson (2012). Ces résultats convergent également avec la métasynthèse de Murray, Turpin, Edwards et Jones (2015) qui soutenaient que le contexte amenait son lot de défis et que les ergothérapeutes devaient démontrer une expertise dans plusieurs contextes.

Par ailleurs, les ergothérapeutes ont nommé divers exemples pour justifier la perception de leur type de pratique. Les raisons évoquées pour justifier la pratique chevronnée chez les ergothérapeutes réfèrent en grande partie au modèle de l'expertise et ses trois axes de développement développé par Bédard et ses collaboratrices (2011), tel qu'expliqué dans le cadre conceptuel. En effet, près du quart des ergothérapeutes ont mentionné que l'expérience qu'ils ont développée avec la clientèle ou des problématiques leur permettait de se percevoir comme chevronnés, ce qui renvoie à l'axe d'autorégulation, soit de faire appel à leurs expériences passées pour intervenir (Bédard, 2011). Également, certains ergothérapeutes ont indiqué que le niveau d'aisance et le sentiment de compétence dans la pratique, la complexité des cas et la précision des demandes ainsi que les résultats positifs avec les clients étaient également des raisons pour se percevoir comme praticien chevronné. Ces aspects se rattachent à l'axe de résolution de problème, soit d'être plus performant dans la pratique et d'être en mesure de résoudre des situations plus complexes (Bédard et al., 2011). Cependant, le niveau d'aisance et de sentiment de compétence dans la pratique peut également renvoyer à l'axe des connaissances en raison d'un accès plus facile à leurs connaissances (Bédard et al., 2011). De plus, la quantité et le niveau des connaissances ainsi que les formations reçues, les informations reçues de collègues et les recherches effectuées sur un sujet, qui sont d'autres raisons évoquées par les ergothérapeutes, réfèrent aussi à ce dernier axe en raison des connaissances plus complètes, plus spécifiques et plus nombreuses qu'ils possèdent (Bédard et al., 2011). Les autres raisons données au fait de se percevoir comme praticien chevronné, notamment d'être une ressource pour les collègues, l'utilisation d'interventions précises, le type de clientèle ou de milieu et le petit nombre d'ergothérapeutes œuvrant dans un domaine, ne se rattachent pas à cette notion d'expertise telle que décrite par Bédard et ses collaboratrices (2011), mais sont des résultats inédits puisqu'aucune étude recensée n'aborde l'expertise professionnelle en ergothérapie.

Concernant les raisons évoquées pour justifier la perception d'une pratique généraliste, plus du tiers des ergothérapeutes ont nommé la pratique diversifiée. Cette raison converge avec les résultats de l'étude de Roots et Li (2013), de Boshoff et Hartshorne (2008) ainsi que de Wielandt et Taylor (2010). Quelques ergothérapeutes ont également fait mention que le manque d'expérience auprès des clientèles, des problématiques et des diagnostics ainsi que la rareté des problématiques et diagnostics rencontrés faisaient partie des raisons justifiant la pratique généraliste. Il est effectivement plausible de conclure qu'une pratique diversifiée amène cette rareté dans la rencontre des problématiques et diagnostics, et par le fait même, un manque d'expérience pour ceux-ci. De plus, une autre raison nommée par les ergothérapeutes se percevant de généraliste est le fait qu'il est difficile de se spécialiser dans un domaine particulier en raison de contrainte de temps et d'un apprentissage autonome. Ce résultat va dans le même sens que ceux des études de Roots et Li (2013), de Devine (2006) et de Wielandt et Taylor (2010). Il est toutefois plausible de penser que l'accessibilité grandissante aux ressources électroniques change éventuellement cet état de fait. Également, le fait que les ergothérapeutes soient limités dans le temps les oblige à rester davantage généraux dans leur pratique, tout comme le fait valoir l'étude de Devine (2006). Une autre raison fournie est le contexte de région éloignée qui force à adopter ce type de pratique. Ce résultat va dans le même sens que celle de Brems et ses collaborateurs (2006), dans laquelle ils démontrent un lien statistique entre la ruralité et les ressources limitées, notamment que les prestataires de soins ont une expertise limitée et que l'accès à des consultants spécialisés est restreint. Également, comme nommé précédemment, la métasynthèse de Murray et ses collaborateurs (2015) et le récit de Sisson (2012) font valoir que le contexte rural et éloigné a une influence sur la pratique en ergothérapie, notamment par le fait d'exercer dans plusieurs contextes de pratique. Finalement, les deux dernières raisons évoquées dans les résultats, soit le début de carrière ou le changement de poste et la perception de ne pas être chevronné, sont des résultats inédits, car elles ne sont ressorties dans aucune des études recensées. Toutefois, l'ACE (2012) soutient qu'un ergothérapeute débutant dans la carrière est de niveau compétent, et donc davantage généraliste, et non de niveau chevronné.

