

Université de Montréal

**Du quotidien de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec
à l'émergence de nouveaux savoirs
pour la pratique communautaire**

par

Michèle Hébert

Département de médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en Santé Publique, option Promotion de la santé

août, 2000

© Michèle Hébert, 2000



WA

5

U58

2001

v. 003

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

**Du quotidien de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec
à l'émergence de nouveaux savoirs
pour la pratique communautaire**

présentée par

Michèle Hébert

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Jean-Marc Brodeur	Président
Brigitte Maheux	Directrice de recherche
Louise Potvin	Co-directrice de recherche
Gilles Dussault	Membre du jury
Patrick Fougeyrollas	Examineur externe
Paul Allard	Représentant du Doyen

Thèse acceptée le 21 décembre 2000

À Serge,

Philippe, Olivier et Gabrielle

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait pu être mené à terme sans la précieuse collaboration de Mesdames Brigitte Maheux et Louise Potvin. Tout au long du processus, et particulièrement au regard de la méthodologie de l'enquête pour Madame Maheux et la démarche d'analyse statistique pour Madame Potvin, elles n'ont compté ni temps ni efforts. Merci.

AVANT-PROPOS

Les ergothérapeutes qui travaillent dans les C.L.S.C. du Québec ont participé avec enthousiasme à l'enquête postale qui est à la base de cette étude. Il nous est donc apparu essentiel de diffuser les résultats de façon à ce qu'elles¹ y aient accès facilement. C'est pourquoi les deux premiers articles de cette thèse ont été conçus spécifiquement pour la *Revue Québécoise d'Ergothérapie*, revue scientifique publiée par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et lue par la grande majorité des cliniciennes. Certaines analyses plus complexes et d'intérêt moins clinique n'ont pas été incluses dans ces articles afin de satisfaire aux exigences de publication et aux attentes des lectrices. Elles sont présentées en ajout dans les sections appropriées de la thèse.

¹

La forme féminine sera employée pour alléger le texte et représenter la distribution des sexes dans la profession mais elle n'exclut d'aucune façon le masculin.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iv
AVANT-PROPOS	v
TABLE DES MATIÈRES	vi
LISTE DES TABLEAUX	x
LISTE DES FIGURES	xii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	xiv
RÉSUMÉ	xiv
INTRODUCTION	17
REVUE DES ÉCRITS	23
Développement et consolidation de l'identité professionnelle en ergothérapie ..	24
Cadre conceptuel du savoir professionnel	27
Théories de référence en ergothérapie	30
Théories de référence pour la pratique communautaire de l'ergothérapie	34
Théories d'usage pour la pratique communautaire de l'ergothérapie	38
Points saillants	40
MODÈLE THÉORIQUE ET LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	43
MÉTHODOLOGIE	45
Population à l'étude	45
Élaboration du questionnaire	45
Démarche d'enquête	49
Analyse des données	51
RÉSULTATS	54
Introduction aux deux premiers articles	54

Article 1	L'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec après le virage ambulatoire (1e partie)	57
	<i>Résumé</i>	58
	<i>État des connaissances</i>	59
	<i>Méthodologie de recherche</i>	62
	<i>Résultats</i>	64
	<i>Caractéristiques du milieu de travail et des activités des ergothérapeutes</i>	64
	<i>Accessibilité aux services ergothérapeutiques en C.L.S.C.</i>	66
	<i>Opinion des ergothérapeutes en C.L.S.C. face à leur pratique</i>	67
	<i>Discussion</i>	68
	<i>Conclusion</i>	72
	<i>Références</i>	74
	<i>Tableaux</i>	74
Article 2	L'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec après le virage ambulatoire (2e partie)	80
	<i>Résumé</i>	81
	<i>État des connaissances</i>	82
	<i>Méthodologie de recherche</i>	85
	<i>Résultats</i>	88
	<i>Profil de la clientèle des ergothérapeutes en C.L.S.C.</i>	88
	<i>Modalités d'évaluation en ergothérapie</i>	88
	<i>Modalités d'intervention en ergothérapie</i>	89
	<i>Styles de pratique des ergothérapeutes en C.L.S.C.</i>	90
	<i>Discussion</i>	92
	<i>Conclusion</i>	95
	<i>Références</i>	96
	<i>Tableaux</i>	100
Résultats et analyses complétant les deux premiers articles		105
	<i>Les déterminants de l'organisation du travail des ergothérapeutes au C.L.S.C.</i>	105
	<i>Opinions des ergothérapeutes face à leur préparation universitaire pour la pratique communautaire</i>	107
	<i>Styles de pratique adoptés par les ergothérapeutes en C.L.S.C.</i>	108
	<i>Analyse des regroupements: détermination du nombre de groupes</i>	109
	<i>Styles de pratique adoptés pour l'intervention auprès de la clientèle vivant une déficience cognitive</i>	118
	<i>Styles de pratique adoptés pour l'intervention auprès de la clientèle vivant un problème de santé mentale</i>	120

	<i>Styles de pratique adoptés pour l'intervention auprès de la clientèle vivant une maladie en phase terminale</i>	121
	<i>Déterminants des styles de pratique et variations en fonction des clientèles</i>	123
DISCUSSION		126
	Impact des éléments contextuels sur la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C.	127
	L'intervention au quotidien de la pratique de l'ergothérapie en C.L.S.C.	129
Article 3	Analyse critique de la pratique communautaire de l'ergothérapie	130
	<i>Résumé</i>	131
	<i>Théories de référence pour la pratique communautaire de l'ergothérapie</i>	133
	<i>Théories d'usage pour la pratique communautaire de l'ergothérapie</i>	136
	<i>Enquête sur la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec</i>	138
	<i>Théories d'usage qui émergent de la pratique de l'ergothérapie en C.L.S.C.</i>	140
	<i>Théorie d'usage #1: Une pratique de l'urgence qui répond aux pressions organisationnelles</i>	141
	<i>Théorie d'usage #2: Une pratique centrée sur l'autonomie du client</i>	142
	<i>Théorie d'usage #3: Une pratique de l'ergothérapie centrée sur la déficience du client</i>	143
	<i>Discussion</i>	144
	<i>Conclusion</i>	149
	<i>Références</i>	151
	Reflets des théories d'usage: les styles de pratique qu'adoptent les ergothérapeutes	157
	Théories de l'action: amalgamation des théories de référence et des théories d'usage	159
	Une formation et une pratique de l'ergothérapie qui favorise la consolidation de l'identité professionnelle	162
CONCLUSION		167
RÉFÉRENCES		160

ANNEXE 1	183
ANNEXE 2	185
ANNEXE 3	189

LISTE DES TABLEAUX

THÈSE

TABLEAU I	Taux de réponses par région socio-sanitaire	55
TABLEAU II	Opinions des ergothérapeutes face à divers thèmes de leur formation universitaire (n=248)	108
TABLEAU III	Corrélations entre les interventions offertes par les ergothérapeutes et le regroupement de ces dernières en fonction des similitudes dans leur pratique auprès des différentes clientèles (deux regroupements pour chaque clientèle)	117
TABLEAU IV	Variables qui distinguent les styles de pratique des deux groupes d'ergothérapeutes qui interviennent auprès des personnes qui vivent une déficience cognitive: synthèse des résultats de l'analyse discriminante	118
TABLEAU V	Caractéristiques organisationnelles qui distinguent les deux groupes d'ergothérapeutes qui offrent des services aux personnes vivant une déficience cognitive	119
TABLEAU VI	Variables qui distinguent les styles de pratique des deux groupes d'ergothérapeutes qui interviennent auprès des personnes vivant un problème de santé mentale selon leur style de pratique: synthèse des résultats de l'analyse discriminante	121
TABLEAU VII	Variables qui distinguent les styles de pratique pour les deux groupes d'ergothérapeutes qui interviennent auprès de la clientèle qui présente une maladie en phase terminale: synthèse des résultats de l'analyse discriminante	122
TABLEAU VIII	Caractéristiques organisationnelles qui distinguent les deux groupes d'ergothérapeutes qui offrent des services aux personnes vivant une maladie en phase terminale en fonction de leur style de pratique	123

ARTICLE 1

TABLEAU 1	Profil socio-démographique des ergothérapeutes travaillant en C.L.S.C. au Québec en 1998 (n = 249)	77
TABLEAU 2	Caractéristiques administratives du travail des ergothérapeutes en C.L.S.C. au Québec en 1998 (n = 249)	78
TABLEAU 3	Caractéristiques de l'attente pour recevoir des services d'ergothérapie dans les C.L.S.C. en 1998 (n = 249)	79

