

Université de Montréal

**Identification et analyse des éléments qui soutiennent
la pratique de l'ergothérapie à domicile au Québec**

par

Jacinthe Valiquette

École de réadaptation

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.)

en Sciences biomédicales (ergothérapie)

Avril, 2003

© Jacinthe Valiquette, 2003



W

4

U58

2004

v.027

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé

Identification et analyse des éléments qui soutiennent la pratique
de l'ergothérapie à domicile au Québec

présenté par :

Jacinthe Valiquette

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Micheline Saint-Jean M.Sc.,
président-rapporteur

Madame Colette Dion-Hubert D.E.S.S.
directrice de recherche

Monsieur Pierre-Yves Therriault M.Sc.A.
codirecteur

Madame Michèle Hébert Ph.D.
membre du jury

RÉSUMÉ

Mots clés : pratique communautaire, CLSC, efficacité professionnelle, praticien réflexif, recherche qualitative.

Les ergothérapeutes, bien implantés dans les programmes de soutien à domicile (SAD) des centres locaux de services communautaires (CLSC), identifient clairement le besoin de délimiter et de structurer leur pratique à la suite des nombreuses transformations du réseau de la santé québécois. Pour ces professionnels de la santé, la problématique actuelle s'articule autour de l'urgence de répondre à une demande de services croissante avec des effectifs limités. Pour mieux comprendre cette problématique, deux ergothérapeutes et trois personnes âgées ayant reçu des services d'ergothérapie d'un programme SAD de CLSC ont été invités à participer à des entretiens de recherche semi-dirigés pour faire part de leur expérience. Ces entretiens, de même que les données tirées des procès-verbaux d'une année d'un regroupement d'ergothérapeutes de programmes SAD, ont été analysés. Un modèle théorique d'efficacité professionnelle a été retenu comme axe central d'analyse et un outil informatique d'analyse de données qualitatives a servi à gérer la codification. Cette recherche exploratoire de nature interprétative a permis de définir progressivement l'essence et la complexité de la pratique de l'ergothérapie communautaire au Québec, les gestes et les attitudes qui sont source de malaises, et ceux qui vont dans le sens d'une plus grande efficacité professionnelle à long terme. Mettre au jour quelques-uns des grands principes qui régissent la pratique ergothérapique à domicile devrait contribuer d'une part à favoriser l'émergence et l'évolution de la pratique communautaire des ergothérapeutes du Québec, et d'autre part, contribuer à l'amélioration des services et de la formation de la relève en ergothérapie.

ABSTRACT

Key Words : Occupational therapy in community based practice in Quebec, CLSC, Professional effectiveness, Reflective practitioner.

Nowadays, occupational therapists are well implanted in the Home Care Services Programs (SAD) of the Local Community Services Centres (CLSC). In practice, it is clear that the numerous changes to the Quebec health care system make it necessary to structure and determine the scope of this practice. For these health professionals, the present problem stems from the urgency to answer an ever growing demand for services, with limited resources. In order to better understand this problem, two occupational therapists and three elderly persons who had received occupational therapy services from a SAD program of a CLSC, were invited to participate in semi-structured research interviews to share their experience. These interviews were analysed, along with data from the minutes of meetings of an occupational therapists group over the period of one year. A theoretical model of professional effectiveness was used as central axis and a software tool was used for the analysis of the qualitative data which served for the codification of the analysis plans by categories. This exploratory research of an interpretative nature has served to progressively define the essence of occupational therapy in community based practice in Quebec. Furthermore, this study has identified gestures and attitudes that lead to greater long term professional efficiency. Updating some of the major principles governing occupational therapy in community based practice should contribute, on one hand, to the emergence and evolution of the community practice of occupational therapists in Quebec, and, on the other hand, contribute to the improvement of services and of the training of the next generation of occupational therapists.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT.....	IV
TABLE DES MATIÈRES.....	V
Liste des tableaux	IX
Liste des figures	X
Liste des sigles, des abréviations et leur définition.	XI
REMERCIEMENTS	XVIII
AVANT-PROPOS.....	XX
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE.....	5
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE THÉORIQUE.....	10
2.1 Recension des écrits	10
2.1.1 Évolution des services à domicile au Québec.....	11
2.1.2 Survol général des pratiques communautaires en ergothérapie.....	17
2.1.3 La pratique ergothérapeutique en CLSC.....	26
2.2 Cadre théorique	41
2.2.1 Les auteurs.....	42
2.2.2 Pour une théorie de la connaissance pratique.....	44
2.2.3 Théories d'usage.....	46
2.2.4 L'intermédiaire.....	49
2.2.5 Modèle I et Modèle II.....	49
2.2.6 Mise en relation des concepts.....	55
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	59
3.1 Pôle épistémologique.....	61

3.1.1 Choix de paradigme	61
3.1.2 Objet de recherche	65
3.1.3 Problématique	65
3.1.4 Concept opératoire	65
3.1.5 A priori théoriques	65
3.1.6 Critères de scientificité	66
3.2 Pôle technique	72
3.2.1 Échantillonnage.....	72
3.2.2 Techniques de cueillette des données	78
3.2.3 Modes d'investigation.....	81
3.3 Pôle théorique.....	82
3.3.1 Étude qualitative exploratoire	82
3.3.2 Analyse et interprétation des données qualitatives	83
3.4 Pôle morphologique	86
3.4.1 Style et logique sous-jacents à la présentation des résultats	86
3.5 Éthique de la recherche.....	87
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS	89
4.1 Profils des acteurs	90
4.1.1 Madame Allard et Monsieur Allard.....	90
4.1.2 Madame Jolin, ergothérapeute	94
4.2 Dévoilement des sens cachés	97
4.2.1 L'expérience professionnelle	97
4.2.2 L'ergothérapeute vu comme un chercheur en milieu de pratique : expérimentation dans le contexte de la pratique à domicile	99
4.2.3 Théories d'usage	103
4.2.4 Le rôle de l'intermédiaire.....	107
4.2.5 Dilemme d'incongruité	110
4.2.6 Structurer son rôle.....	111
4.3 Synthèse des résultats	114
4.3.1 Nature du travail ergothérapique à domicile.....	114
4.3.2 Complexité du contexte de travail de l'ergothérapeute en CLSC.....	114
4.3.3 L'ergothérapeute en CLSC et son rôle d'intermédiaire	115
4.3.4 Changement de pratique chez les personnes âgées et les ergothérapeutes	119
4.3.5 Malaise de l'ergothérapeute en CLSC	120
CHAPITRE 5 : DISCUSSION	121

5.1 Commentaires sur les limites de la généralisation, sur la signification et la pertinence	121
5.1.1 Chercheur et ergothérapeute en CLSC.....	121
5.1.2 Taille de l'échantillon	123
5.1.3 Utilisation du Modèle II (Argyris & Schön, 1999)	123
5.1.4 Discussion sur les résultats obtenus.....	124
5.2 Commentaires sur les transferts des résultats et les applications possibles	128
5.2.1 Conditions de transfert des résultats	128
5.2.2 Applications possibles	129
5.3 Commentaires sur l'apport conceptuel : retour sur la méthodologie..	137
5.3.1 Approche qualitative.....	137
5.3.2 Échantillonnage.....	137
5.3.3 Préparation aux entretiens de recherche.....	140
5.3.4 Utilisation de photos prises par les participants.....	140
5.3.5 Utilisation de logiciels	141
5.4 Verdict final et pistes de recherche	142
5.4.1 Verdict	142
5.4.2 Pistes de recherche.....	142
CONCLUSION	145
RÉFÉRENCES	147
ANNEXES	XXII
Annexe A : Lettre d'invitation à participer au projet de recherche	XXIII
Annexe B : Demande d'approbation de recherche.....	XXV
Annexe C : Formulaire de consentement pour les personnes âgées.....	XXIX
Annexe D : Formulaire de consentement pour les ergothérapeutes	XXXIII
Annexe E : Guide d'entretien de recherche avec les personnes âgées ...	XXXVII
Annexe F : Guide d'entretien de recherche avec les ergothérapeutes ...	XXXIX
Annexe G : Formulaire de consentement pour la prise de photos	XLI
Annexe H : Lectures suggérées aux ergothérapeutes	XLIV

Annexe I : Demande d'accès aux procès-verbaux d'un regroupement d'ergothérapeutes en CLSC.....	XLVI
Annexe J : Extraits codés des transcriptions des entretiens de recherche.....	L
Annexe K : Premier rapport envoyé aux ergothérapeutes	LXXI
Annexe L : Thèmes dominants des procès-verbaux codés	LXXVII
Annexe M : Catégories finales et leur mise en relation	LXXIX
Annexe N : Certificat d'éthique.....	LXXXII

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Études sur la pratique ergothérapeutique en CLSC au Québec	27
Tableau II : Variables régulatrices et stratégies d'action des Modèles I et II	52
Tableau III : Critères de sélection des participants	74
Tableau IV : Profil sociodémographique des participants aux entretiens de recherche	76

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Apprentissage de la pratique professionnelle	54
Figure 2 : Parcours professionnel possible selon le Modèle II	56
Figure 3 : Stratégie de recherche.....	60
Figure 4 : Démarche méthodologique inspirée de l'évaluation de 4 ^e génération de Guba et Lincoln (1989)	64
Figure 5 : Triangulation de la collecte de données	69
Figure 6 : Illustration de l'application de quelques critères de qualité à partir de l'une des phases de la collecte de données (Lincoln, 1995 ; Savoie-Zajc, 1996c)	71
Figure 7a : Pratique ouverte qui intègre les deux volets de la pratique ergothérapique à domicile.....	117
Figure 7b : Pratique ergothérapique fermée qui privilégie rigueur technique et image de compétence professionnelle	117
Figure 8 : Parcours professionnels possibles de l'ergothérapeute en CLSC.....	134

LISTE DES SIGLES, DES ABRÉVIATIONS ET LEUR DÉFINITION

ACE Association canadienne des ergothérapeutes

En 2003, l'ACE, créée en 1926, compte plus de 6 500 membres. L'ACE participe activement à l'essor de l'ergothérapie et offre des services, des produits et des activités afin de promouvoir l'excellence de la profession, centrée sur le service au client, au Canada et à l'étranger (ACE, 2003).

AFS Auxiliaire familiale et sociale

Personne qui fournit des services à domicile à des personnes en difficulté temporaire ou permanente d'autonomie conformément à un plan d'intervention défini par le personnel infirmier responsable. Il offre des soins d'hygiène de base, change des pansements, donne les médicaments prescrits et supervise un programme d'exercices, s'il y a lieu. L'AFS peut également effectuer différentes tâches ménagères comme la préparation des repas, les achats à l'épicerie, l'entretien ménager, seul ou avec la participation de la personne en difficulté. L'AFS s'efforce d'établir une relation positive avec les usagers et de favoriser le plus possible leur autonomie. Il veille aussi à signaler au personnel infirmier toute situation pouvant nuire à la santé ou à la sécurité des usagers (Emploi Québec, 2003).

AVC Accident vasculaire cérébral

Perte soudaine et non convulsive des fonctions neurologiques due à un phénomène vasculaire intracrânien ischémique ou hémorragique (CHU de Rouen, 2003).

CHSLD**Centre d'hébergement et de soins de longue durée**

Le CHSLD est un milieu de vie et de soins spécialisés pour adultes en perte d'autonomie. La mission d'un CHSLD consiste à offrir de façon temporaire ou permanente des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation. Ces services s'adressent aux adultes en perte d'autonomie, principalement les personnes âgées, qui ne peuvent plus demeurer à domicile. Il existe 143 CHSLD au Québec. Environ 28 000 adultes et personnes âgées en perte d'autonomie y résident (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2003a).

CLSC**Centre local de services communautaires**

Les CLSC constituent l'une des principales portes d'entrées du réseau de la santé au Québec. Ils desservent un territoire délimité qui a pour mission d'améliorer l'état de santé et de bien-être des individus de la communauté. Le CLSC offre des services de santé et des services sociaux courants, des services de réadaptation ou de réinsertion. Les services sont dispensés à l'intérieur de ses installations, dans le milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile. Au besoin, le CLSC oriente la clientèle vers les établissements, les organismes ou les personnes les plus aptes à lui venir en aide. Il existe 147 CLSC répartis dans toutes les régions du Québec (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2002).

- COTA** **Community occupational therapists and associates**
- Agence d'ergothérapeutes de l'Ontario qui oeuvrent à domicile (Oliver, Blathwayt, Brackley, & Tamaki, 1993).
- DSC** **Département de santé communautaire**
- Instance d'administration publique de la santé communautaire au Québec instituée dans un centre hospitalier (Loi sur la santé et les services sociaux). Les DSC créés dans les années 1970, furent intégrés en 1993 aux directions régionales de santé publique (DRSP) (Trickey, 1993).
- FCRSS** **Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé**
- La FCRSS encourage et finance la recherche sur la gestion et la politique des services de santé et des services infirmiers pour l'amélioration de la qualité, la pertinence et l'utilité de cette recherche pour les stratèges et les gestionnaires du système de santé (FCRSS, 2003).
- GREC** **Groupe de recherche en ergothérapie communautaire**
- Ce groupe composé de chercheurs du programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa et d'ergothérapeutes de CLSC, a mis au point entre autres, un questionnaire pour l'évaluation des services ergothérapeutiques communautaires par les bénéficiaires qui a été présenté au 12^e Congrès international de la Fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT, 1998).

- MCRO** **Modèle canadien du rendement occupationnel**
- Le MCRO est un cadre conceptuel qui décrit la perspective de l'ergothérapie sur la relation dynamique et interdépendante qui s'établit entre la personne, l'environnement et l'occupation (ACE, 1997)
- MSHD** **Mesure de la situation de handicap à domicile (Rousseau, 1997)**
- Instrument d'évaluation de la problématique de l'aménagement domiciliaire pour l'adulte présentant des incapacités motrices basé sur le « Modèle de compétence » (Rousseau, 1997).
- OEQ** **Ordre des ergothérapeutes du Québec**
- La mission de l'OEQ est d'assurer la protection du public. L'OEQ veille à la qualité des services d'ergothérapie et favorise un accès équitable aux services d'ergothérapie au Québec (OEQ, 2003).
- OPHQ** **Office des personnes handicapées du Québec**
- L'OPHQ a pour mission de veiller à la coordination des services dispensés aux personnes handicapées, d'informer et de conseiller les personnes handicapées, de promouvoir leurs intérêts et de favoriser leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (OPHQ, 2003).

PAD

Programme d'adaptation de domicile

Ce programme de la Société d'habitation du Québec (SHQ) vise à aider la personne qui vit une situation de handicap à payer le coût des travaux essentiels pour rendre accessible et fonctionnel le logement qu'elle habite (SHQ, 2002a).

RAMQ

Régie d'assurance maladie du Québec

Instituée en 1969, la RAMQ administre et assure l'accès universel du régime d'assurance maladie à la population du Québec (RAMQ, 2002).

SAD

Soutien à domicile

Les programmes de soutien à domicile regroupent les services à domicile offerts par les CLSC aux personnes en perte d'autonomie temporaire ou permanente. Ces services à domicile sont gratuits et sont destinés aux personnes et aux milieux qui les soutiennent. Ils visent à aider à vivre à domicile le plus longtemps et de la façon la plus autonome possible. Selon les CLSC, ce programme regroupe une gamme plus ou moins étendue de services prodigués à domicile, comme l'aide aux soins personnels, les soins infirmiers, les services de travailleurs sociaux, d'ergothérapie, de physiothérapie, de nutrition et d'inhalothérapie.

SAFER **Safety assessment of function and the environment for rehabilitation**

Instrument de mesure développé par un groupe d'ergothérapeutes spécialisés en gériatrie communautaire, membres du COTA (Oliver, Blathwayt, Brackley, & Tamaki, 1993).

SCHL **Société canadienne d'hypothèques et de logement**

La SCHL est un organisme national du logement. Ses activités visent à aider la population canadienne à vivre dans un logement sûr à tout point de vue. La SCHL favorise l'innovation dans le domaine de la technologie et de la conception des habitations. Grâce à son assurance prêt hypothécaire, la SCHL aide les canadiens et les canadiennes à posséder leur propre maison (SCHL, 2003a).

SHQ **Société d'habitation du Québec**

La SHQ est l'organisme responsable des politiques et des programmes d'habitation, et principal conseiller du Gouvernement du Québec dans ce domaine (SHQ, 2002b).

Pour Laure

REMERCIEMENTS

Mener à bien ce projet de longue haleine aurait été impossible sans le soutien matériel et moral de plusieurs personnes. Je tiens à exprimer en tout premier lieu ma plus vive reconnaissance et toute ma gratitude à mes directeurs, Madame Colette Dion-Hubert et Monsieur Pierre-Yves Therriault. Leur soutien et leur confiance en mon projet m'ont permis d'explorer mes capacités à faire de la recherche dans un cadre rassurant, chaleureux et ludique. Je leur suis particulièrement reconnaissante pour la qualité de leur écoute. Avec eux, j'ai eu la chance d'approfondir ma quête de sens et de poursuivre librement mon évolution en tant que personne et professionnelle de la santé.

Mes remerciements s'adressent ensuite aux personnes qui m'ont manifesté leur confiance en acceptant de s'entretenir avec moi. L'engagement de respecter leur anonymat m'empêche de les nommer. Cette étude n'aurait pu exister sans leur participation généreuse. Je ne soulignerai jamais assez la valeur et l'importance de leur collaboration dans le succès de ce projet. Je tiens aussi à remercier Monsieur Jean-Marie Van der Maren pour son expérience et la qualité de son enseignement en recherche qualitative. Merci également à Marie Chevalier, pour ses rappels avisés, et à Jean-Pierre Fraser pour les échanges stimulants. Je remercie aussi mes collègues et amis du CLSC de la Haute-Yamaska, Vinciane Peeters, Alain Proulx, Annie Sabourin et Chantal Vallières, pour leur appui. Je veux également exprimer ma plus vive reconnaissance à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal pour la bourse de la Fondation Massabki et la bourse de rédaction, au centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal pour la bourse Marthe-Demers, et à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal pour leur soutien financier.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude à mes parents, Germaine et Gaston, ainsi qu'à mes amis, Christine, Maryse et Serge, qui ont su reconnaître par leur patience et leur compréhension l'importance que ce projet avait pour moi. Je remercie tout spécialement ma fille Laure qui a puisé dans son amour et sa grande générosité les mots qu'il fallait pour m'encourager à poursuivre lorsque j'ai été confrontée à la

réalité du retour en classe. Finalement, je salue Claude, mon compagnon, pour son écoute patiente, ses conseils judicieux et son humour qui m'ont portée tout au long de ce projet. Merci.

AVANT-PROPOS

Au cours de mes études, c'est avec grand intérêt que j'ai pris connaissance des travaux de Ratcliffe et Gonzalez-del-Valle (1988). Pour ces auteurs, le chercheur n'est jamais neutre et l'approche rigoureuse de la formulation d'un projet de recherche passe par l'élucidation des motivations personnelles et professionnelles qui amènent un chercheur à fouiller une problématique. C'est ce questionnement qui m'a inspiré lors de l'élaboration de mon protocole de recherche.

Ergothérapeute initialement spécialisée dans l'intervention auprès de personnes atteintes de troubles neurologiques sévères à l'Institut de réadaptation de Montréal, mon arrivée en CLSC se déroule avant les profondes transformations du réseau de la santé québécois. La clinicienne spécialisée d'alors s'adapte comme tant d'autres aux enjeux mouvants des CLSC, et ce, en l'absence d'un véritable discours ergothérapique propre à la pratique communautaire. À cette époque, les commentaires avisés des usagers m'aident grandement à passer d'une approche de type réadaptation à une approche plus communautaire, adaptée à l'intervention à domicile. À peine consolidées, mes nouvelles bases de pratique ont dû s'ajuster pour correspondre à l'élargissement des responsabilités des CLSC au moment du virage ambulatoire. S'ensuit une quête incessante de stratégies pour tenter de répondre le plus efficacement possible aux demandes croissantes de services.

Après plus de quinze ans d'expérience, la « spécialiste » devenue « généraliste » a ressenti le besoin de prendre un recul par rapport à l'intervention clinique. Faire le point et aller au bout de mes intuitions et de mes questionnements par rapport à la pratique de l'ergothérapie à domicile devenait impérieux. La présente étude se veut un catalyseur à l'émergence d'un discours propre à la pratique quotidienne des ergothérapeutes des programmes de soutien à domicile (SAD) pour, d'une part, favoriser une réflexion chez les ergothérapeutes qui travaillent en CLSC, et, d'autre part, soutenir la formation des étudiants en ergothérapie intéressés à travailler à domicile. C'est en reconnaissance de la patience, de la générosité et de l'ingéniosité de mes patients que j'ai jugé important de donner la parole non seulement aux ergothérapeutes, mais également à celles et à ceux qui justifient

pour une bonne part la raison d'être des services d'ergothérapie à domicile : les personnes âgées en perte d'autonomie. Tout compte fait, ce projet veut servir les intérêts de la communauté pour qu'une fois le moment venu, chacun de nous puisse jouer pleinement son rôle d'aîné.

INTRODUCTION

Une enquête récente (Hébert, Maheux, & Potvin, 2000) démontre que les ergothérapeutes¹ sont bien établis dans les CLSC du Québec. Les résultats de l'enquête confirment que l'arrivée du virage ambulatoire en 1997 dans le réseau des services de santé du Québec a fait augmenter de façon importante les demandes de services en ergothérapie dans les CLSC. Ainsi, les temps d'attente pour recevoir des services en ergothérapie à domicile peuvent s'étendre jusqu'à douze mois. Dans une enquête réalisée en 1994, soit quelques années avant l'implantation du virage ambulatoire, Tremblay (1995) s'inquiétait déjà de l'insuffisance des ressources malgré une augmentation substantielle des effectifs dans les CLSC. Cette situation a entraîné l'instauration de critères de priorité pour gérer les listes d'attentes, dont le plus déterminant, « l'urgence d'agir », sert à évaluer la priorité d'une demande de service.

Hébert, Maheux et Potvin (2002) proposent l'existence de trois théories développées au quotidien de la pratique des ergothérapeutes des CLSC qui reflètent les stratégies mises en œuvre pour faire face aux pressions organisationnelles. L'une d'elles, « Une pratique de l'urgence pour répondre aux pressions organisationnelles » résonne en écho à « l'urgence d'agir » décrite sept ans plus tôt par Tremblay (1995). Le contexte de réduction budgétaire rend légitime la quête d'efficacité des ergothérapeutes des CLSC (Hébert, Thibeault, Landry, & Boisvenu, 1997), d'autant plus que la clientèle des CLSC s'est alourdie et s'est diversifiée depuis le virage ambulatoire (Moisan, 1999). Toutefois, Hébert et coll. (2002) invitent les ergothérapeutes des CLSC à examiner leurs théories dites d'usage et à revoir leurs choix professionnels en lien avec leur identité professionnelle.

Le besoin de lignes directrices pour encadrer l'exercice de l'ergothérapie en milieu communautaire n'est pas nouveau (Hébert et coll., 1997), mais toujours actuel. La revue attentive de la documentation confirme la rareté des études sur la pratique

¹ Le genre masculin est utilisé au sens générique uniquement pour alléger la lecture du document.

des ergothérapeutes en CLSC. Bien que des questionnaires auto-administrés aident à documenter l'état de la pratique des ergothérapeutes en CLSC, la constitution d'un noyau de concepts théoriques susceptible d'ancrer la pratique communautaire des ergothérapeutes du Québec n'a jamais été abordée empiriquement. Les quelques recherches identifiées mettent en perspective la pratique communautaire par rapport à d'autres types de pratiques (Maertens & Gougeon, 1993; Trickey, 1993) ou procèdent par enquêtes postales (Hébert et coll., 2000; Tremblay, 1995). C'est à juste titre que des ergothérapeutes, participant à des groupes de discussion sur la recherche dans le cadre du dernier Congrès de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (Pépin, Brousseau, Sauvageau, Blanchette, Garon, Beauchemin, Goyette, & Cantin, 2000), ont formulé le besoin pressant d'avoir un modèle de structuration de la pratique au sein des programmes de soutien à domicile (SAD) des CLSC. Sans prétendre répondre à ce besoin pour le moins colossal, la présente étude propose des concepts susceptibles d'alimenter la réflexion autour d'un tel modèle. L'analyse approfondie de la perception des personnes impliquées directement dans la relation d'aide établie dans le cadre des interventions ergothérapeutiques à domicile constitue un apport tout à fait original et participe à la création progressive d'un discours théorique propre aux ergothérapeutes des CLSC.

Lehoux, Rodrigue et Levy (1995) démontrent l'importance du rôle des savoirs développés à partir de l'expérience et de l'intuition par les intervenants de la santé pour la formulation de politiques de santé viables. Les savoirs non formalisés, ceux développés par des professionnels d'expérience, ne sont pas pour ces chercheurs des irrégularités à niveler, mais constituent une source importante de réflexion et d'enrichissement qu'il importe de mettre à jour. Le but de la présente étude est une amorce en ce sens et cherche à rendre compte des différents éléments qui structurent la pratique des ergothérapeutes des programmes SAD des CLSC à partir des perceptions des acteurs clés : les ergothérapeutes et les usagers des CLSC.

Dans un tout autre domaine que celui de la santé, Argyris et Schön (1999) ont mis au point un modèle d'efficacité professionnelle à long terme, le Modèle II, dont l'influence s'est surtout fait sentir dans les domaines de l'éducation et de la gestion. Ce modèle théorique s'est imposé en cours d'analyse comme étant susceptible de dégager les pistes de réflexion les plus prometteuses. L'ampleur du modèle et la complexité des concepts sous-jacents justifient la présence au deuxième chapitre d'un passage en revue des grands concepts qui sont à l'origine de ce modèle.

La pratique professionnelle de nature polymorphe et insaisissable doit être abordée dans une perspective de découverte (Van der Maren, 1999). En ce sens, la méthodologie exposée au chapitre trois laisse aux acteurs le soin de parler de leur expérience. L'approche méthodologique de nature interprétative s'inspire de l'évaluation de 4^e génération de Guba et Lincoln (1989). Les données proviennent principalement d'entretiens semi-dirigés avec deux ergothérapeutes de CLSC et trois personnes âgées ayant reçu des services d'ergothérapie d'un programme SAD de CLSC. Les autres données ont été tirées des procès-verbaux des réunions trimestrielles d'une année d'un regroupement régional d'ergothérapeutes qui oeuvrent dans des programmes SAD de CLSC. L'analyse par catégorisation a permis de dégager progressivement un sens à la pratique de l'ergothérapie dans les programmes SAD des CLSC. Le logiciel ATLAS.ti (Muhr, 1997) a servi à gérer la codification des données.

Tous les résultats ont été soumis aux ergothérapeutes qui ont participé aux entretiens de recherche pour une séance de négociation finale. Ceux-ci sont présentés au chapitre quatre. Ils rendent compte des actions et des attitudes des ergothérapeutes qui travaillent à domicile qui vont dans le sens de l'efficacité à long terme de même que de certains pièges qui se dressent dans la pratique quotidienne des ergothérapeutes qui travaillent en CLSC.

Le chapitre cinq fait ressortir les forces et les limites de l'étude. La plus importante relève de la taille de l'échantillonnage qui ne permet pas la saturation théorique, l'étude étant assujettie au cadre restreint d'études de deuxième cycle. Malgré tout,

nommer même partiellement ce qui est implicite dans le travail de l'ergothérapeute à domicile, pourra créer une ouverture aux échanges d'idées et faire évoluer la pratique ergothérapique en vigueur dans les CLSC. En conclusion, différentes avenues de recherche sont proposées. La plus intéressante pourrait consister à dépister les théories en usage en ergothérapie communautaire au Québec en procédant par observation directe de l'ergothérapeute en CLSC.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

La problématique est née d'une question apparemment simple, mais difficile à formuler. Dans quelle proportion le travail accompli par les ergothérapeutes dans le cadre des programmes SAD des CLSC relève-t-il spécifiquement de l'ergothérapie ? Pour une majorité d'intervenants en CLSC, y compris les médecins (Duchastel, 2001), une partie du travail accompli en CLSC est non spécifique à leur profession d'origine. Sur le terrain, c'est une évidence pour les ergothérapeutes en CLSC qu'une portion plus ou moins importante de leur travail n'est pas du ressort de l'ergothérapie. Cette réalité n'a jamais été remise en cause ouvertement et n'a jamais été étudiée. Ce questionnement sur l'écart possible entre les fondements de l'ergothérapie et la pratique de l'ergothérapie en CLSC est à l'origine de la problématique, laquelle s'est précisée à la lecture de différents travaux se rapportant de près ou de loin à la pratique ergothérapeutique en CLSC.

Contexte de la problématique

Au Québec, les services à domicile sont sous la responsabilité des CLSC, qui ont pour mission d'offrir des services préventifs et de santé publique de première instance. Quelques années après leur création, les CLSC ont commencé à embaucher des ergothérapeutes pour offrir des services de réadaptation à domicile. L'ergothérapeute, en tant que personne-ressource qui fournit des services spécialisés visant à maintenir les individus dans leur milieu de vie (Tremblay, 1995), a été graduellement de plus en plus sollicité au sein des équipes SAD des CLSC. En 1997, quelques années après la réorganisation du réseau de la santé québécois qui est caractérisée par ce qu'il est convenu d'appeler le virage ambulatoire, le nombre d'ergothérapeutes québécois qui exercent en CLSC excède la masse critique des 10 %. Plusieurs d'entre eux sont novices en pratique communautaire (Hébert et coll., 2000).

Le système de santé québécois a connu des réorganisations majeures depuis la création des CLSC. Ces réorganisations successives ont modifié les services à domicile des programmes SAD des CLSC. L'évolution des clientèles et des services a suivi les grandes tendances observables dans les pays occidentaux. Le soutien à un nombre croissant de personnes qui souhaitent être traitées et mourir à domicile, l'augmentation de la population vivant à domicile avec des incapacités², la diminution du taux d'hébergement public, la réduction des dépenses publiques dans le secteur de la santé et la quête d'efficacité sous la pression de la mondialisation des marchés financiers sont, en résumé, les principales tendances qui ont façonné les grandes orientations du système de santé québécois (Association canadienne de soins et de services à domicile & Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 1998 ; Ramonet, 2001). Même si ces orientations favorisent les services à domicile, le financement public pour ces services n'a pas suivi la croissance et la diversification des besoins de la population du Québec (Association canadienne de soins et de services à domicile et coll., 1998).

Les ergothérapeutes ont, de tout temps, été préoccupés par les aspects communautaires inhérents à leur profession. L'encadrement de la pratique communautaire des ergothérapeutes par les CLSC est particulier au Québec. Le CLSC, avec sa mission de première ligne, aurait dû renforcer les aspects communautaires de la pratique des ergothérapeutes. Toutefois, un manque de ressources a incité les ergothérapeutes à élaborer des stratégies pour tenter de répondre à la demande croissante et de plus en plus diversifiée de services à domicile (Hébert et coll., 2000). Actuellement, la pratique de l'ergothérapie en CLSC, forgée sous la pression du degré d'urgence d'intervenir en fonction de

² Selon Statistique Canada, le pourcentage de la population canadienne ayant des limitations fonctionnelles a grimpé de 2 % entre 1986 (13 %) et 1991 (15 %) (Richard & Falta, 1996). Des projections démographiques effectuées sur le vieillissement de la population canadienne, indiquent qu'en 2021, un peu moins d'un canadien sur cinq sera âgé de 65 ans ou plus, ce qui représente un accroissement de 6 % de ce groupe d'âges en 20 ans par rapport à 2001. La majorité des aînés, incluant ceux qui sont fragiles ou handicapés, veulent vivre dans leur maison aussi longtemps que possible (Rodriguez, 1994).

facteurs de risque préétablis, semble s'être éloignée des fondements de la pratique ergothérapique. En ce sens, des études (Hébert et coll., 2000 ; Tremblay, 1995) rapportent que les ergothérapeutes oeuvrant dans les CLSC s'inquiètent de l'impact des changements liés aux dernières réformes de la santé et des services sociaux sur leur pratique. À cet effet, Townsend (1996) démontre que certains enjeux institutionnels peuvent créer un écart important entre la pratique souhaitée par les ergothérapeutes et celle qui est en vigueur.

À la faveur du travail à domicile, les études récentes en ergothérapie insistent sur l'importance de travailler en étroite collaboration avec l'utilisateur et sa famille dans son environnement naturel en tenant compte des différents rôles que cette personne est amenée à jouer au sein de sa communauté. Plusieurs auteurs (Law, 1991 ; Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby, & Letts, 1996 ; Letts, Law, Rigby, Cooper, Stewart, & Strong, 1994) appellent au changement de rôle, de part et d'autre de la relation ergothérapique pour amener les acteurs à ajuster leur processus d'évaluation et d'intervention aux besoins des usagers et des proches aidants. L'ergothérapeute en CLSC et sa capacité d'observation, d'analyse et de résolution de problème cherche à rendre intelligible la réalité complexe d'une personne en perte d'autonomie à domicile. Cependant, les acteurs engagés dans cette relation ergothérapique peuvent poursuivre des finalités contradictoires. S'ouvrir à la logique du milieu familial, première source d'aide et d'entraide d'une personne, et changer sa façon de poser un problème exigent des habiletés de négociation qui restent à développer chez les ergothérapeutes. Comprendre en profondeur la situation d'aide à domicile et la culture des milieux favorise le respect des dynamiques communautaires et permet de limiter les sources de conflits potentiels entre les ergothérapeutes et les proches.

L'intervention en milieu naturel, quoique séduisante, ne se fait pas sans heurts. Offrir des services dans un environnement privé, social et physique qui n'a pas été prévu à cet effet, est complexe (Gagnon, Guberman, Côté, Gilbert, Thivierge, & Tremblay, 2001). Pour Le Moigne (1990), la complexité est liée à l'impossibilité de décomposer et de simplifier un phénomène sans qu'il y ait perte de sens et de

compréhension. Cette définition convient tout à fait aux situations instables, fluctuantes, pleines de contradictions, d'ambiguïtés et de paradoxes qui se retrouvent à domicile. Tenter de répondre au plus grand nombre dans un contexte qui s'apparente à celui de l'urgence peut mener à réduire les problèmes rencontrés pour intervenir auprès de plus de personnes. Cette tendance à la réduction du volume d'interventions par usager était du reste clairement observable à la fin des années 1990 dans les programmes SAD des CLSC, toutes interventions confondues (Association canadienne de soins et de services à domicile et coll., 1998). Une pratique de l'ergothérapie axée sur les clientèles nécessitant une intervention rapide soulève des inquiétudes (Hébert et coll., 2000). En outre, à la fin des années 1980, et dans un tout autre contexte, Yerxa (1988) lançait un appel pour la conservation et l'approfondissement de la complexité inhérente à la pratique de l'ergothérapie.

Quatre grands problèmes reliés à la clientèle qui reçoit des services d'ergothérapie à l'intérieur des programmes SAD des CLSC ont été retenus pour décrire et comprendre les différents éléments qui structurent la pratique des ergothérapeutes de ces programmes et guider le regard en direction de l'objet de recherche. Premièrement, les listes d'attente pour recevoir des services d'ergothérapie à domicile qui peuvent s'étendre jusqu'à douze mois (Hébert et coll., 2000 ; Tremblay, 1995) et qui donnent naissance à une pratique dite d'urgence (Hébert et coll., 2000). Deuxièmement, la diversification et l'alourdissement des clientèles (Moisan, 1999) et les inquiétudes des ergothérapeutes des programmes SAD quant à l'impact des changements liés au virage ambulatoire sur les services d'ergothérapie en place (Hébert et coll., 2000). Troisièmement, l'arrivée massive d'ergothérapeutes novices dans les CLSC (Hébert et coll., 2000) qui doivent se construire rapidement des modes opératoires (façons de faire) en s'initiant à la profession dans un contexte d'urgence. Et, quatrièmement, certains enjeux institutionnels qui peuvent entraver le travail des ergothérapeutes en CLSC.

Résumé

L'ergothérapie a, depuis ses origines, un intérêt pour l'intégration des personnes dans leur milieu. Les CLSC étaient au départ peu outillés pour intervenir auprès des personnes vivant des situations de handicap à domicile. La mission des CLSC étant initialement de favoriser la participation sociale optimale de tous les citoyens de leur territoire, ceux-ci ont graduellement recruté des ergothérapeutes pour les intégrer à leur programme SAD. La mission des CLSC, et de ses services à domicile chroniquement sous-financés, a été lourdement ébranlée au fil des différentes transformations du réseau de la santé et des services sociaux québécois. Quel a été l'impact d'un tel contexte sur la pratique de l'ergothérapie ? Cette étude s'interroge sur la congruence de la pratique de l'ergothérapie actuellement en vigueur dans les CLSC avec les fondements de l'ergothérapie.

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE THÉORIQUE

Ce chapitre est organisé en deux parties. La première partie, la recension des écrits, est subdivisée en trois sections. La première section retrace l'évolution des services à domicile au Québec. La deuxième esquisse à grands traits les pratiques communautaires en ergothérapie, pour introduire la troisième et dernière section qui traite spécifiquement de la pratique ergothérapique en CLSC. La deuxième partie du chapitre est consacrée à la présentation du modèle d'efficacité professionnelle de Argyris et Schön (1999) qui a servi de cadre théorique à l'interprétation des données.

2.1 Recension des écrits

La pratique des ergothérapeutes du Québec à domicile a été façonnée, à l'instar d'autres régions (Opacich, 1997), par un mélange de considérations humaines et économiques. Toutefois, le contexte québécois est unique au monde. Les ergothérapeutes du Québec qui travaillent à domicile sont, à quelques exceptions près, sous la compétence d'un établissement public, d'accès universel et gratuit, créé il y a maintenant plus de trente ans, le réseau des CLSC. Ces centres locaux de services communautaires, nés dans l'effervescence et le dynamisme communautaire des années 1970, s'étaient donnés pour mission de tonifier le tissu social, en favorisant une participation communautaire optimale des citoyens, et ce, à partir d'actions concrètes et ajustées aux réalités locales. L'évolution de la pratique communautaire des ergothérapeutes québécois est intimement liée à l'évolution des services à domicile des CLSC, eux-mêmes façonnés par les réalités sociales et économiques du Québec. La recension des écrits débute donc par un historique sur l'évolution des services à domicile au Québec.

2.1.1 Évolution des services à domicile au Québec

Vers le milieu des années 1960, l'État commence à s'inquiéter du taux de croissance des dépenses de santé. Les disparités de santé demeurent considérables malgré le développement technologique et la progression très rapide du nombre de médecins. Dans les années 1970, l'idée que la médecine a une solution pour tous les problèmes de santé s'effrite. La conception ancienne voulant que l'environnement et les habitudes de vie influencent la santé reprend vie après avoir été éclipsée par le triomphe de la médecine scientifique. Cet élargissement de perspective ouvre la porte aux politiques préventives qui pourraient être mises en œuvre dans une logique visant à accroître la santé de la population à moindre coût (Contandriopoulos, 1994). C'est dans ce contexte que des groupes de pression composés de personnes âgées et de personnes vivant une situation de handicap, contribuent à faire prendre conscience au gouvernement québécois qu'il a trop misé sur l'institutionnalisation en omettant de valoriser les ressources individuelles et communautaires, que sont l'entraide et l'action volontaire (Fédération des CLSC, 1979). De cela résulte des actions concrètes comme la création de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) en 1978 et l'élaboration d'une politique gouvernementale pour encadrer les services à domicile. Conjointement avec les actions visant l'amélioration du logement, du transport et du revenu, les services à domicile étaient un élément majeur de la politique de soutien à domicile du Québec élaboré par le ministre des Affaires sociales de l'époque (Québec, Ministère des Affaires sociales, 1979).

Les années 1970

Jusque dans les années 1970, les services à domicile offerts par différents organismes et établissements, dont les centres hospitaliers, étaient géographiquement mal répartis, mal coordonnés et d'accessibilité très inégale (Québec, Ministère des Affaires sociales, 1979). L'élaboration d'une politique du ministère des Affaires sociales en matière de services à domicile vient spécifier les

objectifs à poursuivre à l'égard des clientèles visées que sont les personnes âgées, les personnes handicapées (sic), les malades et les familles en difficulté. Cette première politique sur les services à domicile au Québec reconnaît l'importance des activités visant à apporter un soutien moral, matériel et médical susceptible de compenser une perte d'autonomie, et insiste largement sur le rôle primordial que ces services ont à jouer en tant que substitut à l'hospitalisation ou pour écourter un séjour à l'hôpital (Québec, Ministère des Affaires sociales, 1979).

Concrètement, les programmes de soutien à domicile (SAD) des CLSC offrent à cette époque des services d'aide matérielle (soins à l'hygiène, préparation de repas, entretien ménager), des services de base de soins infirmiers (pansement, injection, installation de sondes urinaires) et des services communautaires à caractères préventifs (groupes d'informations sur la médication, la nutrition, les législations et l'éducation sanitaire). En lien avec différents groupes sociaux du milieu, le CLSC stimulait également toute une panoplie de services d'entraide et mettait à contribution le milieu pour solidifier le tissu communautaire (Fédération des CLSC, 1979). Les CLSC approuvaient le désir manifeste d'une partie de la population de poursuivre une convalescence à domicile ou d'y mourir. Ils précisaient toutefois que ce type de services ne devait pas les monopoliser. À ce propos, les CLSC insistaient sur l'importance de sensibiliser les médecins sur la portée de l'implication de la famille et du réseau de relations d'un usager le moment venu d'accorder un congé de l'hôpital (Fédération des CLSC, 1979) pour articuler l'hospitalier et l'ambulatoire. Plus de vingt ans plus tard, cette demande de continuité des soins est plus que jamais d'actualité.

Avec sa politique de 1979 sur les services à domicile, le gouvernement établit clairement que les CLSC, créés en 1972 et en voie d'implantation dans toutes les régions du Québec, seront les dispensateurs prioritaires des services à domicile. Ils ont été choisis, à cause de leur proximité avec les populations locales, pour favoriser une participation plus responsable des communautés par rapport aux citoyens dans le besoin (Québec, Ministère des Affaires sociales, 1979). Par ailleurs, les CLSC, impliqués dans les services à domicile depuis sept ans déjà,

demandaient aux instances gouvernementales de définir les rôles respectifs des différents acteurs du réseau. Ils souhaitaient continuer à offrir des services de base pour compenser une perte d'autonomie, mais tenaient à préserver leur action communautaire pour briser l'isolement et contrer l'effritement social, en partenariat avec l'utilisateur, son milieu et les groupes communautaires locaux (Fédération des CLSC, 1979). C'est dans ce contexte de rôles et de missions en mutation que quelques ergothérapeutes commencent à joindre les équipes de programmes SAD de CLSC.

Les années 1980

La Fédération des CLSC entreprend de faire, au milieu des années 1980, un bilan du maintien à domicile au Québec (Roy, 1986). Premier constat, les programmes SAD constituent désormais les plus gros programmes des CLSC. Les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées en perte d'autonomie comptent pour soixante pour cent (60 %) de la clientèle de ces programmes. Les personnes en convalescence à domicile représentent pour leur part dix-sept pour cent (17 %) de la clientèle d'alors, devançant en nombre le contingent de personnes vivant avec une situation de handicap (10 %). Ce dernier groupe, combiné aux personnes âgées de plus de 75 ans, contribue principalement à l'alourdissement de la demande de services à domicile. Le profil des services à domicile offerts par les programmes SAD en 1985 est variable et hétérogène (Roy, 1986). De grandes disparités régionales subsistent malgré le souhait exprimé de remédier à cette situation dans l'énoncé de politique gouvernementale de 1979.

L'alourdissement et le vieillissement marqué de la clientèle, combiné au manque de ressources, exercent déjà une pression critique sur les programmes SAD des CLSC, et ce, malgré l'augmentation régulière des budgets depuis dix ans (Roy, 1986). L'universalité des services est menacée. Les mieux nantis sont référés à des ressources d'aide à domicile privées. Dans un effort constant pour contrer la pression qui menace l'équilibre budgétaire global des CLSC, les programmes SAD

font face à un dilemme. Soit, ils rencontrent plus d'usagers en leur offrant moins d'heures de service chacun, ou à l'inverse, soit ils desservent moins d'usagers, mais leur accordent plus d'heures de services. Les CLSC plus jeunes, créés après 1980, optent généralement pour la première solution qui a l'avantage de favoriser une meilleure pénétration du milieu (Roy, 1986).

Ce dilemme s'explique en grande partie par la variation des ressources en fonction de l'âge des CLSC. Plus ils sont jeunes, moins ils ont, par exemple, de ressources communautaires (Roy, 1986). Ainsi, plus le CLSC est jeune ou de création récente, moins il est en mesure d'associer l'action communautaire aux services à domicile. Les CLSC les plus actifs au plan communautaire sont ceux des milieux semi-urbains créés entre 1976 et 1979. En outre, le bilan de ces CLSC démontre qu'une forte présence de services à domicile combinée à une action communautaire soutenue auprès du milieu augmente l'efficacité des services à domicile et réduit au minimum les demandes d'hébergement (Roy, 1986). À ce stade, le manque de ressources et la pression croissante exercée par l'augmentation des demandes de services fragilisent l'action communautaire dans les programmes SAD des CLSC. Dans un mémoire présenté à l'école de service social de l'Université de Montréal, Bourque (1989) perçoit les politiques de désinstitutionnalisation, de désengorgement des urgences et de compressions budgétaires comme des menaces à la mission préventive des CLSC. Ces prévisions se sont avérées justes avant la fin de la décennie suivante.

Le virage ambulatoire des années 1990

Après plusieurs années de réflexion, le gouvernement du Québec procède, en 1991, à une réforme majeure de son système de santé et de services sociaux (Fédération des CLSC, 1995a). La nouvelle politique de santé souhaite réduire les dépenses de ce secteur de dix pour cent (10 %), tout en préservant les acquis sociaux de gratuité et d'universalité des services (Fédération des CLSC, 1995a) par ailleurs rognés depuis quelques années déjà (Contandriopoulos, 1994 ; Roy,

1986). En recherche de solutions plus efficaces et moins coûteuses, un changement de cap est souhaité pour diminuer le recours au secteur hospitalier dans l'organisation des services de santé. Le gouvernement québécois d'alors modifie l'offre de service pour l'adapter aux nouveaux besoins en tenant compte des technologies récentes, qui permettent, par exemple, les chirurgies d'un jour et l'antibiothérapie à domicile (Fédération des CLSC, 1995a). Avec le débordement des urgences des hôpitaux, tous les acteurs en place reconnaissent que le statu quo ne peut plus durer et qu'une réforme s'impose pour contrôler les dépenses en santé. Les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir ne sont toutefois pas évidents et les bases sur lesquelles fonder cette réforme restent très floues (Contandriopoulos, 1994).

Avec l'ambulatoire, soit la personne se déplace pour recevoir les services dont elle a besoin, soit les services sont donnés là où ils sont requis, le plus souvent à domicile. Les services à domicile deviennent la pierre d'angle du virage ambulatoire et confirment au réseau des CLSC son rôle de première ligne publique de services au Québec (Fédération des CLSC, 1995a ; 1995b). L'arrivée des nouvelles clientèles que sont les personnes de tous âges qui ont besoin de soins hospitaliers de courte durée ou de services de réadaptation, et celles requérant des soins palliatifs ou de longues durées, incitent les services à domicile à offrir des services plus spécialisés, plus diversifiés et plus accessibles (Fédération des CLSC, 1995b, 1995c) comme l'antibiothérapie parentérale et l'oxygénothérapie (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003).

Rapidement après le virage ambulatoire, s'observent une augmentation et un alourdissement de la clientèle qui sort plus rapidement de l'hôpital, avant d'avoir retrouvé un état stable. Les soins curatifs et médicaux prennent le pas sur les services à caractère plus social. Ainsi, aucune liste d'attente n'est tolérée pour les soins infirmiers alors que les professionnels de la réadaptation et des services sociaux assistent à l'allongement des temps d'attente sous l'accumulation des demandes de services qui leur sont adressées (Moisan, 1999). Sur le terrain, les partenariats entre établissements s'organisent, avec plus ou moins de succès selon

les régions, autour des mécanismes de liaison et du partage d'expertise (Fédération des CLSC, 1995b). Dans un mouvement de rationalisation des ressources, plusieurs CLSC, qui se définissent pourtant comme des organisations locales distinctes de premières lignes, commencent à fusionner avec des établissements du secteur hospitalier (Fédération des CLSC, 1995a), jusqu'à ce que la Fédération des CLSC du Québec fusionne avec la Fédération québécoise des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour former, en 1998, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2003b).

Certains prévoyaient qu'avec la réforme de 1991, les activités préventives occuperaient une place beaucoup plus centrale parmi l'ensemble des interventions en santé (Trickey, 1993). À l'inverse, quelques années après le virage ambulatoire, d'autres observaient que le volet préventif des CLSC était en danger (Moisan, 1999). Cette crainte est maintenant confirmée puisque l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2000) lançait récemment un appel à la concrétisation des valeurs sociosanitaires qui devaient guider la transformation du réseau de la santé et des services sociaux au début des années 1990.

La perspective de réduire les coûts de soins de santé dans un contexte de crise des finances publiques a forcé l'ajustement des CLSC aux transformations successives du réseau de la santé, avec trop peu de moyens. Quelques années à peine après l'instauration des programmes SAD des CLSC, ceux-ci n'ont eu d'autre choix que de faire preuve d'une grande capacité d'adaptation pour désengorger les hôpitaux. Il en va de même pour la population qui s'est vue servir, dans certaines régions plus que d'autres, un discours de rationalisation qui tendait à nier le droit à des services, en valorisant indûment la responsabilisation et l'autonomie des personnes dans leur milieu (Moisan, 1999). Le développement des services à domicile n'a pas fait l'objet d'un authentique plan d'ensemble (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Le déplacement de responsabilités vers le secteur communautaire et les personnes malades, leurs proches aidants, souvent eux-même dans le besoin, faibles ou vulnérables, s'est effectué en présupposant que

tous pouvaient donner des soins, souvent complexes, sans toujours considérer les impacts humains et financiers pour le patient et les familles (Gagnon, et coll., 2001 ; Landry, 1998 ; Moisan, 1999). Par ailleurs, une poignée de CLSC, ceux créés dans les années 1970 avec une identité sociosanitaire mieux enracinée, ont tenté de préserver les volets de prévention et de promotion de la santé. Trente ans plus tard, sur le terrain, il reste peu de traces de l'idéal communautaire du départ dans les programmes SAD des CLSC. La préoccupation d'éviter l'hospitalisation accapare maintenant la majeure partie des énergies des intervenants en place.