6.3.2. Les défis associés au type de pratique

La présente étude fait ressortir les divers défis vécus par les ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean se percevant de praticien chevronné. Plusieurs de ses résultats sont inédits

puisque aucune étude recensée n'aborde la pratique chevronnée en contexte de région éloignée, notamment les cas uniques et complexes rencontrés dans la pratique, le fait de devoir rester à l'affût d'informations récentes, le manque de temps pour exercer l'expertise, les déterminants de la santé et les préférences du client, les attentes élevées des clients et d'autres professionnels de la santé et la relève longue à former sont tous des défis qui ne sont pas rapportés dans des études antérieures. Toutefois, certains des défis indiqués par les praticiens chevronnés se retrouvent dans les études abordant la pratique en région éloignée. D'abord, les ressources financières et matérielles limitées sont perçues comme un défi pour appliquer l'expertise et accéder à des formations. Ces résultats convergent avec les études de Paliadelis et ses collaborateurs (2012) ainsi que Devine (2006) dans lesquelles l'accès aux équipements sont limités, mais se distinguent de ceux de Boshoff et Hartshorne (2008), soulevant que tous les types de ressources sont adéquats, à l'exception des ressources humaines. Également, le vaste territoire est aussi nommé comme un défi, plus particulièrement pour les ergothérapeutes travaillant sur la route. Ce résultat va dans le même sens que les études de Gauthier et ses collaborateurs (2019), de Boshoff et Hartshorne (2008) et de Peterson, Ramm et Ruzicka (2003) soulevant aussi ce défi. D'ailleurs, Boshoff et Hartshorne (2008) indiquent que la plupart des participants devaient couvrir un territoire de plus de 100 km, alors que celle de Peterson, Ramm et Ruzicka (2003) illustre que les déplacements dépassaient à plusieurs reprises 160 km pour un aller-retour. Finalement, un autre défi rapporté par quelques ergothérapeutes chevronnés du Saguenay-Lac-Saint-Jean est le manque de soutien, résultat qui converge avec les études de Devine (2006) et de Wielandt et Taylor (2010).

L'étude permet également de ressortir les défis vécus par les ergothérapeutes se percevant de généraliste. Tout comme pour les défis chez les praticiens chevronnés, certains ne sont pas abordés dans les études recensées dans la problématique. En effet, le sentiment de compétence plus long à avoir, le temps requis plus long pour un client (préparation, recherche), l'effet de nouveauté et l'unicité des cas ainsi que le temps limité dû à la pression reliée aux listes d'attentes élevées sont tous des résultats inédits dans les études empiriques recensées. Ces résultats ajoutent aux connaissances des défis de la pratique en région éloignée. Cependant, d'autres défis ont également été nommés par les ergothérapeutes de la région qui concordent avec des études recensées dans la problématique. D'abord, la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute fait partie des défis vécus par ces ergothérapeutes, nécessitant par conséquent de recadrer