ARTICLE 2

TABLEAU 1	Profil de la clientèle des ergothérapeutes en C.L.S.C. au Québec en 1998 (n = 249)	100
TABLEAU 2	% des ergothérapeutes en C.L.S.C. qui évaluent fréquemment les aspects mentionnés en fonction de la déficience de leur client	101
TABLEAU 3	% des ergothérapeutes en C.L.S.C. qui utilisent fréquemment la modalité d'intervention mentionnée en fonction de la déficience des clients	102
TABLEAU 4	Variables qui distinguent les deux regroupements d'ergothérapeutes selon leur style de pratique: synthèse des résultats de l'analyse discriminante	103
TABLEAU 5	Caractéristiques organisationnelles qui distinguent les deux groupes d'ergothérapeutes en fonction de leur style de pratique	104

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	Cadre conceptuel du savoir professionnel (adapté d'Argyris et Schön, 1999).	28
FIGURE 2	Cadre conceptuel du savoir professionnel pour la pratique communautaire de l'ergothérapie (adapté d'Argyris et Schön, 1999)	44
FIGURE 3	Dendrogramme du processus de regroupement des sujets avec la méthode de Ward pour les interventions auprès des personnes vivant une déficience physique	110
FIGURE 4	Dendrogramme du processus de regroupement des sujets avec la méthode de Ward pour les interventions auprès des personnes vivant une déficience cognitive	111
FIGURE 5	Dendrogramme du processus de regroupement des sujets avec la méthode de Ward pour les interventions auprès des personnes vivant une maladie en phase terminale	112
FIGURE 6	Dendrogramme du processus de regroupement des sujets avec la méthode de Ward pour les interventions auprès des personnes vivant un problème de santé mentale	113

LISTE DES ABRÉVIATIONS

A.C.E	Association canadienne des ergothérapeutes
a.v.d.	Activités de la vie domestique
a.v.q.	Activités de la vie quotidienne
C.L.S.C.	Centre locaux de services communautaires
O.E.Q.	Ordre des ergothérapeutes du Québec

RÉSUMÉ

Les services d'ergothérapie se sont développés, à l'origine, dans les grands centres de santé tels les hôpitaux et les centres de réadaptation (Robinson, 1981). Plus discrètement, de tels services s'implantaient aussi dans divers milieux communautaires notamment dans les secteurs de maintien à domicile (Borg, 1985). Au Québec, la pratique communautaire de l'ergothérapie a connu un essor remarquable au cours des deux dernières décennies avec l'implantation des services dans les Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) (Trickey, 1993; Tremblay, 1995).

En l'absence de lignes directrices spécifiques à la pratique communautaire de l'ergothérapie, McColl (1998) soutient que les ergothérapeutes ont dû adapter leurs savoirs, acquis en vue d'une pratique hospitalière, aux exigences et aux attentes des milieux. La pratique s'est alors modulée aux forces du moment: changements démographiques, virage ambulatoire, augmentation des clientèles, restrictions budgétaires, exigences de rendement (Gouvernement du Québec, 1998; Ordre des Ergothérapeutes du Québec, 1997; Pineault, 1992; Rochon, 1987; Rocheleau, 1995). Face aux pressions organisationnelles dans ce jeune secteur d'intervention, l'identité professionnelle des ergothérapeutes, souvent reconnue fragile (Gray, 1998; Low, 1992; Mosey, 1986; Raveh, 1995), a-t-elle pu se développer et se consolider sainement?

Pour explorer l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant dans les milieux communautaires, il était nécessaire de mieux connaître le quotidien de leur

pratique, notamment leur contexte de travail, leurs clientèles, les interventions qu'elles offrent et leurs opinions face à leur travail. L'enquête sur *L'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec*, faite en 1998, a permis de colliger ces informations. Toutes les ergothérapeutes travaillant dans les C.L.S.C. du Québec ont été invitées à participer à l'enquête avec un taux de participation de 87,9%.

Les résultats montrent que si les services d'ergothérapie se sont rapidement développés en C.L.S.C. au cours des dernières années, les ergothérapeutes ont encore à gérer une demande de services qui va au-delà des ressources disponibles. Pour faire face à la demande, plusieurs ont adopté une pratique qui s'apparente à celle de l'urgence: priorisation des clientèles, interventions brèves et restrictions dans le nombre d'interventions auprès de chaque client. La majorité des répondantes restreignent leurs interventions à la déficience principale vécue par le client, à son autonomie fonctionnelle et sa sécurité à domicile. Une petite proportion des ergothérapeutes offre une intervention plus globale, s'intéressant à tous les aspects du client et de son environnement, et adaptant les activités de ce dernier.

Les résultats ont permis d'inférer trois théories que les ergothérapeutes auraient développées au quotidien de leur pratique. La première se rapporte au mode de traitement des demandes de services, soit la <pratique de l'urgence>, alors que les deux autres réfèrent plus directement au rôle de l'ergothérapeute soit la centration sur la déficience principale du client et sur son autonomie fonctionnelle. Ces théories d'usage semblent répondre directement aux pressions organisationnelles vécues dans le réseau

des services de santé. Elles sont cependant moins congruentes avec les valeurs et croyances plus humanistes de la profession proposées par l'A.C.E. (1997).

Selon Argyris et Schön (1999), un tel manque de congruence entre les théories d'usage et les théories de référence place le clinicien dans un dilemme tel qu'il favorise l'apparition d'une "crise" d'identité professionnelle. Les insatisfactions exprimées par les ergothérapeutes face à divers aspects de leur pratique en C.L.S.C. semblent refléter une telle situation. Les plus jeunes ergothérapeutes, pour qui l'identité professionnelle est en voie de consolidation, sont plus sensibles aux pressions organisationnelles alors que celles qui cumulent plus d'expérience de travail maintiennent une pratique plus congruente avec les valeurs fondamentales. Un tel constat est alarmant face à l'avenir de la profession dans ce jeune secteur d'intervention.

INTRODUCTION

L'ergothérapie est un élément du continuum des services d'adaptation et de réadaptation qui visent la promotion, le développement, le maintien ou la récupération d'un niveau optimal d'autonomie fonctionnelle dans l'ensemble des dimensions de vie des individus (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 1995). Les ergothérapeutes, par l'analyse, l'utilisation et la promotion de l'activité, tentent de prévenir l'incapacité et promouvoir, préserver ou rétablir la capacité fonctionnelle et le bien-être des personnes dont la santé est menacée ou diminuée par une maladie, une lésion, un problème émotif, un trouble du développement, un handicap ou par le vieillissement (Association des ergothérapeutes du Canada (A.C.E.), 1997; Bridle et Hawkes, 1990; Townsend, 1988). L'activité porteuse de sens pour la personne, l'activité significative, est le moyen et la finalité de l'intervention (A.C.E.; 1997; Mosey, 1986).

Les services d'ergothérapie se sont développés, à l'origine, dans les hôpitaux, les centres de réadaptation et les centres de soins spécialisés (Robinson, 1981; Vanier et Hébert, 1995). Mais déjà en 1920 des ergothérapeutes offraient leurs services dans des milieux communautaires (McKinnon et Madill, 1987; Robinson, 1981). Plutôt rares à l'époque, ces services se sont graduellement développés dans divers secteurs d'intervention notamment les écoles (Royeen et Marsh, 1988), les agences gouvernementales et les industries (Townsend, 1988), les organismes qui offrent des services en santé mentale (Tryssenarr, Ball, et Klassen, 1997) et dans le secteur des soins à domicile (Borg, 1985; Trickey, 1993). Au Québec, les services communautaires en

ergothérapie ont connu un essor remarquable dans les deux dernières décennies. Ils sont maintenant offerts dans la très grande majorité des Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) (Tremblay, 1995; Trickey, 1993). En 1998, 283 ergothérapeutes offraient leurs services dans les C.L.S.C., soit 14% des membres de l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (O.E.Q., 1998).

McColl (1998) soutient que les ergothérapeutes ont dû adapter leurs savoirs, acquis en vue d'une pratique hospitalière et souvent consolidés dans ces lieux, aux exigences et aux attentes des divers milieux communautaires. En l'absence de lignes directrices spécifiques, les ergothérapeutes ont développé une pratique qui s'est modulée aux forces du moment: les changements démographiques qui se sont accompagnés d'une augmentation du nombre de personnes âgées vivant des limitations dans leurs activités, la réduction des temps d'hospitalisation et le retour plus systématique des personnes en perte d'autonomie à leur domicile (Rochon, 1987; Santé et Bien-être Social Canada, 1993; Statistique Canada, 1988; Taira, 1985). Les changements dans le réseau des services de santé ont aussi provoqué des réajustements dans les pratiques. La réforme des services de santé et des services sociaux, actualisant *La politique de la santé et du bien-être* (Coté, 1992), a favorisé le développement des services communautaires tout en imposant des restrictions budgétaires au réseau (Pineault, 1992). Le virage ambulatoire, dernière étape de la réforme de la santé, a induit une nette augmentation des clientèles requérant les services des C.L.S.C. (Rocheleau, 1995). L'avancement et les transformations dans les savoirs professionnels en ergothérapie,

autant au niveau des théories de base (A.C.E., 1997) qu'au niveau des faits scientifiques offerts par la recherche clinique (Dubouloz, Egan, Vallerand et vonZweck, 1999), ont aussi modulé la pratique de l'ergothérapie. Dans les C.L.S.C., les missions ne se sont pas partout actualisées de la même façon, les rôles dévolus aux ergothérapeutes semblent varier d'un établissement à l'autre et les restrictions budgétaires ne sont pas gérées partout de la même façon (Rocheleau, 1995; Tremblay, 1995; Trickey, 1993).