2.1.2 Survol général des pratiques communautaires en ergothérapie

Une mise en contexte s'impose avant d'explorer spécifiquement la pratique communautaire des ergothérapeutes en CLSC. Un rappel historique éclair permet de mieux apprécier les principes fondateurs de l'ergothérapie qui ont préparé les ergothérapeutes à intervenir dans la communauté, notamment en santé mentale. Offrir des services à domicile, un lieu privé où il faut éviter le surinvestissement professionnel, ne se résume pas à un simple déplacement du lieu de soins (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). En outre, plusieurs auteurs rappellent que l'intervention ergothérapique à domicile est différente de celle qui a cours dans les unités de réadaptation des hôpitaux ou des centres de réadaptation et que des approches spécifiques sont à privilégier (Corcoran & Gitlin, 1991 ; 1992 ; Hasselkus, 1989 ; 1990 ; 1991 ; Landry, 1998 ; McColl, 1997 ; Opacich, 1997). Ainsi donc, après une brève mise en contexte historique, quelques-unes de ces approches seront exposées pour aider, premièrement, à mieux comprendre la spécificité des interventions ergothérapiques à domicile, et deuxièmement, pour permettre d'évaluer la richesse des points de vue de ce champ de pratique.

Survol historique éclair

La thérapie occupationnelle offerte au 19^e siècle dans les asiles et les hospices, dont découle l'ergothérapie (ACE, 1997), s'inscrit dans le mouvement d'humanisation des soins offerts aux personnes souffrant de maladie mentale amorcé à la fin du 18^e siècle (Licht, 1948). À cette époque, les principaux défenseurs de l'humanisation des soins croient que la maladie mentale est directement liée à l'environnement, susceptible ou non de favoriser des comportements désirables (Barris, Kielhofner, & Watts, 1988). C'est donc très tôt que les ergothérapeutes ont pris conscience de l'importance du jeu de relations qui existe entre l'environnement, physique et social, et le rendement occupationnel³ d'une personne. Cette tradition a mis en place une assise solide pour permettre aux ergothérapeutes de jouer un rôle de premier plan lorsqu'il est question d'environnement (Barris et coll., 1988). Nombre d'ergothérapeutes évaluent aujourd'hui les capacités d'une personne à retourner à domicile, ou encore se prononcent sur les conditions environnementales, physiques et sociales, qui lui permettent de rester chez elle.

Les premiers articles écrits par les ergothérapeutes abondent d'exemples où différentes activités étaient proposées pour créer des milieux thérapeutiques stimulants (« milieu therapy ») (Barris et coll., 1988) qui favorisaient l'acquisition d'habitudes de vie quotidienne équilibrées (Reilly, 1966). L'ergothérapie était présente dans les programmes de santé mentale de type écologique, comme les communautés thérapeutiques, dès les années 1950 (Feuss & Maltby, 1959). Les ergothérapeutes ont clairement eu, et ont toujours eu une place dans les équipes de santé mentale communautaire (Barris et coll., 1988 ; Krupa, Radloff-Gabriel, Whippey, & Kirsh, 2002), même si le pourcentage d'ergothérapeutes à travailler au sein de telles équipes décroît au Québec (Morin, 1997). Ce rôle, pourtant traditionnel des ergothérapeutes, est méconnu des équipes communautaires de

³ Le rendement occupationnel résulte d'un rapport dynamique entre la personne, l'environnement et l'occupation. Il évoque la capacité pour une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives et satisfaisantes (ACE, 1997).

santé mentale rattachées aux CLSC. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce manque de représentation. La plus sérieuse serait reliée à une décroissance générale de la pratique ergothérapeutique en santé mentale au Québec (Morin, 1997) au profit de la santé dite physique.

Approches qui soutiennent la pratique ergothérapeutique dans la communauté

Même si elles ne traitent pas toutes spécifiquement de l'ergothérapie communautaire, certaines études retiennent l'attention pour leurs concepts théoriques qui soulignent le travail spécifique des ergothérapeutes à domicile. Ainsi seront passées en revue, dans l'ordre, l'approche centrée sur le client ; l'autonomisation⁴ en tant que conséquence possible de la promotion du rendement occupationnel ; l'approche communautaire qui a été développée spécifiquement pour les intervenants des CLSC ; et l'approche ethnographique pour les pistes concrètes qu'elle offre aux ergothérapeutes qui oeuvrent à domicile.

À ce stade-ci, une précision terminologique s'impose. Le terme « client » sera délaissé au profit des termes « usager » ou « patient ». Les mots « client » et « usager » ne doivent pas être confondus. Le « client » peut faire appel à l'ergothérapeute de son choix, tandis que « l'utilisateur »⁵ ne peut généralement pas choisir l'ergothérapeute qu'il consulte. Étant donné que la personne qui reçoit des services d'ergothérapie du CLSC n'a habituellement pas le choix de son ergothérapeute, le terme « usager » a été préféré à celui de client. Exceptionnellement, le terme « client » sera conservé lorsqu'il sera question de l'approche centrée sur le client afin d'éviter toute confusion avec d'autres

⁴ Terme français pour « empowerment ».

⁵ Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux, S-4.2, un *usager* est une personne qui a recours à un service public, plus particulièrement aux services sociaux et aux services de santé.

approches. Par ailleurs, le mot « patient »⁶ a lui aussi été retenu, car pris dans son sens élargi, il correspond tout à fait à la réalité clinique des CLSC.

Approche centrée sur le client

L'approche centrée sur le client est fondée sur le respect et la formation de partenariats avec les personnes qui reçoivent des services d'ergothérapie. Cette approche est mise de l'avant par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) (1997) pour promouvoir l'occupation⁷ auprès des individus ou des groupes. L'approche centrée sur le client valorise les expériences et les connaissances des usagers. Les ergothérapeutes y sont encouragés à revendiquer les droits des usagers dans le but de répondre à leurs besoins (ACE, 1997). Respecter les façons dont l'utilisateur s'adapte et se prépare au changement, le guider lorsqu'il définit ses besoins à partir de sa propre perspective, et offrir des services dont le degré de bureaucratie ne le rebute pas, sont quelques-uns des principes directeurs de la promotion de l'occupation par la pratique centrée sur le client (ACE, 1997). Le contexte environnemental dans lequel l'utilisateur fait ses choix est ici primordial. Le modèle canadien du rendement occupationnel (MCRO) est mis de l'avant pour aider les ergothérapeutes à comprendre les liens qui se tissent entre la personne, l'environnement et l'occupation. Pour Letts et coll. (1994), ce type d'approche met au défi les ergothérapeutes qui font la promotion de l'évaluation de la personne dans son environnement, l'environnement incluant les champs politique, économique, institutionnel et social, de trouver des outils d'évaluation congruents.

⁶ Le patient est celui qui a recours à des services médicaux ou paramédicaux, qu'il soit malade ou non. Précisions tirées du Grand dictionnaire terminologique de l'Office de la langue française du Québec.

⁷ L'occupation est un ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. L'occupation comprend tout ce qu'une personne fait pour prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la communauté (productivité). L'occupation est l'objet d'expertise et le moyen thérapeutique de l'ergothérapie.

À l'appui de l'approche centrée sur le client, d'autres auteurs traitent de l'importance de travailler en étroite collaboration avec l'utilisateur dans son environnement. Pour Colvin et Korn (1984), le processus d'évaluation se fait conjointement avec le patient et sa famille. Plus spécifiquement, l'approche transactive (Law et coll., 1996) stipule que l'ergothérapie met de plus en plus l'accent sur la relation dynamique entre la personne, ses rôles et son environnement. Déjà, Law (1991) soulignait que les buts des ergothérapeutes sont les buts de l'utilisateur en fonction de leurs besoins et de leurs valeurs. Selon l'approche transactive, les ergothérapeutes travaillent avec leurs patients, en se laissant guider par eux, en leur redonnant du pouvoir pour leur permettre de changer leur environnement. Ceci entraîne un changement de rôle (Law et coll., 1996) de la part de l'ergothérapeute qui est invité à partager le pouvoir pour ajuster le processus d'évaluation à l'utilisateur.

Un déséquilibre important d'information et de pouvoir caractérise toute relation thérapeutique. Ce déséquilibre est lié à la nature même de la maladie et des incapacités qui transforment la personne affligée par la douleur et l'inquiétude. Celle-ci ne peut exercer un jugement détaché sur ce qui affecte son intégrité. Elle a besoin de faire confiance à quelqu'un pour savoir quoi faire et quels services utiliser (Contandriopoulos, 1994). En ce sens, une étude récente remet en cause l'approche centrée sur le client détenteur de la majorité du pouvoir (Falardeau & Durand, 2002). Les auteurs font valoir qu'en clinique, tout en tenant compte du partage du pouvoir, l'intervention ergothérapique devrait plutôt se centrer sur la négociation. Cette piste de réflexion intéressante ajoute un élément de réalisme à l'approche centrée sur le client et à l'approche transactive. Ces types d'approches, centrées sur le client ou sur la négociation, nécessitent de la part de l'ergothérapeute qu'il développe non seulement différentes habiletés de négociation, de communication et de résolution de conflits, mais qu'il prenne également conscience de son système de valeurs et de la limite à ne pas franchir dans le jeu inévitable de compromis inhérent au quotidien de sa pratique.

Autonomisation et ergothérapie

L'autonomisation se définit comme le processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui va lui permettre de se conscientiser, de renforcer son potentiel pour se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement (Office de la langue française, 2002). Plusieurs auteurs, dont Polatajko (1994) et Townsend (1996), lient directement le travail de l'ergothérapeute à l'autonomisation, allant jusqu'à spécifier que le but ultime de l'ergothérapie serait de faire la promotion de l'autonomisation des personnes par l'utilisation d'activités significatives. Une recherche qualitative conduite par Townsend en 1996 auprès d'ergothérapeutes de programmes de jour en santé mentale, met en lumière un ensemble de contraintes organisationnelles qui prennent le dessus sur la promotion de l'autonomisation des usagers. Ces contraintes, tels les descriptions de tâches, les outils d'évaluation prescrits par l'employeur, la façon de comptabiliser les interventions, les objectifs et les priorités de programmes, contribuent à créer un écart important entre la pratique souhaitée par les ergothérapeutes et celle qui a cours dans la réalité (Townsend, 1996). De plus, Townsend (1996) démontre de façon assez troublante comment les ergothérapeutes en viennent à se conformer à une idéologie dominante où l'ergothérapeute participe lui-même à sa propre subordination en adoptant la terminologie, les idées et les modes d'apprentissage qui lui sont imposés. En conclusion, l'auteur invite les ergothérapeutes à ne pas uniquement travailler au développement de l'autonomisation de leurs usagers, mais aussi à la leur.

L'ergothérapeute en pratique communautaire intéressé à dépasser le cadre du rôle qui lui est habituellement reconnu pourrait jeter un regard en direction du Mouvement pour une vie indépendante⁸ initié par DeJong en 1979. Le mouvement, au départ en opposition avec les professionnels de la réadaptation, reconnaît aujourd'hui leur contribution potentielle aux initiatives des personnes

⁸ Terme français pour l'*Independent living movement* (Townsend & Ryan, 1991).

vivant des situations de handicap (McColl, 1997). Le Mouvement pour une vie indépendante met de l'avant que les personnes qui vivent des situations de handicap doivent décider des orientations des services dont ils ont besoin et qu'ils doivent en avoir le plein contrôle. Ce mouvement défend le droit à vivre dans la communauté, en interdépendance avec les autres citoyens, dans des environnements qui facilitent une participation sociale optimale (Townsend & Ryan, 1991). Pratiquer l'ergothérapie en accord avec les valeurs du Mouvement pour une vie indépendante, requière de l'ergothérapeute des connaissances qui dépassent largement le cursus du baccalauréat en ergothérapie. Une culture générale en histoire, en anthropologie et en sociologie permettrait, d'une part, d'apprécier les réponses d'une société donnée aux besoins exprimés par les personnes qui vivent des situations de handicap, et d'autre part, de promouvoir le développement de structures sociopolitiques qui encourageraient la participation sociale optimale de ces personnes (McColl, 1997). Trop peu d'ergothérapeutes s'impliquent dans le domaine sociopolitique actuellement, l'intervention ergothérapique dans la communauté misant essentiellement sur des changements individuels et l'adaptation de l'environnement immédiat des personnes. L'approche communautaire, présentée au paragraphe suivant, invite l'ergothérapeute à faire un premier pas dans cette direction en s'intéressant non plus seulement à la santé d'un usager, mais aussi à la santé du réseau de relations qui assure le maintien de cette personne dans son milieu.

L'approche communautaire en CLSC

Le traitement en première instance des demandes individuelles d'aide en CLSC selon une approche communautaire a fait l'objet de séances de formation pour les intervenants de plusieurs CLSC au début des années 1990. Ce n'est probablement qu'une minorité d'ergothérapeutes qui ont reçu cette formation parce que les ergothérapeutes étaient encore peu nombreux dans les CLSC, et que cette

approche, souvent associée aux intervenants sociaux, a pu ne pas être offerte aux ergothérapeutes en poste.

L'approche communautaire a été développée en accord avec les valeurs qui ont participé à la création des CLSC. Cette approche se définit par un ensemble de postulats relatifs à la communauté, à la personne et au CLSC (Gingras, 1991). Selon cette approche, la communauté est la première source d'aide et d'entraide, la personne étant un être social qui entretient des relations d'interdépendance avec son milieu. Le CLSC, en tant que ressource, s'inscrit avec respect dans cette dynamique communautaire. Les buts de cette approche sont, premièrement, de renforcer la capacité de la communauté à maintenir et à améliorer l'état de santé de ses membres par la solidarité et la coopération, et deuxièmement, d'augmenter la capacité des personnes à vivre en interdépendance dans la communauté. De ce fait, l'approche communautaire est parfaitement congruente avec le Mouvement pour une vie indépendante.

Dans le quotidien de la pratique, l'approche communautaire élargit la perspective des problématiques rencontrées par les ergothérapeutes et encourage la recherche de solutions en partenariat avec le réseau d'une personne. Le temps requis pour ce type d'intervention interdisciplinaire est considérablement rallongé. Par contre, la promotion de l'autonomisation des personnes, inhérente à ce type d'approche, a contribué, lorsqu'elle a pu être appliquée, à non seulement rétablir le réseau de relations d'une personne, mais à outiller cette dernière pour résoudre ses problèmes de manière plus compétente à long terme. D'autre part, le moyen privilégié par cette approche, le « collectif d'intervention », s'inscrit parfaitement dans l'esprit de l'approche centrée sur la négociation proposée par Falardeau et Durand (2002). Ces constats devraient raviver l'intérêt des ergothérapeutes pour cette approche qui demeure malheureusement méconnue. De plus, une personne moins dépendante d'un établissement, que ce soit un hôpital ou un CLSC, permettrait à l'État de faire des économies à long terme. Par contre, les mécanismes d'action de ce type d'approche sont lents. Leur impact sur la santé d'une population peut prendre plusieurs années pour se manifester. Des tentatives

d'application de cette approche dans certains programmes SAD de CLSC ont été tentées mais finalement écartées sous l'affluence des demandes de services du virage ambulatoire qui nécessitaient des résultats rapides et concrets.

L'approche ethnographique appliquée en ergothérapie

L'approche ethnographique est principalement préconisée en gérontologie. Elle mise sur la compréhension de la culture et des comportements des personnes, en se basant sur le sens et la compréhension qu'en ont les participants (Gitlin, Corcoran, & Leinmiller-Eckhardt, 1995), soit la personne âgée en perte d'autonomie et son entourage. Pour Fine (1991 : voir Gitlin et coll., 1995), l'ergothérapeute est une sorte d'ethnographe par son accès privilégié aux activités de la vie quotidienne des personnes qui sont aux prises avec la maladie et des incapacités. Hasselkus (1990) encourage les ergothérapeutes à se familiariser avec l'interview de type ethnographique pour faciliter les échanges avec les membres de la famille. Cette technique permet d'acquérir une compréhension en profondeur de la situation d'aide à domicile et permet de limiter les sources de conflits potentielles entre les ergothérapeutes et les proches aidants.

Plusieurs auteurs reconnaissent la famille comme l'un des facteurs psychosociaux de première importance dans l'évolution du processus de réadaptation (Moisan, 1999 ; Talbot, Duhamel, Giroux, & Hamel, 2000). L'ergothérapeute, trop préoccupé par l'issue technique d'une intervention (Péloquin, 1990 : voir Clark, Corcoran, & Gitlin, 1995), peut faire augmenter le niveau de tension des proches. Hasselkus (1989) illustre cette situation de façon éloquent dans une étude qualitative sur l'intervention ergothérapique auprès de personnes âgées à domicile. Dans l'une des situations analysées, la conjointe d'un homme en perte d'autonomie exprime son mécontentement quant à l'ergothérapeute qui s'est présenté à domicile tôt le matin pour évaluer la routine des soins à l'hygiène. L'ergothérapeute, centré sur l'issue de sa démarche et soucieux d'évaluer l'autonomie de la personne en situation réelle, s'est par la suite vu refuser l'accès

au domicile lorsque la famille a demandé d'interrompre les services d'ergothérapie.

Évaluer en situation réelle peut être plus difficile à faire qu'il n'y paraît au premier abord. La relation entre la personne âgée en perte d'autonomie à domicile et les membres de la famille qui l'aident s'inscrivent dans un processus complexe (Gitlin et coll., 1995). Le défi pour les ergothérapeutes qui travaillent à domicile ne se restreint pas qu'à trouver des outils d'évaluation adaptés, comme le font valoir avec à propos Letts et coll. (1994), mais il consiste également à trouver des façons d'intervenir ajustées aux différents milieux rencontrés. Intervenir à domicile n'est pas banal. Cela requiert l'utilisation d'une variété d'approches spécifiques qui facilite l'accès au privé en respect de la culture et du système de valeurs en place.

2.1.3 La pratique ergothérapique en CLSC

La majorité des ergothérapeutes qui travaillent à domicile au Québec relèvent des CLSC (Hébert et coll., 2000 ; Trickey, 1993). Ces ergothérapeutes se sont auto-organisés, se sont adaptés et ont fait évoluer la pratique de l'ergothérapie au fil de l'évolution de la mission des CLSC (Tremblay, 1995 ; Trickey, 1993). Une revue de la documentation des 30 dernières années a permis de recenser les principales études publiées sur le travail des ergothérapeutes en CLSC, depuis la création des CLSC jusqu'à aujourd'hui (Tableau I). Trois grandes périodes se démarquent de cette revue de la littérature. Une première période, caractérisée par l'arrivée des premiers ergothérapeutes dans les CLSC, s'étend du milieu des années 1970 au milieu des années 1980. Aucune étude spécifique n'a été recensée au cours de cette période qui marque les débuts de la pratique ergothérapique en CLSC. La période comprise entre le milieu des années 1980 et le début des années 1990 est ponctuée par une seule publication relative à l'adaptation de domicile. Enfin, du début des années 1990 à aujourd'hui, l'ergothérapie maintenant solidement implantée dans les CLSC, assiste à la publication périodique d'études et de résultats d'enquêtes.

Création des CLSC en 1972		Éléments de contexte		
1975		Depuis 1960, les personnes ayant des troubles mentaux sont réinsérées dans la communauté.	1975	
1976			1976	
1977			1977	
1978	Arrivée des premiers ergothérapeutes dans un nombre croissant de CLSC		1978	
1979			1979	
1980		Préoccupation pour le maintien dans la communauté des personnes âgées en perte d'autonomie.	1980	
1981			1981	
1982			1982	
1983			1983	
1984			1984	
1985			1985	
1986			1986	
1987	Essor de la pratique ergothérapique en CLSC		1987	
1988			1988	
1989	Maltais et coll.		1989	
1990			1990	
1991			1991	
1992			1992	
1993	Caillé	Trickey	Maertens et coll.	1993
1994				1994
1995	Tremblay			1995
1996				1996
1997	Rousseau		Hébert et coll.	1997
1998	Vincent		Landry	1998
1999				1999
2000	Hébert et coll.		Hébert et coll.	2000
2001	Hébert et coll.			2001
2002	Hébert et coll.			2002
2003				2003
2004				2004

Virage ambulatoire

Tableau I : Études sur la pratique ergothérapique en CLSC au Québec

Les années 1980 : un instrument de mesure pour évaluer le domicile des personnes âgées en perte d'autonomie

Un projet du Département de santé communautaire (DSC) de l'hôpital général de Montréal, subventionné par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), a permis l'élaboration d'un instrument de mesure conçu pour identifier rapidement les activités de la vie quotidienne qui posent problème aux personnes âgées en perte d'autonomie. La grille d'analyse de Maltais, Trickey et Robitaille (1989) est conçue spécialement pour être administrée à domicile, à partir d'entrevues et d'observations, par des intervenants ayant une expérience en réadaptation (ergothérapeutes, physiothérapeutes ou infirmiers). Cet instrument de mesure constituait la première étape d'une étude qui explorait les options susceptibles d'aider les personnes âgées à vivre autonomes dans la communauté le plus longtemps possible. Ce projet s'inscrivait directement dans le mouvement amorcé dans les années 1980 qui visait à maintenir les personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté. Cet instrument, quoique fort valable, est très peu utilisé dans les CLSC.

1993 : coup d'envoi avec la publication de trois études

Dans son article sur la rationalisation des services à l'hygiène dans un CLSC de la région montréalaise, Caillé (1993) présente une méthode d'évaluation pour le transfert au bain. Cette méthode sous forme d'arbre de décision vise à soutenir les ergothérapeutes des programmes SAD de CLSC dans leur rôle d'agent multiplicateur auprès des auxiliaires familiales et sociales (AFS). Cette méthode tente de réduire le délai de réponse aux demandes de service d'aide au bain en faisant la promotion de l'autonomie des usagers dans un environnement sécuritaire. Cet arbre de décision permet de trier les situations estimées plus complexes qui doivent être évaluées par l'ergothérapeute. Les autres situations à évaluer, jugées plus simples, sont déléguées aux auxiliaires familiales et sociales (AFS) ayant reçu une formation particulière. Ces derniers sont souvent supervisés

par un ergothérapeute. Cet outil a connu du succès auprès des ergothérapeutes des CLSC qui l'ont utilisé pour mettre au point des politiques locales pour encadrer les soins à l'hygiène. Plusieurs ergothérapeutes de différents CLSC se sont investis dans la rédaction de ce type de politiques qui a donné lieu à de nombreux échanges au sein des regroupements régionaux d'ergothérapeutes en CLSC⁹. La majorité de ces documents sont inédits.

Les deux études suivantes comparent le travail de l'ergothérapeute en CLSC au travail effectué dans d'autres milieux de pratique. La première étude exploratoire (Maertens & Gougeon, 1993) rapporte que l'ergothérapeute qui travaille à domicile se perçoit davantage comme un consultant. En tant que clinicien, l'ergothérapeute en CLSC fait peu ou pas de traitement. Il évalue, organise des services et oriente l'utilisateur vers des ressources capables de répondre à ses besoins. En tant que consultant, l'ergothérapeute en CLSC consacre une partie importante de son temps à la prestation de soins indirects qui sont exécutés sans la présence de l'utilisateur, et à des tâches de gestion et d'administration des programmes.

La deuxième étude, celle de Trickey (1993), compare et commente la pratique en CLSC, et la pratique en santé communautaire. Après avoir tracé un historique des activités de « maintien en milieu naturel » des ergothérapeutes, l'auteur compare les interventions traditionnelles des ergothérapeutes aux interventions attendues en milieu communautaire où les interventions de réadaptation sont ponctuelles. L'auteur s'étonne alors du faible pourcentage des ergothérapeutes qui travaillent en CLSC au début des années 1990 à faire de la prévention au sein d'une organisation dont l'un des mandats consiste justement à offrir des soins préventifs. Cet étonnement peut s'expliquer en partie par le vacillement déjà perceptible au début des années 1990 du volet préventif des CLSC exposé précédemment. De plus, les ergothérapeutes embauchés par des CLSC plus jeunes, ceux des années

⁹ Les premiers ergothérapeutes en CLSC étaient souvent seuls et répartis dans différents CLSC. Pour briser l'isolement et mettre en commun les expériences et les connaissances de chacun, des regroupements régionaux d'ergothérapeutes en CLSC ont vu le jour. Même si aujourd'hui les ergothérapeutes sont de moins en moins seuls dans les CLSC, ces regroupements, plus ou moins formalisés, sont toujours actifs dans plusieurs régions du Québec.

1980 en manque de moyens, peuvent ne pas avoir été incités à l'action communautaire. Les campagnes d'information, l'animation d'ateliers sur la prévention des chutes à domicile et le soutien aux proches aidants de personnes en perte d'autonomie sont cités par l'auteur à titre d'exemples d'activités de prévention auxquelles ont participé des ergothérapeutes.

1995 : publication d'une première enquête

Deux ans plus tard, soit en 1995, la présidente d'alors du Syndicat des ergothérapeutes du Québec publie un article sur l'état de la situation de l'ergothérapie dans les CLSC (Tremblay, 1995). Les résultats de cette enquête réalisée en 1994 relatent l'évolution de la présence des ergothérapeutes dans les CLSC jusqu'à l'arrivée massive d'ergothérapeutes dans les programmes SAD des CLSC au début des années 1990. Malgré cette augmentation des ressources, l'auteur appréhende une pénurie d'effectifs sous l'effet du vieillissement de la population et des politiques mises de l'avant par le ministre de la Santé de l'époque. Déjà, des listes d'attente sont rapportées par la presque totalité des ergothérapeutes sondées. La gestion de ces listes d'attente donne lieu à l'établissement d'un ordre de priorité dans la réponse aux besoins dont l'urgence d'agir est le critère le plus important. Les tâches et les fonctions ergothérapeutiques les plus courantes se définissent en fonction de l'évaluation des capacités fonctionnelles, de la rédaction de rapports, des communications avec les usagers, de la recherche de ressources matérielles, de l'adaptation de domicile, de la recherche de ressources financières et d'émission de recommandations. Cette étude, spécifique aux ergothérapeutes en CLSC, donne, en comparaison de l'étude de Maertens & Gougeon (1993), une description plus complète du travail ergothérapeutique en CLSC.

1997 : un instrument de mesure et une enquête sur la qualité des services

Dans le cadre d'études doctorales à l'Université de Montréal, Rousseau (1997) présente un instrument de mesure de la situation de handicap en milieu de vie naturel. La Mesure de situation de handicap à domicile (MSHD) a été créée afin de permettre à l'auteur de tester empiriquement son « Modèle de compétence » (Rousseau, 1997). La MSHD, conçue pour être administrée à domicile, a pour objectif de comprendre l'interaction entre la personne et son environnement. En 1997, Rousseau déplore la rareté des outils pertinents pour évaluer l'accessibilité du domicile et constate que l'ergothérapeute est peu outillé pour rechercher une harmonisation entre la personne et son milieu. À l'instar de Iwarsson et Isacson (1996), Rousseau (1997) constate que traditionnellement, les préoccupations de l'ergothérapeute en rapport avec l'accessibilité ont tendance à manquer de structure et ne sont pas assez systématiques. Ils n'ont pas l'habitude d'évaluer l'environnement de façon standardisée. L'auteur reproche le manque d'objectivité et de rigueur à l'approche plutôt intuitive des ergothérapeutes rencontrés. Il fait valoir qu'une analyse subjective des besoins, faite en fonction des valeurs des ergothérapeutes ou sous la pression des usagers, plutôt qu'en fonction des besoins réels d'adaptation, risque d'entraîner des décisions arbitraires et de causer préjudice aux usagers. Des 20 ergothérapeutes ayant participé à cette étude, 14 travaillaient en CLSC.

La perception de Rousseau peut être attribuable, du moins partiellement, au fait que la MSHD poursuit des objectifs qui sont peu adaptés au contexte de l'intervention à domicile auprès d'une population souvent âgée en quête de solutions d'adaptation simples. Un instrument comme le *Safety assessment of function and environment for rehabilitation* (SAFER) (COTA, 1991) développé par le *Community occupational therapists and associates* (COTA) colle davantage à la réalité du domicile où faire passer une longue évaluation standardisée peut créer des tensions dans le milieu et nuire à la relation thérapeutique. Tel qu'il sera décrit plus loin, les ergothérapeutes des CLSC fortement préoccupés par la sécurité

à domicile, pourraient s'identifier davantage à un instrument comme le SAFER qui combine évaluation fonctionnelle et sécurité à domicile (Oliver, Blathwayt, Brackley, & Tamaki, 1993) pour déterminer les changements à apporter tant au niveau des habitudes de vie que de l'environnement des usagers.

La même année, le Groupe de recherche en ergothérapie communautaire (GREC) publie les résultats d'une enquête centrée sur la qualité des services ergothérapeutiques communautaires (Hébert et coll., 1997)¹⁰. L'étude souligne la difficulté de définir avec précision les services ergothérapeutiques communautaires, en l'absence de lignes directrices précises. Une définition est avancée, celle basée sur les travaux de Townsend (1988 : voir Hébert et coll., 1997) et de Trickey (1993). L'ergothérapie communautaire y est désignée comme un ensemble de services centrés sur le client, tels que définis par les ergothérapeutes qui pratiquent dans la communauté. Les services sont de nature consultative et éducative, ou de coordination. Ils sont offerts en majorité en dehors des établissements, et présentent un intérêt particulier pour le maintien à domicile, l'intégration sociale, et les services communautaires (Hébert et coll., 1997). Les auteurs constatent la variabilité des pratiques ergothérapeutiques en CLSC. Le profil de pratique le plus couramment observé comprend l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, l'évaluation des capacités physiques, l'enseignement de mesures préventives, les recommandations à l'utilisation d'aides techniques, les démarches effectuées pour l'utilisateur et enfin, l'aménagement domiciliaire. En 1997 l'évaluation de la qualité des services ergothérapeutiques était peu fréquente et occasionnelle (Hébert et coll., 1997). Tout comme Tremblay (1995), les auteurs notent que les ergothérapeutes qui gèrent des listes d'attente semblent préoccupés par la dimension organisationnelle de leurs services.

¹⁰ Les résultats de cette enquête menée en 1996 ont faits l'objet d'une autre publication, en anglais cette fois (Hébert, Thibeault, Landry, Boisvenu, & Laporte, 2000).

1998 : rôles des ergothérapeutes en CLSC

Deux études explorent les rôles joués par les ergothérapeutes en CLSC. La première étude a été menée par un membre du GREC (Landry, 1998) dans le cadre d'études à la maîtrise en éducation à l'Université du Québec à Hull. À partir d'une enquête menée en 1997 auprès de onze (N=11) ergothérapeutes en CLSC de la région de l'Outaouais, cette étude tente de cerner comment les ergothérapeutes en CLSC se représentent la sphère éducative de leur intervention. L'auteur rappelle que la transmission de savoir en ergothérapie existe depuis les débuts de la profession. Les ergothérapeutes de l'étude s'identifient d'ailleurs fortement à ce rôle d'éducation considéré comme omniprésent dans leur travail clinique. Ils déplorent cependant ne pas avoir reçu toute la formation générale nécessaire, leurs habiletés en tant qu'éducateurs s'étant forgées au fil de l'expérience. Pour ces ergothérapeutes, la relation éducative est intimement liée à l'intervention ergothérapique. Elle se caractérise principalement par l'échange. L'auteur décrit les modes de transmission d'informations privilégiés par les ergothérapeutes que sont l'enseignement magistral, la démonstration, la répétition et le retour sur l'activité. Les caractéristiques d'une relation ergothérapique idéale, dont l'établissement d'un lien de confiance, l'écoute, le respect, y sont aussi décrites.

L'auteur constate que les ergothérapeutes voient une majorité d'aînés en perte d'autonomie et leurs proches aidants qui doivent effectuer plusieurs apprentissages afin de parvenir à vivre à domicile avec une bonne qualité de vie. En plus de l'usager et de ses proches, les ergothérapeutes éduquent donc nombre de personnes, dont les amis, les travailleurs autonomes engagés par la famille, et les bénévoles. Le contenu des enseignements, également à transmettre aux autres intervenants de l'équipe, varie des techniques de protection articulaire, à l'utilisation d'équipements spécialisés, en passant par toute une gamme d'information à caractère préventif (ex. : prévention des chutes, des plaies, de l'isolement). Les ergothérapeutes peuvent aussi devoir vulgariser des informations

médicales, indiquer comment se prévaloir d'aide matérielle ou accéder à un service communautaire.

Lorsque Landry (1998) scrute les procédés d'éducation mis de l'avant par les ergothérapeutes de l'étude, ceux-ci s'avèrent incompatibles avec l'apprentissage réciproque et l'autonomisation des personnes prônés au niveau des discours. Les ergothérapeutes interviennent beaucoup trop dans le processus éducatif, en monopolisant une bonne part du contrôle des savoirs, pour prétendre valoriser les savoirs détenus par les usagers ou veiller à l'autonomisation des individus. De plus, l'inconfort perceptible des ergothérapeutes par rapport au savoir-être comparé au savoir-faire hautement documenté, et la négligence des suivis en raison du très grand nombre de références à traiter en urgence, tendent à infirmer les discours des ergothérapeutes sur la valorisation des connaissances des usagers et de l'autonomisation. L'auteur conclut en invitant les ergothérapeutes en CLSC à solidifier leur identité professionnelle, à bien définir leur rôle, leur approche et leurs outils spécifiques.

La deuxième étude a été menée en santé publique dans le cadre d'études doctorales sur la valorisation des aides techniques au Québec (Vincent, 1998). Elle soulève des interrogations sur le rôle des ergothérapeutes en CLSC quant à la constitution de banques d'aides techniques. Les plus grosses banques d'aides techniques à la vie quotidienne, comprenant par exemple les équipements pour la salle de bain et les appareils de levage, se retrouvent dans les CLSC. Les ergothérapeutes des CLSC s'intéressent depuis de nombreuses années à la récupération, au recyclage et à la redistribution de ces aides techniques. En lien avec l'étude précédente, les connaissances spécialisées en aides techniques de l'ergothérapeute en CLSC sont sollicitées à plusieurs niveaux. Elles peuvent servir à préparer un retour à domicile où de la formation pour les autres intervenants, les usagers, leurs proches pourrait être requise. L'expertise de l'ergothérapeute en aides techniques pourra aussi servir à faire des essais et des recommandations en prévision de demandes de subventions auprès d'organismes payeurs, ou encore, pour suivre l'utilisation des aides techniques prêtées (Vincent, 1998).

La constitution de telles banques d'aides techniques entraîne des changements de façons de faire (Vincent, 1998). La recherche de produits durables, polyvalents, plus portatifs influence le choix de l'ergothérapeute qui adresse une demande d'aide financière à un organisme payeur pour l'achat d'une aide technique pour un usager particulier. L'ergothérapeute en CLSC, préoccupé de constituer une banque d'aides techniques, sollicitera idéalement la participation d'autres acteurs pour récupérer, entretenir et faire désinfecter les équipements, les entreposer et suivre la progression des équipements disponibles pour des prêts. L'auteur se demande si les ergothérapeutes des CLSC devraient accepter ou non de jouer les différents rôles de consultant, de formateur, d'agent de promotion et de suivi des aides techniques rattachés au processus de valorisation des aides techniques. Sur le terrain, les rôles de l'ergothérapeute diffèrent d'un CLSC à un autre, selon qu'il a été proactif ou non pour faire réaliser aux gestionnaires en place l'importance à accorder en matière de budgets et de personnel administratif à la constitution d'une banque d'aides techniques (Vincent, 1998).

Les années 2000 : trois publications pour une enquête provinciale

De 2000 à 2002, une série de trois articles sont publiés (Hébert, Maheu, & Potvin, 2000 ; 2001 ; 2002) à la suite d'une vaste enquête postale menée en 1998 dans le cadre d'études doctorales (Hébert, 2000) auprès de l'ensemble des ergothérapeutes des programmes SAD des CLSC. Tout comme les articles précédents, deux de ces articles figurent dans la Revue québécoise d'ergothérapie (Hébert et coll., 2000 ; 2001). Le troisième article (Hébert et coll., 2002), publié dans le *Canadian Journal of Occupational Therapy*, a connu une plus large diffusion.

Le premier article (Hébert et coll., 2000) présente le profil sociodémographique des ergothérapeutes en CLSC, les caractéristiques administratives de leur milieu de travail et le temps d'attente pour recevoir des services. En 1997, 14 % des ergothérapeutes membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) travaillent en CLSC. Dès lors, l'intervention communautaire en ergothérapie ne

peut plus être qualifiée de pratique non traditionnelle. La mise en oeuvre du virage ambulatoire au milieu des années 1990 a favorisé l'embauche d'un peu plus de 15 % des ergothérapeutes en CLSC. Près de la moitié de ces ergothérapeutes sont novices avec moins de cinq ans d'expérience dans la pratique communautaire. L'augmentation des demandes de services, et ce, pour une clientèle plus variée, a entraîné un changement de pratique plus axée sur les clientèles nécessitant une intervention rapide, ce qui soulève des inquiétudes pour les auteurs. Même s'ils jugent légitime de réduire le nombre d'interventions auprès des usagers pour satisfaire aux impératifs d'efficacité, pour eux, ce changement de pratique doit faire l'objet d'attention. La longue tradition des ergothérapeutes liée à l'analyse globale de l'activité humaine ne saurait se développer et s'enrichir dans un tel contexte.

Le deuxième article (Hébert et coll., 2001) fait état du profil de la clientèle, des aspects évalués, des modalités d'intervention et des styles de pratique. À l'instar de l'étude de Landry (1998), les auteurs constatent que la clientèle des ergothérapeutes en CLSC est principalement composée de personnes âgées et de personnes présentant un déficit physique avec une perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique. Les évaluations les plus fréquentes concernent l'autonomie fonctionnelle et la sécurité à domicile. Comme Rousseau (1997), les auteurs observent que la faible utilisation d'outils d'évaluation standardisés caractérise le processus d'évaluation des répondants. Le choix des modalités d'intervention varie en fonction du déficit principal des usagers et se fait principalement par l'entremise des aides techniques et des équipements. Ceci tend à confirmer l'importante activité des ergothérapeutes en CLSC autour des banques d'aides techniques de l'étude de Vincent (1998).

L'intervention des ergothérapeutes en CLSC est nettement centrée sur l'autonomie et la sécurité à domicile. La recherche de nouveaux intérêts pour l'utilisateur et l'adaptation d'activités sont plus rares. Deux styles de pratique se démarquent. Le premier style cible principalement le déficit de l'utilisateur dans un cadre de réadaptation en effectuant moins d'interventions auprès de chaque usager. Ce style

le plus souvent rencontré est bien adapté aux restrictions budgétaires du virage ambulatoire, mais en discordance avec les lignes directrices préconisées par l'ACE (1997), que les auteurs résument comme suit : 1) l'occupation donne un sens à la vie et est un déterminant important de la santé ; 2) la personne est unique, a une valeur intrinsèque, a la capacité de faire des choix, est un être social et spirituel ; 3) l'environnement transforme l'occupation et est transformé par elle ; 4) la santé est fortement influencée par la capacité de la personne à faire des choix relativement à ses occupations ; et, 5) la pratique de l'ergothérapie centrée sur le client exige la reconnaissance d'un partenariat actif dans l'intervention. Le deuxième style regroupe moins d'ergothérapeutes. Ces derniers, plus expérimentés, participent à des évaluations plus globales et accordent plus d'importance aux intérêts et aux activités de leurs patients. Curieusement, ces styles de pratiques résonnent en écho au dilemme vécu par les CLSC (Roy, 1986) vu précédemment. En rappel, les CLSC plus jeunes créés après 1980 donnaient moins de services à plus de monde, tandis que les plus vieux, ceux des années 1970, agissaient à l'inverse. Ceci soulève une interrogation : y aurait-il corrélation entre l'âge d'un CLSC et le style de pratique de l'ergothérapeute qui y travaille ? Si oui, les conclusions de l'étude de Townsend (1996) sur le façonnement des pratiques ergothérapeutiques par les contextes de travail prendraient ici tout leur sens.

Le troisième et dernier article de cette série (Hébert et coll., 2002) identifie trois théories dites d'usage, développées au quotidien de la pratique des ergothérapeutes des CLSC : 1) « une pratique de l'urgence pour répondre aux pressions organisationnelles » ; 2) « une pratique centrée sur l'autonomie du client » ; 3) « une pratique centrée sur le déficit du client ». La première théorie d'usage se rapporte au mode de traitement des demandes de services. Les deux autres théories réfèrent plus spécifiquement au rôle de l'ergothérapeute en tant que membre d'une équipe d'intervention.

Une pratique de l'urgence pour répondre aux pressions organisationnelles

Devant l'ampleur de la demande de service, une pratique de l'urgence a vu le jour pour répondre aux pressions organisationnelles d'efficacité et de productivité du réseau de la santé. Le rythme de croissance des ressources humaines en ergothérapie dans les CLSC a été inférieur à l'augmentation des listes d'attente. L'enquête menée en 1998, peu de temps après le virage ambulatoire, rapporte qu'une majorité d'ergothérapeutes en CLSC trouvent les délais de réponses aux demandes de service trop longs. Les demandes jugées urgentes peuvent attendre plus d'une semaine. Le temps d'attente pour une consultation courante excède souvent quatre mois. Pour atténuer la pression exercée par les temps d'attente, les ergothérapeutes semblent avoir ajusté leur pratique en faisant peu d'interventions auprès de chaque usager, et en limitant les suivis. La majorité des ergothérapeutes en CLSC effectuent moins de cinq interventions au total auprès de chaque usager. Ceux dont la situation est jugée plus urgente sont vus plus rapidement. Pour intervenir auprès de plus d'usagers, plus rapidement, les services offerts sont limités et les interventions sont directement centrées sur le déficit physique et sur l'autonomie fonctionnelle à domicile.

Une pratique centrée sur l'autonomie du client

La deuxième théorie d'usage privilégie le rôle d'expert de l'autonomie fonctionnelle traditionnellement reconnu aux ergothérapeutes, surtout en ce qui a trait à l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. La majorité des demandes de services d'ergothérapie en CLSC sont faites pour des personnes âgées en perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique. Ces usagers se voient proposer plus systématiquement l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et de la sécurité à domicile, avec l'attribution d'aides techniques et l'adaptation de domicile, pour favoriser une autonomie optimale dans un environnement sécuritaire. Le tiers seulement des ergothérapeutes qui ont participé à l'enquête de 1998 tient compte de l'adaptation des activités et de la recherche de

nouveaux intérêts. En plus de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et de la sécurité à domicile, ces ergothérapeutes offrent systématiquement une intervention plus globale comprenant l'évaluation des fonctions physiques, psychologiques et sociales. La consolidation du rôle d'expert de l'autonomie fonctionnelle est utile à l'élaboration de plans d'intervention pour le maintien à domicile. Toutefois, les auteurs avancent que cette expertise en autonomie fonctionnelle n'a jamais été reconnue comme le but recherché des interventions en ergothérapie. L'actualisation de cette théorie d'usage indiquerait que les changements de valeurs et de croyances en ergothérapie associés aux concepts d'holisme et d'activités porteuses de sens (ACE, 1997) ont eu peu d'impact sur la pratique ergothérapique en CLSC.

Une pratique de l'ergothérapie centrée sur le déficit du client

Les interventions de la majorité des ergothérapeutes en CLSC semblent cibler spécifiquement les incapacités engendrées par le déficit principal vécu par l'utilisateur. À titre d'exemple, les fonctions physiques sont évaluées plus spécifiquement pour une personne qui vit avec une déficience physique. L'intervention pour cet usager cible habituellement la mobilité, le positionnement et les transferts. Ce type d'intervention est offert également aux personnes vivant une maladie en phase terminale. D'autre part, les personnes avec une déficience cognitive et les personnes qui présentent un problème de santé mentale reçoivent des services similaires. L'offre de service comprend l'évaluation systématique des fonctions cognitives et psychologiques, l'évaluation des ressources familiales et communautaires, ainsi que le soutien aux usagers et aux proches.

Les auteurs déplorent le manque de congruence entre ces théories en usage et les postulats fondamentaux de la pratique de l'ergothérapie de l'ACE (1997) énumérés précédemment. Ces postulats ont peu d'écho dans la pratique des ergothérapeutes en CLSC centrés sur les besoins et les pressions organisationnelles. La vision holistique des personnes est souvent remplacée par

une vision prioritaire du déficit qui va à l'encontre du maintien à domicile, et l'occupation humaine se réduit aux activités de la vie quotidienne essentielles au maintien à domicile. Le manque de ressources humaines est responsable pour une bonne part de la mise en ordre de priorité des demandes de services en fonction de l'urgence de la situation. La consolidation du rôle d'expert de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et la pratique centrée sur le déficit de l'utilisateur seraient les principales stratégies élaborées par les ergothérapeutes, qui limitent l'étendue de leurs interventions, pour adapter leurs savoirs aux particularités et aux attentes de leurs milieux (Hébert et coll., 2002).

Résumé

Le Tableau I permet d'établir quelques liens entre les différentes études présentées. Ainsi, la juxtaposition des études de Maltais et coll. (1989), Rousseau (1997), et Vincent (1998), souligne l'accroissement du niveau de spécialisation acquis en un peu plus de dix ans quant à l'adaptation du domicile. Ce volet d'intervention est désormais clairement associé aux ergothérapeutes. Ceci souligne également toute l'importance accordée à ce type d'intervention en ergothérapie en CLSC (Hébert et coll., 2001). L'étude de Caillé (1993) sur la présentation d'un outil pour soutenir la rationalisation des services à l'hygiène en CLSC, et celle de Tremblay (1995) publiées avant la concrétisation du virage ambulatoire, annoncent l'un des constats majeurs des études de Hébert et coll. (2000 ; 2002) au sujet d'un changement de pratique en raison des importantes listes d'attente observées en ergothérapie dans les CLSC. L'embauche de nombreux ergothérapeutes dans les SAD des CLSC dans les années 1990 s'avère insuffisante pour répondre au volume croissant des demandes de services engendrées par le virage ambulatoire. La mise en ordre de priorité des besoins et le transfert de responsabilités des ergothérapeutes vers les AFS, représentent quelques-unes des stratégies adoptées par les ergothérapeutes pour tenter d'endiguer le débordement des listes d'attente. Pressé d'intervenir, un grand nombre d'ergothérapeutes modifie leur pratique. Une pratique dite d'urgence voit le jour et prend le pas sur un style de pratique plus

global, congruent celui-là avec les lignes directrices de l'ACE (1997). Cette tendance lourde s'actualise en l'absence de lignes directrices pour encadrer l'exercice de la profession en CLSC, tandis qu'une majorité d'ergothérapeutes peu expérimentés ont fait leur entrée dans les programmes SAD.

La pratique communautaire des ergothérapeutes du Québec a été façonnée par l'évolution provinciale des services à domicile. Leur compétence historique à comprendre les rouages qui font qu'une personne vit ou non une situation de handicap à domicile a été sollicitée pour participer à l'effort collectif pour maintenir à domicile les personnes en perte d'autonomie, mais surtout pour désengorger les hôpitaux. Le manque de ressources chronique a forcé les ergothérapeutes, tout comme les CLSC, à limiter leurs interventions, et à modifier leur champ de pratique pour les uns, leur mission pour les autres. Les ergothérapeutes, comme les responsables des programmes SAD de CLSC, ont fait beaucoup de compromis. Aujourd'hui, la lecture des lignes directrices de l'ACE (1997) pour la pratique de l'ergothérapie apparaît utopique et difficilement conciliable avec la pratique en vigueur chez les ergothérapeutes des CLSC. D'autre part, la lecture de la mission d'origine des CLSC semble être tout autant irréalisable pour les programmes SAD des CLSC.

2.2 Cadre théorique

L'un des constats de la première partie de ce chapitre est qu'une majorité de professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, ont eu à gérer des listes d'attente quelques années à peine après avoir joint les équipes SAD des CLSC. Depuis, le phénomène s'est accentué malgré l'embauche massive d'une relève qui s'avère plus que jamais insuffisante pour répondre à l'augmentation des demandes de services. Les ergothérapeutes des CLSC, pressés de s'adapter aux changements d'enjeux d'un système de santé en pleine transformation, modifient leur pratique et développent différentes stratégies de rationalisation pour accroître leur efficacité. Cette quête d'efficacité pour répondre de façon ajustée aux attentes d'un réseau de

la santé en changement, remet en question la notion même d'efficacité, d'où le besoin d'explorer un modèle d'efficacité professionnelle, le Modèle II de Argyris et Schön (1999).

L'importance des travaux de Schön (1994) sur la pratique professionnelle a fait en sorte que ses concepts ont souvent été pris à la pièce pour être appliqués dans une variété de champs de pratique. Cette façon opportuniste d'utiliser les concepts élaborés par Schön (1994) aurait déplu à l'auteur (Smith, 2001b). Dans un effort pour tenter d'éviter de reproduire cette erreur, les différents concepts utilisés pour articuler le discours des participants de l'étude et les rendre intelligibles, sont ici explicités avec le plus de détails possible. Le contenu de ce chapitre n'a pas la prétention de couvrir l'ensemble de l'œuvre colossale de Argyris et de Schön. Il aidera tout au plus le lecteur à mieux comprendre leur modèle d'efficacité, et les principaux concepts qui le sous-tendent. Après une brève présentation des auteurs, seront présentés, dans l'ordre, les concepts clés de la théorie de la connaissance pratique de Schön ; les théories d'usage ; les théories de référence et le dilemme d'incongruité ; le rôle de l'intermédiaire ; et enfin, la présentation des Modèles I et II avec leurs variables régulatrices et les types d'apprentissage qui y sont rattachés. En conclusion, une représentation schématique commentée met en relation les différents concepts en jeu. À moins d'avis contraire, les définitions qui apparaissent en bas de page ou entre parenthèses pour préciser le sens commun de certains termes employés sont tirées de différents dictionnaires¹¹.