régulièrement les motifs de référence. Ce résultat va dans le même sens que les études de Devine (2006) ainsi que de Wielandt et Taylor (2010). De plus, telle qu'abordée précédemment, la diversité de la pratique fait aussi partie des défis vécus par les généralistes, nécessitant d'avoir des compétences, des connaissances et des habiletés variées, mais aussi de les maintenir, correspondant par le fait même à un autre défi. Ces résultats concordent avec les études de Boshoff et Hartshorne (2008), Devine (2006), Peterson, Ramm et Ruzicka (2003), Roots et Li (2013) ainsi que de Wielandt et Taylor (2010). Également, comme mentionné ci-haut, l'accès aux formations est limité et difficile, d'autant plus que les formations se doivent d'être plus diversifiées en raison de la pratique diversifiée. Ce résultat converge avec les études de Roots et Li (2013), de Devine (2006) ainsi que de Wielandt et Taylor (2010). Cette dernière soulève d'ailleurs qu'il est plus complexe pour ces ergothérapeutes de savoir ce qui doit être priorisé pour le développement de leurs compétences. Finalement, le soutien limité ainsi que les ressources et services limités sont aussi des défis vécus par les généralistes, au même titre que ceux des praticiens chevronnés.

6.3.3. Consultations des ergothérapeutes de région éloignée pour leur expertise

La présente étude fait ressortir des résultats inédits en ce qui concerne la consultation des ergothérapeutes de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean pour leur expertise. D'abord, les résultats soulèvent que plus du trois quarts des ergothérapeutes sont consultés. Toutefois, ils ne sont pas nécessairement consultés que pour leur champ d'expertise. En effet, les autres raisons de consultations évoquées par les ergothérapeutes sont également en lien avec l'expertise générale en ergothérapie (évaluations ou interventions), pour aider à la réflexion ou discussion de cas, pour des conseils concernant la tenue de dossiers ou de la part de la population pour des conseils généraux.

Les résultats montrent aussi que les ergothérapeutes sont principalement consultés par d'autres ergothérapeutes ou des professionnels de la santé de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, et très peu par ceux à l'extérieur de la région. Plus précisément, les ergothérapeutes et les autres professionnels de la santé du secteur Saguenay consultent davantage les ergothérapeutes pour leur expertise que ceux du secteur Lac-Saint-Jean. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que la répartition des répondants est plus élevée pour le secteur Saguenay et que ceux-ci se consultent davantage entre eux, soit entre praticiens chevronnés. De plus, quelques membres de

famille de la région, plus précisément ceux du secteur Lac-Saint-Jean, vont aussi consulter les ergothérapeutes à l'occasion. Ces résultats ne peuvent être comparés à des études antérieures puisqu'aucune n'aborde cet aspect.

6.3.4. La pratique en région éloignée comme expertise et les prérequis associés à cette pratique

Les résultats inédits de la présente étude suggèrent que la pratique en région éloignée est une expertise en soi. Les ergothérapeutes font ressortir que la débrouillardise, la capacité d'adaptation, un large éventail de connaissances, l'autonomie et la capacité à travailler en équipe sont essentiels, résultats qui concordent avec l'étude de Wielandt et Taylor (2010) et de Devine (2006). Les résultats soutiennent aussi qu'une bonne gestion de sa pratique fait partie des prérequis à la pratique rurale, comme l'illustre également Devine (2006) dans son étude soulevant que la gestion du temps, l'établissement des priorités, l'organisation et l'efficacité font partie des compétences nécessaires à cette pratique. De plus, la capacité de réseautage et la connaissance des ressources, la confiance en soi, le désir d'apprendre et de comprendre, les habiletés interpersonnelles, la capacité à reconnaître ses limites et à revendiquer ainsi que la gestion de l'inconnu sont aussi perçus comme essentiels à la pratique rurale. Toutefois, ces derniers sont des résultats inédits dans les études recensées dans la problématique.