Le développement plutôt a-théorique et aussi rapide des services communautaires en ergothérapie dans un contexte aussi changeant pourrait être une menace réelle pour la profession dans ce secteur d'intervention. Les ergothérapeutes qui pratiquent dans les milieux communautaires ont développé un savoir particulier (McCull, 1998) qui est actuellement peu connu et peu diffusé. L'impact des divers changements mentionnés précédemment sur la pratique communautaire de l'ergothérapie n'est que très peu documenté. La congruence entre cette pratique particulière et les théories qui forment le corpus de connaissances en ergothérapie n'a pas été explorée. Somme toutes, bien peu de choses sont connues au sujet de la pratique communautaire de l'ergothérapie. Dès lors, les ergothérapeutes qui travaillent dans ces milieux n'ont que très peu de balises pour ancrer les théories fondamentales de la profession et les savoirs qui sont pertinents à la pratique communautaire, pour décider des clientèles qu'elles doivent prioriser, des interventions qu'il convient d'offrir à leurs clients, des outils d'évaluation et d'intervention qui sont appropriés, de la gestion à faire des pressions organisationnelles et du jugement à porter sur leur pratique. Comment penser que

l'identité professionnelle des ergothérapeutes, souvent reconnue précaire (Gray, 1998; Low, 1992; Mosey, 1986; Raveh, 1995), puisse résister à autant de pressions? Quelques-unes décrivent déjà les signes d'une perte d'identité: interventions centrées sur la sécurité au bain uniquement, interventions guidées par les protocoles pré-établis sans place au jugement professionnel, abandon des théories fondamentales de la profession, etc. (O.E.Q., 1997). Comment penser que la profession pourra se consolider dans ce jeune secteur d'intervention si l'identité professionnelle des ergothérapeutes n'est pas suffisamment forte pour leur permettre d'établir les balises de la pratique sur la base des théories fondamentales de la profession plutôt qu'en fonction des contraintes organisationnelles?

Le but de la présente recherche était donc d'explorer l'identité professionnelle des ergothérapeutes offrant des services communautaires pour déterminer des éléments qui pourraient en faciliter la consolidation et permettre l'établissement de saines pratiques. Cette démarche demandait initialement une connaissance plus rigoureuse du travail actuel des ergothérapeutes en C.L.S.C. *L'étude de la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec* a d'abord permis de la documenter et d'en explorer les fondements. Elle voulait aussi offrir aux ergothérapeutes, aux gestionnaires, aux chercheurs et aux "décideurs" un portrait clinique et théorique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec. L'objectif général de l'étude était donc de documenter la pratique communautaire de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec pour notamment explorer le contexte de travail actuel des ergothérapeutes, connaître les interventions

qu'elles offrent à leurs différentes clientèles, étudier les styles de pratique qu'elles adoptent au quotidien, dégager les théories qu'elles semblent avoir retenues et celles qu'elles semblent avoir développées. L'ensemble de ces éléments permettait finalement d'explorer l'identité professionnelle que les ergothérapeutes en C.L.S.C. se sont édifiée, d'en dégager les aspects prometteurs, les contraintes et de réfléchir aux prospectives professionnelles.

Dans les pages qui suivent, la revue des écrits présente les éléments clés de l'édification de l'identité professionnelle, un cadre conceptuel aidant à la compréhension de la construction du savoir professionnel et un bref survol des théories qui sous-tendent la pratique de l'ergothérapie. Le modèle théorique reprend les concepts-clés et met en lumière les sphères qui sont explorées dans l'étude. Il en découle les objectifs spécifiques de la recherche. La stratégie qui a été élaborée pour recueillir les informations et les analyser suit dans la partie de la méthodologie. Les résultats sont présentés dans deux articles et une section supplémentaire qui regroupe des analyses de corrélations entre quelques variables d'intérêt, les opinions des ergothérapeutes face à leur formation universitaire pour la pratique communautaire et l'analyse des styles de pratique adoptés par les ergothérapeutes pour intervenir auprès de clientèles spécifiques. La discussion s'amorce par un bref retour sur les conclusions présentées dans les deux premiers articles et par un troisième article, qui présente les théories que les ergothérapeutes semblent avoir développées au quotidien de leur pratique et qui explore leur congruence avec les théories de référence en ergothérapie. Elle se poursuit par une

réflexion sur les théories d'usage et les théories de l'action qui se dégagent de la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. La discussion se termine par l'exploration de l'édification et de la consolidation de l'identité professionnelle des ergothérapeutes qui ont une pratique communautaire. La thèse se termine par une réflexion sur les perspectives pour la pratique communautaire de l'ergothérapie.

REVUE DES ÉCRITS

Si la nécessité d'offrir des services communautaires en ergothérapie et les bienfaits potentiels de ces services ont été largement documentés (A.C.E., 1997; Cromwell et Kielhofner, 1976; Quinn, 1988; Shafer, 1971, Taira, 1985), la pratique même des ergothérapeutes qui oeuvrent dans ces milieux l'est beaucoup moins. Quelques aspects ont capté l'attention, notamment la formation universitaire (Hildebrand, 1992; Prince Wittman, 1990; Townsend, 1986; Vanier et Hébert, 1995), l'organisation des services offerts dans la communauté (Bumphrey, 1989; Bridel et Hawkes, 1990; Maertens et Gougeon, 1993; Tremblay, 1995), quelques approches particulières (Banks, 1991; Madill, Townsend et Schultz, 1989; Trickey, 1993) et les perspectives d'avenir (Picard-Greffé, 1992; Rollin-Gagnon, 1992; Strickland, 1994). Or, malgré cet intérêt, les théories, les approches, les orientations, les réalités cliniques et les interventions choisies par les ergothérapeutes demeurent méconnues. Il devient alors pertinent d'explorer cette pratique particulière en s'intéressant, entre-autres, aux savoirs qui guident les ergothérapeutes dans leurs choix cliniques, aux théories qui sont à la base des services qu'elles offrent, aux services mêmes et à leur organisation clinique, mais d'abord à l'essence de l'ergothérapie qui s'exprime via l'identité professionnelle que les ergothérapeutes développent au cours de leur formation et au quotidien de la pratique.

Développement et consolidation de l'identité professionnelle en ergothérapie

Du mot latin *identitas* qui signifie *le même*, l'identité professionnelle se définit par l'ensemble des traits propres à un groupe de professionnels, traits qui lui confèrent son individualité (Rey-Debove et Rey, 1996). Les valeurs fondamentales d'une profession sont à la base du développement de l'identité professionnelle. Elles sont acquises en cours de formation et dans le processus de socialisation professionnelle à l'université, pendant les stages et en début de carrière (McKinney, Saxe et Cobb, 1998; Raven, 1995). Les programmes de formations disciplinaires permettent généralement à leurs étudiants d'édifier leur identité professionnelle en leur offrant un noyau de connaissances de base, les rudiments des sciences appliquées et en les sensibilisant à la prestation concrète des services (Schein, 1973). La saine consolidation de l'identité professionnelle demande un minimum d'accord entre les valeurs disciplinaires et personnelles (Argyris et Schön, 1994; Carpenter et Platt, 1997; Schön, 1994), elle est modulée par les attentes et les réalités cliniques des milieux de travail (Lycett, 1991; Michael, 1998) et elle dépend de l'harmonie entre les savoirs systématiques fondamentaux de la profession et sa pratique (Schön, 1994).

Raven (1995) soutient que l'identité professionnelle en ergothérapie doit s'établir en cours de formation par l'apprentissage des concepts-clés et des valeurs disciplinaires fondamentales, soit, d'abord, l'importance de l'activité significative en ergothérapie. Ce processus d'apprentissage devrait être concomitant au processus de socialisation

professionnelle qui permet l'ancrage de l'identité professionnelle par les contacts informels à l'extérieur des classes avec les formateurs, par la participation à la recherche, à la vie étudiante, aux séminaires, etc. (McKinney et coll., 1998). Hafferty et Franks (1994) soutiennent d'ailleurs que pour les étudiants en médecine, l'identité professionnelle liée aux règles éthiques semble se développer non pas dans l'enseignement des théories mais dans un curriculum officieux qui relève du modeling. Les modèles, professeurs et superviseurs de stages, auraient donc un rôle important dans la construction de l'identité professionnelle (Coté, Maheux, Beaudoin, 1997; McKinney et coll., 1998), peut-être même plus important que la simple acquisition des connaissances fondamentales (Hafferty et Franks, 1994). Ce modeling se poursuivrait en début de pratique: Westert, Nieboer et Gronewegen (1993) observent la prédilection des jeunes intervenants à se conformer au style de pratique de leurs collègues immédiats.