2.2.1 Les auteurs

L'œuvre de Schön a contribué de façon remarquable à approfondir les connaissances dans le domaine de l'apprentissage (Smith, 2001b) et de la formation professionnelle en explorant et en articulant le processus par lequel un professionnel surmonte les défis de la pratique quotidienne (Heynemand, 1999).

¹¹ Le Petit Robert, Le Grand dictionnaire des synonymes, Le Multi dictionnaire de la langue française et Le Grand dictionnaire terminologique de l'Office de la langue française du Québec.

Donald Schön, décédé en 1997, était philosophe, diplômé de Harvard. Il détient également un certificat en interprétation musicale du Conservatoire national de Paris, France, d'où les nombreuses métaphores et analogies sur l'art, l'apprentissage de la musique et l'improvisation qui illustrent ses travaux. Schön s'est intéressé aux modes d'évolution des idées et à la nécessité de développer des systèmes sociaux capables d'apprentissages et d'adaptation. Son arrivée au Massachusetts Institute of Technology (MIT), après avoir été directeur au National bureau of Standards du gouvernement américain sous l'Administration Kennedy, le fait rencontrer Chris Argyris (Smith, 2001b). Diplômé en psychologie et en économie, Argyris s'intéresse pour sa part aux réponses et aux mécanismes d'adaptation des individus aux structures organisationnelles et aux systèmes de contrôle des modes de gestion (Smith, 2001a). Il est un professeur en éducation et en comportement organisationnel à l'Université de Harvard. Il a également enseigné à l'Université Yale en sciences administratives. Les études de Argyris traitent des effets inattendus que produisent les structures organisationnelles, les systèmes de contrôle et les systèmes de gestion informatique sur les individus, et sur la façon dont ceux-ci parviennent à corriger ces effets néfastes. Plusieurs doctorats honorifiques ont été décernés à Argyris, dont un de l'Université McGill à Montréal (Argyris & Schön, 1999). La collaboration fructueuse de ces deux chercheurs a donné lieu à la publication de trois ouvrages clés de l'apprentissage individuel et organisationnel : *Theory in practice : Increasing professional effectiveness* (1974) ; *Organizational learning : a theory of action perspective* (1978) et *Organizational learning II : theory, method, and practice* (1996). Par la suite, Schön choisit de poursuivre ses travaux sur l'élaboration d'une épistémologie propre à la pratique professionnelle, en scrutant la pratique d'intervenants de différentes professions (Smith, 2001b). Respectivement psychologue et philosophe, Argyris et Schön s'inscrivent naturellement dans la foulée du concept opératoire présenté au chapitre suivant¹².

¹² Au point 3.1.4 du chapitre 3, méthodologie.

2.2.2 Pour une théorie de la connaissance pratique

Lorsqu'il est question de pratique professionnelle, Schön (1994) remet en cause le modèle de savoir dominant issu du modèle de la science appliquée dont la médecine est l'une des professions-vedettes (l'autre étant l'ingénierie). Pour ce chercheur, les connaissances pratiques existent, mais ne conviennent à aucune des classifications positivistes de la science appliquée qui contrôlent les universités nord-américaines. En lieu et place d'une épistémologie positiviste¹³ de la pratique professionnelle, Schön (1994) s'est engagé dans l'élaboration des prémisses d'une épistémologie de l'agir professionnel.

La théorie de la connaissance pratique ébauchée par Schön (1994) repose sur un concept clé : la réflexion en cours d'action et sur l'action. Réfléchir en cours d'action, c'est penser à ce qui est fait tout en exécutant une tâche. Par ailleurs, le professionnel réfléchit sur l'action lorsqu'il se pose des questions sur les gestes accomplis et sur les circonstances qui ont mené au succès ou à l'échec pour ajuster et modifier ses façons de faire. Quand un professionnel réfléchit de façon critique sur son action, Schön (1994) soutient qu'il travaille à la manière d'un chercheur dans un contexte de pratique. « L'expérimentation dans un contexte de pratique » (Schön, 1994)¹⁴ tire son origine du terrain et relève de règles du jeu et de normes de rigueur et de qualité qui lui sont propres. Cette forme d'expérimentation ne découle pas d'une théorie comme c'est le cas pour les sciences appliquées. Le contexte de la pratique impose des exigences à la vérification d'hypothèses qui sont absentes en recherche. L'hypothèse s'incorpore au geste. Pour celui qui réfléchit en cours d'action, l'intérêt d'une hypothèse réside dans son applicabilité immédiate au projet en cours, et relève de trois normes de rigueur, trois niveaux d'expérimentation : explorer, vérifier le geste posé et tester l'hypothèse. Le

¹³ Le positivisme est une position philosophique et épistémologique qui postule la possibilité d'une connaissance vraie et objective du monde qu'il soit social ou physique (Lessart-Hébert, Goyette & Boutin, 1997).

¹⁴ Une étude sur la parenté possible entre le concept *d'expérimentation dans un contexte de pratique* de Schön (1994) et un concept important de la psychodynamique du travail, *l'épistémologie du terrain* de Dejours (1993), serait à mon sens une avenue de recherche intéressante à explorer pour l'avancement des disciplines concernées.

professionnel vise une cible mobile et modifie les phénomènes au fur et à mesure qu'il expérimente (Schön, 1994). Là réside le caractère distinctif de l'expérimentation en milieu de pratique dont l'intérêt premier consiste bien sûr à comprendre, mais surtout à changer la situation examinée.

Pour le praticien réflexif, sorte de chercheur en milieu de pratique, chaque geste posé est une petite expérimentation qui sert à restructurer globalement le problème à régler. À mesure qu'il réfléchit sur les conséquences et les implications de ses décisions, ce chercheur en milieu de pratique demeure attentif aux réactions¹⁵ de la situation pour découvrir les conséquences et les implications nouvelles du geste posé. Avec le temps, un enchaînement de gestes itératifs conduit à découvrir des sens nouveaux et inattendus aux changements provoqués par le professionnel. Ce dernier réagit à ses découvertes en formulant de nouvelles hypothèses jusqu'à ce que la situation de départ singulière et imprécise se clarifie à mesure que se renouvelle le cycle itératif. Lorsque le professionnel obtient ce qu'il prévoyait, le geste est affirmé. Si son geste ou son intervention ne produit pas le résultat escompté, il est nié. De cette façon, le geste posé par le professionnel se vérifie par une expérimentation globale, sorte de conversation réflexive¹⁶ avec la situation à résoudre. Règle générale, il importe de retenir que ce n'est que lorsque le professionnel se heurte à un élément de surprise provoquée par la réaction inattendue d'une situation instable et incertaine¹⁷, qu'il commence à réfléchir en

¹⁵ Par analogie avec l'attitude et le comportement d'une personne qui répond à une action extérieure.

¹⁶ Ici encore Schön (1994) raisonne par analogie. Il induit entre la situation à résoudre et le professionnel le type d'échange de propos qui survient lors d'un entretien introspectif entre deux personnes.

¹⁷ Les événements qui surviennent rarement sont ceux qui sont le plus susceptible de provoquer la réflexion en cours d'action (Schön, 1994). De Bono (1985) pour sa part indique qu'un schème de pensée ne peut être modifié qu'en présence d'un élément provocateur qui vient briser l'ordre établi et ainsi permettre la mise à jour des connaissances reliées à un phénomène donné. Pour l'ergothérapeute qui travaille à domicile, l'élément surprenant qui provoque la remise en question pourrait être, par exemple, de constater une fois sur place, que la demande d'évaluation pour l'adaptation du domicile formulée par le patient s'applique à une maison insalubre, sans eau courante avec un système de chauffage désuet à l'approche de l'hiver, ou encore que le rajout d'un siège de toilette surélevé, sensé faciliter le transfert sur la toilette, est à l'origine d'une chute.

cours d'action. Se met alors en branle la conversation réflexive avec la situation en cours d'analyse.

Pour Schön (1994), un professionnel est un spécialiste qui rencontre à répétition des situations problématiques qui sans être identiques, comportent des similitudes. Au fil des ans, c'est ce qui permet au professionnel expérimenté de développer un répertoire de techniques, de savoir-faire limité¹⁸. Ceux-ci sont susceptibles de s'adapter à différentes situations professionnelles (Argyris & Schön, 1999) et attentes : quoi chercher, comment réagir à ce qu'il trouve. Avec l'expérience, à mesure qu'il rencontre des situations similaires qui se traitent de façons semblables, les occasions d'être surpris diminuent et sa pratique se stabilise (Schön, 1994). Évoluant ordinairement en terrain connu, le professionnel d'expérience a tendance à ne plus réfléchir à ce qu'il fait. Son savoir-faire devient implicite dans ses actes et dans sa compréhension des situations qu'il traite. C'est ainsi que le professionnel accumule avec les années une somme imposante de connaissances dont il est habituellement inconscient. C'est ce qui fait dire à Schön (1994) que le professionnel compétent en sait plus que ce qu'il peut en dire¹⁹.

2.2.3 Théories d'usage

Les travaux de Argyris et Schön (1999) démontrent qu'au cours de la pratique quotidienne, le professionnel met au point des théories d'usage, théories qui gèrent son comportement réel.

¹⁸ En ergothérapie, il peut s'agir des techniques de transfert ou de la connaissance du fonctionnement et de l'utilisation d'aides techniques.

¹⁹ Lorsqu'il traite de l'expérience professionnelle, Dejours (1993) formule cette idée autrement: « l'intelligence et l'ingéniosité dans l'action sont en avance sur la conscience qu'en ont les agents » (p. 214).

La théorie d'usage, manifestation d'une théorie de l'action

Appliquée au professionnel, la théorie de l'action sert à expliquer et à prédire son comportement réel. Les théories de l'action existent par le biais des théories de référence et des théories d'usage. Questionné sur le comportement à adopter dans une circonstance particulière, le professionnel répond ordinairement en fonction de sa théorie de référence, théorie professée à laquelle le professionnel se rattache pour expliquer ses comportements en pratique professionnelle²⁰. Cependant, la théorie qui guide réellement ses actions, c'est sa théorie d'usage qui peut être ou non en accord avec sa théorie de référence, qu'il en soit conscient ou non. C'est pourquoi les théories d'usage ne peuvent être obtenues par questionnement. Elles doivent être déduites de l'observation du comportement du professionnel en action (Argyris & Schön, 1999). Ce constat vient fragiliser la validité des théories d'usages présentées en première partie de ce chapitre qui ont été élaborées à partir de résultats d'enquête (Hébert et coll., 2002).

La théorie d'usage est souvent méconnue et généralement tacite (au sens d'implicite, d'inexprimé). Acquise très tôt par les individus dans leurs relations interpersonnelles, ils continuent de la maintenir jusque dans leur pratique professionnelle. Les théories d'usage gèrent le comportement réel du professionnel en précisant quels facteurs l'intéressent et, par conséquent, délimitent son action. Par rapport à une situation donnée, le professionnel sait comment obtenir un résultat désiré et quelle théorie mettre en pratique pour obtenir ce résultat. De la sorte, les théories d'usage permettent de maintenir constant le champ d'action du professionnel. Elles servent à identifier les variables régulatrices qui provoquent des comportements observables dont l'efficacité peut être vérifiée. Ces variables seront explicitées plus loin (tableau II).

²⁰ À titre d'exemple, un ergothérapeute peut justifier une pratique en invoquant qu'il travaille selon le MCRO (ACE, 1997 ; Santé et Bien-être social Canada & ACE, 1983 ; 1986).

Théories de référence et dilemme d'incongruité

Comme le prédisait Argyris et Schön (1999) pour tout professionnel quel qu'il soit, Hébert et coll. (2002) ont relevé le manque de congruence entre les théories de référence pour la pratique de l'ergothérapie, celles de l'ACE, et les théories d'usage qui seraient adoptées par les ergothérapeutes des CLSC. Ce dilemme d'incongruité identifié par Argyris et Schön (1999) est un dilemme fondamental vécu avec plus ou moins d'acuité selon les professions.

Les dilemmes d'incongruité (Argyris & Schön, 1999) surgissent de l'incohérence qui se développe graduellement entre la théorie de référence et la théorie d'usage. Par exemple, celui qui considère la chaleur humaine comme une valeur de référence découvre tout à coup qu'il y a incompatibilité lorsqu'il lui arrive d'infliger de la souffrance aux autres. De tels conflits atteignent le niveau de véritables dilemmes lorsque les éléments de la théorie de référence deviennent essentiels à l'image que le professionnel se fait de lui-même, et que les événements amplifient le conflit entre sa théorie de référence et sa théorie d'usage au point qu'il lui devienne impossible d'ignorer le conflit de valeurs. Un dilemme peut couvrir longtemps avant d'émerger au grand jour (Argyris & Schön, 1999). Ces dilemmes ne sont pas néfastes, au contraire. Ils peuvent être à la source de réflexions et d'échanges dynamiques (Smith, 2002a) susceptibles de faire évoluer non seulement les théories d'usage, mais également les théories de référence, remises en cause ou confirmées par la recherche des modèles conceptuels qui servent de fondements aux théories d'usage. Les théories de référence, celles professées dans les universités, sont essentielles. Cependant, en tant qu'idéal à poursuivre, elles ne doivent pas se figer dans un rapport hiérarchique et paternaliste par rapport aux théories développées par les praticiens. D'autre part, les théories d'usage sont là pour évoluer, ce qui exige de grandes habiletés d'adaptation du professionnel. Les dilemmes se creusent et les théories de référence et d'usage deviennent irréconciliables en présence de professionnels occupés à préserver constante leur pratique et le monde comportemental qu'ils ont créé, trop préoccupés par l'efficacité pour l'efficacité.

2.2.4 L'intermédiaire

Les professionnels, selon Schön (1994), rencontrent régulièrement des pièges dans lesquels ils ont tendance à tomber. Ainsi met-il en garde les professionnels de s'identifier au rôle de l'intermédiaire entre deux groupes : ceux qui demandent et ceux qui accordent. Schön (1994) donne l'exemple d'un urbaniste qui adopte le rôle d'intermédiaire entre la ville qui l'emploie et les promoteurs immobiliers qui souhaitent obtenir un permis de construction. Par les conseils qu'il donne aux promoteurs, il cherche à influencer la qualité de l'évolution physique de la ville selon l'idée qu'il se fait de ce dont la ville a besoin. Il planifie par procuration au lieu de préparer des plans comme dans la pratique plus traditionnelle de l'urbaniste. S'ensuit un véritable jeu d'équilibre entre les promoteurs (qui demandent conseil) et les représentants de la ville (à qui il a des comptes à rendre) pour conserver sa crédibilité. Pour l'auteur, le rôle d'intermédiaire peut prendre plusieurs visages selon la profession examinée. Une constante toutefois : l'adoption de ce rôle implique un jeu à deux où chaque joueur s'efforce de sortir vainqueur et est en soi une source de conflits possible (Schön, 1994).

2.2.5 Modèle I et Modèle II

Selon Argyris et Schön (1999), il existe deux modèles possibles à une théorie d'usage. L'un diminue l'efficacité professionnelle, l'autre l'augmente à long terme. Les auteurs proposent un modèle dynamique de l'efficacité de la pratique professionnelle, le Modèle II. L'examen du Modèle I, opposé en tous points au Modèle II, éclaire et facilite la compréhension de la notion d'efficacité selon Argyris et Schön (1999).

Modèle I

Définir les buts et tenter de les atteindre, maximiser les victoires et minimiser les défaites, éviter d'exprimer des sentiments négatifs et demeurer rationnel sont l'apanage du Modèle I et vont à l'encontre de l'efficacité professionnelle. Le Modèle I d'une théorie d'usage valorise le contrôle unilatéral sur les autres. L'action entreprise par le professionnel est principalement destinée à maintenir quatre valeurs sous-jacentes : 1) exécuter les buts définis par le professionnel, 2) vaincre, 3) supprimer les sentiments négatifs et 4) être rationnel. Les stratégies mises de l'avant sont celles du plaidoyer unilatéral, du contrôle de l'investigation et de la protection de soi et des autres. Les conséquences comprennent, entre autres, des relations de groupe et des relations interpersonnelles défensives, un apprentissage limité et une efficacité réduite en raison de l'utilisation exclusive d'un mode d'apprentissage à boucle unique de rétroaction, qui sera explicité plus loin.

Modèle II

En opposition au Modèle I, le Modèle II d'une théorie d'usage valorise la collaboration. Les valeurs sous-jacentes au Modèle II sont la recherche de l'information valide, le choix libre et éclairé, et l'engagement intérieur. Les stratégies mises de l'avant, en accord avec ce modèle, doivent combiner le plaidoyer et l'investigation, rendre le raisonnement explicite et discutable, en encourageant les autres à faire de même. Agir en conformité avec le Modèle II entraîne une capacité accrue non seulement d'apprendre à améliorer les stratégies qui permettent d'atteindre les buts actuels (apprentissage à boucle unique), mais aussi de choisir parmi les normes, les buts et les valeurs mis en concurrence (apprentissage à boucle de rétroaction double²¹) pour modifier, remettre en cause ce qui est constant dans la pratique professionnelle. La compétence professionnelle

²¹ Mode d'apprentissage qui sera expliqué plus loin.

selon Argyris et Schön (1999) exige premièrement de chacun qu'il développe de manière continue ses habiletés techniques et relationnelles, et deuxièmement, lorsque les dimensions interpersonnelles interviennent dans sa pratique, comme c'est incontestablement le cas en ergothérapie, le professionnel compétent devrait être en mesure de se comporter selon le Modèle II.

Variables régulatrices

Les variables régulatrices déterminent le comportement du professionnel dans le cadre du Modèle I ou II d'une théorie d'usage. À chaque variable est associée une stratégie d'action observable. Celles-ci, déjà abordées indirectement précédemment, sont ici résumées sous forme de tableau, le tableau II.

Modèle I		Modèle II	
Variables	Stratégies d'action	Variables	Stratégies d'action
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir les buts et tenter de les atteindre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concevoir l'environnement de manière unilatérale ; être persuasif 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maximiser l'information valide 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concevoir des situations où les participants sont invités à prendre des initiatives
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maximiser les victoires et minimiser les défaites 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prendre la tâche en main ; garder le contrôle de sa définition et de son exécution 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maximiser les choix libres et éclairés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le contrôle des tâches se fait conjointement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restreindre au minimum les occasions d'exprimer des sentiments négatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se protéger soi-même unilatéralement ; parler en utilisant des catégories pré-définies ; adopter des comportements qui ne peuvent être observés directement ; ignorer l'influence de son comportement sur les autres et l'écart entre ses paroles et ses actes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maximiser l'engagement intérieur envers les décisions qui sont prises et en surveiller l'exécution 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se protéger soi-même est vu comme une entreprise conjointe tournée vers la croissance ; parler selon des catégories observables ; s'appliquer à prendre conscience de sa propre incohérence et de sa propre incongruité²²
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demeurer rationnel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ S'arranger unilatéralement pour ne pas blesser les autres ; retenir l'information ; tenir des réunions privées 		

Tableau II : Variables régulatrices et stratégies d'action des Modèles I et II

²² Cette stratégie d'action rejoint le rôle du doute dans une société humaniste. Saul (1996) avance que le doute doit être perçu de façon positive. Il contribue à un équilibre qui intègre chacun de nous dans le monde. Le doute permet d'être en harmonie avec la réalité, harmonie jugée beaucoup plus intéressante que le fait d'avoir raison.

Apprentissage à boucle unique de rétroaction (BUR)

Dans l'apprentissage à simple boucle (Argyris & Schön, 1999), le professionnel apprend à conserver constante sa pratique en concevant des actions qui satisfont aux diverses variables régulatrices (voir la figure 1). Cet apprentissage rend l'individu capable d'éviter l'investissement continu dans les activités qu'il peut facilement prédire et qui forment le gros de sa vie professionnelle. Ce mode d'apprentissage essentiel au fonctionnement quotidien du professionnel comporte une mise en garde : ce dernier peut devenir prisonnier de ses programmes s'il s'y fie indéfiniment sans les examiner ou les remettre en question.

Apprentissage à boucle de rétroaction double (BRD)

Dans l'apprentissage à boucle de rétroaction double (Argyris & Schön, 1999), le professionnel apprend à modifier le domaine même des constantes (voir la figure 1). L'apprentissage à double boucle modifie les variables régulatrices de ses programmes d'action qui rayonnent sur ses théories d'usage. Ce type d'apprentissage s'intéresse à l'émergence et à la résolution de conflits plutôt qu'à leur suppression. L'apprentissage par boucle à rétroaction double ne remplace pas la boucle à rétroaction unique. Les deux modes d'apprentissage sont nécessaires. Le problème surgit lorsque le professionnel évite systématiquement de prendre des risques et esquive toute confrontation ou remise en question, trop occupé à garder sa pratique constante. Revoir son mode d'apprentissage à rétroaction unique, permet au professionnel d'éviter de s'emprisonner dans des façons de faire qui peuvent ne plus être adaptées aux situations rencontrées.

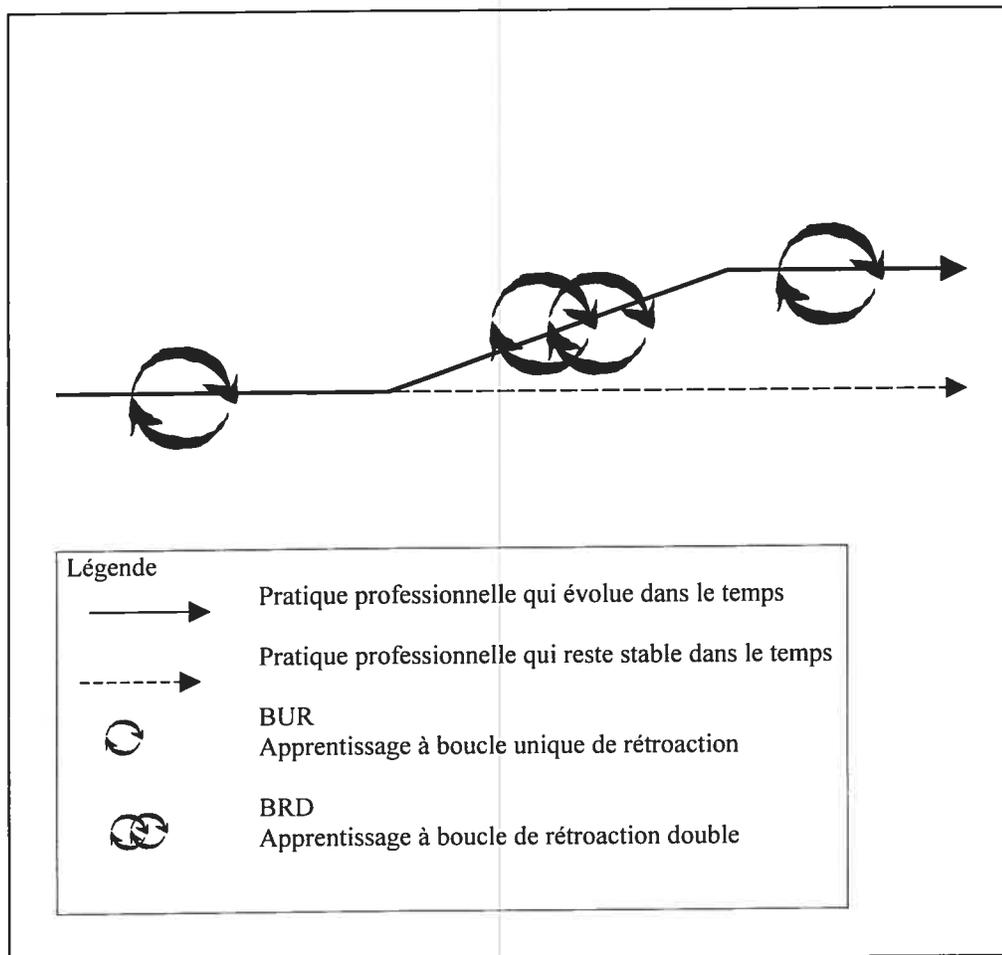


Figure 1. Apprentissage de la pratique professionnelle

2.2.6 Mise en relation des concepts

La transposition schématique du modèle de compétence professionnelle de Argyris et Schön (1999), le Modèle II, et des concepts qui y sont apparentés, facilite la compréhension de ce modèle dynamique. La figure 2 articule entre eux les différents concepts exposés en retraçant le parcours possible d'un professionnel qui travaille efficacement à long terme.

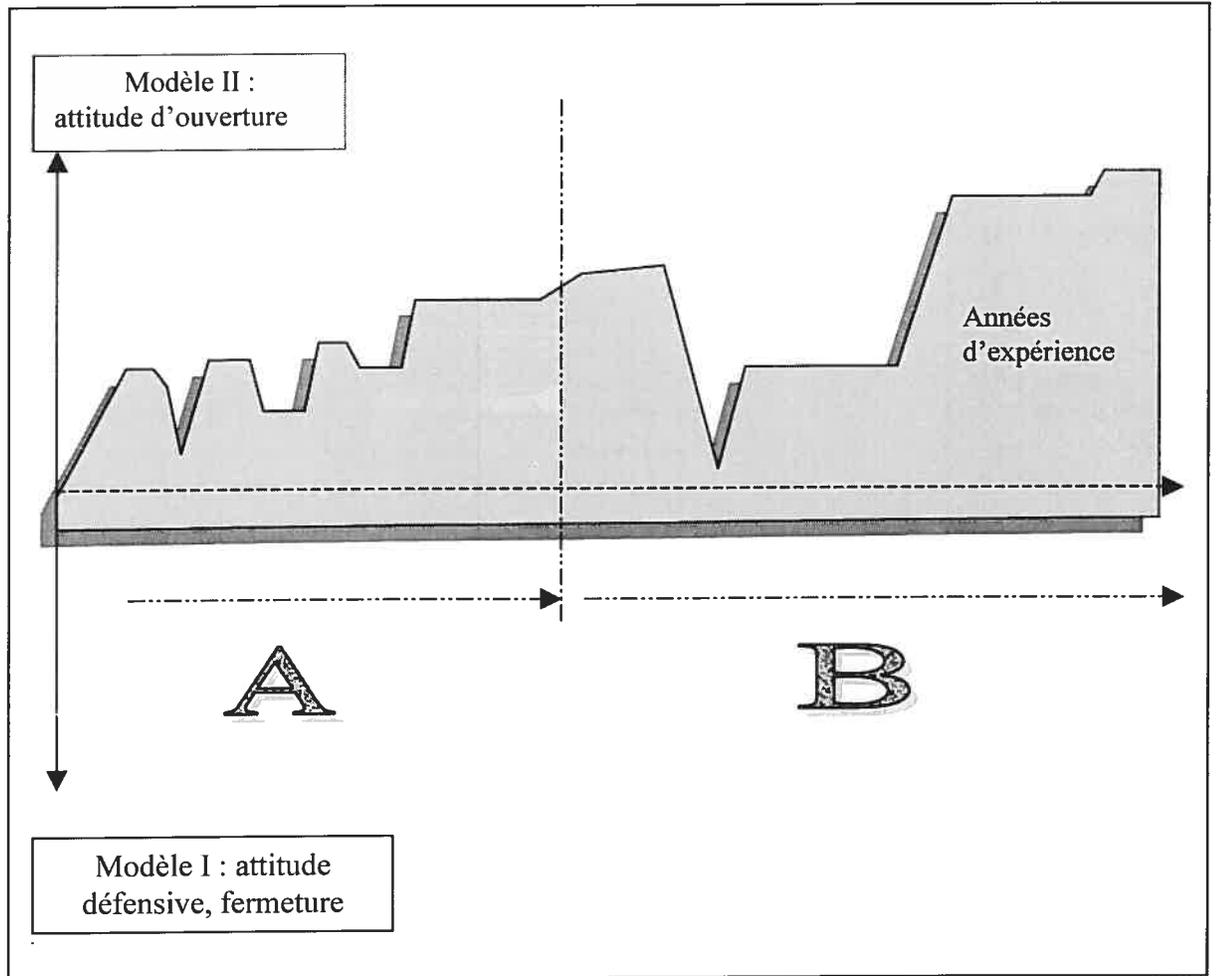


Figure 2. Parcours professionnel possible selon le Modèle II

Selon les individus, le professionnel commence à travailler dans une organisation avec une plus ou moins grande attitude d'ouverture²³ sur un continuum (axe vertical) qui va d'une attitude défensive et de fermeture à une attitude d'ouverture. Au début de sa pratique (phase A), avec le manque d'expérience, les surprises et les occasions de réfléchir de façon critique sur son action, sont nombreuses et rapprochées (pics). Chaque cas constitue un défi et une occasion d'apprendre (pentes ascendantes des apprentissages à BRD). Le professionnel novice discute avec ses pairs pour élargir son champ de réflexion et s'éviter de reproduire les mêmes erreurs (BRD). Après quelques années (phase B), le professionnel prend de l'assurance et de l'expérience tout en accumulant un répertoire de situations déjà traitées avec ses clients et ses collègues. Avec le temps, il élabore des théories d'usage (masse foncée) qui stabilisent sa pratique quotidienne (plateaux et BUR). Les surprises se font plus rares. Toutefois, s'il garde vivante son intuition et sa capacité d'écoute, le clinicien expérimenté demeurera aux aguets des signes, verbaux et non-verbaux qui laissent présager d'un malaise. Cette gêne, il y fera face en tentant de la mettre au jour, au risque de voir émerger un conflit. S'engager dans cette activité à risque, signifie pour le clinicien qu'il accepte de remettre en question ses théories d'usage (BRD) ce qui du même souffle fait évoluer sa pratique et le préserve d'un travail trop routinier (les plateaux de l'apprentissage à BUR). Les creux avec les passages dans la zone du Modèle I représentent les replis vers les stratégies défensives en période de stress avec un retour au niveau de base connu de fermeture qui réassure.

²³ Pour Argyris et Schön (1999) l'attitude défensive est nettement dominante dans les relations avec les autres en milieu de travail. Cultiver l'ouverture ne se fait qu'au prix d'un effort conscient et constant.

Synthèse

La régulation du système de santé est un jeu permanent de négociation entre différentes logiques (Contandriopoulos, 1994). L'ergothérapeute et sa logique de professionnel est en grande partie incompatible avec la logique technocratique des organismes payeurs et de l'appareil gouvernemental qui tente de réduire les coûts de soins de santé et de normaliser les pratiques professionnelles. Ces logiques demeureront en permanence sous tension. L'ergothérapeute en CLSC exerce-t-il la force requise pour garder le système de soins sous tension, ou s'est-il trop adapté à son contexte de travail ? Dans sa quête d'efficacité, a-t-il trop limité l'étendue de ses interventions et trop ajusté ses savoirs pour tenter de répondre aux attentes organisationnelles ? L'ergothérapeute, en tant que professionnel, rencontre-t-il des pièges ? Quels sont-ils ? Y a-t-il des conflits au sein de l'intervention ergothérapique à domicile ? Si oui, à quoi ces conflits sont-ils attribuables ? Ces questions trouveront réponse au chapitre des résultats, le chapitre 4. Mais avant, le prochain chapitre décrira la méthodologie utilisée pour examiner ces questions.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

Le chapitre de la méthodologie est organisé en fonction du modèle quadripolaire du processus méthodologique de la recherche qualitative mis au point par Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin (1997). La première section présente le pôle épistémologique de l'étude avec le choix de paradigme, les problématiques examinées et les critères de scientificité. La deuxième section expose le pôle technique de la recherche, avec ses modes d'investigation et de collecte de données. Le pôle théorique, qui réfère au contexte de l'étude et aux différentes opérations théoriques réalisées, est suivi du pôle morphologique qui expose les différentes opérations qui ont servi à organiser et à présenter les résultats. Les considérations éthiques de la recherche viennent clore ce chapitre.

Avant d'aborder les différents pôles de la recherche, l'examen de la figure 3 permet de visualiser globalement la stratégie de recherche adoptée. Cette figure doit être lue sans perdre de vue la simultanéité de la collecte de données, de l'analyse et de l'élaboration de la question de recherche. Le caractère itératif et rétroactif de cette recherche qualitative se prête mieux à la délimitation de grandes phases, plutôt qu'à une segmentation par étapes successives.

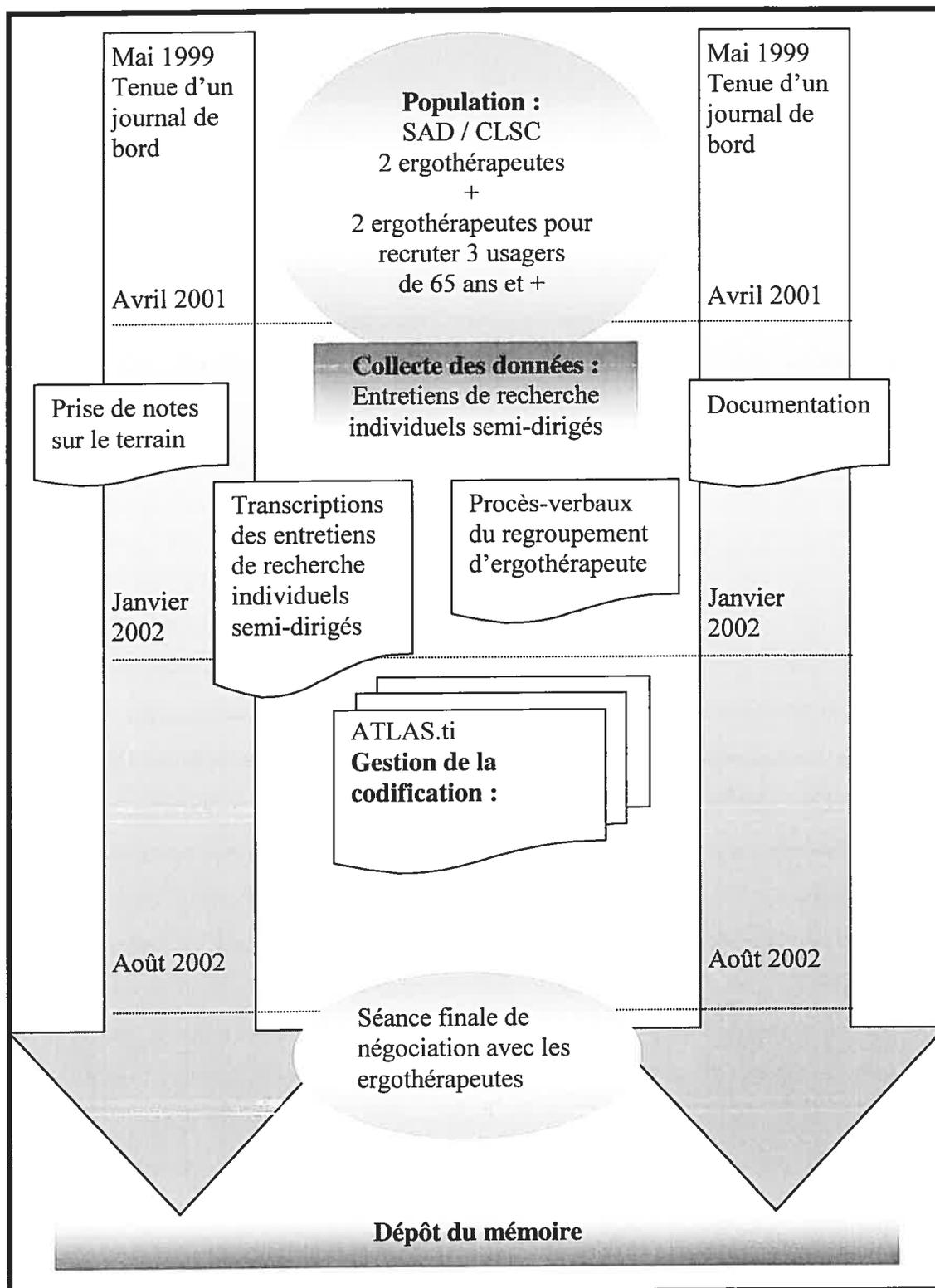


Figure 3. Stratégie de recherche

3.1 Pôle épistémologique

Le pôle épistémologique de la recherche qualitative se compare au moteur d'investigation du chercheur. C'est à ce niveau que se construit l'objet de recherche et que la problématique est délimitée (Lessard-Hébert et coll., 1997).

3.1.1 Choix de paradigme²⁴

Lorsqu'une attention particulière est portée aux acteurs et aux significations, les paradigmes issus du constructivisme²⁵ sont indiqués pour l'étude des phénomènes humains et sociaux (Muchielli, 1996b). Ce sont justement ces paradigmes qui ont été privilégiés pour cette étude exploratoire qui vise à rendre cohérentes des données de recherche provenant essentiellement de discours. Ce type de recherche nécessite une méthodologie de type qualitatif pour respecter l'humain, sa complexité, son intentionnalité et sa liberté (Van der Maren, 1999).

La construction et l'évolution de la problématique d'une recherche qualitative sont différentes d'une recherche de type hypothético-déductif comme le sont par exemple les expériences faites en laboratoire (Paillé, 1996b). Pour devenir significatives, les données ont besoin d'être interprétées. La démarche interprétative s'accompagne d'une attitude du chercheur qui se place simultanément à l'intérieur du terrain à l'étude et à l'extérieur de ce terrain (D'Amour, 1997). À l'intérieur, parce qu'il reconnaît qu'il a des a priori qui vont faire que certains éléments prennent plus d'importance que d'autres, et à l'extérieur par sa position d'observateur pour qui tout doit être nouveau. Pour la population à l'étude, les comportements et les pratiques recensées font partie du cours normal des choses (D'Amour, 1997). Le travail du chercheur consiste à tenter de dégager le sens profond et la rationalité sous-jacente.

²⁴ Modèle théorique qui sous-tend la recherche scientifique.

²⁵ Brièvement, le constructivisme en recherche accorde une place centrale aux acteurs (chercheurs et participants à la recherche), et considère que les connaissances sont construites et variables en fonction des contextes et des intentions (définition adaptée de Genelot, 1992).

En recherche qualitative, la façon d'aborder l'objet de recherche mène rarement à la formulation d'hypothèses précises que connaissent d'autres types de recherche (Paillé, 1996b). La recherche qualitative parle plutôt de concept opératoire que d'hypothèse, l'hypothèse faisant davantage référence à une relation de cause à effet (Deslauriers & Kérisit, 1997). Le concept opératoire est une sorte de catégorie provisoire qui indique dans quelle direction regarder le « réel ». Il permet de former des catégories transitoires pour supporter le classement des données recueillies et les rendre intelligibles. Le concept opératoire ne doit jamais être tenu pour acquis. Agir autrement serait une erreur. Le chercheur doit se satisfaire de l'élément de plausibilité qu'il représente (Deslauriers & Kérisit, 1997). Les hypothèses de travail et les a priori théoriques n'ont qu'une valeur instrumentale sans jamais être pris comme modèles à vérifier (Paillé, 1996b). L'objet de recherche est approché à l'aide d'un appareil conceptuel constitué de la sensibilité théorique²⁶ et de l'expérience du chercheur, mais jamais à partir de concepts engageants (Paillé, 1996b). C'est dans cet état d'esprit que l'étude a été abordée avec des questions qui se voulaient englobantes, telles que : le modelage sur les pairs de la profession comme mode d'apprentissage et de perfectionnement est-il possible dans un contexte de pratique d'urgence ? Ou encore, quels sont les éléments qui facilitent ou qui freinent la promotion de l'autonomisation des personnes dans un contexte de programme SAD de CLSC ?

Comme il se doit, la problématique a été érigée le plus près possible d'une argumentation qui prend racine dans des problèmes concrets avec des objectifs de recherche assez larges et ouverts (Paillé, 1996b). L'objet de recherche s'est précisé et les questions sont devenues plus sélectives à mesure qu'a progressé le travail simultané de collecte d'information et d'analyse (Deslauriers & Kerisit, 1997). En concordance avec la position épistémologique constructiviste adoptée, la démarche méthodologique s'est inspirée de l'évaluation de 4^e génération de Guba et Lincoln (1989) (voir figure 4). Cette dernière consiste en une série de procédures de collaboration et de négociations critiques. Chacune des activités a été dirigée en

²⁶ Capacité à discerner l'important dans les données et à y donner un sens (D'Amour, 1997).

fonction de l'objectif principal de l'évaluation, soit, préciser les perceptions d'un nombre restreint de détenteurs d'enjeux et de créer des espaces de négociation fertiles (Lehoux et coll., 1995).

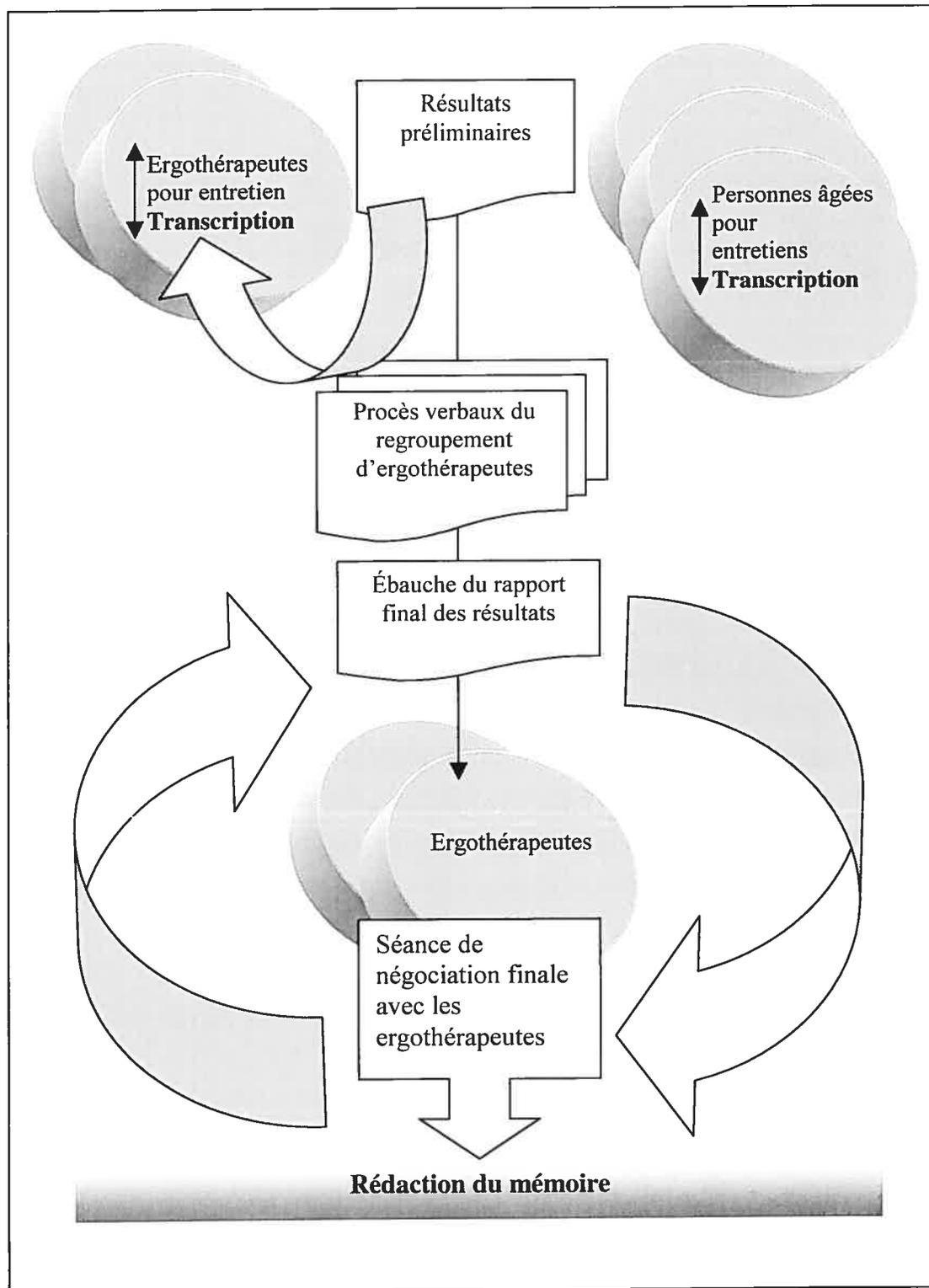


Figure 4. Démarche méthodologique inspirée de l'évaluation de 4^e génération de Guba et Lincoln (1989)

3.1.2 Objet de recherche

Décrire et comprendre les différents éléments qui structurent la pratique des ergothérapeutes des programmes SAD des CLSC.

3.1.3 Problématique

Impact du contexte québécois du travail en CLSC sur la pratique ergothérapique à domicile.

3.1.4 Concept opératoire

Le travail de l'ergothérapeute dans la communauté relève davantage des modèles en vigueur dans les sciences sociales, comme ceux rattachés à l'ethnographie et à la modélisation des systèmes complexes, que du modèle médical traditionnel.

3.1.5 A priori théoriques

Le chercheur n'étant jamais neutre (Ratcliffe & Gonzalez-del-Valle, 1988), il importe de mettre au jour ses a priori théoriques, d'en prendre conscience, pour permettre au chercheur d'évaluer leur degré d'influence sur la construction des connaissances d'une part et d'autre part, pour favoriser un regard neuf sur le phénomène observé. Voici donc exposés les a priori théoriques tel qu'ils ont été formulés au moment d'élaborer le protocole de recherche :

- La pratique des ergothérapeutes est complexe, le complexe s'appliquant à ce qui ne peut être décomposé et simplifié sans une perte de sens et de compréhension.

- Les ergothérapeutes des CLSC sont des sortes d'ethnographes de par leur intérêt pour une compréhension en profondeur des activités de la vie quotidienne des personnes.
- Le processus d'intervention des ergothérapeutes est caractérisé par l'analyse inductive de données partiales qui s'inscrit dans une démarche itérative d'intersubjectivité. La pratique ergothérapique dans la communauté doit inclure le subjectif, le paradoxal et ce qui ne peut être quantifié dans les limites de son exercice pour être efficace.
- L'approche communautaire propose des outils d'intervention compatibles avec l'approche transactive (reconnaissance de l'interdépendance de la personne avec son environnement culturel, socioéconomique, social et physique ; relation de partenariat avec l'utilisateur) en ergothérapie.
- Les contraintes organisationnelles (liste d'attente, changements du réseau de la santé, politiques de gestion) des CLSC façonnent le travail ergothérapique à domicile.
- À mesure que la popularité et les demandes de service en ergothérapie augmentent dans les CLSC, la pratique de l'ergothérapie s'éloigne de ses racines humanistes au profit d'une approche étroitement technique.

3.1.6 Critères de scientificité

Transposer les critères de validité et de fidélité tels que définis dans un cadre positiviste à une étude campée dans un cadre constructiviste avec des données de type qualitatif pose problème (D'Amour, 1997). La notion de fidélité est étrangère à la recherche qualitative (Paillé, 1996a). La fidélité est une préoccupation métrologique qui ne peut être appliquée à des données qui ne sont pas quantifiables. Les résultats des recherches qualitatives peuvent être fiables, la fiabilité des résultats étant liée à leur validité. Les résultats d'une recherche

qualitative sont valides s'ils reflètent bien le phénomène étudié et qu'ils contribuent de manière significative à mieux faire comprendre ce phénomène (Savoie-Zajc, 1996d). Une recherche menée consciencieusement produit généralement des résultats d'une grande validité et une étude réputée fiable (Paillé, 1996a).

Validité et fiabilité

La présence prolongée sur le terrain, la vérification des transcriptions par les participants, et la discussion des résultats obtenus avec eux, sont différents moyens de s'assurer de la fiabilité des résultats. Ainsi, le fait d'avoir rencontré plus d'une fois chacun des participants, de leur avoir retourné les transcriptions des entretiens de recherche pour une vérification du contenu et la séance de négociation finale avec les ergothérapeutes contribuent à assurer la crédibilité des résultats, et à leur conférer ainsi une forme de validité. Le concept de validité externe n'existe pas en recherche qualitative. Il est plutôt question de transférabilité (Guba & Lincoln, 1982 : voir Gendron, 2000 ; Guba & Lincoln, 1989). C'est pourquoi les résultats présentés au chapitre suivant le seront de façon détaillée afin de permettre justement aux utilisateurs potentiels des résultats de la recherche d'évaluer le degré de similitude entre leur contexte et celui de l'étude. Ainsi, ils pourront procéder à un transfert de connaissance en fonction de leur besoin.

Triangulation

Plusieurs auteurs, dont Guba et Lincoln (1989), recommandent que les données soient recueillies à partir de différentes sources. Ce procédé de triangulation permet la confrontation des données à partir de différentes méthodes (D'Amour, 1997). La superposition et la combinaison de plusieurs techniques de collecte de données confèrent plus de robustesse aux données et permettent de compenser le biais rattaché à chacune d'entre elles (D'Amour, 1997 ; Savoie-Zajc, 1996c). La

triangulation permet de vérifier la justesse et la stabilité des résultats obtenus. Cette technique de validation permet également une compréhension et une interprétation plus riche du phénomène étudié (Savoie-Zajc, 1996c).