6.4. Contributions à l'avancement des connaissances

Les résultats permettent de générer des connaissances, même si très modestes, en ce qui a trait à la pratique chevronnée et l'expertise professionnelle en ergothérapie. Cette étude permet de montrer que les ergothérapeutes de l'étude ne nomment pas leur champ d'expertise comme celui propre à l'ergothérapie. Très peu le font et rejoignent ainsi ce que l'OEQ (2021) et le nouveau référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada (ACORE, ACPUE et ACE, 2021) proposent, soit que l'expertise est reliée à l'activité et aux occupations. En effet, ils le décrivent davantage par leur contexte de pratique. Ce résultat soulève une question d'identité professionnelle, d'autant plus que l'ACE (2012) mentionne que les ergothérapeutes peuvent devenir expérimentés dans un ou plusieurs domaines, sans avoir explicité ce que sont ces domaines. De plus, les résultats soulèvent que les ergothérapeutes d'un milieu plus rural et plus éloigné auront tendance à rester davantage dans une pratique compétente et généraliste plutôt que chevronnée dans un ou plusieurs domaine(s) tandis que le phénomène inverse est observé dans un

secteur plus urbain. L'étude vient donc démontrer qu'il est nécessaire d'avoir des informations plus détaillées en ce qui a trait aux domaines dans lesquels les ergothérapeutes peuvent devenir chevronnés. L'ACE devrait définir ces domaines puisque c'est une réalité vécue par les ergothérapeutes.

6.5. Les forces et les limites de l'étude

La présente étude comporte des forces et des faiblesses. En effet, l'une des forces de cette étude est le fait que c'est la première recherche abordant l'expertise professionnelle, en décrivant la perception des ergothérapeutes de leur niveau d'expertise. C'est aussi la première étude reliée à la profession d'ergothérapie à être réalisée au Saguenay-Lac-Saint-Jean dans le but d'aborder l'aspect de région éloignée et l'expertise professionnelle. Également, l'objectif concernant la taille de l'échantillon, soit d'avoir un minimum de 40 répondants (25% des ergothérapeutes de la région), est atteint. En effet, 27,62% (n=44) ont répondu au questionnaire électronique, représentant un seuil acceptable pour un questionnaire.

L'étude présente toutefois des limites. D'abord, bien que 44 ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean ont participé à l'étude, certains des répondants n'ont pas répondu à toutes les questions. Il y a donc un biais relié au phénomène de quelques réponses manquantes, pouvant ainsi nuire à la validité interne de la présente étude (Fortin et Gagnon, 2016). De plus, les résultats de l'étude sont difficilement transférables et généralisables aux ergothérapeutes des autres régions administratives considérées comme éloignées ou urbaines de la province du Québec en raison du caractère unique de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Uniquement les ergothérapeutes de cette région sont représentés dans cette étude. Finalement, le choix du questionnaire électronique pour la méthode de collecte de données est aussi une limite. Bien qu'il permette de rejoindre plus de participants, celui-ci ne permet pas d'approfondir et d'éclaircir les réponses données. L'entrevue, comme méthode de collecte de données, aurait pu être un choix plus judicieux ou aurait pu être combinée au questionnaire afin d'obtenir des résultats de meilleure qualité pour une première étude sur l'expertise professionnelle en ergothérapie.

7. CONCLUSION

La présente étude expose des résultats inédits en ce qui concerne l'expertise professionnelle en ergothérapie, plus précisément pour les ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Les résultats obtenus dans cette étude ont permis de faire ressortir la perception de leur expertise en tant qu'ergothérapeute, mais également leur niveau d'expertise en tant que praticien en région éloignée. De plus, les résultats révèlent la perception de ces ergothérapeutes de la pratique en région éloignée et des prérequis essentiels pour pratiquer dans ces milieux, résultats qui sont comparés à des études recensées. Globalement, l'expertise en ergothérapie est généralement décrite en lien avec le contexte de la pratique, notamment par leur clientèle ou leur milieu de pratique. Également, les ergothérapeutes du Lac-Saint-Jean se perçoivent davantage comme des praticiens généralistes, comparativement aux ergothérapeutes du Saguenay qui se perçoivent davantage comme des praticiens chevronnés. Finalement, pour la moitié d'entre eux, la pratique en région éloignée est une expertise en soi, et la débrouillardise, la capacité d'adaptation, un large éventail de connaissances et la capacité de réseautage sont essentiels pour y exercer.