Lycett (1991) propose que l'identité professionnelle se définisse non seulement par les concepts clés qui déterminent la pratique de l'ergothérapie mais aussi, et nécessairement, par les éléments d'influence dans chacun des milieux de travail. Elle soutient que la définition même de l'ergothérapie devrait rendre compte du particularisme des milieux pour permettre le développement et le maintien d'une identité professionnelle solide et congruente avec les attentes des différents milieux. Micheal (1998) soutient même que seule l'adaptation des fondements de l'identité professionnelle (valeurs, croyances, rôles, autonomie professionnelle) aux attentes et aux réalités cliniques permettra à la profession de survivre. Autrement, les administrateurs

du réseau de soins choisiront des ressources moins coûteuses, comme les techniciens en réadaptation, pour répondre, à première vue, plus efficacement à la demande de services. Cette reconnaissance de l'importance des attentes des différents milieux de travail pour le développement et la solidité de l'identité professionnelle n'est pas unique à l'ergothérapie; elle est décrite en éducation (Robson, 1998), en travail social (Carpenter et Platt, 1997), en médecine (Baszanger, 1985). Schön (1994) soutient d'ailleurs que tous les professionnels sont appelés éventuellement à remettre en question leur identité professionnelle dans leur réflexion sur l'agir et dans l'agir professionnel. La reconnaissance de la diversité clinique et du pluralisme dans les rôles professionnels serait selon Mosey (1985) et Loyd, Manowski et Maas (1999) essentielle à l'édification de l'identité professionnelle. À ce seul prix, l'ergothérapeute peut se reconnaître et se définir au coeur même de la profession.

Or, les ergothérapeutes éprouvent depuis longtemps des difficultés à établir clairement leur identité professionnelle (Gray, 1998; Low, 1992; Raveh, 1995). Non seulement la difficulté à maintenir l'activité au centre de leur intervention contribuerait au problème, mais elle en serait aussi la résultante: l'intérêt grandissant porté aux seules activités de la vie quotidienne serait, selon Gray (1998), l'élément déterminant de cette perte d'identité. Les ergothérapeutes se seraient éloignées de l'essence même de l'ergothérapie qu'est "*l'activité comme un moyen et l'activité comme une fin*" (Mosey, 1986). L'expression de l'expertise unique de l'ergothérapeute, la centration sur les activités significatives des personnes, ce trait le plus dominant de la profession, serait

à se perdre dans un quotidien qui pousse les cliniciennes à centrer leurs interventions sur l'autonomie dans les a.v.q. Mais Hochbaum, Sorenson et Lorig (1992) soutiennent que les théories de base, si elles permettent le développement de modèles et d'approches, doivent aussi être confrontées au quotidien et laissées au jugement que rend possible la vie professionnelle. En ce sens, elles servent d'assise aux noyaux de connaissances qui aideront l'ergothérapeute à déterminer qui elle est, ce qu'elle doit faire et comment elle doit le faire. Les succès dans cette démarche de réflexion, de même que les échecs, détermineront la solidité ou la mouvance de l'identité professionnelle propre à chacune.

Cadre conceptuel du savoir professionnel

Argyris et Schön (1999) nomment les savoirs qui guident les professionnels dans le quotidien de leur pratique les *théories de l'action*. Ces théories ont pour origine la rencontre et l'amalgame des *théories de référence*, que sont les idéologies, les valeurs et les croyances fondamentales d'une discipline, et des *théories d'usage* que développe le professionnel par sa réflexion dans l'agir et sur l'agir (Figure 1). Les théories de référence sont le plus souvent intégrées en cours de formation et elles composent les savoirs fondamentaux que partagent les professionnels d'une même discipline. Les théories d'usage prennent naissance au quotidien de la pratique, alors que le professionnel réfléchit à l'action nécessaire pour résoudre une situation rencontrée et qu'il évalue ensuite l'efficacité de sa démarche d'intervention. Il en déduit un savoir

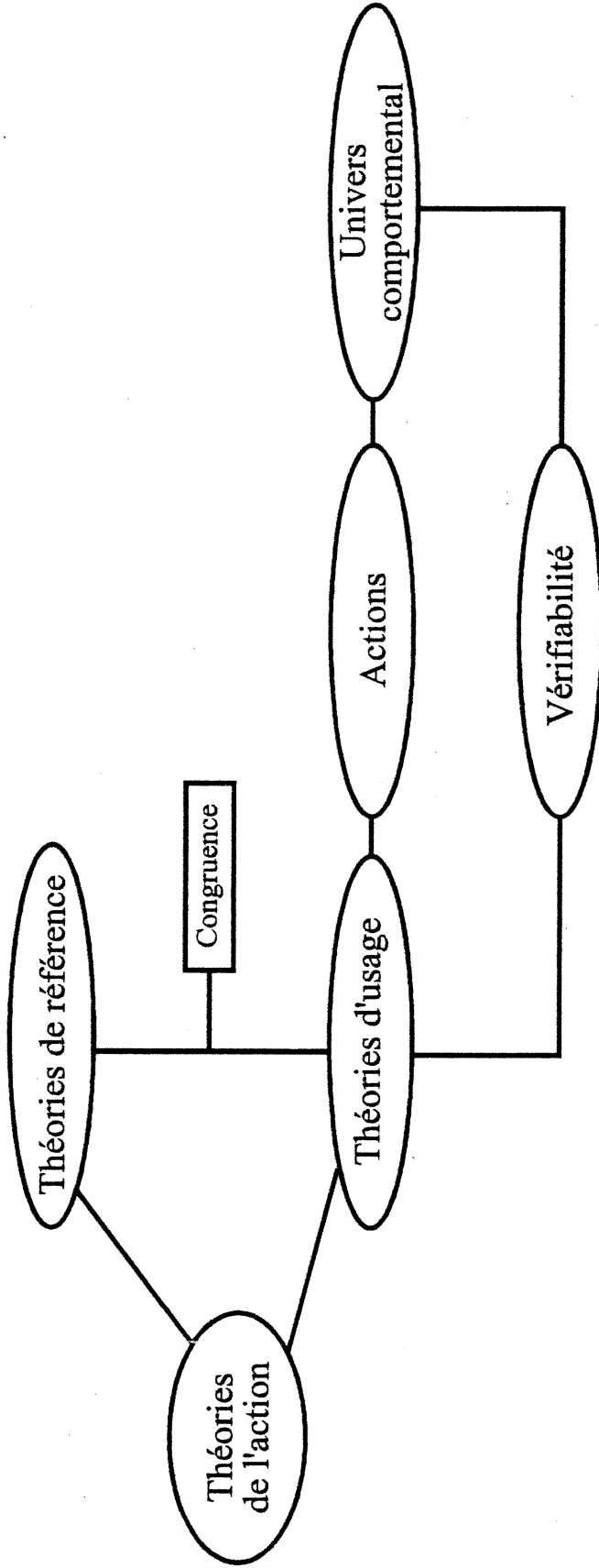


Figure 1
 Cadre conceptuel du savoir professionnel (Adapté d'Argyris et Schön, 1999)

tacite qui le guide pour la régulation de ses activités et pour le choix des habiletés auxquelles il doit recourir pour intervenir efficacement. Les théories d'usage qu'il développe ainsi le guident dans l'action et déterminent son univers comportemental. Les théories de référence sont donc plus souvent connues de l'ensemble des professionnels d'une discipline alors que les théories d'usage le sont moins par le fait même de leur particularisme (Argyris et Schön, 1999).