Tel qu'illustré par la figure 5, cette étude a combiné plusieurs sources d'information : entretiens de recherche avec des acteurs de points de vue différents, usagers et ergothérapeutes de CLSC, et analyse documentaire des procès-verbaux d'une année d'un regroupement d'ergothérapeutes de CLSC. L'interprétation des données a été faite à partir de deux modèles théoriques différents, les lignes directrices de l'ACE et le Modèle II de Argyris et Schön (1999), issus de domaines distincts, la santé et l'éducation. Tous les plans d'analyse et les résultats ont été soumis aux directeurs de la recherche et débattus avec eux. En outre, le fait d'avoir soumis des versions préliminaires des analyses des données aux participants de l'étude afin d'obtenir leur réaction, et d'avoir corrigé l'orientation des interprétations, peut être considéré par certains auteurs comme une autre forme de triangulation (Muchielli, 1996c ; Van der Maren, 1987).

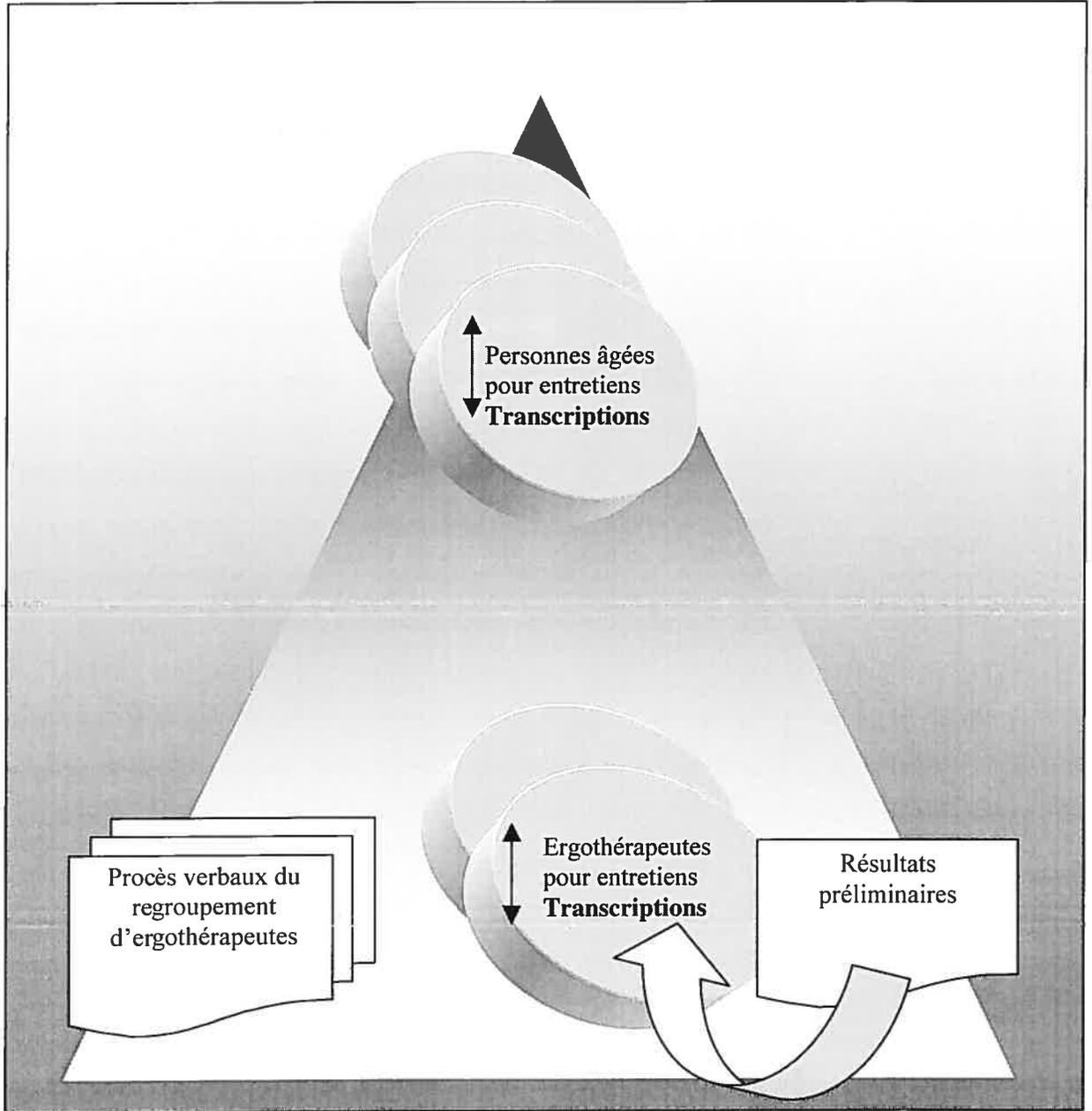


Figure 5. Triangulation de la collecte de données

Les critères d'ordre social

La rigueur en recherche qualitative a fait l'objet de plusieurs écrits (D'Amour, 1997). Les travaux de Lincoln (1995) soulignent l'importance de la dimension relationnelle dans les recherches de type qualitatif (Gendron, 2000 ; Savoie-Zajc, 1997). Cette dimension a fait l'objet d'une attention soutenue tout au long de l'étude. La figure 6 illustre le processus par lequel certains critères de qualité ont été appliqués.

- **La mise en perspective de la position du chercheur et la subjectivité critique** ont occupé une part importante du travail de réflexion. En plus des notes de terrain, de la gestion informatisée de la codification et l'exposé au point 3.1.5 des a priori théoriques, la tenue d'un journal de bord, où étaient consignées entre autres les pensées et les réflexions suscitées par les contacts, les lectures, le travail en cours, a participé à cette mise en perspective.
- **Le sens de la communauté et la polyphonie de voix** ont été favorisés par la participation des personnes concernées, en veillant à inclure non seulement des ergothérapeutes, mais également des personnes âgées. De plus, une fois déposé, une copie du mémoire sera envoyée aux participants qui ont signifié un intérêt en ce sens.
- **La réciprocité** avec la collaboration des participants dans des rapports égaux. Les résultats préliminaires ont été retournés et discutés individuellement avec les ergothérapeutes, tandis que les résultats finaux de l'étude ont fait l'objet d'une séance de discussion et de négociation avec les ergothérapeutes. Par ailleurs, tous les acteurs (personnes âgées et ergothérapeutes) ont bénéficié de la même attention au moment de les préparer pour les entretiens de recherche (voir 3.2.2).

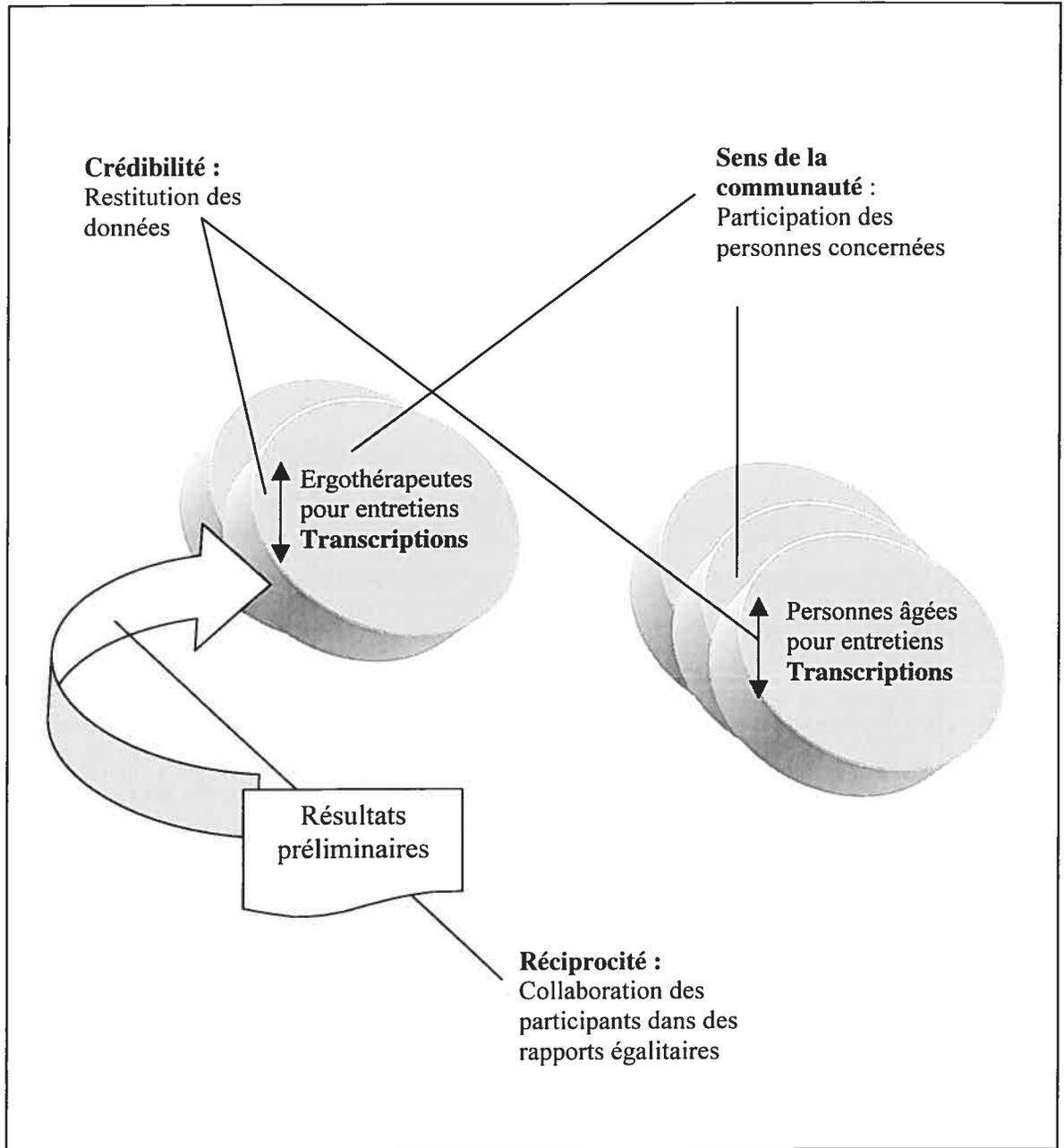


Figure 6. Illustration de l'application de quelques critères de qualité à partir de l'une des phases de la collecte de données (Lincoln, 1995 ; Savoie-Zajc, 1996c)

3.2 Pôle technique

Le pôle technique relate le lieu et la façon dont les informations ont été recueillies sur le terrain. Il expose également les différentes opérations techniques qui ont servies à transformer les informations tirées du « réel » en données pertinentes à la problématique de la recherche (Lessard-Hébert et coll., 1997).

3.2.1 Échantillonnage

En accord avec la position épistémologique avancée précédemment, l'échantillonnage est de type intentionnel, non probabiliste (Savoie-Zajc, 1997) et ne fait pas appel au hasard. Le nombre de personnes à inclure dans une étude de type interprétatif est difficile à établir. Le critère le plus souvent utilisé dans cette forme de recherche est celui de la saturation théorique : l'ajout de nouvelles données n'améliore plus la compréhension du phénomène à l'étude (Savoie-Zajc, 1997). Fixer un nombre de participants à l'avance va à l'encontre du respect du critère de saturation théorique. Par contre, le chercheur peut établir un nombre de répondants de départ et l'ajuster en cours de recherche, selon le degré de saturation atteint (Savoie-Zajc, 1997). Compte tenu des limites imposées par le contexte des études de deuxième cycle, le nombre restreint de participants n'a pas permis l'atteinte du niveau de saturation théorique.

Description des participants

La participation de quatre ergothérapeutes en CLSC et de deux personnes âgées était requise pour cette étude. Deux ergothérapeutes pour participer aux entretiens de recherche et deux autres pour le recrutement de personnes âgées. Ces derniers devaient trouver parmi les personnes âgées sous leur soin, un usager intéressé à participer à un entretien de recherche. Rapidement, la question d'inclure ou non un proche aidant a forcé l'ajustement du nombre de participants. Une personne âgée

pouvait être accompagnée d'un proche, si ce dernier était habituellement présent lors des visites à domicile de l'ergothérapeute. Ceci explique que l'un des deux entretiens de recherche avec les personnes âgées ait été mené avec un couple. Le tableau III précise les critères utilisés pour sélectionner les participants de l'étude.

Critères	Ergothérapeutes		Personnes âgées
	Recrutement (N=2)	Entrevue (N=2)	Entrevue (N=3)
Inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membre de l'OEQ ▪ 6 ans et plus d'expérience en SAD de CLSC ▪ Occuper un poste clinique ▪ Travailler 21 hrs/sem et plus ▪ Provenir de CLSC différents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membre de l'OEQ ▪ Parler français couramment ▪ 6 ans et plus d'expérience en SAD de CLSC ▪ Occuper un poste clinique ▪ Travailler 21 hrs/sem et plus ▪ Provenir de CLSC différents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir 65 ans et plus ▪ Parler français couramment ▪ Les interventions en ergothérapie ont été faites par un ergothérapeute qui respecte les critères de sélection de l'étude ▪ Services d'ergothérapie reçus principalement à domicile ▪ Avoir reçu plus de 5 visites du même ergothérapeute ▪ Aucune intervention en ergothérapie en cours
Exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Provenir du même CLSC que le chercheur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir traité une des personnes de l'étude ▪ Provenir du même CLSC que le chercheur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'ergothérapeute traitant ne participe pas aux entretiens de recherche de l'étude ▪ Adaptation du domicile au programme PAD de la SHQ comme intervention principale ▪ Personne en attente d'hébergement.

Tableau III : Critères de sélection des participants

Le tableau IV présente le profil sociodémographique des participants aux entretiens de recherche. Ces données résument les réponses obtenues à de brefs questionnaires fermés administrés à la toute fin des entretiens de recherche. Deux femmes de 68 ans et un homme de 70 ans, conjoint de l'une des deux femmes vivant avec une incapacité physique ont participé aux entretiens de recherche. L'autre femme vivait également en couple. Son conjoint devait participer à l'entretien de recherche, mais un imprévu l'en a empêché. L'entretien s'est finalement déroulé sans la présence du conjoint.

Les ergothérapeutes étaient du même sexe et du même groupe d'âge (± 40 ans). Elles occupaient toutes deux un poste permanent à temps partiel (3 jours et 4 jours/semaine), et oeuvraient également dans des services de même taille (4 ergothérapeutes). Leur niveau d'expérience diffère, de même que leur université de formation. Depuis qu'elles sont en CLSC, respectivement 10 ans et 17 ans, elles travaillent pour le même établissement. L'une d'elle était en congé de maternité au moment de participer au projet.

Caractéristiques	Personnes âgées (N=3)			Ergothérapeutes (N=2)	
	F	F	H	F	F
Genre (F : féminin et H : homme)	F	F	H	F	F
Âge	68 ans	68 ans	70 ans	40 ans	39 ans
Années d'expérience en ergothérapie				10 ans	17 ans
Années d'expérience en CLSC				8 ans	13 ans
Nombre d'années dans l'établissement actuel				8 ans	13 ans
Université de formation				Laval	Montréal
Type de poste occupé				Permanent	
Nombre d'heures travaillées par semaine				21	28
Nombre d'ergothérapeutes au SAD du CLSC				4	4
Temps écoulé depuis la dernière intervention en ergothérapie	Environ 1 mois				
Contexte familial	1 couple et 1 couple avec un enfant adulte vivant une situation de handicap				

Tableau IV : Profil sociodémographique des participants aux entretiens de recherche

Modalités de recrutement des sujets

La sélection des participants s'est déroulée de la façon suivante :

- À partir du bottin des ergothérapeutes de l'OEQ (2000), un inventaire des ergothérapeutes susceptibles de répondre aux critères de sélection a été fait en fonction de l'année du début de leur pratique indiquée par leur numéro de membre. Pour des raisons de commodité, seuls les ergothérapeutes des CLSC des régions de l'Estrie, de Montréal et de la Montérégie, ont été considérés pour constituer l'échantillonnage.
- Des invitations à participer au projet ont été envoyées dans les CLSC ciblés (Annexe A).
- Compte tenu du faible taux de réponse, une relance téléphonique a servi d'une part à vérifier si les ergothérapeutes avaient reçu l'invitation, et d'autre part, si l'un d'eux était intéressé à participer au projet.
- Dès qu'un ergothérapeute était intéressé à participer à l'étude, une demande officielle d'approbation du projet de recherche était expédiée au directeur général du CLSC correspondant (Annexe B). Trois ergothérapeutes se sont désistés ou ont été dans l'impossibilité de participer au projet faute de temps ou parce qu'ils étaient incapables de recruter une personne âgée intéressée ou capable de participer au projet de recherche.
- Après avoir obtenu l'approbation du directeur général du CLSC, deux possibilités existaient selon le niveau de participation du sujet.
 - Les ergothérapeutes chargés de recruter une personne âgée avaient à expliquer sommairement le but de l'étude et la nature de leur participation aux sujets âgés potentiels. Un contact téléphonique servait à répondre aux questions des ergothérapeutes. Si une personne âgée était intéressée, l'ergothérapeute lui faisait signer un formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier

(AH-216-4). Ce formulaire en vigueur dans les établissements de santé du Québec autorisait l'archiviste du CLSC à transmettre les coordonnées de la personne âgée au chercheur.

- Pour les sujets qui souhaitaient participer aux entretiens de recherche, un contact par téléphone servait à expliquer en détail la nature de leur participation. Ceci permettait également d'entamer le processus visant à obtenir leur consentement éclairé (Annexes C et D), et à fixer la date et le lieu pour la rencontre préparatoire à l'entretien de recherche.

3.2.2 Techniques de cueillette des données

La collecte de données a été effectuée par enquête orale et par analyse documentaire. Les entretiens de recherche semi-dirigés étaient orientés vers des thèmes proposés conjointement par l'interviewer et par les participants.

Entrevues

Parmi les principales méthodes de collecte de données en recherche qualitative, l'entrevue est considérée comme un des moyens le plus puissant pour tenter de comprendre l'expérience de l'autre (D'Amour, 1997 ; Fontana & Frey, 1994). Tel qu'il a été suggéré par plusieurs auteurs (Kvale, 1996 ; Savoie-Zajc, 1997), les entrevues ont été soutenues par des guides d'entretiens avec thèmes, sous-thèmes et questions d'orientation (Annexe E). Ces guides d'entretiens de recherche assurent l'interviewer d'avoir couvert les principaux sujets qu'il souhaite aborder (D'Amour, 1997). Les thèmes à explorer (la pratique dite d'urgence, l'autonomisation, les approches spécifiques aux interventions communautaires, les relations des ergothérapeutes avec les familles) étaient les mêmes pour tous les sujets. Seules les questions différaient, selon que le guide s'adressait aux personnes âgées (ex : est-ce que votre ergothérapeute vous a déjà rencontré en

présence de votre famille ? Comment cela s'est-il passé ?), ou aux ergothérapeutes (Pour mener à bien une intervention auprès d'une personne âgée, vous arrive-t-il de faire appel aux membres de la famille ? Vous arrive-t-il d'intervenir auprès d'un autre membre de la famille que la personne qui vous a été référée ?). Les entrevues, une par sujet, ont toutes été enregistrées sur bande audio.

Une activité a été proposée pour inclure les thèmes privilégiés par les participants. Celle-ci consistait à utiliser des photos comme point d'ancrage aux échanges. Concrètement, un appareil photo jetable a été remis à chaque participant. Les ergothérapeutes ont été invités à capter des scènes du quotidien qui illustraient ou symbolisaient leur expérience de travail. Les personnes âgées ont par ailleurs été encouragées à faire de même quant à leur expérience en tant qu'usagers d'un service d'ergothérapie d'un CLSC. Comme le souligne Ziller (1990 : voir Gendron 1998), il est possible que les images plus concrètes que des abstractions verbales ouvrent sur la communication et facilitent l'amorce de discussions.

Au début des entretiens, les participants s'exprimaient librement en faisant valoir leurs points de vue sur les représentations de la réalité suggérées par les photos. À la fin de la rencontre, si des thèmes des guides d'entretien de recherche n'avaient pas été couverts, des questions plus directes étaient posées. Les quatre entrevues ont duré en moyenne soixante (60) minutes chacune. Elles ont toutes été conduites par le chercheur et se sont échelonnées sur une période de neuf mois, d'avril 2001 à janvier 2002. Le choix du lieu était laissé au libre choix des participants. Les personnes âgées ont toutes été rencontrées à leur domicile. Les entrevues avec les ergothérapeutes se sont déroulées pour l'un sur son lieu de travail (CLSC), pour l'autre à son domicile.

Une attention toute particulière a été accordée à la préparation des participants aux entretiens de recherche (Van der Maren, 1987; 1999). Le contact téléphonique initial, servant à expliquer aux participants la nature de leur participation, était également l'occasion d'explicitier les raisons motivant le choix du chercheur, la forme des entretiens de recherche et les thèmes qui devaient être abordés. Ce contact initial permettait aussi d'évaluer la capacité de verbaliser des participants.

Si la personne était intéressée à poursuivre, une première rencontre était organisée. À cette occasion, une pochette d'informations contenant un résumé du projet, un guide d'entretien, le formulaire de consentement (Annexes C et D), l'appareil photo jetable et des exemplaires des formulaires de consentement pour la prise de photos à faire signer par les personnes qui auraient à figurer sur les photos le cas échéant (Annexes F et G) était remise au participant. À titre consultatif, les ergothérapeutes se voyaient de plus remettre des publications sur l'approche communautaire, l'approche ethnographique, l'autonomisation, la pratique centrée sur le client et l'étude alors la plus récente sur le travail des ergothérapeutes en CLSC (Hébert et coll., 2000) (Annexe H).

Analyse documentaire

Les documents à analyser provenaient de plusieurs sources. Certains documents étaient suscités (produits par l'auteur de l'étude) comme les notes de terrain et le journal de bord²⁷. D'autres étaient invoqués (Van der Maren, 1987; 1999), comme la documentation (références des chapitre 1 et 2), les questionnaires fermés pour obtenir les données sociodémographiques (Tableau IV), et les procès-verbaux provenant des archives du regroupement d'ergothérapeutes de CLSC.

Le journal de bord (D'Amour, 1997 ; Savoie-Zajc, 1996b ; Van der Maren, 1999), sorte de « mémoire vive » de la recherche, a servi à consigner le déroulement quotidien de la recherche, les réflexions et les différentes décisions ayant trait à la dimension méthodologique de l'étude. Ce compte-rendu introspectif a aidé à cerner les biais. Les notes de terrain (Kvale, 1996 ; Savoie-Zajc, 1997) étaient constituées des notes prises au cours des entretiens de recherche ainsi que des réflexions suscitées immédiatement après les entrevues. Les réactions et les commentaires reçus de sources diverses (courrier électronique, entretiens

²⁷ À noter que l'inclusion du journal de bord dans l'analyse documentaire ne fait pas consensus en recherche qualitative.

téléphoniques) en réaction au rapport préliminaire envoyé, ont également fait l'objet d'analyse.

L'analyse documentaire des procès-verbaux des rencontres trimestrielles du regroupement d'ergothérapeutes de SAD de CLSC a surtout servi à la triangulation des données. Cette documentation de nature privée est archivée par certains regroupements d'ergothérapeutes. Une demande d'autorisation écrite (Annexe I) a été adressée à la personne responsable d'un regroupement d'ergothérapeutes en SAD de CLSC incluant l'une des trois régions retenues aux fins d'étude (voir 3.2.1). La demande d'autorisation a été soumise à l'ensemble des membres pour approbation lors d'une séance ordinaire.

Séance de négociation finale

Une ébauche finale du chapitre des résultats a été envoyée aux deux ergothérapeutes qui ont participé aux entretiens de recherche. Les participants ont eu plusieurs semaines pour lire et réfléchir aux interprétations avancées lors d'une rencontre finale à trois. La séance de négociation a duré un peu plus de deux heures et s'est déroulée en août 2002 au domicile de l'un des deux ergothérapeutes. Le chercheur animait la rencontre et agissait à titre de médiateur et de catalyseur pour relancer au besoin les échanges, jusqu'à saturation des points de vue et des perceptions. Cette séance fut l'occasion de prises de conscience et a été particulièrement appréciée des ergothérapeutes qui déploraient ne pas avoir plus souvent l'occasion d'échanger en profondeur sur leur travail. Le contenu de cet échange sera considéré au chapitre 5 sur la discussion.

3.2.3 Modes d'investigation

Cette étude de cas est multisites, les sujets provenant de quatre CLSC différents. Du fait que les rencontres se sont déroulées au domicile des personnes âgées, le

champ d'investigation était près du réel puisque les interventions ergothérapeutiques dont il était question se sont déroulées dans le même environnement. De plus, la situation d'entretien de recherche s'apparente pour plusieurs aspects au type de rencontre que ces personnes ont pu avoir avec leur ergothérapeute. Ceci n'est pas applicable pour les ergothérapeutes qui ont été rencontrés dans des environnements plus éloignés de la réalité de l'intervention à domicile (environnement privé pour l'un et salle de conférence d'un CLSC pour l'autre). Quoiqu'utilisé de façon très souple, le canevas d'entretien indique un mode d'investigation plutôt construit et contrôlé. Par ailleurs, l'utilisation de photos produites par les participants, sans avoir été vues par l'interviewer au préalable, visait à favoriser la création d'un espace de parole plus libre, et à favoriser l'émergence d'idées et de points de vue neufs.

3.3 Pôle théorique

Le pôle théorique d'une recherche qualitative prête attention à trois éléments interreliés : la question du contexte théorique, du contexte de la découverte et finalement, le contexte de la preuve (Lessard-Hébert et coll., 1997). Le pôle théorique est intimement lié au pôle morphologique qui suit immédiatement cette deuxième section.

3.3.1 Étude qualitative exploratoire

Cette étude a emprunté une logique à la fois inductive et déductive. Inductive par la recherche des phénomènes récurrents dans les discours analysés, et déductive par l'emprunt en cours d'analyse de concepts théoriques qui se sont imposés par

leur puissance d'appariement. Le contexte de découverte, ici restreint, ne visait qu'à formuler des présomptions²⁸ et non pas un modèle ou une théorie.

3.3.2 Analyse et interprétation des données qualitatives

Le cheminement de l'analyse ne s'est pas fait de façon linéaire. Comme le suggèrent certains auteurs (D'Amour, 1997 ; Paillé, 1994), le traitement de l'information s'est fait de façon concomitante à la collecte des données ce qui a permis de dégager progressivement un sens plus large aux matériaux.

Condensation et interprétation des données

L'analyse de contenu a débuté avec la transcription intégrale des enregistrements audio des entretiens de recherche par le chercheur à l'aide d'un logiciel de traitement de texte et accessoirement, du logiciel de reconnaissance vocale en dictée continue Dragon Naturally Speaking Preferred, version 4 (Dragon Systems, 1999). Les transcriptions ont ensuite été envoyées à tous les participants, personnes âgées et ergothérapeutes, pour qu'ils les relisent et les commentent. Une fois corrigés, ces documents ont été soigneusement préparés pour être traités et gérés à l'aide du logiciel ATLAS.ti Code version 4.1 (Muhr, 1997) (Annexe J).

La codification initiale des données brutes, pas à pas en utilisant le vocabulaire des participants, a produit une formulation signifiante initiale très proche du sens commun (Muchielli, 1996a). La mise en route du processus inductif s'est faite simultanément avec la rédaction de mémos au fil de l'émergence des intuitions.

L'étape suivante de catégorisation a permis de dégager un sens plus général aux éléments bruts du corpus imposant des éléments codifiés (Muchielli, 1996a).

²⁸ Terme préféré à *hypothèse* pour bien marquer la distinction avec la recherche faite en laboratoire. Ce terme est également privilégié par Argyris et Schön (1999).

Compte tenu de l'importance des interprétations en recherche qualitative, la lecture en cours d'analyse des données a facilité la mise en branle du processus analytique (Deslauriers & Kérisit, 1997) qui a progressé par associations, en écho aux thèmes qui se sont dégagés des données. Ainsi, plusieurs analogies entre les thèmes émergents des entretiens de recherche et les trois théories d'usage décrites par Hébert et coll. (2002) ont suscité l'élaboration de catégories correspondantes²⁹. À titre d'exemple, des unités de sens comme :

« -Tu sais s'asseoir pis comprendre la situation de quelqu'un. ... ça peut demander du temps ...

-Question : Est-ce qu'on l'a le temps ?

-Ah mon Dieu, de moins en moins. »

et plus loin :

« -Là où le temps, je trouve, presse... c'est les listes d'attente qui augmentent. J'ai l'impression qu'on est toujours, les effectifs, on est toujours un petit peu en deça de ce qu'on devrait être. Quand on fait la demande de tant d'effectifs pour le moment X, quand on l'a, on est rendu au moment Y. Et c'est plus que ça prendrait à ce moment-là. »

ont été codées sous « pratique dite d'urgence ». Le retour aux bandes audio a servi à mettre en contexte une première mise en forme et a précédé l'utilisation des opérateurs booléens de ATLAS.ti pour catégoriser les codes. Un premier rapport fait à partir du traitement des données obtenues par les ergothérapeutes leur a été soumis afin de recueillir commentaires et réactions (Annexe K). Par ailleurs, les procès-verbaux ont été partiellement transcrits pour être codés à leur tour à l'aide d'ATLAS.ti. Trois thèmes se sont démarqués : les besoins en formation, les échanges autour des équipements spécialisés, et la problématique de l'adaptation

²⁹ Ici s'amorce la transition vers une démarche plus déductive qu'inductive.

domiciliaire (Annexe L). Ceux-ci sont venus enrichir et nuancer la liste des catégories déjà établies.

Une masse imposante d'unités de sens se référant à des métaphores et à certains propos demeurant obscurs jusque-là s'est éclairée à la lumière des travaux de Schön (1994) sur le savoir caché dans l'agir professionnel et de Argyris et Schön (1999) sur l'efficacité professionnelle. Ainsi, l'unité de sens suivante, suscitée à l'examen d'une photo prise par l'un des deux ergothérapeutes représentant un enfant tenant un miroir dans ses mains :

« -Je me suis dit, mon travail je le fais à travers mon propre miroir de mon propre vécu, par rapport à ma propre autonomie aussi. C'est le reflet de moi-même. C'est ce que je perçois de moi-même. C'est mon miroir en fait.

-Question : Ton travail c'est ton miroir ?

-Ça se fait à travers mon propre miroir. »

fait-elle écho au concept de théorie d'usage. Autre unité de sens qui va dans le sens des modèles d'efficacité d'une théorie d'usage décrit au chapitre précédent, provient cette fois de l'un des entretiens avec les personnes âgées :

« -Madame : ... on est à l'aise avec elle.

-Monsieur : Une conversation amicale, tout simplement. La conversation commence... Il y a des choses professionnelles qui ... entrent dans la conversation. Au début c'est facile. Après ça, bien, on voit qu'elle (l'ergothérapeute) arrive à son idée qu'elle avait au début de sa visite. La conversation est bien facile avec elle. ... Un point professionnel de son chose qui..., sans qu'on s'en aperçoive trop, trop là. C'est discrètement, ça commence discrètement...C'est sûr que chaque personne a sa manière de se présenter... de faire sa profession. On est habitués avec elle (l'ergothérapeute). C'est sûr que si c'était trop catégorique, ça ferait peut-être bien un changement trop brusque, ... On aime bien son approche. »

Le processus de catégorisation et de mise en relation des catégories s'en est trouvé réactivé (Annexe M) jusqu'à l'émergence graduelle de présomptions suffisamment étoffées et signifiantes pour satisfaire aux besoins de cette étude. Un deuxième rapport d'analyse, ébauche finale cette fois de la présentation des résultats, a été envoyé aux deux ergothérapeutes qui ont participé aux entretiens de recherche. Les commentaires obtenus lors d'une séance finale de négociation ont été notés et enregistrés sur bande audio aux fins de discussion et rédaction finale du chapitre des résultats.

3.4 Pôle morphologique

Le pôle morphologique renvoie à la mise en forme de l'objet scientifique. Cette mise en forme s'exprime à travers trois caractères fondamentaux : le style choisi pour exprimer les résultats, la cohérence logique utilisée pour rendre signifiants les résultats et l'objectivation des résultats de recherche (Lessard-Hébert et coll., 1997).

3.4.1 Style et logique sous-jacents à la présentation des résultats

L'interprétation des résultats sera présentée sous deux formes : à la manière d'une « mise en scène » et d'une « divination ». La mise en scène et la divination sont deux des quatre analogies utilisées par Van der Maren (1987) pour éclairer les quatre fonctions possibles de l'interprétation des données et des résultats. La mise en scène fonctionne comme une transposition dynamique à plusieurs niveaux des concepts tirés des données. Elle introduit le commentaire et installe l'émotion de l'interprète dans la transmission du message. Trois niveaux de sujets y figurent : l'auteur, le lecteur et l'interprète. Dans la mise en scène, l'auteur s'adresse au lecteur par interprète interposé. Afin de représenter les différents points de vue des deux groupes de participants, il y aura plus d'un interprète. Les personnes âgées

(N=3) et les ergothérapeutes (N=2), deviendront des personnages composites, soit un couple âgé et un ergothérapeute.

En tant que divination, l'interprétation a dévoilé le sens caché latent dans les propos à caractère anecdotique des participants aux prises avec des problèmes concrets, difficiles à conceptualiser. Le cadre conceptuel présenté au chapitre précédent s'est imposé en cours d'analyse pour soutenir ce niveau d'interprétation.

3.5 Éthique de la recherche

Les valeurs souvent retrouvées dans le discours éthique s'intéressent au respect de la personne, au consentement éclairé et à l'évaluation des avantages et des risques pour les participants, au choix juste et éclairé des participants et la confidentialité des données recueillies (Savoie-Zajc, 1996a). La signature du formulaire au consentement de la recherche (Annexes C et D) a été obtenue après un temps de réflexion minimum de deux semaines. Au moins deux autres semaines étaient comprises entre la rencontre préparatoire et l'entretien de recherche. Tous les participants ont eu amplement le temps de poser toutes leurs questions. Tous étaient clairement avisés qu'ils étaient libres de revenir sur leur décision en tout temps. Quatre personnes se sont ainsi désistées en cours de route. Une personne pour des raisons de surcharge liée à l'adaptation de son domicile, une autre pour répondre à une situation d'urgence et deux autres pour des motifs gardés personnels. La confidentialité des participants a été assurée par l'utilisation de noms de codes dès la constitution des données. Au moment de transcrire les entretiens de recherche, toutes les informations permettant d'identifier une autre personne ont été effacées ou substituées afin de préserver l'anonymat. Les participants ont été assurés non seulement de l'anonymat des informations fournies, mais également du nom du milieu de la recherche. Toute information qui permettait d'identifier le CLSC concerné n'a pas été dévoilée afin d'éviter que l'un des participants ne soit identifié. D'autres questions éthiques plus spécifiques à la recherche qualitative ont été considérées. En outre, les biais de la recherche ont été

exposés ouvertement (voir 3.1.5). Le protocole de recherche a été soumis et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (Annexe N).

Synthèse

Les nombreuses références qui émaillent ce chapitre exposent les courants de pensées à la source des choix méthodologiques privilégiés pour éclairer certains concepts plus familiers en anthropologie et en phénoménologie qu'en sciences biomédicales. Campée dans des paradigmes constructivistes, il n'est pas question pour cette étude de vérifier une hypothèse, ni de répondre à une question de recherche précise. L'instrumentation de type qualitatif utilisée a privilégié les perceptions de deux ergothérapeutes de CLSC (N=2) et de trois personnes âgées (N=3) ayant reçu des services d'ergothérapie d'un programme SAD de CLSC. Deux autres ergothérapeutes, répondants aux mêmes critères d'inclusion que pour les ergothérapeutes qui ont participé aux entretiens de recherche, étaient responsables de recruter parmi leurs usagers, des personnes âgées intéressées à participer au projet. Des entretiens de recherche semi-dirigés ont permis aux participants de faire part de leur expérience respective. Des données tirées des procès-verbaux d'une année (1999-2000) d'un regroupement d'ergothérapeutes en CLSC ont servi à trianguler les données. Le logiciel d'analyse de données qualitatives ATLAS.ti a été mis à contribution pour gérer la codification. Un modèle théorique de compétence professionnelle, le Modèle II (Argyris & Schön, 1999) est venu enrichir les interprétations. Tous les résultats ont été soumis aux ergothérapeutes de l'étude lors d'une séance de discussion et de négociation finale. Des critères de qualité ont été appliqués tout au long de la recherche. Les résultats de cette étude exploratoire devraient contribuer à faire progresser les connaissances sur le travail communautaire des ergothérapeutes en CLSC.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

Les perceptions rattachées à l'expérience respective de deux ergothérapeutes de CLSC (N=2) et de trois personnes âgées (N=3) ayant reçu des services d'ergothérapie d'un programme SAD de CLSC sont ici examinées. Ces résultats sont tirés principalement d'entrevues de recherche semi-dirigées, et dans une moindre proportion, de données provenant de procès-verbaux d'une année (1999-2000) d'un regroupement d'ergothérapeutes. Les résultats ont été décrits avec force détails afin de satisfaire le critère de transférabilité, l'un des critères de scientificité présentés au chapitre précédent (voir 3.1.6). Ce type de rapport a peu à voir avec un rapport technique et très formalisé, afin de permettre justement d'appliquer les résultats de l'étude à une expérience personnelle et d'en tirer les enseignements jugés appropriés. Pour Guba et Lincoln (1989), il ne peut s'agir ici de rapporter simplement les faits et leur contexte. L'utilisation de descriptions étoffées, associée à la juxtaposition de réalités complémentaires, celle de l'utilisateur et celle de l'ergothérapeute, devrait favoriser l'expérimentation par personne interposée. C'est délibérément que certaines parties du chapitre ont été dramatisées, en respect des paroles et des expériences des participants, dans le but d'évoquer la réflexion et l'action dans le quotidien de la pratique de l'ergothérapeute.

Conformément à la description du pôle morphologique présentée au point 3.4.1, et pour respecter les règles éthiques concernant la confidentialité des participants, ceux-ci deviennent des personnages composites. Les discours des trois personnes âgées rencontrées ont été fusionnés pour être attribués à ceux d'un couple, madame et monsieur Allard. Par ailleurs, les discours des ergothérapeutes n'en font plus qu'un, qui est attribué à un ergothérapeute fictif, madame Jolin. Pour les besoins de la présentation, madame Allard et monsieur Allard reçoivent les services de madame Jolin, ergothérapeute dans un programme SAD d'un CLSC tout aussi fictif. Dans la réalité, les personnes âgées et les ergothérapeutes qui ont participé à l'étude ne se sont jamais rencontrés.

Le chapitre s'ouvre tout d'abord avec la présentation du profil des acteurs mis en contexte dans une réalité d'un programme SAD d'un CLSC. Vient ensuite la conceptualisation des discours dont les sens cachés latents ont été dévoilés et regroupés en fonction des concepts théoriques présentés au chapitre deux. Une synthèse schématique des résultats vient clore ce chapitre.

4.1 Profils des acteurs

Les profils ont été dessinés à partir du contenu des entretiens de recherche, des questionnaires sociodémographiques soumis aux participants, des observations et des notes prises sur le terrain. Le profil de l'ergothérapeute a été enrichi des échanges qui se sont tenus dans le cadre de la séance de négociation finale avec les ergothérapeutes de l'étude.

4.1.1 Madame Allard et Monsieur Allard

Madame Allard et monsieur Allard sont respectivement âgés de 68 et de 70 ans. Ils sont mariés, retraités, vivant seuls dans leur maison de banlieue depuis plus de vingt ans. Ils voient régulièrement quelques-uns de leurs enfants qui habitent la région montréalaise, les autres étant disséminés à l'extérieur du Québec. Avant 1996, ils croyaient que le CLSC était tout juste utile à faire prendre des prises de sang. C'est à la suite du séjour de madame Allard dans un centre de réadaptation pour les séquelles dues à un accident vasculaire cérébral (AVC) que le couple a été mis en contact pour la première fois avec l'ergothérapeute du CLSC. C'est par elle qu'ils ont pris connaissance des ressources de ce dernier.

Quelques jours après le retour à domicile de madame Allard, l'ergothérapeute du CLSC, madame Jolin, est venue les rencontrer pour évaluer leurs besoins. Il a semblé alors à monsieur Allard que les contacts avaient été assez faciles entre l'ergothérapeute du centre de réadaptation et madame Jolin, puisque cette dernière

était au courant des besoins les plus pressants de sa conjointe. Cette visite de madame Jolin les a sécurisés. Ils se sont sentis alors moins isolés.

Madame Allard se souvient que madame Jolin lui a fait faire toutes sortes d'exercices pour voir comment elle était capable de bouger ses pieds, de lever les bras ou de se tenir debout. Elle lui a aussi demandé de lui montrer comment elle faisait pour se coucher et pour se rasseoir sur le bord de son lit. Avec les années, c'est un peu flou, mais selon elle, madame Jolin essayait de voir tout ce dont elle et son mari pourraient avoir besoin. À cette époque, ils ignoraient tout des services disponibles et des équipements adaptés. Ils se souviennent que madame Jolin prenait son temps pour tout bien expliquer.

Monsieur Allard se souvient de la première chose que madame Jolin leur a procurée : de l'aide au bain deux fois par semaine par les AFS du CLSC. En même temps, elle leur avait prêté de l'équipement adapté pour la salle de bain. Plus tard, grâce à un programme de subvention, ils ont obtenu un siège de bain élévateur. Comme pour le reste, c'est elle, madame Jolin, qui en a parlé la première. Eux ne savaient même pas que ça existait. La plupart du temps, l'équipement était prêté au début et ensuite, lorsqu'un budget était accordé, il leur était donné. Madame et monsieur Allard apprécient beaucoup les nombreux équipements qu'ils ont reçus du CLSC, surtout le siège élévateur pour la baignoire. Cet équipement permet à madame Allard de se rafraîchir l'été, avec seulement un peu d'aide de son conjoint, entre les bains qui lui sont donnés par les AFS. Monsieur Allard se souvient que le fournisseur était même venu avec madame Jolin pour leur expliquer comment fonctionnait l'appareil.

La poignée pour le lit est un autre équipement très apprécié. Madame Allard n'a plus à attendre l'aide de son conjoint pour se lever. Cela libère monsieur Allard qui peut aller jardiner un peu l'après-midi, pendant la sieste de sa femme, sans être inquiet. Des années plus tard, madame Allard se remémore le jour où madame Jolin était venue installer cette poignée. C'était l'été, il faisait très chaud. Elle trouvait cela un peu difficile de voir madame Jolin suer à grosses gouttes, agenouillée pour atteindre le dessous du lit.

C'est comme pour l'adaptation de leur véhicule. C'est madame Jolin qui avait préparé la demande de subvention pour la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Avant l'adaptation de leur véhicule, monsieur Allard devait aider sa femme à monter dans la camionnette et il avait toujours peur qu'elle glisse au bas du siège. Monsieur Allard connaissait l'existence des sièges de transfert pour passagers, mais en raison de leur coût, il croyait ne jamais pouvoir équiper son véhicule de la sorte. C'est madame Jolin qui les a informés du programme de subvention de la SAAQ et qui les a accompagnés chez un fournisseur pour les guider dans leur choix.

Rapidement, monsieur Allard s'est rendu compte que le style d'intervention de madame Jolin était très différent de celui de l'ergothérapeute du centre de réadaptation. Au centre de réadaptation, l'équipe d'intervenants n'avait que trois mois pour redonner à sa femme le plus d'autonomie possible. Il sentait que les interventions de l'ergothérapeute en réadaptation étaient plus programmées que celles de madame Jolin qui les appelait quand elle pensait à quelque chose qui pouvait leur être utile. Le plus souvent, c'est madame Jolin qui établit le premier contact, et qui les rappelle pour les mettre au courant de nouvelles possibilités (équipements, budgets disponibles). Même si madame Jolin les encourage à l'appeler au besoin, eux formulent rarement des demandes. C'est plutôt elle qui offre ses services et suggère différentes possibilités pour tenter d'améliorer ce qui est déjà en place. Sans madame Jolin, il y a bien des choses auxquelles ils n'auraient jamais pensé.

Depuis que madame Allard a « *juste une main* »³⁰, c'est monsieur Allard qui s'occupe de la maison. Madame Allard, qui a conservé une excellente mémoire, se souvient de l'emplacement de chacun des objets de la maison. Monsieur Allard, lui ne se rappelle jamais où ils sont. Ainsi, il fait très attention pour tout remettre en place. C'est leur façon de s'entraider. Malgré tout, il demeure que depuis cinq ans, monsieur Allard doit non seulement aider sa femme, mais également voir aux

³⁰ À moins d'avis contraire, les mots en italique placés entre guillemets sont tirés des transcriptions des entretiens de recherche tenus avec l'un ou l'autre des participants.

tâches de la maison malgré ses problèmes cardiaques. De plus, en attente d'une chirurgie pour une tumeur à la vessie, il songe qu'il aura peut-être besoin d'aide. Dernièrement, madame Jolin est revenue les voir pour proposer à monsieur Allard de recevoir du « *gardiennage*³¹ ». Elle lui a proposé d'avoir de l'aide pour le ménage et la préparation des repas. Il a refusé pour le moment puisqu'il est encore capable de rencontrer ses différentes responsabilités. Toutefois, en discutant avec madame Jolin, il a appris qu'il était un « *aidant naturel*³² » et qu'à ce titre, il pouvait recevoir un peu d'argent pour l'aider à payer un employé qui pourrait prendre soin de sa femme tandis qu'il sortirait pour pratiquer un loisir ou aller au Club de l'Âge d'Or³³. Sa conjointe étant consentante, il a accepté cette aide gouvernementale. Par contre, la demande est actuellement en attente faute de budgets.

Depuis quelques années, madame et monsieur Allard sentent qu'il y a quelque chose de changé dans le travail de leur ergothérapeute. Ils sentent que le travail de madame Jolin est limité par les budgets : « *Elle aurait bien des possibilités, mais elle ne peut pas aider les gens parce que les budgets ne rentrent pas assez vite pour les demandes qu'ils ont* ». Ils savent que s'ils souhaitent obtenir quelque chose, ils devront en faire la demande à l'avance, puis attendre l'acceptation du « *Gouvernement* ». D'après eux, tout cela est probablement dû au fait que de plus en plus de patients sont transférés à madame Jolin.

Malgré tout, jamais ils n'auraient cru recevoir autant d'aide du CLSC. Ils apprécient beaucoup le contact facile et rassurant qu'ils ont avec leur

³¹ Le « *gardiennage* » est une présence-surveillance pour adulte. C'est l'une des mesures de soutien du programme Soutien à la famille (SAF) mis en œuvre par le Gouvernement du Québec. Cette aide consiste en une subvention versée pour l'achat de services visant à prévenir l'épuisement d'un proche qui supplée aux incapacités d'une personne dont il a la charge.

³² Personne qui prend soin d'un membre de sa famille. Ce peut-être à titre d'exemple, un conjoint, un enfant ou un grand-parent.

³³ Organisme à but non lucratif, le Club de l'Age d'Or est un regroupement de personnes âgées, retraitées ou non. Il représente les aînés et aînées d'une localité et fait la promotion de leur qualité de vie en offrant à ses membres diverses activités de développement personnel et communautaire.

ergothérapeute. Madame Jolin a aidé madame Allard à mieux vivre avec son handicap, en continuant de faire des activités dans la maison sans risquer de se blesser. Pour eux, madame Jolin a joué un rôle important pour faire connaître les équipements et les services disponibles. Elle a été pour madame Allard la personne ressource la plus importante, pour lui rendre la vie plus facile, plus confortable aussi bien du point de vue physique « *que récréatif* ».

4.1.2 Madame Jolin, ergothérapeute

Madame Jolin est ergothérapeute depuis 14 ans. Elle travaille à temps partiel au programme SAD du même CLSC depuis plus de dix ans. Depuis son arrivée, les effectifs ont quadruplé. Il y a maintenant quatre ergothérapeutes qui travaillent au SAD. Malgré cela, le temps manque, le temps d'organiser le service et de mettre à jour des manuels de gestion par exemple. Dès que madame Jolin songe à s'arrêter pour réfléchir ou prendre du recul, elle est freinée dans son élan par l'idée qu'elle n'a pas le temps. La liste d'attente est plus urgente que tout le reste. Au sujet de cette liste, toutes sortes de grilles de priorité ont déjà été essayées, mais le bon outil reste encore à trouver.

Madame Jolin se sent mal lorsqu'elle ne parvient pas à voir un nouveau patient dans sa semaine de travail. Mais vient un temps où elle ne peut faire autrement. Certaines demandes mises en attente dans ses dossiers ne peuvent plus être reportées pour en prendre des nouvelles jugées plus urgentes. Ce qui n'était pas urgent la semaine d'avant le devient par la force des choses. La clinique de fauteuil roulant approche. Les équipements tant attendus par madame Allard sont maintenant prêts pour la livraison et l'enseignement reste à faire. Parfois elle se demande ce qu'il serait mieux de faire : voir plus de patients et faire moins d'interventions auprès d'eux ou compléter les interventions en cours avant de prendre un nouvel usager. Qui faire attendre ?

Madame Jolin se sent fatiguée de porter la charge de travail liée à ses dossiers. Plusieurs d'entre eux nécessitent des suivis qui s'échelonnent sur de nombreux mois, voire des années. En plus des personnes qu'elle connaît déjà, comme madame et monsieur Allard, madame Jolin est très souvent habitée par les noms de personnes qui vivent des situations difficiles à domicile et qui attendent des services d'ergothérapie. Elle connaît leur besoin pour avoir déjà discuté avec elles au téléphone afin de faire préciser le degré de priorité de leur demande et les inscrire en liste d'attente. Comment faire pour les voir plus rapidement ? Depuis le départ en congé de maternité d'une collègue qui n'a toujours pas été remplacée, la pression se fait de plus en plus forte.