Les résultats obtenus démontrent qu'il serait pertinent d'approfondir l'étude de l'expertise professionnelle chez les ergothérapeutes. En effet, il serait intéressant de faire une étude qui compare la perception des niveaux d'expertise professionnelle des ergothérapeutes de régions urbaines et éloignées afin de voir les différences qui en ressortent. Également, il serait intéressant de se questionner si les ergothérapeutes se définissent trop par ce qui est extérieur à eux ou si les documents définis par l'OEQ ne prennent pas en considération la réalité du terrain.

RÉFÉRENCES

- ACORE, ACPUE et ACE. (2021). *Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada/Competencies for Occupational Therapists in Canada*. https://acotro-acore.org/sites/default/files/uploads/corecom_document_en_web.pdf.
- Ariste, R. (2019). Availability of health workforce in urban and rural areas in relation to Canadian seniors. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(2), 510-520. <https://doi.org/10.1002/hpm.2712>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. <https://www.caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Bédard, C., Bourdeau, A.-A., Dubois, M., et Dufour, V. (2011). *Développement de l'expertise dans le secteur des hautes technologies* [mémoire de maîtrise inédit]. Université de Sherbrooke. https://www.usherbrooke.ca/gef/fileadmin/sites/gef/documents/synthese_projets_recherche/Expertise_hautes_technos-rapport.pdf
- Boshoff, K. et Hartshorne, S. (2008). Profile of occupational therapy practice in rural and remote South Australia. *The Australian journal of rural health*, 16(5), 255-261. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2008.00988.x>
- Brems, C., Johnson, M. E., Warner, T. D., et Roberts, L. W. (2006). Barriers to healthcare as reported by rural and urban interprofessional providers. *Journal of Interprofessional Care*, 20(2), 105-118. <https://doi.org/10.1080/1356182060062228>
- Castra, M. (2012). Expertise. Dans *Sociologie, Les 100 mots de la sociologie*. <https://journals.openedition.org/sociologie/1211>
- Chipp, C., Dewane, S., Brems, C., Johnson, M. E., Warner, T. D. et Roberts, L. W. (2011). “If Only Someone Had Told Me ...”: Lessons From Rural Providers. *The Journal of Rural Health*, 27(1), 122-130. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00314.x>
- Cloutier, R. (à paraître). *Particularités de la pratique d'ergothérapeutes en région rurale éloignée au Québec*. Essai inédit. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Devine, S. (2006). Perceptions of occupational therapists practising in rural Australia: A graduate perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(3), 205-210. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00561.x>
- Fortin, M-F, et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal : Chenelière éducation.
- Gauthier, J., Haggerty, J., Lamarche, P., Lévesque, J-F., Morin, D., Pineault, R. et Sylvain, H. (2009). *Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées* (publication Projet n° RC2-0985-05). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1014_ConditionsAccesServSanteCommunRurales.pdf