Le professionnel développe ses théories d'usage quand il est confronté à l'incertitude, à la complexité, à l'instabilité, au particularisme et aux conflits de valeurs dont chaque situation est porteuse (Argyris et Schön, 1999; Schön, 1994). Elles lui permettent de faire face à la réalité de sa pratique et de développer des interventions qu'il juge efficaces. Le processus de construction de ces théories le placera à l'occasion face à quelques dilemmes: (1) quand l'incongruité s'installe entre ses théories de référence et ses théories d'usage, (2) quand ses théories d'usage deviennent conflictuelles les unes par rapport aux autres, (3) quand ses théories d'usage remettent en question l'efficacité de son univers comportemental, (4) quand son univers comportemental ne lui permet plus d'être efficace pour faire face au quotidien de la pratique ou s'il est en conflit avec les valeurs fondamentales de la discipline (Argyris et Schön, 1999). Ces dilemmes pourront à l'occasion donner naissance à de nouvelles théories d'usage, favoriser la modification de certaines autres ou encore demander une remise en question des théories de référence. Schön (1994) associe ces réflexions sur les théories de référence et sur les théories d'usage à la crise d'identité qu'ont traversée

plusieurs professions dans les dernières années. Il soutient que les travailleurs de la santé et de l'éducation ont été souvent tiraillés entre leur code professionnel, qui leur demande d'être attentif à la personne, et les pressions bureaucratiques qui les incitent à régler au plus vite les "dossiers". Il ajoute que les professionnels qui se prononcent sur leur propre crise de confiance ont tendance à insister sur la discordance entre les modèles traditionnels et la pratique professionnelle courante. Pour Schön (1994), le premier pas vers l'établissement de saines pratiques et la solidification de l'identité professionnelle s'inscrit dans la connaissance des théories de référence, dans la reconnaissance des théories d'usage qui sont propres à chaque contexte de travail, et dans la recherche de congruence entre les deux types de théories. Sans minimiser l'importance des théories de référence, la reconnaissance des théories d'usage soutient le savoir tacite des professionnels, en proclame la légitimité, dévoile ses frontières et formalise sa diffusion à l'ensemble des professionnels de la discipline (Schön, 1994). Dans cette mesure, l'identité professionnelle est affirmée et actualisée.

Théories de référence en ergothérapie

La pratique de l'ergothérapie est gouvernée par quelques postulats idéologiques qui sont fort bien synthétisés par l'A.C.E. (1997): (1) l'occupation humaine donne un sens à la vie et est un déterminant important de la santé, (2) chaque personne est unique, a une valeur et une dignité intrinsèque, a la capacité de faire des choix, peut faire preuve

d'autodétermination, a un potentiel de changement et fonde sa vie sur son occupation, (3) l'environnement est déterminant dans la vie des personnes et peut être modifié par elles, (4) la santé est fortement influencée par la capacité de la personne à faire des choix et à diriger ses occupations, (5) la pratique de l'ergothérapie doit être centrée sur la personne et sur ses occupations, en partenariat avec elle. Le concept d'occupation humaine (A.C.E., 1997), ou celui d'activité significative proposé par Mosey (1986), est au coeur de la pratique de l'ergothérapie. Il demande aux ergothérapeutes de se centrer sur les activités qui sont porteuses de sens dans la vie des personnes et qui leur permettent de s'actualiser.

D'autre part, le concept d'autonomie fonctionnelle des personnes est souvent désigné comme la finalité de la pratique de l'ergothérapie (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 1995). Cette vision de l'ergothérapie pourrait s'harmoniser avec celle de l'A.C.E. (1997) dans la mesure de l'adoption d'une définition très large de l'autonomie, qui va au-delà de la seule performance, comme "être soi-même" proposée par Turlan (1999). Or, le concept d'autonomie fonctionnelle, tel qu'il est présenté dans de nombreuses définitions de l'ergothérapie, est souvent confondu avec celui d'indépendance qui réfère plus spécifiquement à un niveau de performance tel qu'il est attendu que la personne puisse faire ses activités seule, sans aide. Une telle vision de l'autonomie s'harmonise moins bien avec le concept d'occupation humaine car elle est plus centrée sur la fonction et moins sur les activités significatives de la personne en tant que moyen et finalité thérapeutique.

Ces idéologies, valeurs et croyances s'actualisent dans divers modèles qui sont offerts aux ergothérapeutes. Qu'elle soit hospitalière ou communautaire, la pratique de l'ergothérapie se fonde sur ces modèles. Le *Modèle canadien du rendement occupationnel* (A.C.E., 1997) propose une approche centrée sur le client et ses aspirations. Il définit l'être humain comme un être spirituel (bio-psycho-social) en action dans un environnement (physique, social, culturel et institutionnel) qui lui permet d'atteindre l'équilibre dans l'ensemble des activités qui sont porteuses de sens dans sa vie (soins personnels, productivité et loisirs), soit le rendement occupationnel. Le *Modèle de l'occupation humaine* proposé par Kielhofner (1992) propose une vision systémique de l'individu. La performance humaine y est déterminée par différentes composantes (physiques, cognitives, perceptuelles, psychologiques, etc.), par les habitudes de vie des individus et par leurs valeurs. L'environnement, dans son sens large, est présenté comme un système régulateur important des comportements produits par l'individu. Ces deux modèles théoriques sont actuellement ceux qui retiennent le plus l'attention des ergothérapeutes canadiennes et de leurs formateurs. D'autres modèles élaborés spécifiquement pour soutenir la pratique de l'ergothérapie et pour rendre compte des valeurs fondamentales de la profession sont assez semblables aux deux premiers. Ils diffèrent souvent par la seule organisation des concepts ou par l'importance accordée à chacun d'eux comme le démontre bien souvent leur nom: le "*Occupational performance model*" de Chaparro et Ranka (1997), le "*Person-environment-occupational performance model*" de Christiansen et Baum (1997), le

“*Occupational adaptation model*” de Schkade et Schultz (1997), le “*Person-environment-occupation model*” de Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby et Letts (1997), le “*Enablement model*” de Polatajko (1992) et le “*Human occupations model*” de Reed et Sanderson (1992). Tout comme les deux premiers modèles, ils soutiennent une vision holistique des personnes, de leur milieu de vie et une intervention centrée sur les activités significatives des clients. L’importance reconnue aux composantes de la performance, à l’environnement et aux relations entre les divers éléments de l’occupation humaine les distingue. D’autres modèles qui ne sont pas spécifiquement conçus pour la pratique de l’ergothérapie sont à l’occasion aussi utilisés par les ergothérapeutes pour soutenir leur démarche d’intervention, notamment le modèle développé par l’Organisation mondiale de la santé (1988) qui centre l’intervention sur les déficiences, les incapacités qu’elles génèrent et les désavantages qui en découlent.

Des lignes directrices pour la démarche d’intervention en ergothérapie ont aussi été développées et consolidées par l’A.C.E. en partenariat avec le ministère de la santé nationale et du bien-être social canadien (A.C.E., 1997; Santé et bien-être social Canada et A.C.E., 1983; Santé nationale et bien-être social Canada et A.C.E., 1986 et 1993). Elles déterminent sept étapes pour le processus d’intervention: (1) définir les difficultés du client en matière de rendement occupationnel, (2) sélectionner les approches théoriques qui guideront les étapes suivantes, (3) déterminer les dimensions du rendement occupationnel et les conditions environnementales en jeu, (4) déterminer les forces et les ressources que le client et l’ergothérapeute peuvent mettre à contribution,

(5) négocier les résultats visés et élaborer le plan d'intervention, (6) mettre en oeuvre le plan d'intervention via l'occupation, (7) évaluer les résultats obtenus. Le processus est continu jusqu'à l'obtention de résultats significatifs pour le client. Cette opérationnalisation de la démarche d'intervention se veut la base de toute intervention en ergothérapie, sans égard à la spécificité des différents milieux.

D'autres savoirs, utiles mais non spécifiques à la pratique communautaire, guident les ergothérapeutes dans l'intervention auprès de leurs clients. Ils relèvent d'approches particulières qui prennent naissance dans les cadres de référence que choisissent les cliniciens: biomécanique, neuro-développemental, cognitif-béavioral, analytique ou de groupe (Hagedorn, 2000). Les orientations soutenues par ces approches et ces cadres de référence permettent aux ergothérapeutes de déterminer les interventions spécifiques, évaluations et modalités d'intervention, qu'elles offriront à leurs clients. Elles sont nombreuses, diversifiées, et elles émergent souvent de la recherche auprès de populations particulières: ce sont les faits scientifiques (Dubouloz et coll., 1999).

Théories de référence pour la pratique communautaire de l'ergothérapie

Les théories de référence qui guident spécifiquement l'ergothérapeute travaillant en milieu communautaire sont peu nombreuses. Initialement, le besoin d'offrir des services communautaires en ergothérapie et leurs bénéfices potentiels, autant pour les clients que pour les ergothérapeutes, ont été abondamment documentés (Atchison, 1997;

Bore, 1994; Borg, 1985; Cromwell et Kielhofner, 1976; Shafer, 1971; Strong, 1987). Depuis, les publications qui traitent spécifiquement de l'intervention communautaire en ergothérapie, des théories qui la sous-tendent ou de l'organisation de ces services ont été beaucoup moins nombreuses. Townsend (1988), ayant documenté les services d'ergothérapie offerts sur une base communautaire au Canada, les décrit comme ceux identifiés tels par les ergothérapeutes, centrés sur le client dans un but d'éducation, de consultation ou de coordination des services, offerts à 75% ou plus en dehors des établissements et qui sont établis dans la communauté. Elle remarquait alors une grande diversité dans les services qui étaient documentés. Les ergothérapeutes qui identifient leur pratique comme étant communautaire se retrouvent dans les écoles (Royeen et Marsh, 1988), les agences gouvernementales et les industries (Townsend, 1988), les organismes qui offrent des services en santé mentale (Tryssenaar, Ball, et Klassen, 1997) et au secteur des soins et services à domicile (Borg, 1985; Trickey, 1993). Les attentes de ces différents milieux et les clientèles varient grandement, d'où les variations observées dans les services offerts par les ergothérapeutes. Townsend (1988) soutenait d'ailleurs que cette grande diversité rend la définition même des services communautaires en ergothérapie difficile.