Au retour d'un long congé justement, il lui est arrivé d'avoir le plaisir de pouvoir répondre rapidement à de nouvelles demandes de service, à l'envie de ses collègues qui la trouvaient bien efficace. Cela n'a pas duré. Avec le temps, son ensemble de dossiers³⁴ a fini par grossir et s'alourdir. Comme les autres, elle a dû à nouveau faire face, impuissante, aux demandes qui s'accumulent. Tout ça l'inquiète. À force de travailler à ce rythme, elle craint de faire une erreur ou d'omettre une consigne importante qui pourrait être à l'origine d'une blessure ou d'un accident : *« Ai-je oublié de spécifier la position des sangles de la toile du lève-personne ? L'ai-je bien mis en garde de trop se pencher au moment de se relever, le coin du meuble est si proche. Je vais le rappeler à mon retour au CLSC »*. Madame Jolin a la hantise de l'accident. Celui qui pourrait survenir à la suite de la négligence d'un aidant, d'un employé de la famille ou d'un proche aidant parfois lui-même âgé ou malade, dans l'utilisation d'équipements spécialisés qu'elle a prêtés.

Le temps de réfléchir, elle le prend au moment de rédiger un rapport ou ses notes au dossier. Il y a aussi le temps, non négligeable, des déplacements en auto. Enfin seule, à l'abri des appels téléphoniques, les siens et ceux de ses collègues qui se

³⁴ Terme français pour case load.

trouvent à proximité, elle est libre de réfléchir à ce qu'elle fera une fois à domicile ou de revoir mentalement le déroulement de la visite qui vient de se terminer.

Madame Jolin aime son travail. Elle aime se rendre dans une nouvelle maison chez des gens qu'elle ne connaît pas. Elle aime relever les défis posés par les demandes de service complexes. Elle aime s'attaquer aux analyses exhaustives ou qui requièrent du doigté pour se faire accepter d'un milieu fermé ou encore pour contester une décision d'un organisme payeur par exemple. Ce type d'intervention la fait se sentir utile et la valorise. Oui, mais peut-elle se permettre d'accorder tout le temps exigé pour ce type d'intervention ? Ne serait-il pas préférable de répondre rapidement au plus grand nombre, et cesser d'entreprendre certaines démarches trop coûteuses en temps pour des résultats incertains ?

De retour à domicile, madame Allard n'a pas eu à attendre pour recevoir des services d'ergothérapie. Pour madame Allard et son conjoint, madame Jolin a été la personne ressource principale en ce qui a trait aux différents programmes d'aide à domicile. De leur expérience avec madame Jolin, ils retiennent principalement les nombreux équipements qu'elle leur a permis d'obtenir. Par ailleurs, ils relèvent que l'approche de madame Jolin diffère de l'approche de l'ergothérapeute du centre de réadaptation en ce sens qu'elle est moins formalisée et plus conviviale. Ils constatent également que la charge de travail de madame Jolin a augmenté au cours des dernières années et que le manque de budget des différents organismes payeurs semble affecter son travail.

Le manque de temps et la sécurité à domicile sont des thèmes dominants dans le discours de madame Jolin. La liste d'attente est une préoccupation constante qui entraîne la quête d'outils de gestion de mise en priorité. Ce manque de temps place madame Jolin devant un choix difficile : aller au bout des démarches et prendre le temps de faire des analyses approfondies ou donner moins, mais à un plus grand nombre d'utilisateurs dans une tentative pour réduire le temps d'attente en liste d'attente. L'ensemble des dossiers de madame Jolin présente une particularité spécifique au travail à domicile : avec les années, il s'alourdit de toutes les personnes en perte d'autonomie dont la situation se chronicise. Ainsi, madame

Allard et les autres personnes en perte d'autonomie connues de madame Jolin et vivant à domicile, viennent graduellement grossir le nombre de dossiers de madame Jolin. Certains suivis exigent une action immédiate alors que d'autres dépendent d'instances différentes et seront échelonnés dans le temps. Ainsi, madame Jolin effectue en quelque sorte des suivis à deux vitesses. D'une part, des suivis à faire en urgence, et d'autre part, des démarches à long terme ponctuées d'interventions à faire rapidement entrecoupées de longues phases d'attente.

4.2 Dévoilement des sens cachés

Sachant qu'elle s'adresse à une ergothérapeute qui pratique comme elle dans un programme SAD de CLSC, l'entretien de recherche avec madame Jolin s'amorce sur une note d'inquiétude. Son « *t'apprendras rien que tu ne sais déjà* » soulève la délicate question d'amener à la conscience des connaissances accumulées au fil des années d'expérience. Par sa boutade, madame Jolin reconnaît l'existence de connaissances au caractère sous-entendu, tacite, inscrites au cœur même des gestes quotidiens de la pratique en CLSC des ergothérapeutes d'expérience.

4.2.1 L'expérience professionnelle

Pour madame Jolin, ce qui distingue l'ergothérapeute expérimenté en pratique communautaire, c'est sa capacité d'analyse et d'anticipation : « *Plus j'ai de l'expérience, plus je suis capable d'analyser rapidement³⁵, et voir des conséquences* ». Une fois à domicile, si elle peut régler si vite son tir et juger si la situation qui se présente est ou non difficile à régler, c'est que madame Jolin est déjà intervenue dans des situations semblables. Chaque situation de maintien à

³⁵ « Analyser » en tant que synonyme de « réfléchir », couplé à « rapidement » implique que l'analyse ou la réflexion se fait instantanément, sur-le-champ. Utilisée dans ce contexte, l'expression « Analyser rapidement » renvoie directement au concept de « réflexion en cours d'action » de Schön (1994).

domicile est unique. Toutefois, certaines situations présentent des similitudes qui font appel à des interventions de même nature. C'est ainsi que madame Jolin parvient à « *présumer juste en regardant la salle de bain* » et la disposition des installations sanitaires, que les transferts d'une personne risquent d'être « *plus ou moins sécuritaires, ou en tout cas, très difficiles* », en précisant « *que quelqu'un qui a peu ou pas d'expérience, éprouve peut-être de la difficulté à généraliser certaines incapacités à d'autres aspects* » de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie. Pour faire face à une situation problématique, madame Jolin puise des éléments de réponse à même un répertoire de situations déjà traitées qui s'est constitué au fil des ans. Elle peut de la sorte restructurer un problème et présager les issues possibles beaucoup plus rapidement que ne le ferait un débutant.

Analyser rapidement (ou réfléchir en cours d'action), sur-le-champ, exige du savoir-faire de la part de l'ergothérapeute qui rencontre pour la première fois une personne en difficulté à domicile. Madame Jolin insiste sur l'importance de « *bien clarifier [avec le patient] la raison pour laquelle je suis à la maison* », de bien « *établir la problématique* ». Les problèmes ne parviennent pas clairement définis entre les mains de l'ergothérapeute et peuvent très bien ne pas correspondre à la demande de service qui a été formulée par la famille, le médecin traitant ou par un autre intervenant. Madame Jolin doit initialement dégager le sens d'une situation qui au départ peut être tout autre. À partir des matériaux tirés d'une situation intrigante, embarrassante et incertaine qui se retrouve à domicile, elle transforme la situation problématique en un problème capable d'être résolu. C'est dans son habileté à schématiser, à réduire à l'essentiel³⁶ la situation très complexe d'une

³⁶Ceci en accord avec Yerxa qui en 1988 mettait en garde les ergothérapeutes de simplifier outre mesure et d'adopter une approche réductionniste. Une situation complexe ne peut être décomposée ou simplifiée sans une perte de sens et de compréhension (Le Moigne, 1990). La situation de maintien à domicile, considérée en tant que situation complexe (dès que l'humain est en cause, il est impossible de tout prévoir) ne peut être simplifiée outre mesure sans nuire à la quête de sens de l'ergothérapeute. Sachant cela, la virtuosité de l'ergothérapeute réside aussi dans son habileté à reformuler jusqu'à saturation un nouveau schéma ou modèle qui intègre les phénomènes qui émergent du terrain. Le schéma initial ou la compréhension initiale de la situation de maintien à domicile ne sert qu'à diriger le regard en direction du problème à régler, du changement souhaité.

personne qui éprouve de la difficulté à vivre à domicile ou dans sa communauté, que réside la virtuosité de l'ergothérapeute qui travaille en CLSC.

4.2.2 L'ergothérapeute vu comme un chercheur en milieu de pratique : expérimentation dans le contexte de la pratique à domicile

Les différentes tentatives de madame Jolin pour restructurer le problème et tenter de le résoudre entraînent parfois des conséquences imprévues. Par exemple, une vérification auprès des auxiliaires familiales et sociales (AFS) a eu pour conséquence un réajustement au niveau des interventions de madame Jolin : « *Écoute, avec toi [madame Jolin] c'est ça. Avec nous autres [AFS] quand on y va, c'est autre chose. Elle [la patiente] ne se souvient plus comment faire les choses* ». Devant l'incertitude et l'instabilité de situations en constante évolution, madame Jolin semble mettre en branle une sorte de conversation réflexive avec la situation analysée alors qu'elle observe les conséquences inattendues et les réactions de l'environnement (le domicile et le réseau de personnes concernées) à la suite d'une intervention. Attentive aux réactions de la situation de maintien à domicile, chaque essai, chaque hypothèse testée, guide ses gestes futurs : « *... on fait plusieurs essais, c'est des hypothèses tout ça, (...) et avec des étapes, on va commencer par ça, ça, ça,...* ». Les efforts déployés pour résoudre un problème conduisent vers de nouvelles découvertes qui appellent de nouvelles réflexions en cours d'action et sur l'action. C'est ainsi que progresse un processus en spirale avec des phases d'appréciation, d'action et de réévaluation³⁷. De la sorte, la situation se clarifie à mesure que l'ergothérapeute tente de la transformer.

Une bonne partie de la réflexion en cours d'action et sur l'action tourne autour de l'effet de surprise. Quand survient au fil de la pratique quotidienne un cas déroutant : « *Tout ce qu'on propose, (...) y'a rien qui marche, ... y'a quelque*

A l'instar du concept opératoire de la présente étude, sa valeur est instrumentale, et il ne doit pas être pris pour acquis.

³⁷ Pour Schön (1994) la vérification d'une hypothèse, c'est aussi une intervention thérapeutique.

chose que vous me dites pas. J'veux savoir moi c'est quoi. », la pratique cesse d'être répétitive et routinière. Le cas³⁸ qui dérange, celui qui échappe aux catégories connues des cas type du répertoire de l'ergothérapeute, offre tout à coup à madame Jolin une occasion importante de penser à ce qu'elle fait. Ce peut être par exemple, un milieu où se trouve plus d'une personne vivant une perte d'autonomie dans un milieu défavorisé avec de la violence familiale, ou encore comme le souligne avec justesse madame Jolin, un milieu difficile à pénétrer :

« ...des fois les gens, la famille nous dit une affaire, ..., l'usager nous dit quelque chose. On a l'impression qu'on a pas abordé les vraies affaires, qu'il y a comme anguille sous roche, ...notre intuition aussi nous dit qu'il y a quelque chose là ».

Quand les phénomènes en présence échappent à son registre professionnel fondé sur des années de pratique, madame Jolin se remet en question et construit une nouvelle description de la situation de maintien à domicile. Confrontée à la nouveauté d'une situation comme dans l'exemple où les AFS rapportent des observations qui sont en contradiction avec ce qu'elle a initialement compris de la situation, madame Jolin a dû « *doser ça* », retourner à domicile et revoir les AFS pour vérifier une nouvelle hypothèse.

En tant qu'ergothérapeute en CLSC de la première heure, madame Jolin a travaillé de façon isolée pendant plusieurs années. L'arrivée de nouveaux ergothérapeutes dans son programme SAD a favorisé la réflexion sur l'action : « *Regarde, moi je pense ça, toi qu'est-ce que t'en penses ? J'voulais avoir comme un feed-back. J'avais bien hâte d'avoir ça* ». Comme tout professionnel, l'ergothérapeute a besoin d'échanger avec ses pairs, de partager ses points de vue avec eux, de discuter de ce qui l'intrigue, de confronter ses opinions à celles de ses collègues. Parler à quelqu'un, est un moyen très puissant de penser l'expérience vécue

³⁸ Le cas en médecine, peut-être le sujet lui-même. D'un point de vue social, le mot « cas » peut aussi signifier la situation critique d'une personne vivant dans un milieu défavorisé.

subjectivement et d'acheminer à l'intelligibilité³⁹ ce qui n'est pas encore conscient. Discuter avec ses pairs représente un moyen efficace pour se permettre d'élargir son champ de réflexion et s'éviter de reproduire les mêmes erreurs.

Dans un exemple cité précédemment, madame Jolin mentionne qu'elle peut « *présumer juste en regardant la salle de bain* » que les transferts d'une personne risquent d'être « *plus ou moins sécuritaires* ». Ce savoir-faire né de l'expérience comporte un risque, celui d'apprendre à n'être sélectivement attentif qu'aux seuls événements qui cadrent avec les catégories des théories d'usage personnelles de madame Jolin. Avec l'expérience, le système qu'elle s'est construit pour faire face efficacement à la réalité de sa pratique quotidienne liée aux contraintes techniques et organisationnelles (voir 4.2.3), a tendance à s'autorenforcer. Ainsi, madame Jolin risque au fil des ans de ne retenir qu'un nombre restreint de faits comme pertinents à l'élaboration des problèmes et de déployer les mêmes stratégies d'intervention, ce qui lui fait craindre « *de devenir une technicienne en ergothérapie* » dans le sens de technocrate⁴⁰, un intervenant qui tendrait à faire prévaloir les conceptions techniques d'un problème au détriment des conséquences sociales et humaines. En ce sens, madame Jolin reconnaît avoir « *un petit peu plus de difficultés à transiger avec la famille... avec l'environnement qui est plus humain* ». Malgré tout, elle considère que l'ergothérapie n'est pas une technique même si plusieurs connaissances techniques reliées à l'adaptation de l'environnement et aux aides techniques sont requises pour travailler à domicile.

En contrepartie, quand madame Jolin réfléchit de façon critique en acceptant de voir la situation telle qu'elle se présente et non pas uniquement en fonction de catégories préétablies, elle édifie une nouvelle théorie, celle du cas particulier⁴¹, et son travail s'apparente alors à celui du chercheur. L'ergothérapeute vu comme un chercheur, accepte de plonger au cœur des situations de maintien à domicile

³⁹ En accord avec Dejours (1993), caractère de ce qui ne peut être connu que par l'intelligence, par l'entendement, et non par les sens.

⁴⁰ Le Petit Robert (1993)

⁴¹ Au sens d'une personne ou d'une situation précise.

problématiques et de s'engager délibérément dans les problèmes complexes pour tenter de les résoudre tels qu'ils se posent : « *Quand tu travailles à domicile, il faut peut-être plus partir de la personne, des besoins de la personne, ce qu'elle exprime (...) ses croyances et sa culture à elle* ».

Réfléchir de façon critique sur le problème tel qu'il se présente⁴², évoquer une cohérence possible pour restructurer le problème et envisager les conséquences de cette nouvelle formulation⁴³ débouche sur une démarche d'expérimentation globale de conversation réflexive avec la situation qui permet de saisir au vol une possibilité pour faire de nouvelles propositions. Monsieur Allard, résume bien la souplesse et la progression prudente mises en œuvre dans ce type d'approche : « *La conversation commence, puis il y a des choses professionnelles qui... rentrent dans la conversation (...) sans qu'on s'en aperçoive trop* ». Madame Jolin écoute d'une façon un peu spéciale et encourage le patient et ses proches à verbaliser pour faire émerger graduellement les thèmes qui serviront à identifier le besoin du patient⁴⁴ en écartant toute idée préconçue. Madame Jolin insiste sur l'importance d'observer et « *d'écouter beaucoup* » les patients tout en vérifiant au fur et à mesure si elle saisit bien ce qu'ils tentent de lui exprimer : « *... si je comprends bien : C'est ça là ?* »

À l'écoute de ce que lui renvoie la situation problématique de maintien à domicile, quand madame Jolin pratique comme un chercheur, elle impose tout d'abord une structure à la situation problématique de soutien à domicile à laquelle elle est confrontée. Ne connaissant pas la solution, ni même s'il en existe une, elle mène son expérimentation en définissant la fin et les moyens de façon interactive au fur et à mesure qu'elle restructure un problème. Tandis qu'elle réfléchit sur les ressemblances observées avec les situations déjà traitées de son répertoire, elle

⁴² Saul (1996) précise que pour l'humaniste, les problèmes ne sont pas des crises. Il s'agit simplement de la réalité, avec ses complications et ses contradictions.

⁴³ Processus sous-jacent à la réflexion en cours d'action (Schön, 1994).

⁴⁴ Il est ici question de la « subjectivité disciplinée » de Erikson (voir Schön, 1994) tandis que le professionnel qui écoute s'abstient d'imposer des conclusions personnelles trop hâtives.

formule de nouvelles hypothèses qu'elle vérifiera en accomplissant certaines expériences, certains essais. Ces gestes expérimentaux vont à leur tour contribuer à modeler et à sonder la situation en question non seulement pour y trouver un sens, mais surtout pour que survienne le changement :

« Je vais toujours toucher à ... leurs difficultés au niveau du quotidien. Parce qu'il y a ça qui presse, il y a ça à regarder. Je suis attendue pour ça. Après ça, il va y avoir sûrement d'autres visites, où on va vérifier ce qui a été fait. »

4.2.3 Théories d'usage

Mon travail, je le fais « à travers mon propre miroir,... mon propre vécu, par rapport à ma propre autonomie aussi. (...) C'est de même que je peux arriver à comprendre les autres ».

Une pratique de l'urgence pour répondre aux pressions organisationnelles⁴⁵

Une citation tirée des procès-verbaux du regroupement des ergothérapeutes analysés résume bien le climat qui règne au sujet des listes d'attente : « *Mot d'ordre : faire son possible* ». Tous les éléments reliés à la première théorie d'usage proposée par Hébert et coll. (2002) faisant état d'une pratique qui s'apparente à celle de l'urgence pour répondre aux pressions organisationnelles d'efficacité et de productivité émergent en force du discours de madame Jolin. « *J'ai l'impression qu'on est toujours, les effectifs, (...) un petit peu en deçà de ce qu'on devrait être* ». Depuis le virage ambulatoire, les listes d'attente s'allongent et de nouvelles manifestations en provenance des usagers contribuent à faire

⁴⁵ Première théorie d'usage proposée par Hébert et coll. (2002).

augmenter les tensions : « *Je pense à certains usagers qui ont fait des plaintes. ... [Un usager] m'a fait la remarque à un moment donné : « ... dis-moi-le si tu veux plus t'occuper de moi. »... « Tu m'aimes plus ? »* Obligée de traiter un volume de demandes de services qui excède largement ses capacités d'y répondre dans des délais raisonnables, madame Jolin se voit obligée d'établir des priorités : « *Si je considère qu'il y a des interventions qui sont prioritaires chez lui⁴⁶, je vais y répondre rapidement. Sinon, les interventions que je juge non prioritaires vont aller sur une liste d'attente* ». Devant l'inexorable, le patient, tout comme le couple Allard, « *s'est adapté* » et a instauré des stratégies pour contrer les délais d'attente : « *Il m'appelait des fois (...) six mois d'avance [en anticipant ses pertes d'autonomie], parce qu'il savait qu'il attendrait dans (...) mon case load* ».

Les mesures prises au plan organisationnel pour justifier la saine gestion des budgets, contrôler les dépenses et faciliter l'acheminement des données statistiques aux gestionnaires des CLSC ont entraîné l'utilisation croissante de systèmes informatisés. La tendance lourde à l'automatisation dans un organisme à caractère social comme le CLSC canalise le travail de madame Jolin et le soumet à des impératifs nouveaux : « *... tout faire à l'informatique, (...) je trouve que ça prend plus de temps* ». Pour madame Jolin, cela correspond à une restriction des services : « *Je trouve [que] le temps direct⁴⁷ diminue tout le temps. Je trouve que des fois, les intervenants à domicile, on est les seuls... à s'inquiéter de ça... ce n'est plus 50 / 50* ». Le déséquilibre entre le temps disponible pour intervenir auprès de ses patients et le temps qu'elle doit consacrer à des tâches dites indirectes⁴⁸ semble avoir atteint un point critique quand madame Jolin mentionne

⁴⁶ En référence au patient qui pense que madame Jolin ne l'aime plus et ne veut plus s'occuper de lui.

⁴⁷ Tâches ergothérapeutiques exercées en présence du patient (Maertens, & Gougeon, 1993).

⁴⁸ Déjà en 1993, Maertens et Gougeon soulignaient l'importance des tâches administratives pour les ergothérapeutes montréalais qui oeuvraient dans la communauté. Le pourcentage du temps consacré à la prestation de soins indirects (tâches reliées au diagnostic, à l'évaluation ou au traitement d'un patient qui sont exécutées sans sa présence) et aux autres activités pouvait correspondre jusqu'à 85% du temps de travail de l'ergothérapeute qui travaillait en milieu communautaire. La dernière politique de soutien à domicile reconnaît que le personnel de réadaptation des CLSC est aux prises avec de nombreux irritants rattachés aux nombreux formulaires à remplir pour l'évaluation des besoins d'une personne : formulaire pour la RAMQ,

ne plus très bien savoir auprès de qui elle doit définir sa relation professionnelle : « *On dirait que notre client c'est rendu la RAMQ⁴⁹, l'autre, le patient, il peut attendre* ».

Dépassée par les listes d'attente, madame Jolin se présente souvent à domicile pour faire l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle une fois la mise en place des services d'AFS complétée. Faute de pouvoir intervenir plus rapidement, il lui arrive de se buter à l'incompréhension et à la frustration des usagers : « *Comment ça, tu viens ? ... Je suis supposé d'être capable d'en faire là ? [Les AFS] sont venus. Ils m'ont dit qu'ils venaient me laver. C'est quoi là ?* » De la sorte, les usagers se retrouvent au centre de controverses entre des approches contradictoires concernant l'autonomie : celle de l'AFS formée principalement pour compenser une situation de handicap⁵⁰ et celle de l'ergothérapeute qui arrive après coup, pour évaluer les possibilités pour le patient de refaire en tout ou en partie les tâches reliées aux soins d'hygiène : « *Si elle [AFS] le prend en charge comme on dit, nous autres [ergothérapeutes] on arrive après et on doit défaire certaines affaires* ».

Dans la quête de solutions pour tenter de répondre plus rapidement aux demandes de services en ergothérapie, madame Jolin et d'autres ergothérapeutes en CLSC ont commencé à déléguer une partie de leurs tâches à d'autres groupes de travailleurs, les AFS :

« Quand on a commencé dans tous les CLSC à travailler sur l'évaluation pour les services d'hygiène à la baignoire, bien c'est sûr qu'il a fallu se questionner. (...) Il y en a qui sont pour, il y en a qui sont contre. Mais l'organisation, que tu sois pour

pour l'accès au transport adapté, formulaire exigé par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, etc. (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003).

⁴⁹ Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ).

⁵⁰ « Une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie [ex. : les soins corporels], résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles). » (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, & St-Michel, 1998, p. 140).

ou contre, je te dirais, si t'es contre, je suis pas certaine que tu vas être capable de donner ton point de vue. (Rires) J'pense que t'as pas le choix⁵¹ ».

L'informatisation des postes de travail et la conception d'outils pour déléguer certaines évaluations à d'autres intervenants, notamment pour l'élaboration et le maintien de politiques de soins à l'hygiène, augmentent de façon significative le volume des tâches indirectes et, conséquemment, diminuent le temps d'intervention direct. En résumé, madame Jolin exécute des activités qui ont peu à voir avec l'ergothérapie et transmet une partie de son savoir pour que d'autres intervenants puissent faire une partie de son travail à sa place. Ce pourquoi elle est là, elle n'a plus le temps de le faire, occupée qu'elle est à faire autre chose.

Une pratique centrée sur l'autonomie du client⁵²

La résolution de problèmes techniques prend une place importante dans le travail quotidien de madame Jolin : « *Parce que c'est vrai qu'au maintien à domicile, en ergothérapie, il y a beaucoup d'équipements,... beaucoup d'adaptation de domicile* ». Pressée par le temps et travaillant dans un contexte de travail « *pas adéquat en soi* », elle convient parfois être portée « *à aller au plus court* ». Tel qu'il a été vu précédemment, cet autre élément lui fait craindre de voir la profession réduite à l'application de techniques en isolant un problème de son contexte pour éviter de tenir compte de tous les facteurs qui influencent la situation problématique de maintien à domicile.

Compte tenu des exigences et des contraintes déjà énumérées qui ont entraîné une pratique qui s'apparente à celle de l'urgence, madame Jolin n'a pas eu d'autre choix que de cibler ses interventions. Ceci l'amène à constater « *qu'au début de*

⁵¹ Un envoi récent d'offre d'emploi dans un programme SAD de CLSC (OEQ, 2002) confirme la vision de madame Jolin. Il y est stipulé que l'ergothérapeute « travaille avec des individus et des groupes afin de transmettre les habiletés propres à sa profession » comme étant l'une des trois activités principales attendues du futur ergothérapeute.

⁵² Deuxième théorie d'usage proposée par Hébert et coll. (2002).

[sa] pratique c'était différent ». Elle intégrait alors à sa pratique la recherche de nouveaux intérêts et l'exploration au niveau des loisirs. Ces aspects de son travail sont aujourd'hui relégués au second plan tandis que madame Jolin a la perception de se consacrer à 99 % aux interventions qui concernent les soins personnels.

Usager primaire, usager secondaire

Monsieur Allard rapporte avoir fait l'objet d'attention en tant que conjoint d'une personne en perte d'autonomie : *«[madame Jolin] a dit : « C'est pour vous ! » Moi, je parlais toujours de ma femme. Je pensais que c'était pour elle. Elle [madame Jolin] a dit : « C'est pour vous. Qu'est-ce que vous pourriez faire si vous aviez du gardiennage ? »* La proposition de services, l'enseignement sur la prévention des blessures et la référence à un travailleur social constituent l'essentiel des interventions déployées par madame Jolin pour soutenir les proches aidants.

Par ailleurs, les rôles d'aidant et d'aidé ne sont pas exclusifs. Madame Jolin sait que monsieur Allard a des problèmes de santé et qu'il devra être opéré. Elle en a déjà discuté avec lui : *« C'est moi qui m'occupe de ma femme. Si jamais je tombe malade, ça va prendre plus d'aide à domicile. Peut-être bien pas de l'aide juste pour elle. On va peut-être bien avoir besoin d'aide pour moi aussi »*. Ce qui amène madame Jolin à préciser qu'au début *« c'était plus madame »* qui était sa patiente, mais que *« depuis les dernières années, au fond c'est le couple qui se trouve à être [son] patient »*.

4.2.4 Le rôle d'intermédiaire

Tel qu'illustré au point 4.1.1, l'ergothérapie en CLSC est la porte d'entrée privilégiée pour obtenir de l'aide financière en provenance de nombreux programmes. Madame Jolin intervient régulièrement pour permettre l'accès à des

services, à des aides techniques ou à des subventions, comme pour faire adapter un domicile. Les services de madame Jolin sont requis régulièrement par l'employeur pour qu'elle évalue des besoins en terme d'argent et de personnel. Le travail de madame Jolin sert en partie à justifier certaines dépenses de l'État. Ce rôle d'intermédiaire occupe une part importante du temps de travail de madame Jolin, à tel point que monsieur Allard constate que son ergothérapeute « *aurait bien des possibilités* » d'aider ses patients, mais elle ne peut pas le faire « *parce que les budgets rentrent pas* ». Pour lui, le rôle d'intermédiaire sert à définir la fonction principale de son ergothérapeute par qui lui et son épouse ont obtenu plusieurs aides techniques dont ils ne connaissaient pas l'existence avant de rencontrer madame Jolin et qu'ils n'auraient jamais pu se procurer sans l'aide financière des différents organismes payeurs.

Sous la pression de l'employeur, des usagers qui désirent accéder à de l'aide financière et des exigences des différents programmes gouvernementaux, madame Jolin court le risque d'être piégée en s'identifiant au rôle d'intermédiaire entre les usagers et les organismes payeurs. À titre d'exemple, l'un des procès-verbaux étudiés rapporte l'implication de l'OEQ dans un projet-pilote avec la Société d'habitation du Québec (SHQ) pour améliorer le traitement des demandes reçues dans le cadre du Programme d'adaptation de domicile (PAD). Si ce projet-pilote se concrétise, l'ergothérapeute sera invitée à « *veiller à l'application des critères d'admission de la SHQ avec la collaboration des mandataires*⁵³ ». En d'autres mots, l'ergothérapeute est invité à jouer un rôle de régulateur, de personne qui filtre les demandes et applique des normes pour le bon fonctionnement d'un programme.

⁵³ Ville ou municipalité régionale de comté (MRC) chargée d'agir pour le compte de la SHQ, de défendre ses intérêts en région en constituant le dossier qui permettra de déterminer le coût des travaux admissibles et le montant de la subvention à accorder après approbation. Dans la pratique, les inspecteurs municipaux ou les personnes engagées à contrat par les villes et les MRC pour exécuter ce travail sont nommés à tort « mandataires » par les différents acteurs impliqués dans l'exécution du programme PAD.

Le rôle d'intermédiaire est déjà bien ancré dans le travail attendu de l'ergothérapeute en CLSC. Sans l'identifier comme tel, madame Jolin établit une distinction entre son rôle d'intermédiaire et sa tâche d'ergothérapeute proprement dite : « *En général, quand ça concerne plus l'ergothérapie,... 85 à 90 % des fois, c'est relativement simple. Moi je trouve : c'est plus quand on a des services à mettre en place, que là c'est un petit peu plus compliqué* ». Madame Jolin relate spontanément de nombreuses expériences qui soulignent sans équivoque les conflits possibles associés à son rôle d'intermédiaire : « *C'est-à-dire que la nièce [de la patiente] m'a perçue comme si j'étais une fonctionnaire⁵⁴. Ça, ça arrive... assez souvent. Comme si on a juste à apposer une signature sur un formulaire pour donner l'autorisation.* »; et ailleurs : « *Chez un monsieur,... je suis restée cinq minutes puis, il m'a mise à la porte* ».

S'engager plus avant dans le rôle d'intermédiaire ne ferait qu'accentuer les possibilités de conflits. Le terrain déjà miné avec des remarques du type « *faites le rapport en conséquence !* » après que madame Jolin ait expliqué les limites d'un programme de subvention, n'en serait que plus fertile à ce type de marchandage. En position d'autorité pour faire respecter les critères d'admissibilité à un programme, madame Jolin devient mal venue d'invoquer que : « *la décision appartient toujours à l'organisme payeur* ».

Pour madame Jolin, le rôle d'intermédiaire ne se joue pas uniquement auprès d'organismes qui accordent des subventions, mais également auprès d'un autre groupe de travailleurs non professionnels : les AFS. Comme il a été vu précédemment, ce rôle s'exerce principalement dans le cadre des politiques de soins à l'hygiène, très populaires ces dernières années dans les CLSC. Madame Jolin supervise le travail d'un petit groupe d'AFS qui évalue des demandes d'aide aux soins à l'hygiène et les incite à prendre des initiatives pour favoriser, par personne interposée, une plus grande autonomie des usagers.

⁵⁴ Dans le sens d'employé de bureau, de bureaucrate, technocrate.

4.2.5 Dilemme d'incongruité

À cette étape de l'analyse, certains fils de la trame de l'ouvrage en cours peuvent être noués pour que se dessine avec plus de netteté le contour d'un motif qui se profile sur l'arrière-plan. Madame Jolin, en tant qu'ergothérapeute d'expérience dans la pratique communautaire en CLSC a accumulé une somme importante de connaissances et de savoir-faire méconnus tellement ils sont imprégnés dans les gestes quotidiens de sa pratique. Avec l'expérience, les occasions d'être déstabilisée devant une situation nouvelle et surprenante à domicile diminuent tandis que le risque de n'être sélective qu'aux événements qui correspondent à ses théories d'usage augmente. Ce phénomène s'accroît devant l'urgence de trouver une solution aux listes d'attente qui s'allongent. Pour faire face au quotidien, madame Jolin se centre sur l'autonomie fonctionnelle pour les soins à l'hygiène de ses patients, le maintien à domicile sécuritaire (éviter les blessures et les hospitalisations) et intervient régulièrement par procuration en tant qu'intermédiaire auprès des AFS. Dans l'urgence du moment, les occasions de réfléchir et de remettre en question les façons de faire adoptées (théories d'usage) ou imposées (contraintes organisationnelles liées à la gestion du CLSC et à l'application des différents programmes qui accordent des subventions) se font de plus en plus rares. Ainsi se creuse l'écart entre les postulats qui soutiennent la pratique ergothérapique (théories de référence) et les théories d'usage de madame Jolin.

Le postulat pour la pratique de l'ergothérapie qui stipule que la santé est fortement influencée par la capacité de la personne de choisir et de diriger ses occupations quotidiennes⁵⁵, est tout simplement impossible à appliquer dans plusieurs circonstances où l'employeur s'attend à ce que l'ergothérapeute intervienne. Madame Jolin est régulièrement mise en position d'autorité pour faire respecter des ententes normalisées sur lesquelles elle n'a souvent qu'un contrôle limité. Pour reprendre l'exemple des politiques des soins à l'hygiène, vérifier si l'utilisateur a « les

⁵⁵ ACE (1997).

équipements de base » et si le milieu est sécuritaire pour l'AFS qui donnera les soins relève d'activités soumises à des structures réglementaires qui obligent périodiquement l'ergothérapeute à tenter de faire correspondre les besoins de son patient avec des balises préétablies, à défaut de quoi « *ça va aller jusqu'au refus de services [d'aide à l'hygiène]* ». L'application de règles prend le pas sur une approche ancrée dans les concepts de référence de la pratique ergothérapique que sont l'holisme, la centration sur les besoins des personnes et les activités porteuses de sens : « *la personne à qui on donne des services [d'aide à l'hygiène] est contrainte, ... c'est vraiment moins un échange, et moins une entente* ».

4.2.6 Structurer son rôle

En tant qu'ergothérapeute travaillant à domicile, madame Jolin doit remplir certaines exigences brossées à grands traits comme évaluer l'état fonctionnel du patient, planifier l'intervention, faire des recommandations. Rien ne l'empêche de structurer son rôle à sa façon dans la mesure où elle respecte certaines exigences reliées à la tenue de dossiers, à la compilation de statistiques ou encore à la participation à diverses réunions, d'équipe ou autre. Les théories interpersonnelles choisies pour agir, que ce soit à domicile ou au CLSC avec les autres intervenants et les gestionnaires, les problèmes posés, les stratégies déployées, les faits retenus pour leur pertinence, sont en lien direct avec la manière dont madame Jolin envisage son rôle. À ce sujet, elle s'étonne de devoir encore et toujours « *faire sa place* » pour être reconnue en tant qu'ergothérapeute après plus d'une décennie au service du même CLSC ⁵⁶.

L'urgence de devoir répondre à des demandes croissantes d'évaluations de toutes sortes pour obtenir un fauteuil roulant, faire adapter un domicile ou déterminer des heures de services, tout en ayant à satisfaire diverses exigences de nature bureaucratique (suivi de la banque d'équipements disponibles en prêt, la

⁵⁶ Pour Dejours (1993), l'identité est toujours le résultat d'une lutte, au demeurant jamais définitivement gagnée.

compilation de statistiques, la gestion de l'ensemble de dossiers informatisés), limitent le travail de l'ergothérapeute à des domaines de plus en plus étroits de compétences techniques. Son rôle rétrécit d'autant. Paradoxalement, les différents systèmes de contrôle qui visent à accroître l'efficacité de la prestation de services ergothérapeutiques peuvent être autant d'obstacles pour l'ergothérapeute qui souhaite s'occuper des intérêts personnels de ses patients. De la sorte, madame Jolin doit œuvrer au sein d'une organisation qui l'encourage à restreindre ses interventions à domicile à l'évaluation de l'autonomie⁵⁷ et au cadre plus technique de sa profession, par exemple, l'évaluation et la recommandation d'aides techniques, et ce, pour lui permettre de voir plus de patients, plus rapidement.

Malgré ce contexte difficile, émanant du discours de madame Jolin plusieurs attitudes compatibles avec le modèle d'efficacité professionnelle à long terme du Modèle II (voir 2.2.5). Très peu sur la défensive, madame Jolin est prête à apprendre : « *En rentrant [à domicile], j'ai une attitude à vouloir apprendre d'eux autres avant de vouloir leur en montrer* ». Elle n'a pas peur de se faire remettre en question et prend des risques :

« C'est bien important d'écouter... tous leurs petits détails aussi parce que les petits détails, si on passe à côté, ils vont nous revenir. C'est important tout ça. Et de refléter aussi ce que je ressens (...) notre intuition aussi nous dit qu'il y a quelque chose là. D'aller le chercher ça ».

Quand madame Jolin tend à travailler selon le Modèle II, elle augmente le degré de responsabilisation de son patient en l'invitant à participer à l'ensemble du processus d'intervention, de la formulation du problème à sa résolution⁵⁸. Plusieurs écueils sont à surmonter pour travailler de façon transparente avec un patient qu'elle rencontre pour la première fois à domicile.

⁵⁷ Pour Hébert et coll. (2002), l'évaluation de l'autonomie utile à l'élaboration des plans d'intervention pour le maintien à domicile n'est pas reconnue comme une fin en soi pour l'intervention en ergothérapie.

⁵⁸ Ce qui est congruent avec la pratique centrée sur le client qui reconnaît la nécessité d'un partenariat actif (ACE, 1997).

Quand elle n'a pas à jouer son rôle d'intermédiaire, il importe à madame Jolin de ne « *pas arriver devant une situation et dire : tiens, c'est ça que je recommande* ». Elle évite de contrôler à elle seule l'ordre du jour dans un rapport d'autorité professionnelle. En arrivant à domicile, madame Jolin doit faire preuve de toute la compétence dont elle est capable pour se faire comprendre et accepter : « *c'est de vulgariser mon travail. Rendre ça facile à comprendre, (...) Ne pas prendre des termes trop compliqués* ». Pendant que madame Jolin aide le couple Allard à comprendre ses conseils et le raisonnement qui sous-tend ses gestes, ceux-ci doivent suspendre leur crédulité et lui faire momentanément confiance pour finalement consentir à joindre leurs efforts aux siens pour analyser la situation qu'ils ne parviennent pas à résoudre seuls. En cours d'analyse, ils tentent de comprendre ce qu'ils ressentent et en font part à madame Jolin qui essaie de son côté de saisir comment ils interprètent ses gestes. Quand ils sont en désaccord ou qu'ils ne comprennent pas, ils se sentent libres de s'opposer à madame Jolin qui consent à être remise en question. Ainsi, le patient vérifie la compétence professionnelle de son ergothérapeute en étant attentif à l'efficacité dont elle fait preuve, continue de poser des questions et manifeste des signes d'appréciation de la compétence démontrée, ce qui fait dire à monsieur Allard qu'il « *aime bien l'approche* » de son ergothérapeute.

Travailler de façon transparente exige plusieurs compétences, dont le partage du contrôle de l'interaction avec le patient. Par son attitude, madame Jolin reconnaît qu'elle n'est pas la seule à posséder un savoir important et que ses incertitudes peuvent être une source d'instruction pour elle comme pour le couple Allard : « *... si je veux créer une atmosphère [pour] qu'il soit réceptif envers ce que je vais avoir à recommander, ... bien, faut que je le sois réceptive moi envers ce qu'ils ont à me dire* ».

4.3 Synthèse des résultats

4.3.1 Nature du travail ergothérapeutique à domicile

La capacité d'analyse et d'anticipation de l'ergothérapeute en CLSC sert essentiellement à transformer une situation problématique de maintien à domicile en un problème capable d'être résolu. Le problème doit être restructuré tel qu'il se pose. La capacité d'anticipation de l'ergothérapeute en CLSC permet de présager des issues possibles pour dégager un sens à la situation problématique. Cela exige qu'il progresse prudemment en demeurant attentif aux réactions des personnes en cause, tout en vérifiant à mesure les résultats obtenus. Son intuition pourra éventuellement faire émerger des contenus latents, au risque de voir apparaître un conflit. La complexité des analyses à entreprendre rapidement pour réussir, par exemple, à se faire accepter d'un nouveau milieu, pour reformuler conjointement avec un usager et ses proches aidants une demande de service, ou pour contester une décision d'un organisme payeur, stimule l'ergothérapeute en CLSC d'expérience. Toutefois, préoccupé de remédier aux listes d'attentes et soucieux de favoriser un accès plus rapide à ses services, l'ergothérapeute en CLSC choisit souvent d'axer sa pratique sur l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle pour les soins à l'hygiène et le maintien à domicile sécuritaire.

4.3.2 Complexité du contexte de travail de l'ergothérapeute en CLSC

Le contexte de travail à domicile est éminemment complexe. L'ergothérapeute doit régulièrement négocier avec les proches d'une personne âgée en perte d'autonomie souvent malades et vieillissants. Il est difficile pour l'ergothérapeute préoccupé de retour à l'autonomie de constater que cette préoccupation n'est pas partagée par le reste de la famille. L'ergothérapeute en CLSC doit fréquemment évoluer au milieu de logiques contradictoires, en concurrence avec la sienne, parfois au sein même de son équipe de travail. C'est le cas lorsqu'il tente de

stimuler une personne à être plus autonome alors qu'elle reçoit la visite d'AFS formés pour compenser les pertes d'autonomie.

4.3.3 L'ergothérapeute en CLSC et son rôle d'intermédiaire

Les nombreux programmes gouvernementaux requérant une évaluation ergothérapique ont façonné le travail de l'ergothérapeute. Pour les personnes âgées, le travail de l'ergothérapeute en CLSC est en étroite relation avec l'obtention d'aide financière pour faire adapter son domicile, obtenir des équipements ou avoir accès aux différents programmes d'assistance au maintien à domicile. Le rôle d'intermédiaire est désormais un rôle attendu de l'ergothérapeute en CLSC. Les personnes âgées sont profondément reconnaissantes pour la quantité et la qualité des services obtenus par l'intermédiaire de leur ergothérapeute. En contrepartie, ce rôle charrie un grand volume d'interventions indirectes qui amenuise d'autant la disponibilité pour intervenir directement auprès des usagers. Plusieurs tâches reliées à ce rôle de négociation, font l'objet d'une distinction de la part des ergothérapeutes qui ne considèrent plus alors faire de l'ergothérapie, d'autant plus qu'il leur arrive régulièrement d'être perçus comme des fonctionnaires (technocrates) par certains usagers ou proches de ceux-ci pressés d'obtenir une aide technique ou un service.

Les figures 7a et 7b illustrent la nature du travail à domicile de l'ergothérapeute dans ses efforts pour transformer une situation de maintien à domicile problématique en une situation préférable pour les usagers et les proches en opposition avec une pratique de l'ergothérapie prise au piège dans le rôle de l'intermédiaire. Les formes géométriques symbolisent les interventions techniques de l'ergothérapeute qui travaille à domicile, par exemple, recommander des aides techniques, modifier un domicile pour le rendre plus accessible, alors que les

formes plus floues, asymétriques, représentent les aspects phénoménologiques⁵⁹ de l'intervention à domicile, par exemple : l'attitude des proches aidants et des employés⁶⁰, les valeurs et la culture du milieu.

⁵⁹ Description de tout ce qui se manifeste à la conscience, que ce soit par l'intermédiaire des sens (phénomènes extérieurs, physiques, sensibles) ou non (phénomènes psychologiques, affectifs).

⁶⁰ Personnes rémunérées par la famille ou par des programmes gouvernementaux comme les Fonds régionaux pour aider la personne âgée en perte d'autonomie à demeurer à domicile. L'employé peut relever d'une coopérative de services à domicile ou être travailleur autonome.

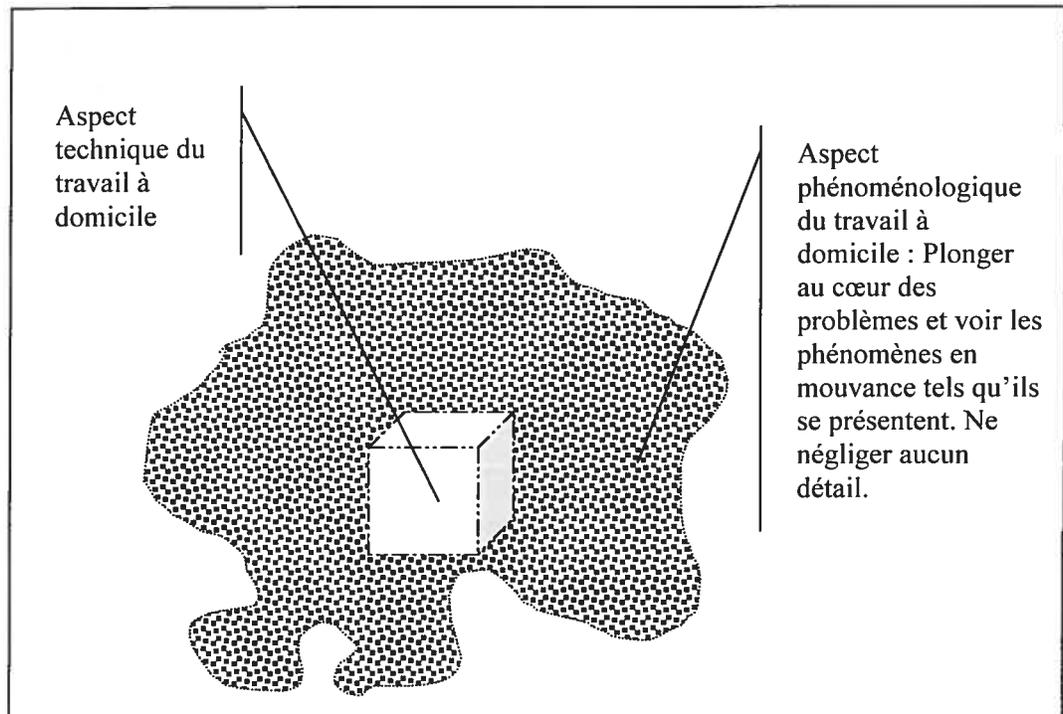


Figure 7a. Pratique ouverte qui intègre les deux volets de la pratique ergothérapique à domicile

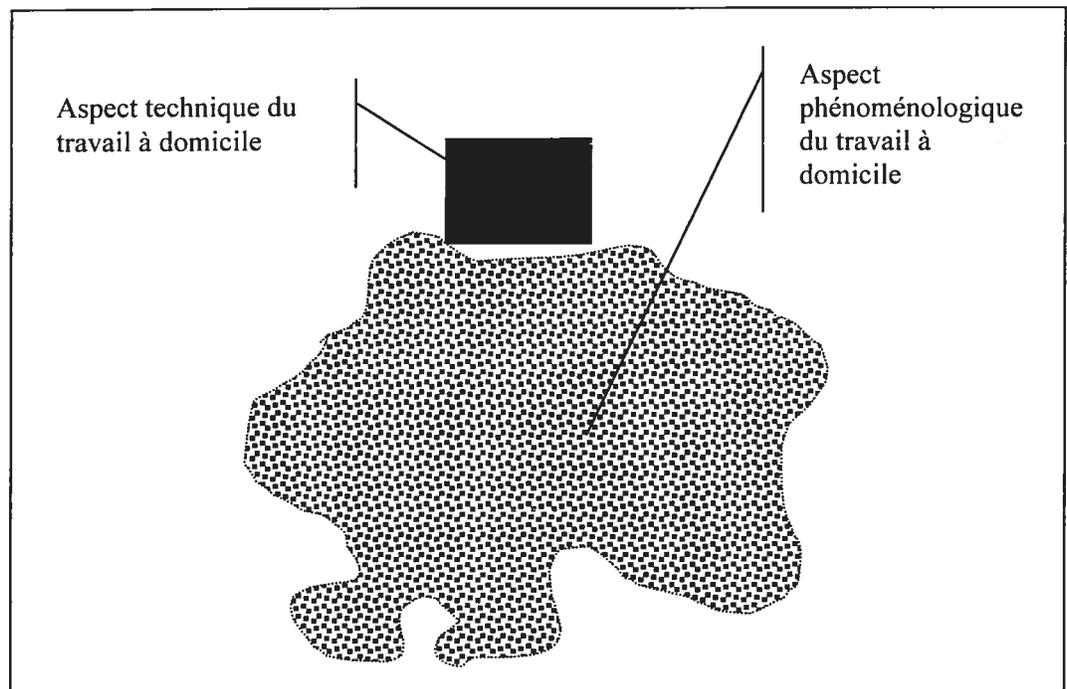


Figure 7b. Pratique ergothérapique fermée qui privilégie rigueur technique et image de compétence professionnelle

Lorsque l'ergothérapeute réfléchit de façon critique et prend le risque de plonger au cœur des problèmes tels qu'ils se posent (figure 7a), attentif aux moindres détails que lui renvoi le milieu, en travaillant de façon étroite avec la personne âgée en perte d'autonomie et ses proches, ses connaissances techniques s'élargissent (le cube : forme tridimensionnelle), prennent de l'ampleur tandis que son intervention se laisse imprégner, influencer par le milieu (cube clair au pourtour poreux). Cette pratique ouverte intègre les deux volets de la pratique ergothérapique à domicile, le volet technique et le volet phénoménologique.