- Gouvernement du Québec. (2021a). *Liste des régions administratives*.
<https://www.quebec.ca/gouv/travailler-gouvernement/services-employes-etat/carriere-recrutement/mobilite-fonction-publique/liste-regions-administratives/>
- Grobler, L., Marais, B. J., et Mabunda, S. (2015). Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005314.pub3>
- Institut de la statistique du Québec. (2013). *Le Québec chiffres en main - Édition 2013*.
https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01600FR_qcem2013H00F00.pdf
- Institut de la statistique du Québec. (2020). *Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions*.
<https://statistique.quebec.ca/fr/vitrine/region/06>
- Kingston, G. A., Williams, G., Judd, J. et Gray, M. A. (2015). Hand therapy services for rural and remote residents: Results of a survey of Australian occupational therapists and physiotherapists. *The Australian journal of rural health*, 23(2), 112-121.
<https://doi.org/10.1111/ajr.12141>
- Laliberté, M., Poulin, V., Brousseau, M. et Salib, G.-E. (2018). Validation des connaissances et des compétences avancées des ergothérapeutes en thérapie de la main: une étude exploratoire. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(1), 57-77.
<https://rfre.org/index.php/RFRE/article/view/75/102>
- Leclerc, M. et Soucy, A. (2013). *Le Québec chiffres en main*. Institut de la statistique du Québec.
https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01600FR_qcem2013H00F00.pdf
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation, 3^e édition*. Montréal : Guérin Montréal, 657 p.
- McNeil, K., Mitchell, R. et Parker, V. (2015). The paradoxical effects of workforce shortages on rural interprofessional practice. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(1), 73-82.
<https://doi.org/10.1111/scs.12129>
- Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine. (2011). *Portraits statistiques régionaux en culture : Saguenay-Lac-Saint-Jean*.
<https://culturesaguenaylacsaintjean.ca/files/PortraitStatistiqueSLSJ2011f.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Le système de santé et de services sociaux au Québec : En bref*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-731-01WF.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>
- Ministère de l'Économie et de l'Innovation. (2021). *Occupation du territoire*. Région Saguenay-Lac-Saint-Jean. <https://www.economie.gouv.qc.ca/pages-regionales/saguenay-lac-saint-jean/portrait-regional/occupation-du-territoire/>

- Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation. (2010). *Organisation territoriale : Saguenay-Lac-Saint-Jean (région 02)*. <https://www.mamh.gouv.qc.ca/organisation-municipale/organisation-territoriale/regions-administratives/saguenay-lac-saint-jean/>
- Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation. (2020). *Carte régionale du Saguenay-Lac-Saint-Jean*. https://www.mamh.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/organisation_municipale/cartotheque/Region_02.pdf
- Ministère des Ressources naturelles et de la Faune. (2006). *Portrait territorial : Saguenay-Lac-Saint-Jean*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/environnement/territoire/Documents/Saguenay-Lac-St-Jean/RA_portrait-SLSJ_MERN.pdf?1592582257
- Murray, C., Turpin, M., Edwards, I. et Jones, M. (2015). A qualitative meta-synthesis about challenges experienced in occupational therapy practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(9), 534-546. <https://doi.org/10.1177/0308022615586786>
- Nguyen, A. T., Trout, K. E., Chen, L. W., Madison, L., Watkins, K. L. et Watanabe-Galloway, S. (2016). Nebraska's rural behavioral healthcare workforce distribution and relationship between supply and county characteristics. *Rural and Remote Health*, 16(2), 36-45. <https://www.rrh.org.au/journal/article/3645>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009). L'ergothérapeute comme témoin expert à la cour : les préalables. *Ergothérapie express : Le bulletin de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec*. https://www.oeq.org/DATA/ARTICLESPECIAL/69~v~temoin_expert.pdf
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2019). *La tenue de dossier en ergothérapie*. <https://www.oeq.org/DATA/CMSDOCUMENT/724.pdf>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2020). *Rapport annuel 2019-2020*. <https://www.oeq.org/DATA/RAPPORTANNUEL/19~v~2019-2020.pdf>
- Ordre des ergothérapeutes. (2021). *Qu'est-ce que l'ergothérapie?* <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (2006). *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé*. https://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf?ua=1
- Paliadelis, P. S., Parmenter, G., Parker, V., Giles, M. et Higgins, I. (2012). The challenges confronting clinicians in rural acute care settings: a participatory research project. *Rural and Remote Health*, 12, 2017. <https://www.rrh.org.au/journal/article/2017>
- Parkin, A.E., McMahon, S., Upfield, N., Copley, J. et Hollands, K. (2001). Work experience program at a metropolitan paediatric hospital: assisting rural and metropolitan allied health professionals exchange clinical skills. *Australian Journal of Rural Health*, 9(6), 297-303. <https://doi.org/10.1046/j.1038-5282.2001.00383.x>
- Peterson, C., Ramm, K., et Ruzicka, H. (2003). Occupational Therapists in Rural Healthcare: A “Jack of All Trades”. *Occupational Therapy In Health Care*, 17(1), 55-62. doi:10.1080/J003v17n01_05