Le secteur ayant connu le plus grand essor, pour ce qui est des services communautaires, est sans nul doute celui du maintien à domicile (Atchison, 1997; McKinnon et Madill, 1987; McKinnon, Townsend et Maconachie, 1990; Townsend, 1988). Malgré la spécificité de ce secteur d'intervention, McKinnon et coll. (1990) constatent

que la nature, le type, la fréquence et la durée des services varient beaucoup car ils vont de pair avec les besoins des clients et les ressources disponibles dans chacun des milieux. Selon elles, la diversité et la complexité des services offerts par les ergothérapeutes en maintien à domicile ne peuvent qu'être illustrées par des fragments de pratique. Une telle perception de la pratique communautaire explique probablement l'absence de théories de référence spécifiques à ce secteur d'intervention. Au Québec, les services communautaires en ergothérapie se retrouvent principalement dans les C.L.S.C. (Trickey, 1993). Selon Trickey (1993), les interventions telles l'évaluation du profil fonctionnel, la mise en place de ressources pouvant pallier les incapacités et la promotion d'une pleine intégration sociale devraient s'y retrouver. Elle fait valoir la nécessité d'une approche communautaire centrée plus spécifiquement sur les groupes à risque et sur la contribution des personnes à la vie de leur communauté. Dans un état de la situation de la pratique de l'ergothérapie en C.L.S.C., Tremblay (1995) note cependant que les ergothérapeutes interviennent principalement pour optimiser les capacités fonctionnelles des individus qui vivent une déficience, afin de leur permettre de demeurer dans leur milieu de vie naturel le plus longtemps possible et dans les meilleures conditions. Les interventions semblent varier grandement: Tremblay (1995) répertorie 37 tâches et fonctions qui sont dévolues à des degrés variables aux ergothérapeutes dont l'évaluation des capacités fonctionnelle, la rédaction de rapports, les communications pour les usagers, la recherche de ressources matérielles, l'adaptation domiciliaire, la gestion de cas et la gestion des équipements, pour ne nommer que les

plus fréquentes. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette grande variation. D'abord, selon Trickey (1993), l'actualisation des missions varie d'un établissement à l'autre et affecte les fonctions dévolues aux ergothérapeutes. L'intervention de première ligne et les activités de nature plus préventive ne se concrétisent pas de la même façon dans tous les C.L.S.C. Puis le virage ambulatoire, dernière étape de la réforme des services de santé, ne s'est pas implanté de la même façon et au même rythme dans les régions du Québec (Fédération des C.L.S.C., 1995; O.E.Q., 1997). Les changements qu'il a provoqués ne se sont donc pas fait sentir de la même façon dans tous les C.L.S.C. Dans un sondage réalisé par l'O.E.Q. (1997), quelques ergothérapeutes travaillant en C.L.S.C. remarquaient divers changements dans leur pratique suite à l'implantation du virage ambulatoire. L'augmentation du nombre de clients en attente les aurait conduites à faire des évaluations plus rapides, à restreindre les modalités d'intervention et à abandonner les suivis. Les exigences de rendement, liées à l'augmentation des clientèles et aux restrictions budgétaires, auraient aussi des impacts différents dans les établissements et dans la gestion des ressources humaines (Gouvernement du Québec, 1998).

Il semble dès lors difficile de concevoir et de valider des théories de référence qui seraient spécifiques à une pratique qui semble autant varier d'un établissement à l'autre. Les ergothérapeutes qui travaillent en milieu communautaire peuvent cependant avoir recours aux résultats de recherche, faits scientifiques, qui sont plus spécifiques à leur pratique et à leurs clientèles, donc qui s'harmonisent bien avec l'intervention communautaire telles l'attribution d'aides techniques, le positionnement avec orthèses,

l'éducation à la conservation d'énergie et à la protection articulaire, le soutien aux aidants naturels, l'adaptation des activités pour améliorer les habiletés fonctionnelles des personnes (Callinan et Mathiowetz, 1996; Demers, Weiss-Lambrou et Ska, 1994; Falconer, 1991; Furst, Grever, Smith, Fisher et Shulman, 1987; Gitlin et Burgh, 1995; McKinnon, 1991; Morris et Gainer, 1997). Ces connaissances scientifiques peuvent les guider dans les choix d'intervention et complètent les connaissances plus fondamentales qui relèvent des idéologies disciplinaires. Mais l'absence de théories de référence plus spécifiques à la pratique même de l'ergothérapie dans les milieux communautaires soutient la pertinence d'approfondir les théories d'usage qu'auraient développées les ergothérapeutes au coeur de leur pratique et la nécessité de les diffuser. Une théorie d'usage qui résiste à la confrontation des théories de référence et qui est acceptée par l'ensemble des membres de la communauté disciplinaire ne pourrait-elle devenir théorie de référence?

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

Tremblay (1995) soulève deux éléments qui pourraient relever de théories d'usage pour la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C.: l'importance des listes d'attente pour recevoir les services d'ergothérapie et l'attribution ou non du rôle d'intervenant pivot aux ergothérapeutes. La pression qu'exerce la présence des listes d'attente est reconnue comme importante par les ergothérapeutes. Tremblay (1995) n'identifie

cependant pas la portée de cette influence. Les résultats du sondage de l'O.E.Q. (1997) tendent à démontrer que cette pression serait telle que les ergothérapeutes seraient amenées à modifier leur pratique, la restreignant à quelques interventions. La gestion de cas aurait, quant à elle, fait se dessiner un nouveau rôle pour les ergothérapeutes soit celui d'intervenant pivot, particulièrement pour les clients qui présentent une déficience physique qui génère une situation de handicap (Tremblay, 1995). Ce nouveau rôle s'éloigne sensiblement des rôles plus traditionnellement reconnus aux ergothérapeutes mais il pourrait être perçu comme une démarche d'accompagnement du client dans sa recherche d'autonomie.

Lysack et coll. (1995) identifient divers autres éléments qui pourraient influencer le quotidien de la pratique de l'ergothérapie et qui auraient poussé les ergothérapeutes à réfléchir dans et sur leur agir professionnel. D'abord elles soutiennent que la formation universitaire pour la pratique communautaire est nettement insuffisante et qu'elle ferait varier les approches qu'adoptent les ergothérapeutes pour leurs interventions. L'importance accordée aux rôles de consultante et d'éducatrice dans les différents milieux seraient aussi déterminante dans la pratique des ergothérapeutes. La présence d'un supérieur immédiat qui n'est habituellement pas ergothérapeute ferait aussi varier les attentes en fonction de la formation de ce dernier. Le dernier élément qu'elles proposent relève des influences environnementales multiculturelles qui peuvent devenir un facteur déterminant dans la pratique des ergothérapeutes, faisant varier sensiblement les attentes des clients et de tous les partenaires. Lysack et coll. (1995)

identifient ces facteurs comme étant des déterminants d'importance pour les choix, les orientations et la nature des interventions communautaires en ergothérapie. Elles n'identifient cependant pas les impacts cliniques observables de ces divers éléments.

Les autres descriptions de pratiques communautaires de l'ergothérapie ne permettent pas de dégager de nouvelles théories d'usage qu'auraient développées les ergothérapeutes, hormis celle de Bumphrey (1989) qui remarque la centration des interventions sur l'autonomie et la sécurité à domicile. Cette orientation est maintenant très réelle et très ancrée dans la prestation des services en ergothérapie, autant dans la pratique hospitalière que dans la pratique communautaire. Elle se retrouve même, à peine voilée, dans les modèles et les valeurs disciplinaires quand il est question de la reconnaissance de l'expertise de l'ergothérapeute pour l'évaluation de l'autonomie, du développement d'une quantité impressionnante d'outils d'évaluation spécifiques à cette sphère par des ergothérapeutes, par exemple. Elle pourrait donc être reconnue comme une théorie de référence tacite.

Points saillants

Le développement des services communautaires en ergothérapie, particulièrement en C.L.S.C., a fait face à divers impératifs qui ont pu faire varier l'actualisation de la pratique des ergothérapeutes: (1) le développement a-théorique de cette pratique particulière qui a demandé aux ergothérapeutes de transférer leurs savoirs pour

l'intervention en institution à la pratique communautaire, (2) la rareté des publications qui traitent spécifiquement de la pratique même de ces ergothérapeutes qui travaillent en milieux communautaires, (3) l'adaptation des savoirs aux exigences des milieux communautaires notamment aux orientations gouvernementales, à l'actualisation des missions des établissements, aux besoins des clientèles, aux contraintes budgétaires, aux attentes de l'équipe ou du supérieur immédiat, (4) la méconnaissance des théories d'usage qui se sont développées au quotidien de la pratique et qui guident les ergothérapeutes dans l'édification de leurs savoirs, (5) le degré de congruence entre les théories d'usage et les théories de référence. Tous ces éléments, qui influencent la pratique communautaire de l'ergothérapie, influencent aussi le développement et la consolidation de l'identité professionnelle des ergothérapeutes qui travaillent dans ces milieux, donc l'avenir de la discipline dans ce secteur d'intervention prometteur.