À l'opposé, la figure 7b illustre une pratique ergothérapique prise au piège par les normes et la rigueur technique avec un ergothérapeute persuasif qui aborde la réalité du domicile en fonction des catégories préétablies en grande partie dictée par son rôle d'intermédiaire. Cet ergothérapeute évite de remettre en cause ses théories d'usage et préfère se réfugier dans une pratique connue, confortable et routinière. Il aura tendance à repousser le détail dérangeant d'une situation de maintien à domicile qui pourrait lui faire prendre conscience de la désuétude de sa théorie d'usage. Une telle attitude d'évitement conduit inévitablement à une rupture d'avec la réalité de la personne âgée qui vit à domicile. Incapable de voir les problèmes de maintien à domicile tels qu'ils se posent (carré opaque, forme plane bidimensionnelle), imperméable à ce que lui renvoie le milieu sur lequel il pose un jugement d'expert (carré placé au-dessus de la forme irrégulière), rationnel en tout temps, l'ergothérapeute analyse les demandes d'aide qui lui sont faites en fonction, par exemple, des normes d'accès aux différents programmes, de façon stricte, même si ces dernières ne collent pas à la réalité du milieu. Ce type d'intervention exige moins de temps, d'une part, parce que plusieurs besoins qui ne cadrent pas avec ce qui a été prévu par l'ergothérapeute et les différents programmes gouvernementaux sont rapidement écartés, et d'autre part, parce que le milieu peut mettre fin de façon plus ou moins explicite à l'intervention ergothérapique en confrontant l'ergothérapeute ou en invoquant une absence de besoin pour décider de régler la situation autrement, comme il l'entend. Ce type de pratique se caractérise par une attitude de fermeture centrée sur la rigueur

technique, l'image de compétence professionnelle solide, et une forte identification au rôle de l'intermédiaire au détriment d'une pratique ergothérapique ancrée dans la réalité du domicile.

Ainsi, ce qui pour les uns constitue une occasion de dépassement et d'enrichissement, pour les autres sera perçu comme une absence de volonté de collaborer ou de motivation à effectuer des changements de la part du milieu.

4.3.4 Changement de pratique chez les personnes âgées et les ergothérapeutes

Les personnes âgées constatent du même souffle que le manque de budget se traduit par un manque de moyens d'intervention pour les ergothérapeutes. Depuis quelques années déjà, elles perçoivent des changements dans la prestation des services ergothérapiques. Certaines s'y adaptent en élaborant des stratégies où elles formulent plus rapidement leurs demandes en anticipant d'éventuelles pertes d'autonomie. Les ergothérapeutes notent de leur côté qu'il leur arrive plus souvent ces dernières années de recevoir des plaintes des usagers. En outre, leur rôle de surveillance à l'application de normes de sécurité pour les soins à l'hygiène les place souvent en position d'autorité.

Par ailleurs, la nécessité d'aller au plus urgent incite l'ergothérapeute en CLSC à centrer l'essentiel de sa pratique sur ce qui permet à une personne de rester à domicile en sécurité. Occupé en majorité du temps à vérifier l'autonomie fonctionnelle pour les soins personnels et à s'acquitter de son rôle d'intermédiaire, l'ergothérapeute en CLSC est loin de travailler à l'autonomisation des personnes âgées. Avec les années, l'importance accordée à l'issue technique de son travail (les équipements, l'adaptation de l'environnement) peut faire en sorte qu'il soit tenté d'aller au plus court en évitant de tenir compte des conséquences de ses interventions sur l'environnement humain et social. Surgit alors chez l'ergothérapeute conscient en quête de sens un malaise relié à la crainte de devenir un technicien en ergothérapie à force d'axer sa pratique sur l'évaluation

fonctionnelle, la recommandation d'aides techniques et le maintien à domicile sécuritaire.

4.3.5 Malaise de l'ergothérapeute en CLSC

Sachant que certaines personnes qui attendent pour des services d'ergothérapie vivent des situations difficiles, l'ergothérapeute en CLSC se sent mal à l'aise certaines semaines d'être incapable de prendre de nouveaux dossiers. Il se sent tiraillé entre intervenir globalement en prenant le temps d'effectuer des analyses approfondies lorsque la situation problématique le réclame, et intervenir de façon plus ponctuelle afin de donner moins, mais à un plus grand nombre. Ce faisant, il lui arrive d'hésiter à s'engager dans des démarches d'analyse qu'il sait coûteuses en temps, mais qui le satisfont au plan professionnel. Lorsque l'ergothérapeute en CLSC éprouve le plaisir d'utiliser pleinement ses habiletés d'analyse, il se sent vaguement coupable de ne pas faire le travail pour lequel il pressent avoir été engagé. En définitive, il ne sait plus très bien auprès de qui définir sa relation ergothérapique. Le malaise reste diffus et n'a pas pris les proportions d'un dilemme qui appellerait un changement en profondeur. L'analyse du contenu des échanges du regroupement d'ergothérapeutes en CLSC renforce le rôle de l'intermédiaire et de celui de spécialiste de l'autonomie fonctionnelle, des équipements et de l'adaptation de l'environnement. Là encore, rien ne laisse transparaître la moindre trace de dilemme. Ce n'est qu'au cours de la séance de négociation finale que les ergothérapeutes ont pu préciser clairement ce malaise. La séance s'est d'ailleurs conclue sur leur intention respective de recentrer leurs interventions sur leur rôle d'ergothérapeute pour offrir des services plus complets en évitant le saupoudrage. Finalement, les ergothérapeutes ont déploré la rareté de ce type d'échanges en profondeur qui favorise les prises de conscience.

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Cette étude exploratoire avait pour objectif de rendre compte des différents éléments qui structurent la pratique des ergothérapeutes des programmes SAD des CLSC à partir des perceptions des acteurs directement impliqués dans la relation ergothérapique à domicile. Une méthodologie constructiviste a été privilégiée pour générer des concepts articulés autour de l'ébauche d'un discours propre aux ergothérapeutes des CLSC.

Le chapitre de la discussion est structuré autour des trois niveaux de commentaires d'une recherche qualitative définis par Van der Maren (1987) : 1) les limites de la généralisation, la signification et la pertinence ; 2) les transferts des résultats et les applications possibles et 3) l'apport conceptuel (méthodologie). Le verdict final quant à l'atteinte ou non de l'objectif de départ et des hypothèses pouvant constituer des pistes de recherche viennent clore ce chapitre.

5.1 Commentaires sur les limites de la généralisation, sur la signification et la pertinence

Cette étude comporte plusieurs limites qui doivent être soulignées. Faute de pouvoir épurer le phénomène à l'étude comme dans un modèle expérimental de type quantitatif, l'exigence d'objectivité en recherche qualitative impose de rappeler aux lecteurs les présupposés, les conceptions et les valeurs sous-jacentes à la recherche en indiquant les effets probables sur les résultats.

5.1.1 Chercheur et ergothérapeute en CLSC

La science prise dans son ensemble vise sans doute à « découvrir » ce qui n'est pas visible. Par contre, ce « ce qu'on ne voit pas » désigne à la fois le phénomène caché au sens d'absent et d'ignoré et le phénomène trop présent (Pirès, 1997). En tant qu'ergothérapeute en CLSC, collée à la réalité intime et quotidienne de l'objet

de recherche, le défi de la présente étude a été principalement de dégager de l'anecdotique le phénomène occulté parce que trop présent. Le rôle d'intermédiaire des ergothérapeutes en CLSC dont personne n'avait parlé jusqu'à maintenant, constitue un exemple éloquent de ce type de phénomène. Ce dernier, quoique très prenant, est tellement imprégné dans la pratique quotidienne de l'ergothérapeute en CLSC, qu'il passe tout simplement inaperçu.

Ne pouvant faire abstraction des présupposés forgés par des années de pratique, témoigner des a priori avec le plus de transparence possible devenait impérieux. Ceux-ci ont d'ailleurs été exposés en avant-propos et plus formellement au point 3.1.5. Ainsi, tout ce qui touche à la complexité et à l'intersubjectivité de la pratique ergothérapique à domicile de même que les éléments des discours pouvant s'apparenter à une approche ethnographique ou humaniste, captaient rapidement l'attention du chercheur rendu sensible à ces manifestations. De même, le fait de partager avec les sujets ergothérapeutes l'impact sur la pratique des contraintes organisationnelles, a augmenté la sensibilité du chercheur à ces éléments. Vivre des expériences similaires à celles rapportées par les ergothérapeutes ayant participé au projet, a sûrement fait en sorte que certaines expériences ont retenu l'attention plus que d'autres.

À l'inverse, certaines observations rapportées par les participants seraient peut-être passées pour n'être que de simples anecdotes aux yeux d'un autre chercheur. Ainsi, entendre presque mot pour mot certains propos rapportés par un participant, attire l'attention d'un chercheur avec expérience clinique en ergothérapie en CLSC. Cela favorise des prises de conscience probablement plus difficiles à faire pour un autre chercheur. L'exemple le plus surprenant se rapporte au « tu ne m'aimes plus ? ». Ce commentaire cité par l'un des ergothérapeutes, entendu d'un usager qui s'est vu forcé d'attendre pour un service autrefois accessible sans délai, avait été entendu quelques jours plus tôt en clinique, dans des circonstances similaires. Ce discours prenait tout à coup du relief, et mettait en lumière un aspect du travail jusque-là occulté. Les ergothérapeutes, contraints d'établir des ordres de priorité des besoins, doivent se prémunir contre la pression exercée au plan

psychoaffectif par ces usagers inquiets. Pour ces derniers, souvent suivis de longue date en ergothérapie et habitués à un service relativement rapide, c'est un deuil à faire.

5.1.2 Taille de l'échantillon

Le nombre restreint d'entrevues réalisées constitue la principale limite de l'étude. Néanmoins, le principe de redondance a pu être observé malgré le nombre restreint de participants. Ceci ne permet pas de conclure à une quelconque saturation théorique, mais souligne tout de même la richesse des informations recueillies dans les contextes variés de quatre CLSC différents. En respect du cadre d'étude restreint de la présente recherche, c'est volontairement que la participation d'ergothérapeutes novices n'a pas été retenue. Cependant, la perception des ergothérapeutes d'expérience au sujet du travail des novices s'est avérée insuffisante pour documenter cet aspect de la problématique. Cette observation souligne au passage que le domicile est un lieu isolé du point de vue professionnel (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003).

5.1.3 Utilisation du Modèle II (Argyris et Schön, 1999)

La proximité avec le terrain à l'étude a probablement compliqué le décodage du discours anecdotique des participants, très près du vécu du chercheur. La lecture de Schön (1990 ; 1994) et de Argyris et Schön (1999) a été une véritable révélation au moment même où se poursuivait le travail d'analyse. De là l'importance considérable accordée aux travaux de ces auteurs.

Le Modèle II a servi de tremplin pour projeter la quotidienneté du travail de l'ergothérapeute à domicile dans une dimension nouvelle, riche et prometteuse. Examinées uniquement du point de vue des sciences appliquées, plusieurs observations rattachées par exemple à l'intuition et à la façon d'aborder un milieu,

passant jusque-là pour anecdotiques, devenaient hautement significatives sous l'éclairage des travaux de Argyris et Schön (1999).

5.1.4 Discussion sur les résultats obtenus

Tel qu'il a été discuté précédemment, il est possible que certains biais liés à la proximité du chercheur avec le phénomène étudié et à la taille de l'échantillon influencent la valeur des résultats. Cependant, les résultats de la présente étude sont comparables à ceux d'autres études se rapportant à la pratique ergothérapique en CLSC. Ainsi, une majorité d'entre elles rapportent la présence de listes d'attentes et la quête de rationalisation des services qui s'ensuit (Caillé, 1993 ; Hébert et coll., 2000 ; Tremblay, 1995). Cette préoccupation, prégnante chez les ergothérapeutes de l'étude, ne ressort pas aussi clairement dans les entretiens avec les personnes âgées. Ceci peut être attribuable au fait que les femmes âgées de l'étude avaient obtenu leur congé d'un centre hospitalier, une clientèle qui fait souvent l'objet d'ententes interétablissement pour un meilleur continuum de service. En vertu de ces ententes, ces clientèles sont mises en priorité en liste d'attente. C'est peut-être le cas ici. Autre raison possible, l'une des personnes âgées relate une expérience qui s'est déroulée avant l'implantation du virage ambulatoire. Ces raisons et d'autres qui n'ont pas fait l'objet d'investigations dans le cadre de cette recherche peuvent expliquer les différences de perception entre les personnes âgées et les ergothérapeutes quant au temps.

Les résultats de la présente étude soulignent l'importance accordée par les ergothérapeutes en CLSC aux modifications de l'environnement déjà amplement documentée (Hébert et coll., 1997 ; Hébert et coll., 2002 ; Rousseau, 1997 ; Tremblay, 1995). De même, l'importance des tâches de gestion et de la prestation de soins indirects a déjà été soulevée dans d'autres études (Maertens & Gougeon, 1993 ; Tremblay, 1995), notamment dans celle de Vincent (1998) sur les banques d'aides techniques qui contribuent à faire gonfler le volume des tâches de gestion des ergothérapeutes en CLSC. Les résultats de la présente étude démontrent que

ces banques d'aides techniques constituent une aide matérielle fort appréciée des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile. Toutefois, le temps et l'énergie qui doivent y être consacrés à de quoi faire réfléchir sur la pertinence d'adjoindre des auxiliaires aux ergothérapeutes, comme c'est le cas ailleurs au Canada.

Concernant les théories d'usage de Hébert et coll. (2002), tous les éléments reliés à la première théorie faisant état d'une pratique qui s'apparente à celle de l'urgence pour répondre aux pressions organisationnelles d'efficacité et de productivité émergent en force des interviews avec les ergothérapeutes et des procès-verbaux du regroupement des ergothérapeutes en CLSC. La charge de travail constitue un fardeau de plus en plus lourd pour la majorité des intervenants du milieu de la santé (Brun, Biron, Martel & Ivers, 2002), et la tyrannie de l'urgence (Laïdi, 1999 : voir Brun et coll., 2002) n'est ni nouvelle ni exclusive aux ergothérapeutes.

À l'instar de Hébert et coll. (2002) qui s'étonnent du fait que les ergothérapeutes en CLSC maintiennent leurs théories d'usage malgré le manque de congruence avec les postulats fondamentaux de la discipline, la présente étude souligne que ces incongruités n'ont pas pris sur le terrain les proportions d'un dilemme qui appellerait au changement. Comme le font valoir Argyris et Schön (1999) pour d'autres professionnels, les années de pratique rendent les ergothérapeutes expérimentés en CLSC, sélectifs aux événements qui correspondent à leurs théories d'usage. C'est ce qui permet de réduire les tensions quotidiennes liées aux listes d'attente et aux diverses pressions organisationnelles. Un malaise est toutefois palpable chez les ergothérapeutes ayant participé à l'étude, surtout pour ce qui a trait à l'un des rôles adoptés par les ergothérapeutes, celui de l'intermédiaire.

Le rôle de l'intermédiaire est de prime abord attrayant. C'est ce qui en fait un piège. Il semble procurer au professionnel plus de responsabilité et d'autonomie dans la prise de décision en faisant miroiter la décentralisation des décisions. En réalité, il en va tout autrement. L'ergothérapeute qui devient l'intermédiaire pour un programme comme celui de la SHQ par exemple, doit filtrer les projets pour les rendre recevables aux yeux de l'organisme payeur. L'ergothérapeute occupe

désormais la position délicate de devoir rester crédible aux yeux de la SHQ et des usagers tout à la fois. Attentif à demeurer crédible aux yeux des deux parties, l'ergothérapeute qui s'identifie au rôle d'intermédiaire a peu de chance d'approfondir et d'élargir son champ de réflexion. L'attention tournée vers les normes à faire respecter, l'ergothérapeute risque de s'éloigner de valeurs prônées par la profession, dont celles qui stipulent que la santé est fortement influencée par la capacité de la personne à faire des choix et que la pratique de l'ergothérapie se centre sur le client (ACE, 1997). À force de s'appuyer sur des pratiques normalisées, l'ergothérapeute-intermédiaire risque de perdre ce qui fait sa force : son habileté à analyser rapidement une situation de maintien à domicile problématique pour la transformer en un problème capable d'être résolu.

Ce rôle d'intermédiaire, jamais identifié en ergothérapie auparavant, contribue à aggraver l'incongruité de la pratique actuelle de l'ergothérapeute en CLSC avec les fondements de la pratique de l'ergothérapie. Le rôle d'intermédiaire fait également écho à l'article de Caillé (1993) et à son outil de filtrage des demandes d'évaluation des transferts au bain (arbre de décision) pour faciliter le rôle « d'agent multiplicateur » des ergothérapeutes en CLSC auprès des AFS. Le rôle de l'intermédiaire, auprès des AFS et à l'intérieur des différents programmes d'aide gouvernementale pour les personnes en perte d'autonomie, n'a jamais été remis en cause, et fait même l'objet d'une certaine promotion de la profession compte tenu du semblant de pouvoir qui y est associé. À cet effet, les résultats de cette étude offrent plusieurs exemples de situations de négociation où la difficulté de partager le pouvoir avec l'utilisateur, voire l'impossibilité de le faire à l'intérieur d'une démarche normalisée, entraîne la relation ergothérapique dans une zone de conflits bien connue des ergothérapeutes en CLSC. Le fait d'identifier ce rôle en tant que piège à éviter, devrait stimuler des discussions et des remises en question quant aux orientations souhaitées pour la profession.

L'ergothérapeute, en tant qu'employé d'un programme SAD, est influencé par des facteurs sociaux, économiques, techniques, politiques, historiques, et de culture de CLSC dont il doit tenir compte dans ses interactions avec les usagers. Sous la

gouverne d'un établissement à l'identité de santé communautaire plus que jamais vacillante sous l'assaut répété des élargissements de responsabilités des services de première ligne sans ajout d'argent, l'ergothérapeute en CLSC a été entraîné à faire de plus en plus de compromis afin de participer à l'effort collectif des programmes SAD pour vider les salles d'urgence et limiter les recours aux hôpitaux. À force de compromis, l'ergothérapeute de CLSC se retrouvera prochainement, si ce n'est déjà fait, en rupture de contact avec ce qui représente le noyau dur de son identité professionnelle, l'activité porteuse de sens.

Tel que les résultats le démontrent, la pratique de l'ergothérapie en CLSC est de plus en plus axée sur l'évaluation fonctionnelle, l'autonomie aux soins à l'hygiène et la sécurité du maintien à domicile. De plus, une grande partie du travail de l'ergothérapeute en CLSC a peu à voir avec le travail d'analyse attendu d'un professionnel de la santé. Désormais, lorsqu'il se permet d'effectuer ce pour quoi il a été formé, soit analyser et reformuler les situations problématiques qui lui sont adressées en s'appuyant sur les occupations qui ont un sens pour les usagers, il se sent vaguement coupable de ne pas effectuer le travail pour lequel il pressent avoir été engagé. Ce malaise peut difficilement prendre l'ampleur d'un dilemme dans le climat d'urgence qui prévaut en ce moment dans les programmes SAD des CLSC où les occasions de réfléchir sont rares. À ce rythme, les ergothérapeutes risquent d'ici quelques années de ne plus se reconnaître.

Pour l'heure, il importe aux ergothérapeutes des CLSC de travailler à leur propre autonomisation pour passer d'un état d'immobilisme et de souffrance diffuse à celui de pouvoir choisir et agir⁶¹. La logique professionnelle de l'ergothérapeute est par nature en grande partie incompatible avec la logique technocratique des organismes payeurs et celle de l'appareil gouvernemental préoccupé de réduire les coûts des soins de santé (Contandriopoulos, 1994). L'ergothérapeute en CLSC doit résister à la normalisation croissante de sa pratique professionnelle et garder sous tension permanente le jeu de négociation des logiques concurrentes. À trop

⁶¹ À cet effet, se référer aux travaux de Jeffers (2001) sur la peur et l'indécision.

s'adapter à son contexte de travail, il prive le système de santé d'une force équilibrante pour contrer la maladie professionnelle, la déshumanisation des soins et la propagation du non-sens. Comme Townsend (1996) l'a brillamment démontré pour un autre milieu de pratique, ce n'est qu'au prix de tels efforts que les ergothérapeutes pourront un jour prétendre travailler à l'autonomisation des usagers des CLSC, et ce, pour le mieux-être de l'ensemble de la collectivité.

5.2 Commentaires sur les transferts des résultats et les applications possibles

Ce bloc de commentaires précise les conditions de transfert et la façon d'appliquer les résultats.

5.2.1 Conditions de transfert des résultats

Les services ergothérapeutiques offerts d'un CLSC à un autre ne sont pas identiques. À titre d'exemple, l'adaptation des véhicules automobiles est un service qui est offert dans certains CLSC alors que d'autres ne l'ont jamais offert ou ne l'offrent plus sous la pression des listes d'attente ou encore sous l'effet de l'augmentation de ressources privées d'évaluation spécialisée. Il importe ici, de considérer le travail de l'ergothérapeute en CLSC en partant du principe que le travail de l'ergothérapeute se définit actuellement comme un ensemble de services : 1) ainsi nommés par les ergothérapeutes, 2) centrés sur le client et de nature consultative, 3) offerts à plus de 75 % en dehors des établissements, et, 4) et basés dans la communauté (Townsend, 1988 : voir Hébert et coll., 1997).

5.2.2 Applications possibles

Ergothérapeute réflexif

Le Modèle II (Argyris & Schön, 1999) est un modèle théorique universel quant à l'essentiel, puisqu'il peut s'appliquer à l'ensemble des professions. Il est également multiple dans la mesure où il peut se manifester dans différents contextes de divers champs de pratique (Schön, 1994). Appliqué à la pratique ergothérapeutique communautaire, le Modèle II est susceptible d'alimenter une réflexion et d'inspirer une attitude adaptée à la pratique à domicile.

Le Modèle II (Argyris & Schön, 1999) rejoint les valeurs essentielles d'une vie en société, avec comme fondement la confiance et la coopération entre les êtres humains. Ces valeurs sont considérées par les auteurs comme sources d'efficacité professionnelle à long terme. Le Modèle II, et son parti pris pour l'humanisme, sont parfaitement congruents avec les postulats de base de l'ergothérapie.

L'ergothérapeute en CLSC, comme la majorité des professionnels de la santé des CLSC, vit actuellement d'importantes contraintes organisationnelles. Ces contraintes obligent l'ergothérapeute à faire des choix quant à son rôle. La présente étude s'est principalement intéressée aux ergothérapeutes expérimentés dans le travail à domicile. Ces derniers peuvent être victime d'avoir « trop appris »⁶² comment travailler à domicile. Lorsque leurs gestes intuitifs et spontanés ne produisent que les résultats escomptés, ils ont tendance à intervenir spontanément, sans avoir à trop réfléchir. Cet apprentissage à boucle unique de rétroaction est très utile par exemple pour répondre aux situations d'urgence qui commandent une action immédiate, sans s'épuiser au quotidien. C'est ce type d'apprentissage qui est valorisé actuellement dans un contexte de pratique d'urgence. Toutefois, sa mise en œuvre seule ne peut suffire à long terme. L'apprentissage à boucle de rétroaction double doit intervenir pour contrer l'ennui professionnel et le désinvestissement. Le professionnel qui désire adopter des

⁶² Schön (1994) parle également d'« excès de savoir ».

façons de faire adaptées au contexte mouvant du domicile et du CLSC, doit prendre des risques. Les conflits latents, à domicile ou au CLSC avec l'équipe multidisciplinaire, doivent être mis au jour et résolus, au risque de remettre en cause ses théories d'usage. C'est là l'une des attitudes qui permet à l'ergothérapeute de s'engager sur la voie du Modèle II (Argyris & Schön, 1999) pour éventuellement faire évoluer les théories de références.

Le modèle II n'est pas une panacée. Sa mise en marche est difficile et prend du temps, ce qui est incompatible avec une pratique qui s'apparente à celle de l'urgence. L'enjeu d'une intervention à domicile doit être suffisamment important pour que l'effort à fournir en vaille la peine. De plus, certaines familles ne veulent pas s'aventurer dans des démarches trop engageantes. Cela étant dit, l'ergothérapeute qui souhaite travailler de façon réflexive doit développer ses habiletés d'interview afin de poser les bonnes questions qui donneront accès aux pensées et aux sentiments de ses patients. Travailler de façon réflexive implique d'avoir suffisamment confiance en soi pour accepter d'être mis au défi, tout en étant capable de défendre ses opinions dans une attitude de modestie et d'ouverture (Schön, 1994). La confiance et le respect des usagers se bâtiront au fur et à mesure que le patient aura l'occasion de découvrir le savoir et la compétence de son ergothérapeute, qui lui donnera accès à ses questionnements et à ses doutes. Révéler à l'occasion ses incertitudes peut être à la fois une source de tension et d'instruction pour l'ergothérapeute en CLSC. Certains patients que la compétence experte rassure peuvent être inquiétés par un ergothérapeute disposé à partager le pouvoir de la relation thérapeutique. L'ergothérapeute en CLSC préoccupé par son autonomisation et celle de ses patients invitera ces derniers à joindre leurs efforts au sien pour comprendre sa situation et acquérir graduellement une participation accrue dans l'intervention.

Les êtres humains ont besoin de temps pour évoluer et pour modifier leurs habitudes de vie. Le Modèle II (Argyris & Schön, 1999) invite les professionnels, ergothérapeutes ou autre, à ralentir pour devenir plus efficace ; prendre le temps de réfléchir préserve contre la dérive. Les ergothérapeutes en CLSC peuvent-ils

ralentir ? En d'autres mots, les ergothérapeutes en CLSC peuvent-ils s'accorder le temps de réfléchir ? L'attention aux détails et aux particularités de la situation en cours d'analyse met à l'abri de travailler de façon automatique, centré sur des façons de faire et des théories d'usage certainement éprouvées, mais qui ne sont peut-être pas ajustées à la situation à transformer.

Quête de sens et épuisement professionnel

Les lignes directrices de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec stipulent que la raison d'être des services est la personne qui les requiert (Gouvernement du Québec, 1999). À ce propos, Ménard (2002), l'un des avocats spécialisés en responsabilité médicale au Québec, exprimait récemment l'idée que les intervenants sont ceux qui briment le plus les usagers. Ils sont également ceux qui les respectent le plus. Pour ce dernier, l'enjeu pour tout intervenant quel qu'il soit est de rester centré sur les besoins de son patient.

L'ergothérapeute en CLSC qui adopte une pratique qui s'apparente à celle de l'urgence, centrée sur l'issue technique de ses interventions, court le risque de définir sa relation thérapeutique par rapport aux pressions organisationnelles imposées par son employeur et de prendre une distance par rapport aux besoins de ses patients et de ce qui a un sens pour eux. Le rythme soutenu d'admissions et de congés peut indiquer que l'ergothérapeute évite de relever certains détails susceptibles de révéler des difficultés autres que celles indiquées sur la requête de service qui lui a été adressée. Cela peut aussi être l'indice qu'il évite de prendre le risque d'examiner les problèmes tels qu'ils se posent, mais le fait uniquement en fonction de catégories préétablies. Ces façons de faire sont certainement efficaces, à court terme, du point de vue de l'employeur qui assiste à la diminution de la liste d'attente. Elles sont toutefois coûteuses : les usagers souvent incapables de rétorquer pour se défendre se voient servir des réponses toutes faites leur barrant l'accès à des services, tandis que l'ergothérapeute surchargé risque d'assister à une

perte d'identité professionnelle à mesure qu'il s'éloigne des fondements de sa pratique.

Certains indices peuvent suggérer à l'ergothérapeute en CLSC que le moment est venu de revoir ses théories d'usage et son rôle au sein de l'organisation : la fréquence des conflits, qu'ils soient exprimés ou non, en fait partie. Lorsque trop souvent les usagers ne sont pas « motivés à changer » ou qu'ils refusent les services d'ergothérapie, poliment, en invoquant que tout bien réfléchi, la situation est très bien comme elle est, ou plus brutalement en mettant l'ergothérapeute à la porte, c'est peut-être le signe que les besoins des usagers ne sont plus au centre des préoccupations de l'ergothérapeute. Plus simplement, l'ergothérapeute en CLSC qui sent un malaise et qui se questionne sur le sens réel de son travail a peut-être défini sa relation thérapeutique par rapport à son employeur sous la pression de considérations organisationnelles.

Concilier ergothérapie communautaire avec le rôle d'intermédiaire

Actuellement, l'ergothérapeute en CLSC doit vivre avec la réalité du rôle de l'intermédiaire. Savoir que les conflits sont non seulement possibles, mais inhérents à l'un des rôles attendus de l'ergothérapeute qui travaille en CLSC, devrait servir aux novices, mais également à l'ergothérapeute d'expérience. Prendre conscience des pièges associés à ce rôle, pour tout professionnel quel qu'il soit, devrait rendre vigilant les ergothérapeutes pour éviter de rechercher ce type de rôle. La seule issue pour exercer consciemment ce rôle le plus sainement possible réside dans la transparence et la prise de risques (Schön, 1994). Risquer de déplaire à l'organisme qui accorde des subventions en exerçant son jugement critique pour faire valoir par exemple des besoins d'usagers qui n'ont pas été prévus au programme de subvention et risquer de déplaire aux usagers qui s'attendent à ce que leur ergothérapeute agisse à la manière d'un propriétaire de dépanneur pour qu'ils obtiennent une aide matérielle. À jouer le rôle d'intermédiaire, tôt ou tard il y aura des conflits. L'attitude à cultiver ici consiste à

aborder cet aspect du travail en CLSC avec un sain détachement en adoptant l'attitude du témoin qui se garde de nourrir le conflit latent en réagissant par un enchaînement de réactions émotives.

Efficacité à long terme de l'ergothérapeute en CLSC

La figure 2, présentée au point 2.2.6, est ici reprise à la figure 8, et relue en fonction des particularités du travail ergothérapeutique à domicile. En rappel, cette figure (partie supérieure de la figure 8) illustre un parcours professionnel en accord avec les valeurs et les stratégies du Modèle II (Argyris & Schön, 1999) qui vont dans le sens d'une plus grande efficacité professionnelle. La partie inférieure de la figure 8 illustre autrement les pièges à éviter déjà soulevés pour l'ergothérapeute qui souhaite travailler en CLSC. Pour plus de clarté, cette figure caricature volontairement des attitudes et des comportements extrêmes. Dans la réalité, toutes les nuances sont possibles et peuvent même cohabiter dans la pratique quotidienne de l'ergothérapeute en CLSC.

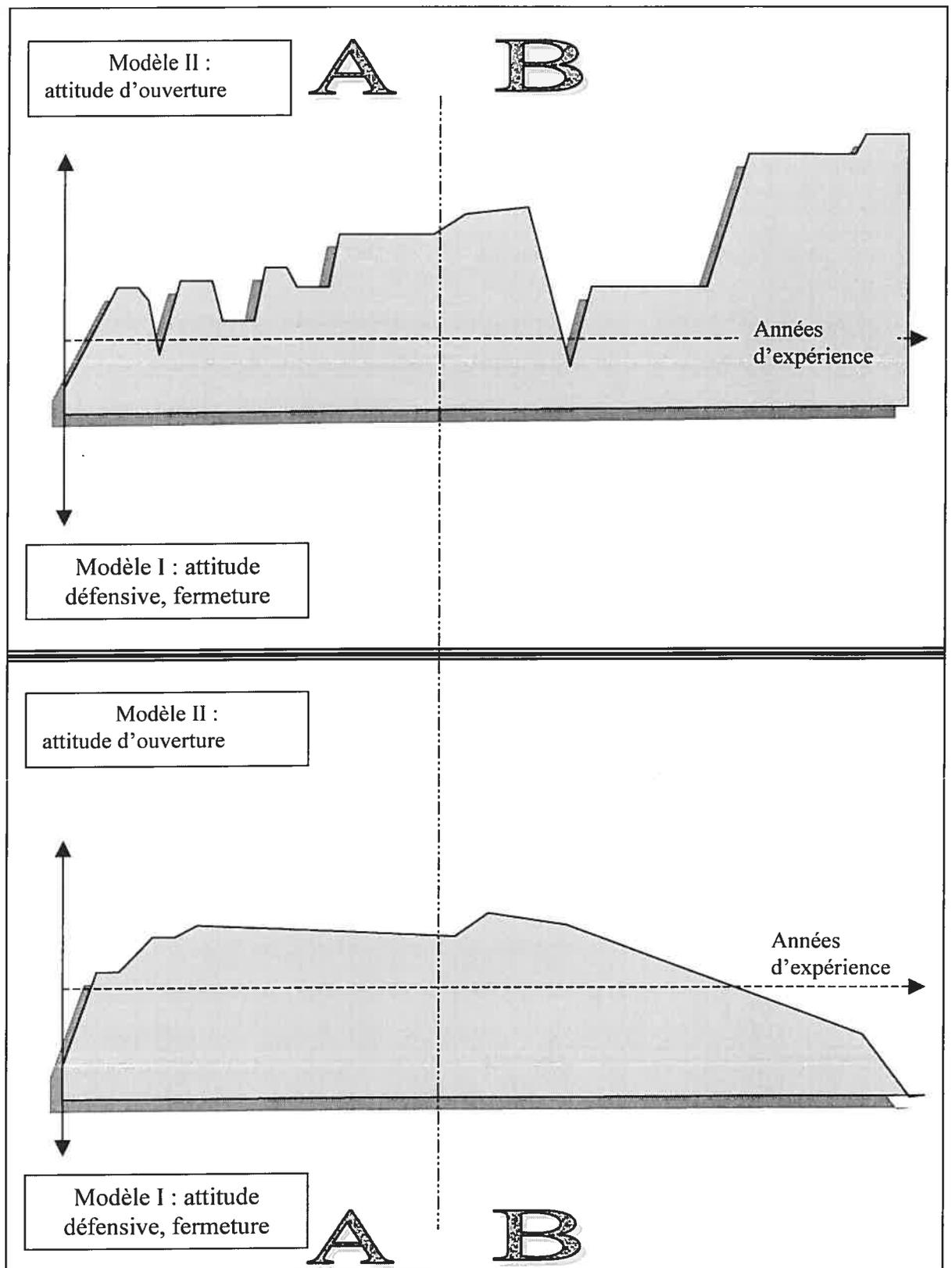


Figure 8. Parcours professionnels possibles de l'ergothérapeute en CLSC

Selon les individus (partie supérieure de la figure 8), l'ergothérapeute commence à travailler en CLSC avec une plus ou moins grande attitude d'ouverture sur un continuum (axe vertical) qui va d'une attitude défensive et de fermeture à une attitude d'ouverture. Au début de sa pratique (phase A), avec le manque d'expérience, les surprises et les occasions de réfléchir de façon critique sur ses interventions, sont nombreuses et rapprochées (pics). Chaque cas représente un défi, une occasion d'apprendre et d'approfondir le sens de son travail (pentes ascendantes). L'ergothérapeute peu expérimenté discute avec ses pairs pour élargir son champ de réflexion et éviter de reproduire les mêmes erreurs (pentes descendantes). Après quelques années (phase B), l'ergothérapeute prend de l'expérience et accumule un répertoire de situations déjà traitées avec les patients, les familles, les collègues et les gestionnaires, tandis que s'élaborent des théories d'usage (masse colorée) qui stabilisent sa pratique quotidienne (plateaux). Au cours de cette phase, les surprises (pentes ascendantes) se font plus rares et sont le plus souvent associées aux cas plus complexes qui réagissent de façon inhabituelle. L'ergothérapeute doit alors utiliser son intuition et faire preuve de perspicacité pour relever tous les détails qui caractérisent la situation qui résiste aux façons de faire connues. C'est là justement le type de cas qui interpelle l'ergothérapeute exercée pour le faire progresser et s'éloigner du travail plus routinier (plateaux). Les creux avec les passages dans la zone du Modèle I représentent les replis vers les stratégies défensives, en période de tensions par exemple, avec un retour au niveau de base connu qui réassure.

La partie inférieure de la figure 8 illustre un parcours professionnel très différent. Comme dans la figure précédente, le jeune ergothérapeute commence à travailler en CLSC avec une plus ou moins grande attitude d'ouverture aux autres, les autres incluant les patients et ses proches, les pairs, les membres de l'équipe multidisciplinaire et les gestionnaires du CLSC. Rapidement et tout au long de sa carrière (phase A et B), l'ergothérapeute s'efforce de présenter une image de rigueur technique et de compétence professionnelle. Il voit le plus de patients possible pour faire baisser la liste d'attente dans une pratique qui s'apparente à

celle de l'urgence. Il se conforme aux attentes de son employeur et définit sa relation professionnelle par rapport à ce dernier, reléguant inconsciemment la personne âgée en perte d'autonomie et ses proches au second plan. En quête d'efficacité, il adopte une pratique centrée sur l'autonomie aux activités de la vie quotidienne (AVQ). Il participe également à la transmission de ses habiletés techniques à d'autres travailleurs dans un effort ultime pour être encore plus performant, ce qui contribue à augmenter le volume des tâches indirectes et à faire diminuer le temps disponible pour intervenir auprès des usagers. S'identifiant au rôle d'intermédiaire, cet ergothérapeute agit avec autorité, respecte et applique à la lettre les différentes directives qui sont attachées à l'application des différents programmes qui accordent des subventions. Il n'a pas le temps de réfléchir de façon critique, occupé qu'il est à demeurer crédible aux yeux de tous et à gérer les conflits qui surviennent assez régulièrement. Après quelques années (phase B) la pratique se stabilise (plateau). Le savoir accumulé (masse colorée) avec l'expérience enferme l'ergothérapeute dans une pratique routinière de plus en plus étroite. Au bout d'un moment, les pressions organisationnelles liées au travail, le surmenage associé à la pratique d'urgence pour en faire plus toujours plus vite, la gestion des conflits inhérents au rôle de l'intermédiaire, creuse l'écart entre une approche idéalisée du travail à domicile qui respecte les valeurs et les croyances de l'ergothérapie (ACE, 1997) et la pratique quotidienne (théories d'usage). À long terme, tous ces éléments peuvent avoir raison de l'ergothérapeute. Ce dernier risque alors de développer des problèmes de santé⁶³ ou d'abandonner le travail à domicile en CLSC.

⁶³ Pour Audet (1992), l'idéalisation favorise l'investissement au travail et participe à l'épuisement psychologique du travailleur. Le stress pour sa part agit en tant que carburant pour la performance et entraîne éventuellement l'épuisement physique. Idéalisation et stress combinés annoncent à plus ou moins brève échéance l'épuisement professionnel.

5.3 Commentaires sur l'apport conceptuel : retour sur la méthodologie

Ce bloc de commentaires s'intéresse aux leçons à tirer du plan méthodologique de l'étude.

5.3.1 Approche qualitative

Une contribution importante de cette étude réside dans l'approche méthodologique qualitative privilégiée dans la collecte et l'analyse des données. C'est en effet la seule étude du genre dans le domaine de la pratique ergothérapeutique en CLSC. C'est de plus la première fois que des usagers en ergothérapie en CLSC sont sollicités pour participer à ce titre dans un projet de recherche. La présente recherche comble une lacune par la recension de matériel qualitatif permettant de documenter en profondeur les perceptions des acteurs clés de la relation ergothérapeutique en CLSC.

5.3.2 Échantillonnage

Personnes âgées

Le recrutement de personnes âgées par l'entremise d'ergothérapeutes en CLSC a été difficile. Solliciter la participation de professionnels débordés constitue en soi un obstacle. Tenter d'obtenir la participation de personnes âgées vulnérables, souvent réticentes à s'engager dans une démarche en plusieurs étapes (rencontre préparatoire, entretien de recherche et lecture des transcriptions) en raison d'attente de chirurgie ou d'instabilité de leur état de santé (une personne est décédée avant même la rencontre préparatoire), double la difficulté. Toutefois, celles-ci ne devraient pas écarter ces acteurs de première ligne de projets de recherche. Leurs précieux témoignages ont permis de faire ressortir plusieurs thèmes majeurs, par exemple l'importance des équipements et du rôle de

l'intermédiaire, et de corroborer l'émergence d'autres propos plus subtils associés au thème du chercheur en milieu de pratique. Sans eux, plusieurs thèmes importants seraient sans doute passés inaperçus. De plus, l'étude a été pour ces personnes une occasion de faire le récit d'événements souvent pénibles, chargés d'émotions, dans un geste utile et gratuit qui socialise l'épreuve, aide à y donner un sens, rend plus supportable le malheur et aide à se sentir un peu plus comme les autres (Cyrulnik, 2002). Leur participation terminée, ils étaient tous très fiers de leur expérience de recherche, comme en témoigne la valeur accordée par chacun aux transcriptions mot à mot. Il n'y a pas eu de séance de négociation au sujet des résultats avec les personnes âgées. Tenir une telle rencontre aurait certainement compliqué le recrutement de sujets âgés. Les critères de sélection auraient dû être resserrés pour tenir compte de la capacité de déplacements des personnes et la disponibilité du transport. Une telle séance aurait certainement enrichi le contenu de l'étude et devrait faire l'objet d'attention dans un autre projet de recherche.

Le protocole de recherche initial ne tenait pas compte de la présence des proches. Rapidement, lors des toutes premières démarches visant à constituer l'échantillonnage, cette omission a fait surface et la question d'inclure ou non un proche aidant dans les entretiens de recherche a été posée. L'environnement du domicile ne permet pas toujours de s'isoler du reste de la maisonnée sans causer des tensions dans le milieu. Désirer rencontrer une personne âgée et vulnérable à domicile se fait difficilement sans la présence d'un proche, surtout si la personne vit en couple. L'entretien de recherche le plus riche a d'ailleurs été mené avec la personne âgée qui était accompagnée de son conjoint. Ce dernier, toujours présent lors des visites de l'ergothérapeute du CLSC, a facilité l'accès à l'expérience en aidant sa conjointe à verbaliser, en évoquant des souvenirs et en complétant certaines informations. De plus, la participation du conjoint a souligné l'impact des interventions de l'ergothérapeute non seulement pour la personne en perte d'autonomie, mais également sur les proches aidants, indiquant au passage la façon dont l'intervention ergothérapique à domicile touche l'environnement humain. La présence du conjoint lors de l'entretien de recherche a également servi à amoindrir le biais de désirabilité de la personne plus vulnérable qui ne voulait

pas « nuire » à son ergothérapeute en la rassurant et en appuyant les propos de l'intervieweur à ce sujet. Par ailleurs, la lecture des transcriptions des entretiens de recherche par la personne âgée plus vulnérable a nécessité l'aide d'un proche aidant. Le fait que ce dernier participe au projet de recherche a facilité l'exécution de cette activité. Le temps requis pour cette tâche a été de beaucoup supérieur à ce qui avait été prévu, soit plus d'un mois, ce dont il faut tenir compte dans l'élaboration d'un échéancier réaliste.

Ergothérapeutes

L'une des deux ergothérapeutes était en congé de maternité au moment de participer au projet. Cette distance avec l'expérience sur le terrain a pu générer un discours plus étudié, moins naïf, par rapport à la pratique quotidienne. Ce constat peut également être le fait de difficultés techniques au moment d'enregistrer l'entretien de recherche, difficultés qui ont nécessité le port d'un casque d'écoute, ce qui a certainement influencé le degré de spontanéité du participant. Autre fait à noter, ce sujet a été le seul à avoir été rencontré sur le lieu de travail, autre source de différence de niveau de discours par rapport aux autres participants qui ont tous été rencontrés dans l'intimité de leur domicile. Malgré cette différence, tous les propos des sujets étaient crédibles, faisant directement écho au vécu clinique du chercheur.

La participation des ergothérapeutes à ce projet de recherche a généré des remises en question qui ont pu être partagées lors de la séance finale de négociation. Cette expérience a été une occasion de réflexion très appréciée des ergothérapeutes. La séance de négociation finale fut l'occasion pour ces ergothérapeutes de réaffirmer l'importance de reprendre contact avec les valeurs essentielles de l'ergothérapie pour rester centrés dans le tumulte du quotidien de la pratique.

5.3.3 Préparation aux entretiens de recherche

Tel qu'il a été vu au chapitre 3, Van der Maren (1987) insiste sur l'importance de soigner le contact préliminaire afin de permettre aux participants de se préparer aux entretiens de recherche. Il se peut que dans le cas présent cette préparation ait été démesurée. Premièrement, le volume de lectures suggérées était trop important. Deuxièmement, l'expérience dans un champ de pratique n'équivaut pas nécessairement à connaître la documentation récente du domaine. Le manque de distance critique par rapport aux lectures proposées a pu induire des biais, ce dont les analyses ont tenté de tenir compte en éliminant les éléments du discours qui faisaient par trop référence au contenu des lectures suggérées.

5.3.4 Utilisation de photos prises par les participants

Globalement, la prise de photos pour se préparer aux entretiens de recherche a suscité de l'intérêt et a favorisé le côté ludique et créatif pouvant entourer des entretiens de recherche semi-dirigés. À noter qu'une démonstration du fonctionnement de l'appareil photo a été requise lors du contact préliminaire pour les personnes âgées moins familières avec ce type d'appareil.

L'utilisation de photos pour amorcer les entretiens de recherche voulait favoriser l'émergence d'un discours le plus ouvert possible. C'est ce qui s'est produit pour les entretiens avec les personnes âgées. Du côté des ergothérapeutes, l'utilisation de photos a grandement structuré les entrevues qui n'ont pas atteint le degré de liberté escompté, l'intervieweur se sentant obligé d'examiner les nombreuses photos produites par ces derniers. L'utilisation de photos pour amorcer des entretiens de recherche est préconisée avec des personnes qui ont peu accès à la parole. Le fait d'utiliser cette activité avec des personnes qui verbalisent facilement n'est peut-être pas approprié et superflue pour les ergothérapeutes qui n'avaient pas besoin de passer par ce moyen pour accéder à la parole.

La majorité des photos produites représentait des modifications de l'environnement et des aides techniques, soulignant l'importance accordée à cette sphère d'intervention en ergothérapie à domicile. Un seul sujet, amateur de photographie, a présenté des photos très symboliques tandis qu'un autre a présenté des photos illustrant des exercices de coordination et d'équilibre. L'utilisation de photos peut avoir favorisé indûment les équipements au détriment d'aspects moins visibles du travail de l'ergothérapeute à domicile, plus difficiles à photographier.

5.3.5 Utilisation de logiciels

Dragon Naturally Speaking Preferred, version 4 (Dragon Systems, 1999)

L'utilisation d'un logiciel de reconnaissance vocale pour transcrire les entretiens de recherche n'a pas donné les résultats escomptés. L'utilisation de ce type de logiciel exige un long entraînement pour qu'il reconnaisse la voix de l'utilisateur, ce qui représente un investissement de temps et d'effort considérables. Faute d'un entraînement suffisant, le texte obtenu grâce au logiciel de reconnaissance vocale était méconnaissable. Ce brouillon a quand même servi à varier le travail de transcription. De plus, le fait de répéter pour le programme le contenu des cassettes audio constitue une autre façon de s'appropriier le matériel à analyser.

ATLAS.ti Code version 4.1

Un logiciel d'analyse quel qu'il soit ne sert qu'à gérer la codification. Il n'analyse pas, mais permet plutôt à l'analyste de systématiser sa démarche. La prise en main d'un logiciel d'analyse de données qualitatives exige beaucoup de temps. ATLAS.ti n'échappe pas à cette règle.

Le protocole de recherche prévoyait une procédure d'analyse par théorisation ancrée (Paillé, 1994). ATLAS.ti est un outil convivial et souple reproduisant

visuellement le format habituellement suggéré pour les analyses de contenu avec les codes apparaissant dans la marge des documents et la possibilité de rédiger des mémos à tous moments, archivés et mémorisés en lien avec l'extrait de texte auquel il se rapporte. Par contre, le manque d'expérience à la fois avec ATLAS.ti et avec l'analyse de matériel qualitatif, a fait en sorte que les plans initialement prévus n'ont pas été respectés. La prise en main du logiciel a pris le pas sur les plans d'analyse prévus à la faveur du processus d'analyse imposé par la logique d'analyse du logiciel. ATLAS.ti pourrait être utilisé pour gérer les codes issus d'une analyse par théorisation ancrée, à la condition toutefois que l'analyste possède au préalable une bonne maîtrise du logiciel.

5.4 Verdict final et pistes de recherche

5.4.1 Verdict

L'objectif de départ de constituer un certain nombre de concepts théoriques susceptibles d'ancrer la pratique à domicile au Québec a été atteint. Ce noyau de concepts a été élaboré à partir de témoignages d'acteurs de première ligne en enrichissant le discours en émergence à la source des travaux de chercheurs issus des sciences de la gestion et de l'éducation.

5.4.2 Pistes de recherche

Cette étude débouche sur trois grands axes de recherche possible. Le premier sur la poursuite du recensement des théories d'usage en ergothérapie en CLSC, le deuxième sur la relation des ergothérapeutes avec les AFS, et le troisième sur les concepts et les modèles d'intervention spécifiques à l'ergothérapie en CLSC.

Recenser les théories d'usage des ergothérapeutes en CLSC

À l'instar de Hébert et coll. (2002), la présente étude illustre le potentiel fort intéressant que représente le concept des théories d'usage. Appliquer une démarche méthodologique articulée autour de l'observation du comportement de l'ergothérapeute en CLSC en action pourrait s'avérer des plus intéressants pour ces professionnels formés entre autres à l'observation des personnes vivant des situations de handicap. Prendre conscience des théories d'usage pourrait permettre aux ergothérapeutes en CLSC de déceler et de remédier aux incohérences, aux défauts d'efficacité et, le cas échéant, au degré de désuétude de ces théories. En retour, certaines théories d'usage fortes pourraient enrichir et transformer les théories de référence qui gouvernent l'ensemble de la pratique ergothérapique. Construire des modèles de théories d'usage représente une tâche difficile. Peu de professionnels réfléchissent sur leurs théories d'usage : leurs propres théories d'usage, ayant tendance à se renforcer d'elles-mêmes, les empêchent de le faire (Argyris et Schön, 1999). Cette démarche qui s'appuie sur la description directe du comportement observable semble taillée sur mesure pour les ergothérapeutes habitués à observer et à décrire des comportements de personnes en action. Ce processus exigeant et difficile, jamais entrepris auprès d'ergothérapeutes, pourrait contribuer à enrichir et réformer la profession toute entière, que l'ergothérapeute travaille en centre hospitalier ou en centre de réadaptation, puisque son travail vise en fin de compte à favoriser une participation sociale optimale des individus et des groupes.