- Roots, R. K., Brown, H., Bainbridge, L. et Li, L. (2014). Rural rehabilitation practice: Perspectives of occupational therapists and physical therapists in British Columbia, Canada. *Rural and Remote Health*, 14.
<http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=2506>
- Roots, R. K. et Li, L. C. (2013). Recruitment and retention of occupational therapists and physiotherapists in rural regions: a meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 13(1), 59. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-59>
- Rygh, E. et Hjortdahl, P. (2007). Continuous and integrated health care services in rural areas. A literature study. *Rural and Remote Health*, 7(766).
<http://www.rrh.org.au/journal/article/766>
- Sisson, A. (2012). Définir la pratique en milieu rural et en milieu éloigné. *Actualités ergothérapeutiques*, 14(6), 10-12. https://www.caot.ca/document/6065/AE_Nov_12.pdf
- Statistique Canada. (2017, 29 novembre). *Région du Saguenay--Lac-Saint-Jean [Région sociosanitaire, décembre 2017], Québec et Québec [Province]*. Profil du recensement, Recensement de 2016 (publication n° 98-316-X2016001).
<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
- Townsend, E.A. et 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*. (2e ed). Ottawa, ON : CAOT publications ACE.
- Wielandt, P. M., et Taylor, E. (2010). Understanding rural practice: implications for occupational therapy education in Canada. *Rural and Remote Health*, 10(3), 1-13.

ANNEXE A

Perception d'ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de leur niveau d'expertise



Questionnaire

Section 1 – Informations sociodémographiques

Q1. Quel âge avez-vous?

- Q2. Quel est votre sexe? Homme
 Femme
 Je préfère ne pas préciser

Q3. Depuis combien d'années êtes-vous ergothérapeute?

Q4. Indiquez votre statut.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Clinicien (auprès de la clientèle) | <input type="checkbox"/> Chercheur |
| <input type="checkbox"/> Coordonnateur clinique | <input type="checkbox"/> Consultant |
| <input type="checkbox"/> Gestionnaire | <input type="checkbox"/> Gestionnaire de cas |

Q5. Occupez-vous un emploi?

- Régulier à temps plein
 Régulier à temps partiel
 Remplacement temporaire sur un poste à temps plein
 Remplacement temporaire sur un poste à temps partiel
 Emploi temporaire sur un projet spécial non permanent à temps plein

Q6. Depuis combien d'années pratiquez-vous au Saguenay-Lac-Saint-Jean?

Q7. Dans quelle MRC du Saguenay-Lac-Saint-Jean travaillez-vous?

- MRC Maria-Chapdelaine MRC Fjord-du-Saguenay
- MRC Domaine-du-Roy Ville de Saguenay

Q8. Vous travaillez dans :

- Réseau public (dans un CIUSSS) dont en particulier (vous pouvez indiquer plus d'une réponse)
- Réseau public – dans un centre de réadaptation (CRDP)
- Réseau public – dans un centre de réadaptation (CRDI-TED)
- Réseau public – dans un CIUSSS (volet CLSC)
- Réseau public – dans un CIUSSS (volet CHSLD)
- Réseau public – dans un CIUSSS (volet CH)
- Réseau public – dans un CIUSSS (volet enfance-famille-jeunesse)
- Réseau public – dans un CIUSSS (volet santé mentale)
- Réseau public – Commission scolaire
- Autre, spécifiez : _____

Spécifiez le nombre d'ergothérapeutes de ce volet ? _____

- Réseau privé (vous pouvez indiquer plus d'une réponse)
- Réseau privé – dans une clinique privée (volet adulte, CNESST ou SAAQ)

Section 2 – Informations professionnelles (perception du champ d'expertise)

Cette section comprend des questions ouvertes (répondez spontanément aux questions) et d'autres questions où vous avez un choix à faire.