MODÈLE THÉORIQUE ET LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Le modèle théorique élaboré pour l'étude de la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec est schématisé à la Figure 2. On y retrouve le cadre conceptuel proposé par Schön (1994) et par Argyris et Schön (1999) pour organiser l'information disponible sur la pratique communautaire de l'ergothérapie. Les théories de référence plus générales à la pratique de l'ergothérapie, incluant les postulats idéologiques, les modèles de pratique et les lignes directrices pour l'intervention, sont à la base de la définition même de l'ergothérapie et sous-tendent les théories de référence plus spécifiques à la pratique communautaire. Ces dernières tiennent compte des variations connues dans les pratiques et sont principalement la dominance du maintien à domicile dans le développement des services communautaires, les rôles plus traditionnels attribués aux ergothérapeutes (notamment celui d'expertes de l'autonomie) et diverses interventions qui ont démontré leur efficacité et qui sont congruentes avec la pratique communautaire. Ces théories de référence sont connues et elles composent en partie les théories de l'action des ergothérapeutes qui pratiquent en milieu communautaire. Ces dernières regroupent aussi les théories d'usage qu'ont développées les ergothérapeutes dans le quotidien de leur pratique. Elles sont peu connues hormis pour quelques informations sur le rôle d'intervenant pivot qui serait occasionnellement dévolu à l'ergothérapeute. Les éléments contextuels qui influencent les choix que font les ergothérapeutes dans leur pratique communautaire et qui sont connus seraient: la présence de listes d'attente, les attentes des milieux, l'importance relative des rôles

attribués aux ergothérapeutes, la formation universitaire, la formation du supérieur immédiat, le degré de centration sur l'autonomie et la sécurité à domicile et les influences environnementales multiculturelles. Les théories de l'action ainsi constituées déterminent un univers comportemental qu'il est possible d'explorer. Cet univers nous renseigne donc sur les théories prédominantes dans la pratique des ergothérapeutes, théories sous-jacentes au développement et à la consolidation de l'identité professionnelle.

Les objectifs de *L'étude de la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C.* étaient donc de: (1) connaître le contexte de travail des ergothérapeutes en C.L.S.C., (2) connaître les clientèles desservies et les services offerts pour être à même de saisir avec précision l'intervention en ergothérapie, (3) explorer les styles de pratique qu'adoptent les ergothérapeutes qui offrent leurs services en C.L.S.C. pour en découvrir les déterminants, (4) inférer les théories qu'ont développées les ergothérapeutes par leur réflexion dans l'agir et sur l'agir professionnel en milieu communautaire, (5) déterminer la congruence de ces théories avec les théories de référence actuelles en ergothérapie. Le regroupement, le croisement et l'analyse de ces informations nous offrent finalement une vision toute particulière de certains éléments qui pourraient être primordiaux dans la consolidation de l'identité professionnelle en ergothérapie communautaire et pour l'avenir de la profession dans ce secteur d'intervention.

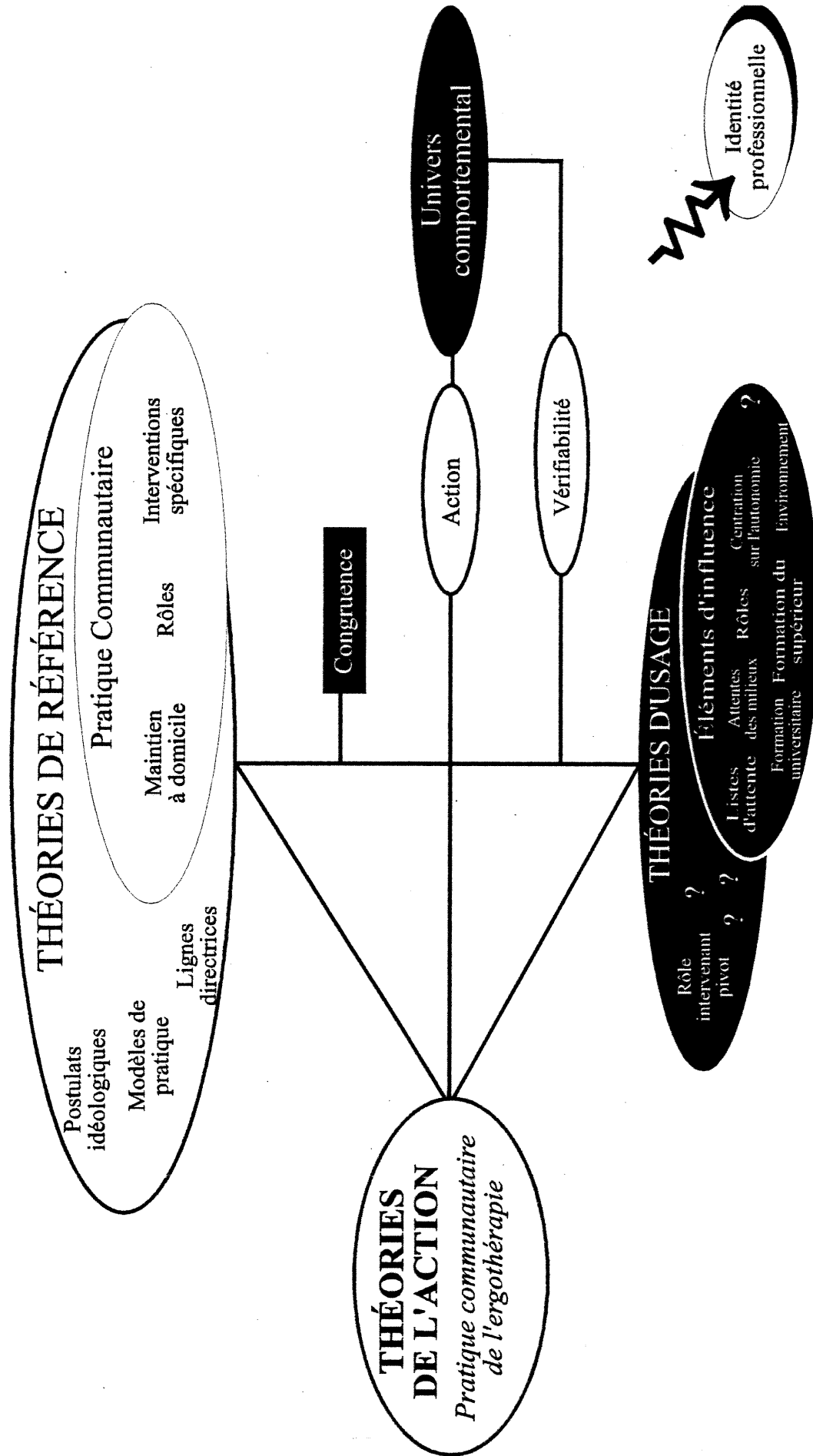


Figure 2
 Cadre conceptuel du savoir professionnel pour la pratique communautaire de l'ergothérapie (Adapté d'Argyris et Schön, 1999)

MÉTHODOLOGIE

L'enquête postale est la stratégie de recherche qui a été choisie pour documenter la pratique communautaire de l'ergothérapie. Cette enquête a eu lieu de mars à juillet 98 auprès de toutes les ergothérapeutes travaillant en C.L.S.C. au Québec.

Population à l'étude

En février 1998, la liste de toutes les ergothérapeutes travaillant dans les C.L.S.C. du Québec a été dressée en contactant par téléphone chacun des établissements identifiés à l'aide de *l'Annuaire 1997 des C.L.S.C. et des centres de santé* (Association des C.L.S.C. et des C.H.S.L.S. du Québec, 1997). Cette liste a été révisée à l'aide du *Bottin des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec* (O.E.Q., 1998) lors de sa parution en mars 1998. Les 283 ergothérapeutes recensées ont été invitées à participer à l'étude. Le seul critère d'inclusion était un lien d'embauche avec le C.L.S.C.: les ergothérapeutes travaillant à temps plein, à temps partiel, à contrat, celles ayant un poste permanent, qu'elles soient en poste, en congé ou en vacances, toutes étaient retenues.