Relation des ergothérapeutes en CLSC avec les AFS

L'arbre de décision pour soutenir l'ergothérapeute des programmes SAD des CLSC dans son rôle d'agent multiplicateur auprès des auxiliaires familiales et sociales (AFS) mis au point par Caillé (1993) établissait que les ergothérapeutes travaillent depuis plusieurs années en étroite collaboration avec les AFS. Depuis 1993, plusieurs politiques de soins à l'hygiène élaborées par des ergothérapeutes

sont en application dans les CLSC. Certaines responsabilités ont été déléguées aux AFS, sous la supervision d'ergothérapeutes, pour réduire le délai de réponse aux demandes d'aide au bain autrefois adressées aux ergothérapeutes. Dix ans après la publication de Caillé (1993), comment se vit sur le terrain cette relation née d'un besoin de rationaliser les services ? Où en est aujourd'hui ce travail de l'ergothérapeute-agent-multiplicateur qui exerce un contrôle à distance sur des non professionnels ? Comment les AFS perçoivent-ils les ergothérapeutes ? Qu'est-ce que cette relation particulière leur procure ? Quel est l'impact de cette collaboration sur l'attribution des services en CLSC ? Comment se règlent sur le terrain les conflits de rationalités en présence d'un AFS engagé pour compenser une incapacité et l'ergothérapeute qui souhaite faire la promotion de l'autonomie par personne interposée ?

Poursuivre la recherche sur les modèles d'intervention ergothérapique en CLSC

Les publications sur le travail des ergothérapeutes en CLSC n'ont fait leur apparition qu'en 1993. Depuis, les recherches s'intensifient. Beaucoup de concepts restent à mettre au jour avant de pouvoir les articuler à l'intérieur d'un modèle d'intervention spécifique à l'ergothérapie en CLSC. Les recherches en ce sens doivent se poursuivre. Un discours de plus en plus articulé, spécifique à ce champ de pratique, favorisera la réflexion et permettra la prise de conscience nécessaire à la remise en question des théories d'usage désuètes. L'incongruité de la pratique ergothérapique en CLSC par rapport aux fondements de la pratique, dénoncée par certains chercheurs (Hebert, et coll., 2002), pourrait éventuellement prendre l'ampleur d'un dilemme pour les cliniciens. Ce dilemme, essentiel à la remise en question des façons de faire actuelles, permettrait un sain renouvellement de la pratique qui s'est définie en réponse aux attentes formulées dans le contexte de désinstitutionnalisation amorcé dans les années 1960 et s'étendant jusqu'au milieu des années 1990.

CONCLUSION

Le travail de l'ergothérapeute en CLSC a pris son essor au milieu des années 1980 à la faveur du mouvement croissant de maintien dans le milieu des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est dans ce contexte que le rôle d'expert de l'évaluation fonctionnelle et de l'accessibilité domiciliaire est fortement sollicité. Un peu moins de vingt ans plus tard, des études remettent en question les théories en usage développées en réponse aux pressions organisationnelles et aux listes d'attente.

Une méthodologie de type qualitatif s'est intéressée aux perceptions de trois personnes âgées (N=3) ayant reçu des services d'ergothérapie d'un programme SAD de CLSC et de deux ergothérapeutes (N=2) de CLSC. Le regard sur la pratique ergothérapique en CLSC à partir d'un appareil théorique emprunté aux domaines de la gestion et de l'éducation, le Modèle II de Argyris et Schön (1999) pris comme axe central d'analyse, a rendu explicite les gestes et les attitudes de l'ergothérapeute en CLSC qui vont dans le sens de l'efficacité professionnelle à long terme, et aidé à mettre au jour certains pièges qui jalonnent sa pratique quotidienne, le plus important consiste à s'identifier au rôle de l'intermédiaire.

Réfléchir de façon critique, prendre des risques, voir les problèmes de maintien dans la communauté tels qu'ils se posent, être attentif aux moindres détails, travailler de façon transparente, contribuent à rendre le travail de l'ergothérapeute en CLSC plus efficace à long terme. En contrepartie, privilégier la rigueur technique et la persuasion dans une approche normative est compatible avec une approche qui s'apparente à celle de l'urgence, mais va à l'encontre d'une approche ergothérapique à domicile efficace à long terme. Travailler de façon efficace selon le Modèle II de Argyris et Schön (1999) exige du temps, ce qui est contraire à une approche dite d'urgence.

Le but de l'étude était d'identifier et d'analyser un noyau de concepts théoriques spécifique au travail des ergothérapeutes en CLSC. Cet objectif a été atteint même si le noyau constitue une mosaïque incomplète. Bien que fragmentaires, ces

résultats ont de quoi soulever des débats. Valoriser le travail de l'ergothérapeute en nommant et en articulant ce qui est vécu, ancre la pratique dans la tradition avec des mots et des concepts qui renouvellent le discours humaniste et le consolide. Cette étude démontre que ce n'est pas que moral de travailler selon les fondements humanistes de l'ergothérapie, c'est aussi plus efficace et plus rentable à long terme.

L'ergothérapeute, en tant qu'intervenant sur le terrain est au prise avec des problèmes concrets difficiles à conceptualiser. Une méthodologie de recherche fondée sur l'examen attentif du comportement réel de certains ergothérapeutes, en partenariat avec un chercheur permettrait de recenser les théories en usage des ergothérapeutes en CLSC. Une autre piste de recherche consiste à examiner le rôle d'intermédiaire joué par certains ergothérapeutes en CLSC auprès des AFS. Enfin, d'autres études privilégiant une méthodologie près du terrain pourraient poursuivre le travail amorcé dans la présente étude pour éventuellement parvenir à articuler les différents concepts dans un modèle d'intervention spécifique au travail de l'ergothérapeute en CLSC.

RÉFÉRENCES

Argyris, C., & Schön, D. A. (1974). *Theory in practice : increasing professional effectiveness*. San Francisco : Jossey-Bass.

Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning : a theory of action perspective*. Reading, Mass : Addison Wesley.

Argyris, C., & Schön, D. A. (1996). *Organizational learning II : theory, method and practice*. Reading, Mass : Addison Wesley.

Argyris, C., & Schön, D. A. (1999). *Théorie et pratique professionnelle : comment accroître l'efficacité*. Montréal : Éditions Logiques.

Association canadienne de soins et de services à domicile, & Association des CLSC et des CHSLD du Québec, (1998). *Maintien à domicile au Québec : un portrait*. Document de travail pour Le fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada.

Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), (1997). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa : CAOT Publications ACE.

Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), (2003). *Au sujet de l'ACE*. [En ligne].

<http://www.caot.ca/index.cfm?ChangeID=2&pageID=2>

(Page consultée le 1^{er} février 2003).

Association des CLSC et des CHSLD du Québec, (2000). *Urgence services à domicile!* Montréal : Association des CLSC et des CHSLD du Québec.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec, (2002). *Mission d'un CLSC*. [En ligne]. <http://www.clsc-chsld.qc.ca/> (Page consultée le 9 septembre 2002).

Association des CLSC et des CHSLD du Québec, (2003a). *Mission d'un CHSLD*. [En ligne]. <http://www.clsc-chsld.qc.ca/> (Page consultée le 16 août 2003).

Association des CLSC et des CHSLD du Québec, (2003b). *Son histoire*. [En ligne]. <http://www.clsc-chsld.qc.ca/> (Page consultée le 16 août 2003).

Barris, R., Kielhofner, G., & Watts, J. H. (1988). *Bodies of knowledge in psychosocial practice*. Thorofare : Slack.

Bourque, D. (1989). *Conceptions de « l'approche communautaire » dans les centres locaux de services communautaires (CLSC)*. Mémoire de maîtrise. Montréal : Université de Montréal.

Brun, J. P., Biron, C., Martel, J., & Ivers, H. (2002). *Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines : rapport de recherche*. [En ligne]. <http://cgsst.fsa.ulaval.ca/Rapport%2013%20decembre%20LONG.pdf> (Page consultée le 9 janvier 2003).

Caillé, G. (1993). Impact de l'ergothérapie sur une rationalisation des services à l'hygiène en CLSC. *Revue Québécoise d'Ergothérapie*, 2, 128-131.

Centre hospitalier universitaire de Rouen (CHU de Rouen), (2003). Accident vasculaire cérébral. [En ligne]. <http://www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/accidentvasculairecerebral.html> (Page consultée le 3 mars 2003).

Clark, C. A., Corcoran, M., & Gitlin, L. N. (1995). An exploratory study of how occupational therapists develop therapeutic relationships with family caregivers. *The American Journal of Occupational Therapy*, 49, 587-594.

Colvin M. E., & Korn, T. L. (1984). Eliminating barriers to the disabled. *The American Journal of Occupational Therapy*, 38, 748-753.

Community occupational therapists and associates (COTA), (1991). *The safer tool*. Toronto : COTA.

Contandriopoulos, A. P. (1994). Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 1, 8-26.

Corcoran, M., & Gitlin, L. N. (1991). Environmental influences on behaviour of the elderly with dementia : principles for intervention in the home. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 4, 5-22.

Corcoran, M., & Gitlin, L. N. (1992). Dementia management : an occupational therapy intervention for caregivers. *American Journal of Occupational Therapy*, 46,801-808.

Cyrułnik, B. (2002). *Un merveilleux malheur*. Paris : Éditions Odile Jacob.

D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal.

De Bono, E. (1985). *Lateral Thinking*. Middlesex : Penguin Books.

De Villers, M. É. (1997). *Multi dictionnaire de la langue française*. Montréal Québec Amérique.

DeJong, G. (1979). Independent living : from social movement to analytic paradigm. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60, 435-446.

Dejours, C. (1993). *Travail usure mentale : nouvelle édition augmentée : de la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Paris : Bayard Éditions.

Deslauriers, J. P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J. P., Deslauriers, L. H., Groulx, A., Laperrière, R., Mayer, & A. Pires, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-112). Boucherville : Gaëtan Morin.

Dragon Systems, (1999). *Dragon Naturally Speaking Preferred version 4.0 sur CD-ROM*. Newton : Dragon Systems Inc.

Duchastel, M. (2001). Plainte d'un jeune médecin. *Le Devoir*, XCII, no 245, (lundi 29 octobre 2001) p. A7.

Emploi Québec, (2003). *Pour tout savoir sur... 1500 métiers et professions*. [En ligne]<http://www.monemploi.com/npts/professions/auxiliairefamilialetsocial.html> (Page consultée le 13 février 2003).

Falardeau, M., & Durand, M. J. (2002). Negotiation-centered versus client-centered : wich approach should be used? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69, 135-142.

Fédération des centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec, (1979). *Vers une véritable politique de maintien à domicile au Québec*. Anjou : Fédération des CLSC du Québec.

Fédération des centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec, (1995a). *Volet 1. Le réseau CLSC... : partie prenante dans la transformation du système de santé et de services sociaux et dans le virage ambulatoire*. Montréal : Fédération des CLSC du Québec.

Fédération des centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec, (1995b). *Volet 2. Virage ambulatoire : introduction générale*. Montréal : Fédération des CLSC du Québec.

Fédération des centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec, (1995c). *Volet 3. Virage ambulatoire : service à domicile*. Montréal : Fédération des CLSC du Québec.

Feuss, C. D., & Maltby, J. W. (1959). Occupational therapy in the therapeutic community. *American Journal of Occupational Therapy*, 13, 9-10.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), (2003). La Fondation en bref : qu'est-ce que la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. [En ligne]. http://www.fcrss.ca/about/index_f.shtml (Page consultée le 3 mars 2003).

Fontana, A., & Frey, J. H. (1994). Interviewing : The Art of Science. In N. K., Denzin, & Y. S., Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 361-376). Thousand Oaks : Sage Publications.

Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise : Processus de production du handicap*. Lac St-Charles, Québec : Réseau international sur le processus de production du handicap.

Gagnon, E., Guberman, N., Côté, D., Gilbert, C., Thivierge, N., & Tremblay, M. (2001). Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile. *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*. [En ligne]. http://www.fcrss.ca/docs/finalrpts/2002/homecare/gagnon_f.pdf (Page consultée le 13 avril 2002).

Gendron, S. (1998). La recherche participative : un cas d'illustration et quelques réflexions pour la santé publique. *Ruptures*, 5, 180-191.

Gendron, S. (2000). *La recherche qualitative en santé publique*. Notes de cours inédites. Université de Montréal.

Genelot, D. (1992). *Manager dans la complexité*. Paris : INSEP.

Gingras, P. (1991). *Le traitement en première ligne des demandes individuelles d'aide en CLSC selon une approche communautaire : guide de référence*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Gitlin, L. N., Corcoran, M., & Leinmiller-Eckhardt, S. (1995). Understanding the family perspective : an ethnographic framework for providing occupational therapy in the home. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 802-809.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park : Sage.

Hasselkus, B. R. (1989). The meaning of daily activity in family caregiving for the elderly. *American Journal of Occupational Therapy*, 43, 649-656.

Hasselkus, B. R. (1990). Ethnographic interviewing : a tool for practice with family caregivers for the elderly. *Occupational Therapy Practice*, 2, 9-16.

Hasselkus, B. R. (1991). Ethical dilemmas in family caregiving for the elderly : implications for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 206-212.

Hébert, M. (2000). *Du quotidien de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec à l'émergence de nouveaux savoirs pour la pratique communautaire*. Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal.

Hébert, M., Maheux, B., & Potvin, L. (2000). L'ergothérapie dans les CLSC du Québec après le virage ambulatoire : 1^{ère} partie. *Revue Québécoise d'Ergothérapie*, 9, 23-28.

Hébert, M., Maheux, B., & Potvin, L. (2001). L'ergothérapie dans les CLSC du Québec après le virage ambulatoire : 2e partie. *Revue Québécoise d'Ergothérapie*, 10, 16-22.

Hébert, M., Maheux, B. & Potvin, L. (2002). Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69, 31-39.

Hébert, M., Thibeault, R., Landry, A., & Boisvenu, M. (1997). Évaluation de la qualité des services ergothérapeutiques communautaires : résultats d'une enquête. *Revue Québécoise d'Ergothérapie*, 6, 57-61.

Hébert, M., Thibeault, R., Landry, A., Boisvenu, M., & Laporte, D. (2000). Introducing an evaluation of community based occupational therapy services : a client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, 146-154.

Heynemand, J. (1994). Avant-propos. Dans D. A. Schön, *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* (pp.11-15). Montréal : Éditions Logiques.

Iwarsson, S., & Isacson, A. (1996). Development of a novel instrument for occupational therapy of assessment of the physical environment in the home : a methodologic study on « The Enabler ». *The Occupational Therapy Journal of Research*, 16, 227-244.

Jeffers, S. (2001). *Tremblez mais osez!* Allemagne : Nouvelles Éditions Marabout.

Krupa, T., Radloff-Gabriel, D., Whippey, E., & Kirsh, B. (2002). Reflections on... occupational therapy and assertive community treatment. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 69, 153-157.

Kvale, S. (1996). The Interview Situation. In S. Kvale, *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing* (pp. 124-143). Thousand Oaks : Sage Publications.

Landry, A. (1998). *Les représentations de la dimension éducative de l'intervention ergothérapeutique chez les ergothérapeutes praticiennes en C.L.S.C. de la région de l'Outaouais*. Mémoire de maîtrise. Hull : Université du Québec à Hull.

Law, M. (1991). The environment : a focus for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 58, 171-180.

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model : a transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23.

Lehoux, P., Rodrigue, J., & Lévy, R. (1995). L'usage des savoirs informels en médecine familiale : une modélisation conjointe. *Sciences Sociales et Santé*, 13, 85-111.

Le Moigne, J. L. (1990). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris : Bordas.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1997). *La recherche qualitative : fondements et pratiques*. Montréal : Éditions Nouvelles AMS.

Letts, L., Law, M., Rigby, P., Cooper, B., Stewart, D., & Strong, S. (1994). Person-environment assessments in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 608-618.

Licht, S. (1948). *Occupational Therapy Source Book*. Baltimore : The Williams & Wilkins Company.

Lincoln, Y. S. (1995). Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry*, 1, 275-289.

L. R. Q. (1999) (Chapitre S-4.2. de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*) Québec : Éditeur officiel du Québec.

Maertens, N., & Gougeon, F. (1993). Comprendre le travail de l'ergothérapeute oeuvrant dans différents milieux de pratique de la région montréalaise. *Revue Québécoise d'Ergothérapie*, 2, 9-15.

Ménard, J. P. (2002). *Tenue de dossier*. Notes de formation inédites. CLSC de la Haute-Yamaska.

McColl, M. A. (1997). What do we need to know to practice occupational therapy in the community? *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 11-18.

Moisan, M. (1999). *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*. Québec : Conseil du statut de la femme.

Morin, C. (1997). Profil des ergothérapeutes en santé mentale : résultats d'une enquête. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 6, 97-101.

Muchielli, A. (1996a). Catégorisation (en analyse de contenu qualitative). Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p.23). Paris : Armand Colin/Masson.

Muchielli, A. (1996b). Complexité (paradigme de la). Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p.29). Paris : Armand Colin/Masson.

Muchielli, A. (1996c). Triangulation. Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (pp.261-262). Paris : Armand Colin/Masson.

Muhr, T. (1997). *ATLAS.ti Code version 4.1 sur CD-ROM*. Berlin : Scientific Software Development.

Office de la Langue française du Québec, (2003). *Dictionnaire de la langue française au Québec*. [En ligne]. http://www.granddictionnaire.com/_fs_global_01.htm (Pages consultées tout au long de l'étude).

Office des personnes handicapées du Québec, (2003). *Notre mission*. [En ligne]. http://www.ophq.gouv.qc.ca/Renseignements/D_Mission.htm (Page consultée le 16 août 2003).

Oliver, R., Blathwayt, J., Brackley, C., & Tamaki, T. (1993). Development of the Safety assessment of function and the environment for rehabilitation (SAFER) tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60, 78-82.

Opacich, K. J. (1997). Moral tensions and obligations of occupational therapy practitioners providing home care. *The American journal of occupational therapy*, 51, 430-435.

Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), (2000). *Répertoire des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec*. Document inédit. Montréal : OEQ.

Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), (2002). *Liste des offres d'emploi avril – mai*. Document inédit. Montréal : OEQ.

Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), (2003). L'Ordre : missions et valeurs. [En ligne]. <http://www.oeq.org/francais/default.asp> (Page consultée le 13 février 2003).

Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.

Paillé, P. (1996a). Fidélité en recherche qualitative. Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (pp. 82-83). Paris : Armand Colin/Masson.

Paillé, P. (1996b). Problématique d'une recherche qualitative. Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (pp. 165-167). Paris : Armand Colin/Masson.

Pépin, G., Brousseau, M., Sauvageau, A., Blanchette, J., Garon, N., Beauchemin, N., Goyette, L., & Cantin, M. È. (2000). La recherche collaborative en ergothérapie : thèmes et objets de recherche vus par les cliniciens en l'an 2000. Dans l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), *L'ergothérapie de l'an 2000 : réflexion sur la pratique de l'ergothérapie au tournant du siècle : actes du Congrès de l'OEQ : d'où vient-elle, où va-t-elle?* Montréal : OEQ.

Pirès, A. P. (1997). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale. Dans J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.3-52). Boucherville : Gaëtan Morin.

Polatajko, H. J. (1994). Dreams, dilemmas, and decisions for occupational therapy practice in a new millennium : a canadian perspective. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48, 590-594.

Québec, Ministère des affaires sociales, (1979). *Les services à domicile : politique du Ministère des affaires sociales*. Québec : Ministère des affaires sociales.

Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, (2003). *Chez-soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Québec, Régie d'assurance maladie (RAMQ), (2002). *Missions, mandats et clientèles*. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/crc/index.shtml> (Page consultée le 20 septembre 2002).

Ramonet, I. (2001). *Nouveaux pouvoirs nouveaux maîtres du monde*. Montréal : Fides.

Ratcliffe, J. W., & Gonzalez-del-Valle, A. (1988). Rigor in health-related research : toward an expanded conceptualization. *International Journal of Health Services*, 18, 361-392.

Reilly, M. (1966). A psychiatric occupational therapy program as a teaching model. *American Journal of Occupational Therapy*, 22, 61-67.

Richard, P., & Falta, L. (1996). *Solutions applicables à la conception de logements accessibles et adaptables*. Québec : Société d'habitation du Québec (SHQ).

Robert, P. (1996). *Le Petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert.

Rodriguez, L. (1994). *Adaptation du logement des aînés et des personnes handicapées*. Québec : Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL).

Rousseau, J. (1997). *Élaboration d'un instrument de mesure de la situation de handicap en milieu de vie naturel pour l'adulte présentant des incapacités motrices*. Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal.

Roy, J. (1986). *Bilan du maintien à domicile dans les CLSC*. Montréal : Fédération des CLSC du Québec.

Santé et Bien-être social Canada, & Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE), (1983). *Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client*. Ottawa : Ministre des approvisionnements et services Canada.

Saul, J. R. (1996). *Le compagnon du doute*. Paris : Éditions Payot & Rivages.

Savoie-Zajc, L. (1996a). Éthique en recherche qualitative. Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (pp. 62-63). Paris : Armand Colin/Masson.

Savoie-Zajc, L. (1996b). Journal de bord. Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (pp. 116-117). Paris : Armand Colin/Masson.

Savoie-Zajc, L. (1996c). Triangulation (technique de validation par). Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (pp. 261-262). Paris : Armand Colin/Masson.

Savoie-Zajc, L. (1996d). Validation des méthodes qualitatives (critères de). Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (pp. 264-265). Paris : Armand Colin/Masson.

Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (3^e éd.) (pp. 264-285). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Schön, D. A. (1990). *Educating the Reflective Practitioner : Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions* (4e éd.). San Francisco : Jossey-Bass Publishers.

Schön, D. A. (1994). *Le praticien réflexif : À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.

Smith, M. K. (2001a). *Chris Argyris : theories of action, double-loop learning and organizational learning*. [En ligne]. <http://www.infed.org/thinkers/argyris.htm> (Page consultée le 7 mars 2002).

Smith, M. K. (2001b). *Donald Schön : learning, reflection and change*. [En ligne]. <http://www.infed.org/thinkers/et-schon.htm> (Page consultée le 7 mars 2002).

Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), (2003a). *Ce que nous faisons : SCHL : au cœur de l'habitation*. [En ligne]. <http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/index.cfm> (Page consultée le 15 février 2003).

Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), (2003b). *Programmes et aide financière : logements adaptés : aînés autonomes*. [En ligne]. <http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/index.cfm> (Page consultée le 15 février 2003).

Société d'habitation du Québec (SHQ), (2002a). *L'adaptation de domicile*. <http://www.shq.gouv.qc.ca/> (Page consultée le 15 septembre 2002).

Société d'habitation du Québec (SHQ), (2002b). *La mission*. <http://www.shq.gouv.qc.ca/> (Page consultée le 15 septembre 2002).

Talbot, L. R., Duhamel, F., Giroux, F., & Hamel, S. (2000). Les interventions en soins infirmiers auprès des familles : où en sommes-nous? *L'infirmière du Québec*, 2, 14-22.

Tardif, G., Fontaine, J., & Saint-Germain, J. (2001). *Le grand druide des synonymes*. Montréal : Québec Amérique.

Townsend, E. (1996). Institutional ethnography : a method for showing how the context shapes practice. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 16, 179-199.

Townsend, E., & Ryan, B. (1991). Assessing independence in community living. *Canadian Journal of Public Health*, 82, 52-57.

Tremblay, L. (1995). L'ergothérapie dans les CLSC : état de la situation. *Revue Québécoise d'Ergothérapie*, 4, 98-103.

Trickey, F. (1993). Regard sur la pratique en milieu communautaire et sur l'approche particulière en santé communautaire. *Revue Québécoise d'Ergothérapie*, 2, 86-90.

Van der Maren, J. M.(1987). *Méthodes qualitatives de recherche en éducation*, Conférences données au CIRADE. Montréal : Université de Montréal, CIRADE, UQAM.

Van der Maren, J. M.(1999). *Analyse et interprétation des données qualitatives*. Notes de cours inédites. Université de Montréal.

World Federation of Occupational Therapists (WFOT), (1998). *12th Congrès international de la Fédération mondiale des ergothérapeutes : une perspective globale à partager : Recueil de résumés*. Forrestfield : WFOT.

Yerxa, E. (1988). Oversimplification : the hobgoblin of theory and practice in occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 55, 5-7.#

ANNEXES

Annexe A : Lettre d'invitation à participer au projet de recherche

Invitation de participation à mon projet de recherche

Bonjour

Mon nom est Jacinthe Valiquette. Après plusieurs années de travail comme ergothérapeute dans un CLSC, je me suis inscrite à la maîtrise en sciences biomédicales à l'école de réadaptation de l'Université de Montréal.

Je mène présentement une étude exploratoire sur la pratique des ergothérapeutes en CLSC pour décrire et comprendre les différents éléments qui structurent la pratique des ergothérapeutes des programmes de soutien à domicile (SAD).

Pour réaliser cette recherche, j'ai besoin de la participation de 4 ergothérapeutes, hommes ou femmes, avec 6 ans et plus d'expérience dans un ou des programmes SAD de CLSC et travaillant actuellement 21 heures et plus par semaine en clinique. Votre participation à la recherche peut-être **directe** ou **indirecte**.

Votre participation **directe** à la recherche requerrait environ 6 heures de votre temps réparties sur plusieurs semaines et consisterait

- à participer à un entretien de recherche semi-dirigé d'environ une heure ;
- à relire et commenter la transcription écrite du contenu de l'entretien ;
- à lire et commenter un rapport d'étape ;
- et finalement, à prendre connaissance des résultats préliminaires de l'étude dans le but de participer à une rencontre en petit groupe d'environ une heure trente.

Votre participation **indirecte** à la recherche ne requerrait qu'un peu de votre temps pour recruter parmi votre clientèle une personne de 65 ans et plus, homme ou femme, parlant couramment français et intéressée à participer à un entretien de recherche. C'est tout.

Après vous avoir expliqué plus en détail le projet de recherche, et si vous êtes toujours intéressé à participer à l'étude, j'adresserai à votre employeur une demande d'approbation de recherche.

Les personnes intéressées à participer **directement** ou **indirectement** à la recherche sont invitées à laisser leur nom et leur numéro de téléphone au [REDACTED] ou encore à m'envoyer leurs coordonnées par télécopieur au [REDACTED]

Sincères remerciements,
Jacinthe Valiquette, ergothérapeute

Annexe B : Demande d'approbation de recherche



Montréal, le 20 novembre 2000

Monsieur [REDACTED]
 Directeur général
 Les CLSC et CHSLD [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED] (Québec) [REDACTED]

Objet : Demande d'approbation de recherche

Monsieur,

Dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en sciences biomédicales (réadaptation), effectué à l'École de réadaptation (Faculté de médecine) de l'Université de Montréal, je réalise une étude sous la direction scientifique de madame Colette Dion-Hubert, professeure agrégée à l'École de réadaptation, faculté de médecine de l'Université de Montréal et de monsieur Pierre-Yves Therriault, professeur adjoint de clinique également à l'École de réadaptation, faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Pour mener à bien cette recherche, la collaboration de votre CLSC est sollicitée. Madame [REDACTED] [REDACTED] ergothérapeute impliquée au programme « Soutien à domicile » (SAD) est intéressée à collaborer à cette étude. Son rôle consisterait à :

- Participer à un entretien de recherche semi-dirigé d'environ une heure ;
- Relire et commenter la transcription écrite du contenu de l'entretien ;
- Lire et commenter un rapport d'étape ;
- Prendre connaissance des résultats préliminaires de l'étude dans le but de participer à une rencontre de groupe d'environ une heure trente.

En terme de temps, le projet exige une participation d'environ six heures. La présente a pour but d'obtenir votre approbation afin de réaliser cette étude. Vous trouverez ci-joint une description sommaire du projet.



Université de Montréal
 Faculté de médecine
 École de réadaptation

C.P. 6128, succursale Centre-ville
 Montréal (Québec)
 H3C 3J7

Télécopieur : (514) 343-2105

Pour toute question, n'hésitez pas à me téléphoner au numéro suivant : (514) 343-2192.
Dans l'attente d'une réponse favorable, je vous prie de recevoir, Monsieur le directeur,
l'assurance de ma considération distinguée.

Jacinthe Valiquette

Colette Dion-Hubert
Professeure agrégée
École de réadaptation
Faculté de médecine
Université de Montréal

Pierre-Yves Therriault
Professeur adjoint clinique
École de réadaptation
Faculté de médecine
Université de Montréal

p. j. Résumé sommaire du projet

Titre du projet de recherche

Identification et analyse des éléments qui soutiennent la pratique de l'ergothérapie à domicile au Québec

Description du projet¹

Ce projet de recherche vise à décrire et à comprendre les différents éléments qui structurent la pratique des ergothérapeutes des programmes de soutien à domicile (SAD) des Centres locaux des services communautaires (CLSC). Les ergothérapeutes maintenant bien implantés dans les programmes SAD des CLSC ont besoin d'un modèle de structuration de leur pratique pour faire face aux nombreuses transformations du réseau de la santé québécois. Cette recherche exploratoire, de nature interprétative invite deux ergothérapeutes et deux personnes âgées ayant reçu des services d'ergothérapie d'un programme SAD de CLSC, à participer à des entretiens de recherche semi-dirigés pour faire part de leur expérience. La constitution d'un noyau de concepts théoriques susceptibles d'ancrer la pratique communautaire des ergothérapeutes du Québec constitue l'essentiel de la contribution de ce projet de recherche. L'analyse, par théorisation ancrée permettra de dégager progressivement le sens et les concepts sous-jacents à la pratique de l'ergothérapie dans les programmes SAD des CLSC.

¹ Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal le 13 novembre 2000.

Annexe C : Formulaire de consentement pour les personnes âgées



Formulaire de consentement

Titre du projet : Identification et analyse des éléments qui soutiennent la pratique de l'ergothérapie à domicile au Québec

Responsable : Jacinthe Valiquette, ergothérapeute; étudiante à la maîtrise en Sciences Biomédicales, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Sous la direction de : Colette Dion-Hubert, DESS, directrice, professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

Pierre-Yves Therriault, MScA, co-directeur, professeur adjoint de clinique, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

Description du projet: Ce projet de recherche vise à décrire et à comprendre les différents éléments qui structurent la pratique des ergothérapeutes des programmes de soutien à domicile (SAD) des Centres locaux des services communautaires (CLSC). Cette recherche exploratoire, invite deux ergothérapeutes et deux personnes âgées ayant reçu des services d'ergothérapie d'un programme SAD de CLSC, à participer à des entretiens de recherche semi-dirigés pour faire part de leur expérience. L'analyse des données permettra de dégager progressivement le sens et les concepts sous-jacents à la pratique de l'ergothérapie dans les programmes SAD des CLSC. Mettre à jour les grands principes qui régissent la pratique ergothérapique à domicile contribuera à favoriser l'évolution de la pratique communautaire, et à améliorer la qualité des services d'ergothérapie.

• Nature de votre participation

- Participer à une entrevue d'une durée d'environ 60 minutes à un endroit que vous aurez choisi. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio. Tout ce qui aura été dit durant l'entretien sera transcrit (dactylographié). A la fin de l'entretien, je vous demanderai de répondre à un questionnaire où certaines informations vous concernant (par exemple : âge, conditions de vie, etc.) sont demandées. Ces informations seront confidentielles et utilisées pour l'interprétation des résultats et m'aideront à mieux comprendre le type d'intervention en ergothérapie que vous avez reçu en ergothérapie. Cette activité prendra environ 15 minutes.



Université de Montréal
Faculté de médecine
École de réadaptation

C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7

Télécopieur : (514) 343-2105

- Deux semaines avant l'entrevue, participer à une rencontre d'une durée d'environ 60 minutes à un endroit que vous aurez choisi pour vous permettre de vous préparer à l'entrevue. Vous recevrez alors la liste des sujets à discuter et un appareil photo jetable. Vous serez invité à prendre en photo ce qui illustre ou symbolise votre expérience en tant que personne ayant reçu des services d'ergothérapie à domicile. Une fois la prise de photos terminée, vous retournerez l'appareil dans l'enveloppe préadressée et préaffranchie ci-jointe. Ces photos serviront à initier l'entretien de recherche. Il est important de vous assurer que toute personne apparaissant sur l'une de ces photos ou habitant dans les lieux photographiés consent à la prise de photo et à leur utilisation pour les fins ci-dessus décrites. Nous vous remettons donc des lettres de consentement que vous pourrez faire signer au besoin.
- Pour s'assurer que la transcription de l'entretien correspond à ce que vous avez dit, je vous demanderai de la relire. Vous pourrez alors décider d'ajouter ou de retirer certains éléments de cette transcription s'ils ne sont pas conformes à ce qui a été dit ou encore s'ils ne reflètent pas votre opinion. Cette activité pourra se faire par écrit, lors d'une rencontre ou par téléphone, comme il vous convient. Il faut prévoir au moins une heure trente pour cette dernière étape.

• **Avantages et bénéfices pouvant découler de votre participation**

Par votre participation, vous aurez contribué à l'avancement des connaissances dans le domaine de la pratique de l'ergothérapie à domicile. De plus, les résultats de ce projet devraient permettre d'améliorer les programmes de formation en ergothérapie et la qualité des services offerts à la clientèle des programmes de soutien à domicile des CLSC. Il n'y a aucun avantage direct pouvant découler de votre participation. Vous ne recevrez aucune rémunération pour votre participation à cette étude. À la fin de ma maîtrise, un résumé du mémoire pourra vous être envoyé si vous le désirez.

• **Inconvénients personnels pouvant découler de votre participation**

Un certain stress peut résulter d'une entrevue. En terme de temps, le projet exige au total une participation d'environ 3h45.

• **Risques**

Il est entendu que votre participation à ce projet ne vous fait courir, aucun risque que ce soit, ni à vous, ni à votre ergothérapeute.

• **Informations concernant le projet**

La chercheuse devra répondre, à votre satisfaction, à toute question que vous poserez à propos du projet de recherche auquel vous acceptez de participer.

• **Autorisation d'utiliser les résultats**

Les résultats de l'étude pourront être publiés dans un journal scientifique ou présentés à des conférences scientifiques ou être utilisés à des fins de formation, sans qu'aucune information permettant de vous identifier n'y apparaisse.

• **Retrait de votre participation**

Il est entendu que votre participation au projet de recherche est tout à fait volontaire. Il est également entendu que vous pourrez, à tout moment, mettre un terme à votre participation sans

que cela n'affecte les services auxquels vous avez droit. Si vous êtes contrarié pendant l'entrevue, vous ou l'interviewer pouvez l'arrêter en tout temps.

• **Confidentialité**

Il est entendu que les observations effectuées en ce qui vous concerne, dans le cadre du projet de recherche décrit ci-dessus, demeureront strictement confidentielles. Pour ce faire, nous vous assignerons un numéro de code. L'enregistrement audio de l'entrevue sera conservé sous clef, au local 5068 du Pavillon Marguerite d'Youville de l'Université de Montréal, et sera détruit cinq ans après le début de l'étude. Lors de la transcription, toutes les informations permettant d'identifier un participant ou une autre personne seront substituées afin de conserver l'anonymat.

• **Consentement**

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie que la chercheuse me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et les réponses obtenues sont à ma satisfaction.

Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer en tout temps, par avis verbal, sans aucune conséquence que ce soit.

  22 juin 2001
Nom du participant Signature Date

  22 juin 2001
Nom du témoin Signature Date

Je, soussigné(e), *Jacinthe Valiquette*, certifie (a) avoir expliqué au signataire intéressé les termes de la présente formule, (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard et (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus, (d) de lui avoir remis une copie signée du présent formulaire.

JACINTHE VALIQUETTE  201-06-22
Nom de la chercheuse Signature Date

La chercheuse peut être rejointe au (514) 343-2192.

Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal, le 13 novembre 2000.

L'original sera conservé, sous clef, au local 5068 du Pavillon Marguerite d'Youville de la Faculté de médecine. Ce formulaire a été complété en deux exemplaires.

Annexe D : Formulaire de consentement pour les ergothérapeutes

Formulaire de consentement

- Titre du projet :** Identification et analyse des éléments qui soutiennent la pratique de l'ergothérapie à domicile au Québec
- Responsable :** Jacinthe Valiquette, ergothérapeute; étudiante à la maîtrise en Sciences Biomédicales, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Sous la direction de :** Colette Dion-Hubert, DESS, directrice, professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal
- Pierre-Yves Therriault, MScA, co-directeur, professeur adjoint de clinique, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

Description du projet: Ce projet de recherche vise à décrire et à comprendre les différents éléments qui structurent la pratique des ergothérapeutes des programmes de soutien à domicile (SAD) des Centres locaux des services communautaires (CLSC). Les ergothérapeutes maintenant bien implantés dans les programmes SAD des CLSC ont besoin d'un modèle de structuration de leur pratique pour faire face aux nombreuses transformations du réseau de la santé québécois. Cette recherche exploratoire, de nature interprétative invite deux ergothérapeutes et deux personnes âgées ayant reçu des services d'ergothérapie d'un programme SAD de CLSC, à participer à des entretiens de recherche semi-dirigés pour faire part de leur expérience. La constitution d'un noyau de concepts théoriques susceptibles d'ancrer la pratique communautaire des ergothérapeutes du Québec constitue l'essentiel de la contribution de ce projet de recherche. L'analyse, par théorisation ancrée permettra de dégager progressivement le sens et les concepts sous-jacents à la pratique de l'ergothérapie dans les programmes SAD des CLSC.

- **Nature de votre participation**
- Participer à un entretien de recherche semi-dirigé à questions ouvertes d'une durée d'environ 60 minutes à un endroit que vous aurez choisi. Cet entretien sera enregistré sur bande audio, et sera transcrit. A la fin de l'entretien, je vous demanderai de répondre à un questionnaire où certaines informations socio-démographiques vous concernant (par exemple : âge, nombre d'années de pratique en ergothérapie, lieu de formation académique, etc.) sont demandées. Ces informations sont confidentielles et seront strictement utilisées pour l'interprétation des résultats. Cette activité prendra environ 15 minutes.

- Deux semaines avant l'entrevue, participer à une rencontre d'une durée d'environ 60 minutes à un endroit que vous aurez choisi pour vous permettre de vous préparer à l'entrevue. Vous recevrez alors la liste des sujets à couvrir, quelques articles pour consultation faisant état d'études récentes sur les thèmes qui seront abordés au cours de l'entretien de recherche et un appareil photo jetable. Vous serez invité à capter des images qui illustrent ou symbolisent votre expérience de travail. Une fois la prise de photos terminée, vous retournerez l'appareil dans l'enveloppe préadressée et préaffranchie ci-jointe. Ces photos serviront à initier l'entretien de recherche. Il est important de vous assurer que toute personne apparaissant sur l'une de ces photos ou habitant dans les lieux photographiés consent à la prise de photo et à leur utilisation pour les fins ci-dessus décrites. Nous vous remettons donc des lettres de consentement que vous pourrez faire signer au besoin.
- Relire et commenter la transcription écrite du contenu de l'entrevue. Vous pourrez alors décider de bonifier ou de retirer certains éléments de cette transcription s'ils ne sont pas conformes à ce qui a été dit à l'entrevue ou encore s'ils ne reflètent pas votre opinion professionnelle. Cette activité pourra se faire par écrit, lors d'une rencontre ou par téléphone., comme il vous convient, et prendra approximativement une heure trente.
- Lire et commenter un rapport d'étape. Ce texte vous sera, soit envoyé par la poste, soit remis en mains propres. Vous renverrez celui-ci avec vos commentaires à la personne responsable du projet. Cette activité prendra approximativement une heure.
- À la suite de l'analyse des données, je vous contacterai à nouveau pour vous inviter à prendre connaissance des résultats préliminaires de l'étude et pour me faire part de vos commentaires lors d'une rencontre de groupe. Durée de cette dernière rencontre : une heure et demie.

• **Avantages et bénéfices pouvant découler de votre participation**

Par votre participation, vous aurez contribué à l'avancement des connaissances dans le domaine de la pratique de l'ergothérapie à domicile. De plus, les résultats de ce projet devraient permettre d'améliorer les programmes de formation en ergothérapie et l'amélioration de la qualité des services offerts à la clientèle des programmes de soutien à domicile des CLSC. Il n'y a aucun avantage direct pouvant découler de votre participation. Vous ne recevrez aucune rémunération pour votre participation à cette étude. À la fin de ma maîtrise, un résumé du mémoire pourra vous être envoyé si vous le désirez.

• **Inconvénients personnels pouvant découler de votre participation**

Un certain stress peut résulter d'une entrevue. En terme de temps, le projet exige une participation d'environ six heures et quinze minutes.

• **Risques**

Il est entendu que votre participation à ce projet ne vous fait courir, sur le plan professionnel, aucun risque que ce soit.

• **Informations concernant le projet**

La chercheuse devra répondre, à votre satisfaction, à toute question que vous poserez à propos du projet de recherche auquel vous acceptez de participer.

• **Autorisation d'utiliser les résultats**

Les résultats de l'étude pourront être publiés dans un journal scientifique ou présentés à des conférences scientifiques ou encore, être utilisés à des fins de formation, sans qu'aucune information permettant de vous identifier n'y apparaisse.

• **Retrait de votre participation**

Il est entendu que votre participation au projet de recherche est tout à fait volontaire. Il est également entendu que vous pourrez, à tout moment, mettre un terme à votre participation.

• **Confidentialité**

Il est entendu que les observations effectuées en ce qui vous concerne, dans le cadre du projet de recherche décrit ci-dessus, demeureront strictement confidentielles. Pour ce faire, nous vous assignerons un numéro de code. L'enregistrement audio de l'entrevue sera conservé sous clef, au local 5068 du Pavillon Marguerite d'Youville de l'Université de Montréal, et sera détruit cinq ans après le début de l'étude. Lors de la transcription, toutes les informations permettant d'identifier un participant ou une autre personne seront substituées afin de conserver l'anonymat.

• **Consentement**

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie que la chercheuse me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et les réponses obtenues sont à ma satisfaction.

Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps, par avis verbal, sans aucune conséquence que ce soit.

 Nom du participant	 Signature	<u>6 Fév. 2001</u> Date
 Nom du témoin	 Signature	<u>6 février 2001</u> Date

Je, soussigné(e), *Jacinthe Valiquette*, certifie (a) avoir expliqué au signataire intéressé les termes de la présente formule, (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard et (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus, (d) de lui avoir remis une copie signée du présent formulaire.

<u>JACINTHE VALIQUETTE</u> Nom de la chercheuse	 Signature	<u>6-02-2001</u> Date
--	---	--------------------------

La chercheuse peut être rejointe au (514) 343-2192.

Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal, le 13 novembre 2000.

L'original sera conservé, sous clef, au local 5068 du Pavillon Marguerite d'Youville de la Faculté de médecine. Ce formulaire a été complété en deux exemplaires.

Annexe E : Guide d'entretien de recherche avec les personnes âgées

PERSONNES ÂGÉES		
« Questions de recherche »	Thèmes à explorer	Questions à poser
Le modelage sur les pairs de la profession comme mode d'apprentissage et de perfectionnement est-il possible dans un contexte d'urgence?	<ul style="list-style-type: none"> Type de relation avec les thérapeutes moins expérimentées Pratique d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> Comment se passe une visite typique de votre ergothérapeute ? Est-il déjà arrivé que votre ergothérapeute soit accompagné d'un autre ergothérapeute ? Croyez-vous que votre ergothérapeute vous consacre suffisamment de temps ? Est-il disponible lorsque vous en avez besoin ?
Qu'est-ce qui facilite ou freine la promotion de l'habilitation des personnes dans un contexte de programme de soutien à domicile de CLSC ?	<ul style="list-style-type: none"> Habilitation Approche transactive Approche communautaire Approche ethnographique Pratique centrée sur l'utilisateur 	<ul style="list-style-type: none"> Vous êtes-vous senti écouté par votre ergothérapeute ? Est-ce que votre opinion était respectée ? Qui prenait les décisions ?
Quelle est la perception de la place de la famille par les ergothérapeutes qui pratiquent en CLSC ?	<p>La famille comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> cible des interventions et source de soutien pour l'ergothérapeute source de soutien pour l'utilisateur et source d'information source de stress pour le client et pour l'ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> Parlez-moi de votre famille ? Comment ça se passe quand vous avez besoin d'aide ? Qui s'occupe de vous ? Est-ce que votre ergothérapeute vous a déjà rencontré en présence de votre famille ? Avec qui ? Comment ça s'est passé ?

Annexe F : Guide d'entretien de recherche avec les ergothérapeutes

ERGOTHÉRAPEUTES		
« Questions de recherche »	Thèmes à explorer	Questions à poser
Le modelage sur les pairs de la profession comme mode d'apprentissage et de perfectionnement est-il possible dans un contexte d'urgence?	<ul style="list-style-type: none"> • Type de relation avec les thérapeutes moins expérimentées • Pratique d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment se passe une journée typique de travail ? • Parlez-moi du genre d'échange que vous avez avec les autres ergothérapeutes du CLSC. • Que pensez-vous des résultats de recherche récentes qui font état d'une pratique d'urgence en ergothérapie ?
Qu'est-ce qui facilite ou freine la promotion de l'habilitation des personnes dans un contexte de programme de soutien à domicile de CLSC ?	<ul style="list-style-type: none"> • Habilitation • Approche communautaire • Approche ethnographique • Pratique centrée sur l'utilisateur 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment se passe une visite à domicile type ? • Vous arrive-t-il de devoir négocier pour arriver à une entente avec vos clients âgés ? • Avez-vous un exemple de négociation avec un de vos clients âgés ? • Pouvez-vous m'en parler ?
Quelle est la perception de la place de la famille par les ergothérapeutes qui pratiquent en CLSC ?	<p>La famille comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • cible des interventions et source de soutien pour l'ergothérapeute • source de soutien pour l'utilisateur et source d'information • source de stress pour le client et pour l'ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour mener à bien une intervention auprès d'une personne âgée, vous arrive-t-il de faire appel aux membres de la famille ? • Dans quelles circonstances ? • Vous arrive-t-il d'intervenir auprès d'un autre membre de la famille que la personne référée ?

Annexe G : Formulaire de consentement pour la prise de photos

Prise de photos

Lettre d'entente entre la chercheure et une personne photographiée

Je soussigné(e) consens à ce que ma photo soit prise et utilisée dans le cadre de la recherche de madame Jacinthe Valiquette intitulée **Identification et analyse des éléments qui soutiennent la pratique de l'ergothérapie à domicile au Québec**. Je comprends que cette photo ne sera pas diffusée, qu'elle va être utilisée seulement pour initier la discussion et servir de support à l'entretien que madame Valiquette aura avec madame [redacted], ergothérapeute.

Il est entendu que mon nom n'apparaîtra sur aucun document. Je suis libre d'accepter ou de refuser que mon domicile ou moi-même soit pris en photo. J'ai également la possibilité de retirer mon consentement quant à l'utilisation des photos en tout temps. Les photos seront conservées sous clef, au local 5068 du Pavillon Marguerite d'Youville de l'Université de Montréal, et seront détruites cinq ans après le début de cette recherche. Je pourrai toutefois récupérer les photos sur demande.

Je certifie avoir lu et compris le contenu de la présente entente. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette recherche et les réponses obtenues sont à mon entière satisfaction. Je certifie que j'ai eu le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Nom de la personne photographiée: [redacted] [redacted]

[redacted]
Signature de la personne photographiée

2 mars 2001
Date

Nom du témoin: [redacted] [redacted]

x [redacted]
Signature du témoin

2 mars 2001
Date

Nom de la chercheure : Jacinthe Valiquette (514) 343-2192

Prise de photos

J'autorise la personne qui prend les photos à les conserver sur demande.

Nom de la personne photographiée: _____

Signature de la personne photographiée

Date

Nom du témoin: _____

Signature du témoin

Date

Annexe H : Lectures suggérées aux ergothérapeutes

Lectures suggérées aux ergothérapeutes en préparation aux entretiens de recherche		
Auteurs	Titre du périodique ou du livre	Thèmes explorés
Approche communautaire		
Bourque (1989)	Mémoire de maîtrise. Montréal : Université de Montréal	Conceptions et orientations de l'approche communautaire dans les CLSC
Gingras (1991)	Le traitement en première ligne des demandes individuelles d'aide en CLSC selon une approche communautaire : guide de référence. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 23-38	Valeurs et postulats de l'approche communautaire
Approche ethnographique		
Hasselkus (1990)	Occupational Therapy Practice, 2, 9-16	Présentation de l'approche ethnographique, des techniques d'interview de type ethnographique et du travail des ergothérapeutes avec les familles des personnes âgées.
Gitlin et coll. (1995)	American Journal of Occupational Therapy, 49, 802-809	Présentation des concepts clés de l'approche ethnographique pour intervenir auprès des proches des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile.
Autonomisation		
Townsend (1996)	The Occupational Therapy Journal of Research, 16, 179-199	Description de la pratique ergothérapeutique dans des programmes de jour pour adultes avec des troubles de santé mentale sous l'angle de l'autonomisation. L'étude démontre comment le contexte organisationnel façonne subtilement les pratiques des ergothérapeutes.
Pratique centrée sur le client		
ACE (1997)	CAOT Publications ACE, p. 33-64 ; 206-209	Valeurs et croyances de l'ergothérapie Définitions des concepts clés en ergothérapie
Ergothérapie en CLSC		
Hébert et coll. (2000)	Revue Québécoise d'Ergothérapie, 9, 23-38	Premier d'une série de trois articles sur la pratique ergothérapeutique en CLSC. Surcharge de travail et délais d'attente.

**Annexe I : Demande d'accès aux procès-verbaux d'un regroupement
d'ergothérapeutes en CLSC**



Montréal, le 9 novembre 2000.