Q9. Quel serait votre champ d'expertise (vos champs si plus d'un) ?

Q10. Avec quel type de clientèle travaillez-vous ? (ACE, 2012, p.4)

	Très souvent 5	Souvent 4	Occasionnellement 3	Rarement 2	Jamais 1
Individus	5	4	3	2	1
Familles	5	4	3	2	1
Groupes	5	4	3	2	1
Communautés	5	4	3	2	1
Populations	5	4	3	2	1
Commentaires					

Q10. Avec quel groupe d'âge travaillez-vous ? (ACE, 2012, p.4)

	Très souvent 5	Souvent 4	Occasionnellement 3	Rarement 2	Jamais 1
Enfants	5	4	3	2	1
Adultes	5	4	3	2	1
Personnes âgées	5	4	3	2	1
Commentaires					

Q11. Depuis combien d'années pratiquez-vous dans ce contexte de pratique (champ d'expertise, clientèle, etc.) ? _____

Section 3 – Perceptions des niveaux d'expertise professionnelle en ergothérapie

Q12. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez la fréquence de 1 à 7.

	1 Jamais	2 Rarement, dans moins de 10% des cas	3 Occasionnellement, dans environ 30% des cas	4 Parfois, dans environ 50% des cas	5 Fréquemment, dans environ 70% des cas	6 Habituellement, dans environ 90% des cas	7 Toujours
Q13. Je considère adopter une pratique davantage spécialisée (définie comme expérimentée ou chevronnée) que généraliste (Wielandt, et Taylor, 2010; Wills et Case-Smith, 1996, cité dans Peterson, Ramm et Ruzicka, 2003)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q14. Dans le cas où vous percevez votre pratique comme étant chevronnée (expérimenté dans un ou plusieurs domaine(s) de pratique), formulez des exemples qui justifient cette perception (ACE, 2012).

<p>Q15. Je considère adopter une pratique davantage généraliste que spécialisée (expérimentée ou chevronnée) (Wielandt, et Taylor, 2010; Wills et Case-Smith, 1996, cité dans Peterson, Ramm et Ruzicka, 2003)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q16. Dans le cas où vous percevez votre pratique comme étant généraliste, formulez des exemples qui justifient cette perception. (Roots et al., 2014 ; Wielandt et Taylor, 2010)

Q17. Dans le cas où vous percevez votre pratique comme étant chevronnée (expérimentée dans un domaine particulier), quels sont les défis que vous rencontrez qui sont spécifiques à ce type de pratique?

Q18. Dans le cas où vous percevez votre pratique comme étant généraliste, quels sont les défis que vous rencontrez qui sont spécifiques à ce type de pratique?

Q19. Vous arrive-t-il qu'on vous consulte pour votre expertise ? Oui

Non

Q20. Donnez des exemples lorsqu'on vous consulte?

Q21. Qui vous consulte?

	Très souvent 5	Souvent 4	Occasionnellement 3	Rarement 2	Jamais 1
Des ergothérapeutes de la région du Saguenay	5	4	3	2	1
Des ergothérapeutes de la région du Lac-Saint-Jean	5	4	3	2	1
Des ergothérapeutes d'en dehors de la région	5	4	3	2	1
Des professionnels de la santé de la région du Saguenay	5	4	3	2	1
Des professionnels de la santé de la région du Lac-Saint-Jean	5	4	3	2	1
Des professionnels de la santé d'en dehors de la région	5	4	3	2	1
Des membres de famille de la région du Saguenay	5	4	3	2	1
Des membres de famille de la région du Lac-Saint-Jean	5	4	3	2	1
Commentaires					

Q22. Considérez-vous la pratique en région éloignée (parfois rurale) comme une expertise en soi?
(Roots et Li, 2013)

Oui

Non

Q23. Si vous avez répondu oui à la dernière question, expliquez :

Q24. Quelles sont les connaissances, les compétences et les habiletés additionnelles requises pour les ergothérapeutes qui travaillent en région éloignée des grands centres?