Madame [REDACTED]
Animatrice du Regroupement des ergothérapeutes en soutien à domicile [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] (Québec)
[REDACTED]

**Objet : Demande d'autorisation en vue de l'accès à vos procès-verbaux
pour l'année 1999-2000**

Madame,

Dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en sciences biomédicales (réadaptation), effectué à l'École de réadaptation (Faculté de médecine) de l'Université de Montréal, je réalise une étude sous la direction scientifique de madame Colette Dion-Hubert, professeure agrégée à l'École de réadaptation, faculté de médecine de l'Université de Montréal et de monsieur Pierre-Yves Therriault, professeur adjoint de clinique également à l'École de réadaptation, faculté de médecine de l'Université de Montréal. Pour mener à bien cette recherche, la collaboration de votre regroupement est sollicitée. Lors de votre prochaine réunion, j'aimerais que vous soumettiez à vos membres, une demande d'accès aux procès-verbaux de l'année 1999-2000 pour en faire une analyse documentaire.

Il est entendu que seuls les chercheurs auront accès à vos documents, et que les informations tirées de vos procès-verbaux demeureront strictement confidentielles. Par mesure de protection de l'anonymat, les procès-verbaux seront dénominalisés de façon à ne pouvoir permettre d'identifier une personne ou un CLSC¹. Ils seront conservés sous

¹ Le milieu des CLSC d'une région est un petit milieu où tout le monde se connaît. Dévoiler l'identité d'un CLSC pourrait conduire à identifier une personne



Université de Montréal
Faculté de médecine
École de réadaptation

C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7

Télécopieur : (514) 343-2105

clef, au local 5068 du Pavillon Marguerite d'Youville de l'Université de Montréal, et seront détruits au plus tard cinq ans après le début de l'étude.

À la fin de ma maîtrise, si vous le souhaitez, je pourrais étudier la possibilité de rendre accessibles les résultats de l'analyse documentaire qui aura été faite à partir de vos documents.

Dans l'espoir que ma demande sera bien accueillie, je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.



Jacinthe Valiquette
Responsable du projet
(450) 

p. j. Description sommaire du projet

Titre du projet de recherche

Identification et analyse des éléments qui soutiennent la pratique de l'ergothérapie à domicile au Québec

Description du projet

Ce projet de recherche vise à décrire et à comprendre les différents éléments qui structurent la pratique des ergothérapeutes des programmes de soutien à domicile (SAD) des Centres locaux des services communautaires (CLSC). Les ergothérapeutes maintenant bien implantés dans les programmes SAD des CLSC ont besoin d'un modèle de structuration de leur pratique pour faire face aux nombreuses transformations du réseau de la santé québécois. Cette recherche exploratoire, de nature interprétative invite deux ergothérapeutes et deux personnes âgées ayant reçu des services d'ergothérapie d'un programme SAD de CLSC, à participer à des entretiens de recherche semi-dirigés pour faire part de leur expérience. La constitution d'un noyau de concepts théoriques susceptibles d'ancrer la pratique communautaire des ergothérapeutes du Québec constitue l'essentiel de la contribution de ce projet de recherche. L'analyse, par théorisation ancrée permettra de dégager progressivement le sens et les concepts sous-jacents à la pratique de l'ergothérapie dans les programmes SAD des CLSC.

Annexe J : Extraits codés de transcriptions des entretiens de recherche

0105	T' sé s'asseoir pis comprendre la situation de quelqu'un.	
0106	Ça demande, ça peut demander du temps oui.	
0107	Du temps, c'est une question de temps aussi.	
0108		
0109	JACINTHE	
0110	Est-ce que tu penses que dans ton travail les conditions sont	
0111	là pour que la boule ait le temps de révolutionner	
0112	suffisamment pour qu'on saisisse comme il faut la situation	
0113	de quelqu'un?	
0114	Est-ce qu'on l'a le temps?	Pratique d'urgence~
0115		Temps~
0116	Ah mon Dieu de moins en moins.	
0117	J' pense que si on le prend pas le temps, le temps minimum	
0118	j' dirais,	
0119	si on le prend pas, on va le perdre ailleurs de toute façon.	Tromper (on va se tromper)~
0120	On va le perdre ailleurs, on va se tromper, on va arriver dans	
0121	le mauvais chemin	
0122	pis on va revenir finalement sur la piste.	
0123	J' pense que c' est ben important de le prendre.	
0124	À chaque fois qu' on a pris le temps, t' sé de vraiment prendre	
0125	le temps qu' il faut, on était sur la bonne voie.	Voie (être sur la bonne)~
0126	On était sur une meilleure voie en tout cas que ...	Prendre le temps
0127	Mais le temps presse, ça c' est une chose.	
0128		
0129	JACINTHE	
0130	Qu' est-ce qui presse de ce temps-là?	

0130 Qu'est-ce qui presse ce temps-là?

0131

0132 On peut peut-être parler des urgences-là comme c'est un des

0133 sujets...

0134

0135 JACINTHE

0136 Certains auteurs disent effectivement qu'il y a une pratique

0137 d'urgence qui s'installe. Que c'est beaucoup des

0138 interventions à court terme, tout ça. Et ça semble être quelque

0139 chose qui se précipite ces dernières années. Est-ce que toi

0140 t'observes ça? Parce que ce dont tu me parles de prendre le

0141 temps avec chacun qui peut apporter son reflet de la lumière,

0142 qui est dans le fond le patient ou la situation qui est sous

0143 analyse, est-ce que c'est encore possible? Est-ce que vous y

0144 arrivez?

0145

0146 Il y a l'implantation des plans d'interventions individualisés

0147 qui vient de commencer ça fait peut-être six mois,

0148 J'ai l'impression qu'on prend plus de temps de s'asseoir.

0149 Ce qui était fait plus à la hâte avant, plus morcelé aussi.

0150 Là où le temps, j'trouve, presse ou en tout cas heu ... les

0151 listes d'attente, c'est les listes d'attente qui augmentent.

0152 J'ai l'impression qu'on est toujours, les effectifs, on est

0153 toujours un petit peu en deça de ce qu'on devrait être.

0154 Quand on fait la demande de tant d'effectifs pour le moment

0155 X,

0156 quand on l'a, on est rendu au moment Y.

0157 Et c'est plus que ça prendrait à ce moment-là.

0158 On est toujours ben raisonnable dans nos demandes

0159 parce qu'on sait qu'il y a des compressions pis on ose pas

0160 trop demander.

Pil~ Pratique d'urgence~
Temps~

Liste d'attente~
Pratique d'urgence~
Effectifs~

Compressions~

0160 trop demander.
0161 Fait que les listes d'attente qui nous font subir une certaine
0162 pression dans le temps.
0163 Il y a aussi le fait qu'il y a beaucoup moins de temps direct.
0164 J'trouve avec le temps, le temps direct diminue tout le temps.
0165 Parce que, bon comme nous autres présentement c'est
0166 l'informatisation, on a beaucoup, beaucoup de formations là-
0167 dessus qui prend un temps fou.
0168 Tout faire à l'informatique, moi j'trouve que ça prend plus de
0169 temps.
0170 Je suis pas la seule à le penser.
0171 J'trouve qu'on coupe sur le temps direct. Ça, ça m'inquiète.
0172 Mais j'suis pas la seule à vivre ça, pis à le penser aussi.
0173 Fait que ça m'enlève un peu de pression ou quoi.
0174 Mais je trouve que des fois on est, les intervenants à
0175 domicile, on est les seuls des fois à s'inquiéter de ça.
0176 Les supérieurs, on leur dit mais, t'sé côté temps direct auprès
0177 du bénéficiaire, j'trouve qu'il est toujours coincé.
0178 Temps indirect. c'est aussi toutes les réunions, les comités, la
0179 compilation de stat, etc.
0180 Temps aussi important mais qui prend de plus en plus de
0181 place.
0182 Il est toujours pressé ce temps-là.
0183 On le diminue. Oui, oui, on le compresse, pour
0184
0185 JACINTHE
0186 ... pour d'autres genres d'activités...
0187
0188 ...exactement.
0189
0190 JACINTHE

Pratique d'urgence~
Temps direct~
Informatisation~ Formations~
Pressions organisationnelles
Inquiétudes~
Plusieurs, être~
Temps indirect~
Temps direct~

0189 JACINTHE
0190 ... qui nous semble être des activités qui sont comme
0191 charnières, hein? C'est des périodes de changements. On
0192 change des façons de faire au niveau de la gestion. On rajoute
0193 de l'informatique, alors ça, ça demande du temps,
0194
0195 Oui.
0196
0197 JACINTHE
0198 ... c'est grugé sur le temps direct.
0199
0200 Oui. Pis des fois j'trouve que notre client, c'est pas monsieur,
0201 madame à domicile,
0202 notre client, ça devient de plus en plus la Régie d'Assurance
0203 maladie qui demande des choses.
0204 T'sé qui demande, fait que... Faut répondre à lui plus, t'sé
0205 l'autre peut attendre.
0206 Pis lui, il faut lui répondre tout de suite là,
0207 parce que la Régie dit c'est à partir de telle date, faut tu fasses
0208 ça de même, faut que t'sé là?
0209 Tu rentres ça comme ça, pis faut ... Fait que,
0210 c'est ce que j'exprimais à ma coordonatrice récemment: que
0211 notre client ça s'en vient plus la Régie. Présentement,
0212 progressivement
0213 Pis nous autres, on le sait c'est quoi qui se passe à domicile.
0214 On les voit les scénarios.
0215 On a jasé avec le monsieur au téléphone de sa situation.
0216 Il attend depuis X temps, pis on le voit sur la liste d'attente.
0217 Chaque fois qu'on passe son nom, oups!, ah mon Dieu, déjà?
0218 Fait que c'est nous autres qui subit tout ça, cette pression-là.
0219

- Client~
- Pressions organisationnelles
- Pressions organisationnelles
- Régie~
- Client~
- Pression~
- Liste d'attente~
- Téléphone~
- Pratique d'urgence~

0006 Moi, ça fait dix ans que je travaille au CLSC, donc, un petit
 0007 peu plus que dix ans, et c'est un de mes premiers usagers que
 0008 j'ai eu au maintien à domicile.
 0009 Et qu'est-ce que je trouvais intéressant chez cet usager, c'est
 0010 qu'il y a toujours... C'est comme si je l'ai toujours
 0011 accompagné dans ses pertes d'autonomie.
 0012 Donc, c'est lui qui faisait, qui communiquait toujours avec
 0013 moi avant même que la perte d'autonomie soit arrivée. C'est-
 0014 à-dire que, bon, exemple : quand il a commencé à avoir plus
 0015 de difficultés à marcher, à se servir d'un fauteuil roulant
 0016 manuel, et quand il a commencé à avoir plus de difficultés à
 0017 se servir du fauteuil roulant manuel, il est allé en motorisé.
 0018 Il a communiqué avec moi avant même d'avoir des problèmes
 0019 de transfert au lit. Il voulait avoir tout de suite un lit qui
 0020 pouvait être ajustable en hauteur.
 0021 Il a toujours comme prévenu, pas prévenu, mais toujours été
 0022 au-delà de... Il n'a pas attendu qu'il ait vraiment sa perte
 0023 d'autonomie.
 0024 Les photos ça été surtout des photos au niveau de la
 0025 modification de l'environnement qui lui permettait de
 0026 maintenir son autonomie.
 0027 Donc, il y a des photos de sa plate-forme élévatrice,
 0028 de son fauteuil motorisé, d
 0029 e la salle de bain, où est-ce qu'il y a eu des modifications qui
 0030 a été fait pour qu'il puisse être relativement autonome.
 0031 Mais ce que je trouvais, ce que je trouvais mettons qui était...

Expérience~
 Impact liste d'attente 1A
 Déplacer (se) / mobilité 3A~
 Transfert 3A Impact liste d'attente 1A
 Environnement / aides techniques 2A
 Environnement / aides techniques 2A
 Environnement / aides techniques 2A

0031 Mais ce que je trouvais, ce que je trouvais mettons qui était...
 0032 qui symbolisait plus l'ergothérapie-là, c'est cette photo-là: où
 0033 est-ce que monsieur se retrouve dans une toile de lève-
 0034 personne sur rail avec son épouse.
 0035 Et les premières fois que j'ai vu son épouse comme à la
 0036 même hauteur que le monsieur, et se sourire ensemble, mais à
 0037 la même hauteur.
 0038 Je trouvais que c'était, ça donnait un côté plus humain.
 0039 Parce que c'est vrai qu'au maintien à domicile, en ergo, il y a
 0040 beaucoup d'équipements, mais il y a beaucoup d'adaptation
 0041 de domicile.
 0042 C'est quelque chose qui devient à un moment donné peut-être
 0043 très technique.
 0044 Mais c'est ça là le côté humain est important et je trouvais
 0045 que ça symbolisait au fond une réalisation de modification de
 0046 domicile mais dans une vie de tous les jours.
 0047 Et bon une autre photo qui, je te dirais qui, je trouve qui
 0048 représente un peu l'ergothérapie. C'est que: il y a un petit
 0049 rideau, tu vois là, le petit rideau où ce qu'il y a le passage de
 0050 la rail au plafond? C'est sûr que ça fait un trou entre le
 0051 cadrage de porte et le plafond.
 0052 Ça, ça pas été mon idée là.
 0053 Ça vraiment été l'idée de l'usager, du monsieur.
 0054 Mais je trouvais, ça faisait personnaliser son adaptation.
 0055 Puis, en ergothérapie, on a peut-être tendance à laisser, à
 0056 permettre en tout cas, ou nous autres à favoriser qu'une
 0057 adaptation soit plus personnalisée, pour la personne.
 0058 C'est un monsieur que j'ai souvent, que j'ai accompagné
 0059 dans toutes les pertes d'autonomie, et adapté son
 0060 environnement en conséquence.
 0061 C'est sûr que lui son maintien à domicile est tributaire

☒ Environnement / aides techniques 2A

☒ Photo

☒ Environnement / aides techniques 2A

☒ Environnement / aides techniques 2A

☒ Photo

☒ Environnement / aides techniques 2A

☒ Aidants naturels 3B

0061 C'est sûr que lui son maintien à domicile est tributaire
0062 beaucoup de son épouse, parce que c'est son épouse qui lui
0063 apporte l'aide nécessaire.
0064 C'est un monsieur qui refuse tous les services.
0065 Donc, on a dû composer beaucoup avec cette facette-là, pour
0066 qu'il puisse accepter certains services pour que madame
0067 puisse ne pas s'épuiser.
0068
0069 JACINTHE
0070 Quels services il refuse?
0071
0072 Il refusait de l'aide à domicile au niveau de l'hygiène.
0073 Là, présentement, il a accepté. Mais ça a pris beaucoup de
0074 temps avant qu'il accepte d'avoir des services pour l'hygiène.
0075 Et c'était son épouse qui lui donnait l'aide à ce moment-là.
0076 Il refuse encore d'avoir je dirais des services plus de
0077 gardiennage, même si j'aime pas le terme là, mais, pour
0078 laisser un petit peu plus de temps de repos à son épouse.
0079 Il ne veut pas qu'il y ait une autre personne qui arrive dans la
0080 maison.
0081 Fait qu'il a accepté l'aide pour le bain, mais pas d'autres
0082 types d'aide.
0083 Ou même pas d'aide pour les transferts.
0084 Le matin, quand il se lève, ça soulagerait son épouse, pis le
0085 soir quand il se couche.
0086 Si il recevrait de l'aide pour les transferts, ça, ça soulagerait
0087 un petit peu son épouse, mais il refuse.
0088
0089 JACINTHE
0090 Est-ce que tu t'inquiètes pour l'épouse?
0091

Aidants naturels 3B

Services~

Schön rôle d'intermédiaire
Services~

Services~
Aidants naturels 3B

Aidants naturels 3B

Aidants naturels 3B

0090 Est-ce que tu t'inquiètes pour l'épouse?

0091

Oui.

0093 Mais c'est sûr que à plus ou moins, moi je dirais même court terme-là... C'est un monsieur qui a quand même à soixante-dix ans passés.

0096 Il a toujours quand même bien composé avec sa déficience et ces incapacités, mais là, je trouve qu'en plus de sa déficience, il y a la problématique du vieillissement qui fait que il est de moins en moins capable de faire des choses.

0100 Donc, c'est son épouse qui supplée de plus en plus.

0101 Si il donne pas plus de répit à son épouse, le maintien à domicile est un petit peu plus fragile à ce moment-là.

0103

0104 JACINTHE

0105 Ça fait dix ans tu dis que tu connais ces gens-là.

0106

Oui. Oui.

0108

0109 JACINTHE

0110 Est-ce que t'as déjà abordé de plain-pied cette question-là avec eux?

0111

0112 Je te dirais de plain-pied? Pas tout à fait.

0113 Je te dirais une des difficultés dans le cas de ce monsieur-là, mais je te dirais peut-être aussi des fois une certaine

0114 difficulté, je vais parler pour moi en ergothérapie, mais peut-être aussi je pense pour plusieurs ergothérapeutes, on a peut-

0115 être un petit peu plus de difficultés à transiger avec la famille, ou l'en... c'est ça avec l'environnement qui est plus, qui est plus humain-là.

0120

0120 plus humain-là.

0121 Mais c'est sûr, je l'ai abordé mais de façon plus indirecte. Pas

0122 carrément dire: «Monsieur, votre maintien à domicile est

0123 compromis si vous donnez pas de répit à votre épouse.»

0124 Mais, peut-être plus donner de l'information à monsieur sur

0125 des signes d'épuisement de madame pour qu'il prenne

0126 conscience que madame est primordiale pour son maintien à

0127 domicile.

0128

0129 JACINTHE

0130 Est-ce que c'est déjà arrivé que t'as déjà discuté de cette

0131 question-là avec l'épouse?

0132

0133 Avec l'épouse, oui c'est sûr, avec l'épouse, oui, quand

0134 monsieur était pas là.

0135 Mais, là si on rentre dans le détail, c'est sûr que la madame à

0136 quelque part, elle ne s'affirme pas non plus, par rapport à

0137 monsieur.

0138 Ça prend aussi une volonté ou des capacités de madame face

0139 à monsieur pour exprimer son épuisement.

0140

0141 JACINTHE

0142 Tantôt tu disais: «Je vais parler pour moi, mais les

0143 ergothérapeutes, on n'a de la difficulté à transiger avec

0144 l'environnement humain, les autres personnes qui entourent la

0145 personne qui a besoin de services.»

0146

0147 Oui.

0148 Moi peut-être que je ferais plus référence dans un contexte ...

0149 Quand on fait... Dans l'adaptation de domicile, on devrait

0150 évaluer la personne, l'environnement, mais aussi

Aidants naturels 3B

Aidants naturels 3B

Environnement / aides techniques 2A

0150 évaluer la personne, l'environnement, mais aussi
 0151 l'environnement qui est comme humain, la famille, et tenir
 0152 compte beaucoup de l'environnement humain de la personne
 0153 qu'on évalue.
 0154 Mais je pense qu'on a tendance à évaluer l'environnement,
 0155 évaluer la personne qui a la déficience, tenir compte de la
 0156 famille, mais pas à part égale avec la personne qui a une
 0157 déficience.
 0158 Je sais pas si je me trompe-là, mais j'aurais tendance à croire
 0159 qu'on, on...
 0160 Parce que dans certains cas la personne, comme dans ce cas
 0161 de ce monsieur-là, lui il surévalue ses capacités pis là
 0162 madame elle sous-estime ses capacités.
 0163 Donc il faut vraiment qu'il y ait une, comme une... pas une
 0164 confrontation-là, mais un échange entre les deux et
 0165 l'ergothérapeute pour arriver à un consensus sur
 0166 l'intervention, ou sur l'évaluation de l'adaptation de domicile.
 0167
 0168 JACINTHE
 0169 Est-ce que... mais peut-être pas dans ce cas-là
 0170 spécifiquement, mais peut-être dans un autre cas. Est-ce que
 0171 c'est arrivé de faire appel à, par exemple, un autre intervenant
 0172 ? Ça pourrait être un travailleur social pour aider à dénouer
 0173 des situations comme celle-là.
 0174
 0175 Oui, oui, oui.
 0176 C'est sûr que tu vois dans ce cas-là, c'est déjà arrivé qu'une
 0177 intervenante sociale est venue.
 0178 C'était encore parce que madame devait être hospitalisée pour
 0179 une brève opération.
 0180 Elle allait retourner à la maison. Et monsi... Elle était, elle

Aidants naturels 3B

Environnement / aides techniques 2A

Équipe (travail d')

Aidants naturels 3B

1788 JACINTHE
 1789 Hum. Mais est-ce que c'est arrivé, par exemple, qu'elle vous
 1790 demande si, qu'elle vérifie avec vous si vous étiez satisfaite
 1791 des occupations que vous faites dans la maison? Tu sais,
 1792 qu'elle regarde avec vous la manière que vous faites, je sais
 1793 pas moi... Je sais pas ce que vous faites là au juste dans la
 1794 maison. Mais, est-ce que c'est arrivé qu'elle a regardé avec
 1795 vous, vos occupations? En détails.
 1796
 1797 VENT
 1798 Quand elle vient ...
 1799
 1800 AIR
 1801 Oui, oui.
 1802
 1803 VENT
 1804 ... elle la questionne (prénom de Air) pour savoir si tu
 1805 montes facilement...
 1806
 1807 AIR
 1808 Voir comment que je me déshabille.
 1809
 1810 VENT
 1811 ... puis si elle a quelque chose à ...
 1812
 1813 AIR

AVQ / AVD / sécurité 2A

1813 AIR
1814 Oui. Elle s'intéresse à ça.
1815
1816 VENT
1817 Puis, si son cas s'améliore ou si il se détériore, elle s'informe
1818 pour voir si...
1819
1820 JACINTHE
1821 OK, sa santé...
1822
1823 VENT
1824 ... sa santé,
1825
1826 JACINTHE
1827 ... sa santé, puis des activités que vous faites.
1828
1829 AIR
1830 Oui. Ça, elle s'en informe.
1831
1832 JACINTHE
1833 Puis, est-ce qu'elle vous a déjà, je sais pas moi, est-ce qu'elle
1834 a déjà vérifié avec vous si il y avait des choses que vous ne
1835 faites pas en ce moment, mais que vous aimeriez essayer?
1836 C'est à votre tour là. Il en a assez dit.
1837
1838 AIR
1839 Mais oui. Peut-être que moi là, je ...
1840
1841 JACINTHE
1842 Ça se peut que non là. C'est juste, que je vous demande juste
1843 de vous arrêter un petit peu pour penser à ça. C'est peut-être

1843 de vous arrêter un petit peu pour penser à ça. C' est peut-être
 1844 pas très clair, je vais essayer de... Par exemple: les loisirs.
 1845 Est-ce que c' est arrivé qu' elle s' intéresse aux loisirs que vous
 1846 faites?
 1847
 1848 AIR
 1849 Oui. Elle m' en a ... Elle voulait que (prénom de Vent) en ait
 1850 plus. Elle voulait savoir... Elle savait... Oui. Elle sait qu' on
 1851 allait à l' Âge d' or un bout de temps, puis tout ça.
 1852
 1853 VENT
 1854 Elle nous demande toutes les sorties qu' on fait. Des fois, on
 1855 va dire, elle s' informe comment que ça va au centre de jour
 1856 aussi, si elle y va...
 1857
 1858 AIR
 1859 Au centre de jour, quand je la vois.
 1860
 1861 VENT
 1862 ... ou si on continue...
 1863
 1864 JACINTHE
 1865 Ah oui? C' est vrai, il y a eu ça aussi le centre de jour.
 1866
 1867 AIR
 1868 Exactement.
 1869
 1870 VENT
 1871 ... Le centre de jour oui, ...
 1872 ... si elle est satisfaite de ça. Même des fois elle s' informe de
 1873 nos activités, si on va manger au restaurant de temps en

Ressources et aidants naturels 3B

Intervention plus globale 2B

1873 nos activités, si on va manger au restaurant de temps en
 1874 temps, puis, elle s'informe.

1875

1876 AIR

1877 Oui, c'est vrai.

1878

1879 VENT

1880 Parce que elle, madame (nom de l'ergothérapeute du CLSC),
 1881 elle aime beaucoup aller manger au restaurant avec sa mère.

1882

1883 JACINTHE

1884 Oui?

1885

1886 VENT

1887 Ah oui.

1888 Bien, tu sais, des fois, c'est des choses qu'on remarque pas,
 1889 qu'elle passe discrètement probablement, quand elle discute
 1890 avec nous autres, avec (prénom de Air). Il y a des questions
 1891 qu'elle nous pose, on porte pas attention, mais dans le fond,
 1892 peut-être que s'est voulu probablement.

1893

1894 JACINTHE

1895 OK. C'est intéressant ce que vous dites-là. Maintenant qu'on
 1896 prend le temps de s'arrêter puis de revoir quelque chose
 1897 qui... C'est vrai que ça a commencé il y a cinq ans, mais
 1898 vous avez quand même des contacts ...

1899

1900 VENT

1901 Assez réguliers.

1902

1903 JACINTHE

1903 JACINTHE
 1904 ... une couple de fois par années et assez réguliers, au
 1905 téléphone, tout ça. Fait que là, vous devez commencer à la
 1906 connaître, hein, pas mal?
 1907
 1908 AIR
 1909 Ah, oui.
 1910
 1911 JACINTHE
 1912 Déjà vous avez des détails, un petit peu, sur ses goûts
 1913 personnels.
 1914 Si on prend le temps de s'arrêter, puis qu'on revient à ce que
 1915 vous venez de dire: «Tu sais, il y a peut-être des fois qu'elle
 1916 parle avec nous autres, puis il y a des affaires qu'on ne sait
 1917 pas trop, mais, ...»
 1918
 1919 VENT
 1920 Pourquoi qu'elle pose ses questions?
 1921
 1922 JACINTHE
 1923 Pourquoi qu'elle pose ces questions-là? Avez-vous une idée
 1924 de réponse pour ça? D'après vous, qu'est-ce qu'elle va
 1925 chercher quand elle va chercher ces questions-là?
 1926
 1927 VENT
 1928 Bien, une certaine information pour notre bien-être,
 1929 probablement pour heu... Si c'était des possibilités pour elle
 1930 de nous les accorder.
 1931 C'est toute... Probablement... C'est vrai, c'est une personne
 1932 qui est assez...
 1933

1934	AIR
1935	Oui, elle est bien gentille.
1936	
1937	VENT
1938	... qui est assez, qui a la parole facile, qui aime à jaser. Fait
1939	que...
1940	Tout simplement, la conversation est partie, puis après... Des
1941	fois, peut-être que elle c'était dans son idée avant d'arriver ...
1942	
1943	AIR
1944	Elle s'informe si tu as des loisirs aussi.
1945	
1946	VENT
1947	Souvent elle va s'informer de moi: «Comment ça va?» puis...
1948	Ah oui: à notre bien-être des deux. Pas rien que de (prénom
1949	de Air), les deux.
1950	
1951	JACINTHE
1952	OK. Sentez-vous que vous avez ... Comment... Avez-vous
1953	de l'importance égale, les deux? C'est tu moitié, moitié...
1954	Disons, c'est tu ... Y en a-t-il un qui a plus d'importance que
1955	l'autre ou c'est tu...
1956	
1957	AIR
1958	Non, non. C'est égal.
1959	
1960	VENT
1961	C'est sûr que madame (nom de l'ergothérapeute du CLSC) a
1962	l'air de porter plus attention aux réponses que je lui donne
1963	que (prénom de Air). Mais des fois (prénom de Air), elle
1964	oublie, puis tout ça. Elle va plutôt me questionner moi que ...

 Schön Chercheur

 Ressources et aidants naturels 3B

 Famille source d'information

HU personnes âgées	
File	Documents Quotations Codes Memos Networks Views Extras Help
1964	oublie, puis tout ça. Elle va plutôt me questionner moi que ...
1965	(toux et horloge grand-père qui sonne la demie-heure)
1966	Excuse.
1967	
1968	AIR
1969	Parce que moi des fois, j'oublie encore.
1970	Des fois, je vais me rappeler, mais d'autres fois, je demande
1971	qu'est-ce que j'ai mangé à midi.
1972	
1973	JACINTHE
1974	OK. Fait que c'est pour ça que ça se passe ... Il y a une
1975	grande partie de l'échange qui se passe avec votre mari. Ça,
1976	est-ce que ça vous dérange?
1977	
1978	AIR
1979	Bien, moi je trouve que moi qui savais toutes les dates, puis
1980	qui me rappelait de toutes les dates, tous les événements, il y
1981	a bien des fois que je suis obligée de chercher. Ça revient un
1982	petit peu, mais ça a pris du temps.
1983	
1984	VENT
1985	Ça ne te fais rien que madame (nom de l'ergothérapeute du
1986	CLSC) ...
1987	
1988	AIR
1989	Non, non.
1990	
1991	VENT
1992	... me pose les questions à moi.
1993	
1994	AIR

1994	AIR	
1995	Non, non, quand même qu' elle me pose des questions, ça ne	
1996	me dérange pas.	
1997		
1998	JACINTHE	
1999	OK. Donc, là, quand vous rencontrez madame (nom de	
2000	l'ergothérapeute du CLSC), est-ce que je me trompe si ça se	
2001	passse beaucoup comme une conversation.	
2002		
2003	VENT	
2004	Oui, oui.	
2005		
2006	AIR	
2007	Oui, oui, on est à l'aise avec elle.	Schön Chercheur
2008		
2009	VENT	
2010	Une conversation amicale, tout simplement. La conversation	
2011	commence, puis heu...	
2012		
2013	JACINTHE	
2014	C'est au cours de la conversation que à un moment donné, il	
2015	y a des choses qui apparaissent.	
2016		
2017	VENT	
2018	Il y a des choses professionnelles qui, on peut dire, qui	
2019	rennent dans la conversation.	
2020	Au début c'est facile, après ça bien, on voit qu' elle arrive à	
2021	son idée qu' elle avait au début de sa visite. La conversation	
2022	est bien facile avec elle.	
2023		
2024	JACINTHE	

2024 JACINTHE
2025 OK. Fait que vous sentez que derrière la conversation, il y a
2026 comme ...
2027
2028 VENT
2029 Elle s'informe.
2030
2031 AIR
2032 Elle s'informe...
2033
2034 JACINTHE
2035 ... un plan, il y a quelque chose.
2036
2037 AIR
2038 Elle s'informe pour essayer de nous donner d'autres...
2039
2040 VENT
2041 Un point professionnel de son chose qui..., sans qu'on s'en
2042 aperçoive trop, trop là. C'est discrètement. Ça commence
2043 discrètement puis là...
2044
2045 AIR
2046 Elle est bien discrète.
2047
2048 JACINTHE
2049 OK. Est-ce que vous préféreriez que ça se fasse autrement? Je
2050 sais pas moi. Est-ce que par exemple: si aujourd'hui pour
2051 demain, vous aviez à changer d'ergothérapeute, puis que
2052 celle qui arrive était peut-être, bon, elle pourrait discuter avec
2053 vous, tout ça, mais que elle serait peut-être plus formelle,
2054 avec une approche plus point par point puis plus structurée,

~~~~~  
Schön Chercheur

2054 avec une approche plus point par point puis plus structurée,  
 2055 avec je sais pas moi, des évaluations, des choses... Est-ce que  
 2056 ça, est-ce que vous préféreriez ça?  
 2057  
 2058 VENT  
 2059 On est habitués avec sa manière d'opérer à madame (nom de  
 2060 l'ergothérapeute du CLSC).  
 2061  
 2062 AIR  
 2063 Oui. Ça va bien.  
 2064  
 2065 VENT  
 2066 Ça va bien. Fait que, c'est sûr que chaque personne a sa  
 2067 manière de se présenter puis heu... de faire sa profession. On  
 2068 est habitués avec elle. C'est sûr que si c'était trop  
 2069 catégorique, ça ferait peut-être bien un changement trop  
 2070 brusque, que ça ferait peut-être, je sais pas...  
 2071 On aime bien son approche.  
 2072  
 2073 AIR  
 2074 Oui, là, elle arrive peut-être à ses fins pour avoir les réponses  
 2075 qu'elle veut.  
 2076  
 2077 VENT  
 2078 Bien non, non. Puis elle explique bien...  
 2079  
 2080 AIR  
 2081 Elle est bien gentille.  
 2082  
 2083 VENT  
 2084 Elle explique bien qu'est-ce qu'elle veut. (Rires)

**Annexe K : Premier rapport envoyé aux ergothérapeutes**

### Résultats préliminaire : 1<sup>er</sup> rapport

Voici l'ébauche des résultats d'une première analyse des transcriptions des entretiens de recherche menés dans le cadre de la recherche exploratoire intitulée *Identification et analyse des éléments qui soutiennent la pratique de l'ergothérapie à domicile au Québec* à laquelle vous avez participé. Conformément à la description de la nature de votre participation figurant dans le formulaire de consentement, j'aimerais obtenir votre opinion, une réaction de votre part quant aux travaux d'analyse en cours. Vos commentaires peuvent se faire par écrit, en annotant le présent document, ou verbalement par téléphone. Si vous souhaitez procéder autrement, faites moi part de vos intentions pour que nous prenions les arrangements nécessaires. Comme je souhaite obtenir de votre part une réaction spontanée à cette première compréhension des données, ceci ne devrait prendre tout au plus qu'une heure de votre temps. Bien entendu, je vous demande de ne pas diffuser le contenu de ce document de travail. En dernier lieu, soyez assurée que tous les frais encourus pour cette nouvelle étape, frais de poste, d'appels interurbains ou autres, vous seront remboursés. Merci encore de votre précieuse collaboration et bonne lecture.

#### **Théories d'usage pour la pratique communautaire de l'ergothérapie**

Les résultats de l'enquête de Hébert, Maheux et Potvin publiée en 2002 sur l'ergothérapie dans les Centres locaux de services communautaires du Québec (CLSC) ont servi de base à l'analyse et à la compréhension des transcriptions des entretiens de recherche. Cette enquête a révélé l'existence de trois théories dites d'usage parce qu'elles se sont développées au quotidien de la pratique des ergothérapeutes. La première théorie d'usage se rapporte au mode de traitement des demandes de services et fait état d'une pratique de l'urgence pour répondre aux pressions organisationnelles. Les deux autres théories réfèrent plus spécifiquement au rôle de l'ergothérapeute en tant que membre d'une équipe d'intervention. La consolidation du rôle d'expert de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et la pratique centrée sur le déficit du client seraient, selon les auteures, les principales stratégies élaborées par les

ergothérapeutes pour adapter leurs savoirs aux particularités et aux attentes de leurs milieux.

### **Analyse**

Tous les éléments reliés à la première théorie d'usage faisant état d'une pratique qui s'apparente à celle de l'urgence pour répondre aux pressions organisationnelles d'efficacité et de productivité émergent du discours des ergothérapeutes. La gestion des listes d'attente qui augmentent à un rythme supérieur au développement des effectifs et les plaintes des clients qui s'ensuivent sont une source importante de stress pour les ergothérapeutes rencontrés. Cette pression incite les ergothérapeutes à prioriser ce qui est jugé urgent. Même si la préoccupation d'offrir une intervention globale demeure, les ergothérapeutes sentent que les services offerts sont plus restreints qu'au début de leur pratique. Les soins personnels et l'adaptation de l'environnement constituent l'essentiel des services offerts. Le fait que les coordonnateurs des programmes de Soutien à domicile (SAD) des CLSC soient souvent des personnes issues de diverses professions de la santé qui ne partagent pas nécessairement la vision singulière de l'ergothérapie fait surface comme une autre cause possible du rétrécissement du champ de la pratique.

Par ailleurs, les attentes d'efficacité dans le réseau de la santé entraînent l'instauration de plusieurs mesures qui ont une incidence directe sur la pratique de l'ergothérapie en CLSC. Outre l'informatisation des postes de travail, les négociations entourant la mise en place de services autres qu'ergothérapiques et le développement d'outils pour déléguer certaines évaluations à d'autres intervenants, notamment pour le développement et le maintien de politiques de soins à l'hygiène, augmentent de façon significative le volume des tâches indirectes et, conséquemment, diminuent le temps d'intervention direct. En résumé, l'ergothérapeute exécute des activités qui n'ont rien à voir avec l'ergothérapie et transmet une partie de son savoir pour que d'autres intervenants puissent faire une partie de son travail à sa place. Ce pourquoi il est là, il n'a plus le temps de le faire, occupé qu'il est à faire autre chose.

L'analyse des données recueillies lors des entretiens de recherche traduit une nette préoccupation des ergothérapeutes pour l'évaluation systématique de

l'autonomie fonctionnelle axée sur un maintien à domicile sécuritaire. Ceci corrobore la deuxième théorie d'usage qui se rapporte au rôle d'expert de l'autonomie traditionnellement reconnu aux ergothérapeutes. Par contre, cette expertise, particulièrement utile à l'élaboration de plans d'intervention, semble parfois plus importante auprès des autres membres de l'équipe qu'auprès du client. Ce dernier se retrouve régulièrement au centre de controverses entre des approches contradictoires : celle de l'auxiliaire familiale et sociale (AFS) et celle de l'ergothérapeute qui arrive après coup, une fois la mise en place des services complétée, faute de pouvoir intervenir plus rapidement. L'AFS détient un savoir privilégié de par son rôle et sa présence au quotidien auprès des clients des ergothérapeutes débordés. Forcés au partage avec l'instauration de politiques de soins à l'hygiène, l'expertise au niveau de l'autonomie est en voie de ne plus être exclusive aux ergothérapeutes.

L'ergothérapie en CLSC est le passage obligé pour obtenir de l'aide financière de nombreux programmes qui visent principalement l'attribution d'aides techniques et l'adaptation du domicile. L'ergothérapeute en CLSC doit faire respecter des ententes normalisées, sur lesquelles il n'a souvent pas de contrôle, pour permettre l'accès à différents services dont les soins à l'hygiène. Toutes ces activités sont soumises à des structures réglementaires qui obligent régulièrement l'ergothérapeute à tenter de faire correspondre les besoins de son client avec les balises préétablies par les différents programmes d'aide. L'application de règles prend le pas sur une approche ancrée dans les concepts de référence de la pratique ergothérapique que sont l'holisme, la centration sur les besoins des personnes et les activités porteuses de sens.

Contrairement aux deux premières théories, la troisième théorie d'usage qui se rapporte à une pratique centrée sur le déficit du client, émerge des analyses de façon plus nuancée. Conformément à cette théorie, les personnes qui vivent avec une déficience physique bénéficient d'une évaluation plus systématique des fonctions physiques et l'intervention inclut habituellement la mobilité, le positionnement et les transferts. Par contre, contrairement aux résultats obtenus par Hébert et coll. (2002), ces personnes bénéficient aussi d'une évaluation des ressources familiales et communautaires, de même que du soutien aux proches. La proposition de services, l'enseignement sur la prévention des blessures et la

référence à un travailleur social constituent les interventions les plus fréquentes pour soutenir les proches. Dans certains cas, la notion de client s'élargit même au point d'inclure graduellement les proches de la personne en perte d'autonomie. Les rôles d'aidant et d'aidé ne sont pas exclusifs. Il arrive couramment que la personne qui aide soit également en perte d'autonomie victime d'une maladie ou d'un accident qui peut engendrer des incapacités passagères ou permanentes.

Par ailleurs, compte tenu des exigences et des contraintes vécues, l'ergothérapeute doit cibler ses interventions. Il privilégie une approche souple qui s'amorce par l'écoute des besoins exprimés par les personnes à une approche idéalisée et standardisée. C'est au contact des familles rencontrées que l'ergothérapeute a ajusté ses façons de faire pour passer du travail en institution au travail à domicile. Certains clients acceptent difficilement de devoir participer à une évaluation détaillée des capacités physiques et n'accordent parfois qu'avec réticence l'accès à toutes les pièces de leur maison. En ce sens, l'évaluation sera plus ou moins formelle et exhaustive selon ce qui aura été convenu avec les personnes.

### **Amorce de discussion**

D'autres aspects qui débordent du présent cadre d'analyse influencent la pratique de l'ergothérapie à domicile. Ces éléments ont servi à énoncer les questions qui suivent sur le rôle des ergothérapeutes des programmes SAD de CLSC.

- Quelle est la perception de l'ergothérapie par les autres membres de l'équipe multidisciplinaire ?
- Quelle est la perception de l'ergothérapie par la clientèle desservie ?
- Est-ce que les ergothérapeutes des programmes SAD de CLSC font de l'ergothérapie ?
- L'ergothérapeute en CLSC a-t-il l'espace requis pour exercer son jugement professionnel?

- Les ergothérapeutes en CLSC sont-ils en danger de se techniciser à force d'appliquer des règles et des normes ?
- Est-ce que les ergothérapeutes en CLSC auraient avantage à déléguer certaines tâches à des auxiliaires de la profession, AFS, commis ou autre ?

### **Référence**

Hébert, M., Maheux, B. et Potvin, L. (2002). Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69 (1), 31-39.

**Annexe L : Thèmes dominants des procès-verbaux codés**

HU: Procès-verbaux  
 File: [C:\Program Files\Scientific  
 Software\ATLAsTi\TEXTBANK\Procès-verbaux]  
 Edited by: Super  
 Date/Time: 2003/04/13 - 08:32:20

-----  
 Codes-Primary-Documents-Table  
 -----

Code-Filter: All  
 PD-Filter: All

-----  
 PRIMARY DOCS

| CODES                                  | 1  | 2  | 3  | 4  | Totals |
|----------------------------------------|----|----|----|----|--------|
| -----                                  |    |    |    |    |        |
| Équipements                            | 6  | 7  | 6  | 7  | 26     |
| Formation                              | 5  | 0  | 6  | 8  | 19     |
| Adaptation du domicile                 | 3  | 4  | 2  | 1  | 10     |
| Troubles de la personnalité, formation | 1  | 0  | 2  | 3  | 6      |
| Adaptation domicile, formation         | 1  | 0  | 2  | 1  | 4      |
| AFS                                    | 0  | 2  | 2  | 0  | 4      |
| OEQ                                    | 1  | 2  | 1  | 0  | 4      |
| Autres régions                         | 2  | 0  | 1  | 1  | 4      |
| Qualité des services                   | 2  | 0  | 0  | 1  | 3      |
| Ordre du jour                          | 2  | 0  | 0  | 0  | 2      |
| Changements professionnels             | 0  | 0  | 0  | 1  | 1      |
| Chute à domicile                       | 0  | 0  | 1  | 0  | 1      |
| Cientèle psychogéria                   | 1  | 0  | 0  | 0  | 1      |
| CQCIDIH                                | 1  | 0  | 0  | 0  | 1      |
| Crédibilité                            | 0  | 0  | 1  | 0  | 1      |
| Dysphagie                              | 0  | 0  | 1  | 0  | 1      |
| Éthique                                | 0  | 0  | 0  | 1  | 1      |
| Intrants                               | 0  | 0  | 1  | 0  | 1      |
| Liste d'attente                        | 1  | 0  | 0  | 0  | 1      |
| Plaies                                 | 0  | 1  | 0  | 0  | 1      |
| Présence                               | 1  | 0  | 0  | 0  | 1      |
| Sclérose en plaque                     | 0  | 0  | 0  | 1  | 1      |
| -----                                  |    |    |    |    |        |
| Totals                                 | 27 | 16 | 26 | 25 | 94     |

**Annexe M : Catégories finales et leur mise en relation**

Théories d'usage connues (TU)  
 Network Nodes Layout Display Specials Help

**Théorie d'usage # 1**  
 Théorie d'usage de Hébert et coll. (2002) Pratique dite d'urgence

**1A: Pratique de l'urgence**  
 TERM: (((("Temps" | "Liste d'attente" | "Temps direct" | "Pression" | "Surcharge" | "Stress")

**1B: Pressions organisationnelles**  
 TERM: (("Informatisation" | "Client" | "Régie")

**Théorie d'usage # 2**  
 Théorie d'usage de Hébert et coll. (2002) Rôle d'expert de l'autonomie

**2A: Autonomie optimale pour MAD à moindre risque**  
 TERM: (((((((("Risque" | "Quotidien" | "Observer" | "Détails" | "Aménagements" | "Équilibre (problèmes d'") | "Genoux (problèmes aux)") | "PAD" | "Équipements" | "Autonomie" | "Auxiliaires familiales" | "Hygiène (soins d'")

**Théorie d'usage # 3**  
 Théorie d'usage de Hébert et coll. (2002) Pratique centrée sur les incapacités engendrées par la déficience principale

**3A: Style "pers. déf. phys. et phase terminale"**  
 TERM: ((((((("Observer" | "Détails" | "Équilibre (problèmes d'") | "Genoux (problèmes aux)" | "Marcher") | "Déplacer (se)" | "Orthèses")

**3B: style "pers. avec déf. cognitive ou probl. santé mentale"**  
 TERM: (("Fils" | "Famille, cible des interventions") | "sychosocial")

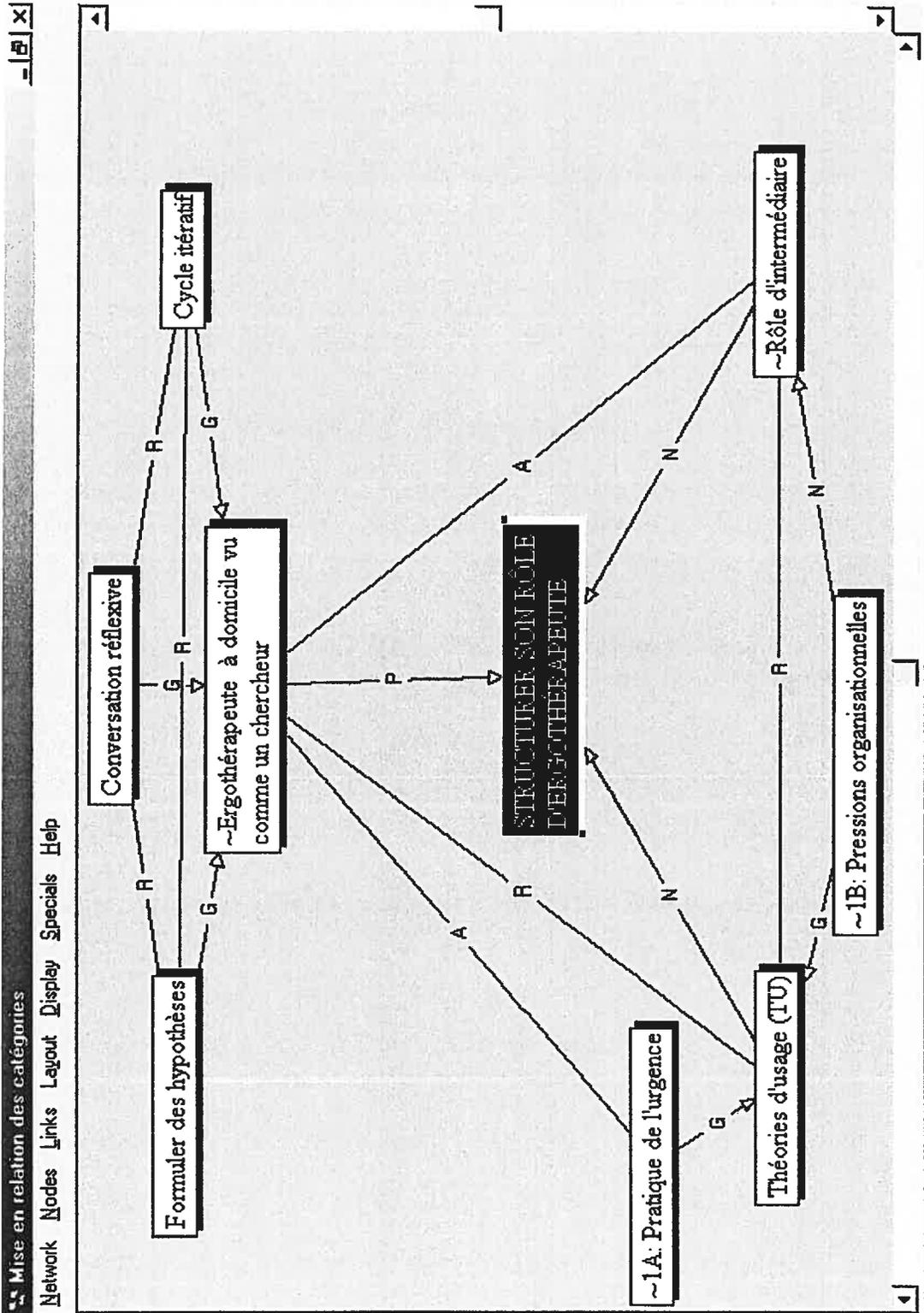
**2B: Intervention plus globale**

**2.163**

**Q-2:163 Je trouve qu'au début de ma pr... (1365:1371)**

Je trouve qu'au début de ma pratique, c'est un aspect que j'abordais plus souvent qu'aujourd'hui.  
 Parce que je sais qu'au niveau des loisirs j'ai souvent intervenu auparavant.  
 Mais on avait aussi une plus grande, une plus grande liberté  
 au niveau des champs d'activités qu'on pouvait avoir.

Quotation: 2:163 Je trouve qu'au début de ma pr... (1365:1371) (Fig  
 A : codes en contradiction ; R : codes associés



A : codes en contradiction ; G : fait parti de ; N : est une cause de ; P : une propriété de ; R : codes associés

**Annexe N : Certificat d'éthique**



RELÈVE Médecine  
2000

**APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE  
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE**

*(Ce certificat est valide pour deux ans, si protocole non modifié)*

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé : Identification et analyse des éléments qui soutiennent la pratique de l'ergothérapie à domicile au Québec

présenté par : Mmes Jacinthe Valiquette, Colette Dion-Hubert et M. Pierre-Yves Therriault

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.



Dre Yvette Lajeunesse, Présidente intérimaire

Date d'étude : 17 octobre 2000

Date d'approbation : 13 novembre 2000

Numéro de référence : CERFM (00) #74

**N.B.** Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.



Université de Montréal  
Faculté de médecine  
Vice-décanat  
Recherche et études supérieures  
C.P. 6128, succursale Centre-ville  
Montréal (Québec)  
H3C 3J7

Télécopieur : (514) 343-5751  
[www.med.umontreal.ca/recherche](http://www.med.umontreal.ca/recherche)