Élaboration du questionnaire

Le questionnaire utilisé pour recueillir les données a été développé spécifiquement pour les fins de l'enquête. Le choix et l'organisation des informations à recueillir ont

eu lieu en trois étapes. D'abord, les variables portant sur la pratique de l'ergothérapie, sur les particularités de la pratique communautaire et sur l'organisation du travail dans le réseau des services de santé ont été identifiées par une revue des écrits. Les *Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client* (Santé et Bien-être social Canada, 1983) et les *Lignes directrices régissant l'intervention ergothérapique centrée sur le client* (Santé et Bien-être Social Canada et Association Canadienne des ergothérapeutes, 1986 et 1993) ont été consultées pour définir les variables caractérisant la pratique de l'ergothérapie. Les particularités de la pratique communautaire ont été recherchées principalement dans les articles de Trickey (1993), de Tremblay (1995) et de l'O.E.Q. (1997) qui traitent de la pratique en C.L.S.C. Elles ont été complétées par des informations retrouvées dans les écrits de Townsend (1988), de Lysack, Stadnyk, Paterson, McLeod et Krefting (1995) et de Tryssenaar, Ball et Klassen (1997) qui traitent plus globalement de la pratique communautaire ou encore qui en montrent certains aspects particuliers. Quelques publications portant sur diverses interventions pouvant être offertes en milieux communautaires ont aussi été consultées (Callinan et Mathiowetz, 1996; Demers, Weiss-Lambrou et Ska, 1994; Falconer, 1991; Furst, Grever, Smith, Fisher et Shulman, 1987; Gitlin et Burgh, 1995; McKinnon, 1991; Morris et Gainer, 1997) de même que *La politique de la santé et du bien-être* (Coté, 1992) et *Notre force, des personnes compétentes et dévouées* (Gouvernement du Québec, 1998) pour documenter le contexte de travail dans le réseau des services de santé. Finalement, un article portant sur la formation à la pratique communautaire de Vanier et Hébert

utilisé pour élaborer la section du questionnaire portant sur cet aspect. La construction du questionnaire basée sur cette revue des écrits et organisée en fonction d'un modèle reconnu en ergothérapie, celui de l'A.C.E. (1997), nous assurait un minimum de validité de construit (Crocker et Algina, 1986). Le questionnaire offrait le portrait le plus réaliste possible de la pratique communautaire de l'ergothérapie en regroupant les variables que les chercheurs avaient jugées importantes dans la définition même de cette pratique. Cependant, cette validité est limitée dans la mesure où les publications sur la pratique communautaire sont peu nombreuses.

Dans un deuxième temps, les variables ont été regroupées de telle sorte que les cliniciennes puissent y trouver un certain sens. Le contexte de travail était examiné le premier, englobant les caractéristiques du milieu de travail, la charge de travail des ergothérapeutes, le travail en équipe, les activités cliniques et para-cliniques. Les variables relatives aux caractéristiques des clientèles étaient ensuite proposées suivies des évaluations et des interventions faites par les ergothérapeutes auprès des clientèles vivant une déficience physique, une déficience cognitive, une maladie en phase terminale, un problème de santé mentale. Puis les opinions des ergothérapeutes face à leur formation universitaire pour la pratique communautaire et face à leur travail au C.L.S.C. étaient demandées. La dernière section du questionnaire regroupait quelques variables nous informant sur le profil des répondantes. La dernière page du questionnaire permettait aux participantes de nous faire part de leurs commentaires.

Chacune des sections débutait par une consigne simple indiquant exactement les informations qui étaient recherchées. Par exemple, pour recueillir les informations sur les évaluations et les interventions faites auprès de la clientèle vivant une maladie en phase terminale, il était indiqué: *“Les questions suivantes portent sur les interventions que vous avez effectuées au cours des 6 derniers mois auprès de vos clients présentant principalement une maladie en phase terminale.”* Suite à ces instructions, les variables relatives à ce sujet étaient présentées sous forme de questions. Pour cet exemple particulier, les répondantes devaient cocher la proportion des clients auxquels elles offraient les évaluations et les interventions proposées. Un choix de réponses était toujours offert aux répondantes soit sous la forme d’une liste nominale ou sous la forme d’une échelle ordinale à quelques niveaux (nombre de fois, % de la clientèle, niveau d’accord). Le choix des échelles pour chacune des questions s’est fait en considérant le degré de précision recherché et la simplicité de la démarche pour les répondantes, tout en évitant l’apparition d’automatisme dans les réponses.

La dernière étape de la conception du questionnaire s’est faite en consultant divers écrits qui portaient principalement sur l’amélioration des taux de réponses (Cartwright, 1978; Fox, Crask et Kim, 1988; Gilbert, Longmate et Branch, 1992; Goyder, 1982; Gullen et Garrison, 1973; Kanuk et Berenson, 1975; Maheux, Legault et Lambert, 1989). L’objectif était de présenter le questionnaire de telle façon que les ergothérapeutes désirent le consulter et le compléter. Il a été conçu en couleur (bleu, qui est corrélé positivement avec les taux de réponses, et vert), exposant clairement les affiliations

universitaires et sous un format qui le laissait paraître assez court. Les autres aspects reconnus pour améliorer les taux de réponses relevaient plus de la démarche d'enquête. Ils sont présentés dans la section suivante.

Le questionnaire a ensuite été soumis à quatre ergothérapeutes travaillant en C.L.S.C., à deux reprises, et à une ergothérapeute travaillant à des programmes de réadaptation en base communautaire. Cette démarche nous permettait de tester la validité de contenu du questionnaire. Les commentaires et les suggestions ont permis l'élaboration de la version finale du questionnaire qui a été envoyé aux ergothérapeutes. Il est présenté à l'ANNEXE 1. Le nombre et la nature des commentaires, peu nombreux et assez semblables, nous laissent penser que la validité de contenu était relativement bonne malgré le petit nombre d'experts ayant participé à la démarche. La présentation détaillée des concepts mesurés et des échelles utilisées est incluse dans deux articles qui forment la première partie des résultats.

Démarche d'enquête

Le questionnaire et la liste finale des ergothérapeutes étant complétés, la stratégie d'enquête a été élaborée. Selon les recommandations de Fox, Crash et Kim (1988), le premier envoi postal était suivi de deux rappels aux non-répondantes. Cette stratégie visant à favoriser un haut taux de réponses est abondamment documentée et s'est montrée particulièrement efficace (Denton, Tsai, et Chevrette, 1988; Kanuk et Berenson, 1975;

Tambor, Chase, Faden, Geller, Hofman et Holtzman, 1993). Fox et coll. (1988) recommandaient aussi l'utilisation de la poste de première classe et l'apposition manuelle des timbres sur les enveloppes contenant les documents, sur l'enveloppe retour pré-adressée glissée dans chaque envoi et sur la carte réponse utilisée pour identifier les répondantes. Ces stratégies ont aussi été utilisées.

La rédaction des lettres d'introduction (ANNEXE 2) accompagnant chacun des envois a été réalisée selon les recommandations de Dillman (1978). Une attention particulière a été portée à la description de l'étude pour soulever l'intérêt et susciter la participation de chacun. Le caractère anonyme de la démarche était mentionné de même que la certification du Comité de déontologie de la recherche sur les êtres humains de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa (ANNEXE 3). La planification de la diffusion des résultats était présentée. Les lettres accompagnant les rappels aux non-répondantes étaient personnalisées; les destinataires identifiés en début de lettre et les signatures apposées manuellement (Maheux et coll., 1989).

Le premier envoi a eu lieu en mars 1998. La liste des non-répondantes a été établie six semaines plus tard par la compilation des cartes réponses envoyées par les répondantes. Le premier rappel a été fait au début du mois de mai et le dernier au début du mois de juin 1998. Pour chacun des rappels, la lettre d'introduction, le questionnaire, la carte réponse et une enveloppe affranchie étaient envoyés à chacune des ergothérapeutes. À la fin du mois de juillet 1998, 249 ergothérapeutes avaient complété et retourné le questionnaire pour un taux de réponse de 87,9%.

Analyse des données

Les données ont été informatisées avec la version 7.5.2 du logiciel SPSS pour Windows (SPSS, 1997). Dans un premier temps, les distributions de fréquences ont été calculées pour toutes les variables avec les données de toutes les répondantes. Puis les intervalles de confiance à 0,95 ont été calculés en considérant les distributions de fréquences comme des estimés des proportions populationnelles (Daniel, 1991). Ces intervalles se sont avérés assez restreints pour ne présenter qu'un intérêt très relatif. Ils n'ont donc pas été retenus. Les distributions de fréquences ont aussi été calculées avec chacune des trois vagues de répondantes (premier retour et les deux rappels). Aucune différence significative n'ayant été notée, ce mode de traitement des données a donc aussi été abandonné. Le coefficient de corrélation Kendall tau-b (τ_b), qui permet de mesurer la force et la direction de la relation entre des variables ordinales (SPSS, 1997), a été utilisé pour quantifier les liens entre les variables relevant du contexte de travail, des opinions des ergothérapeutes et des caractéristiques socio-démographiques de ces dernières. Les relations entre les variables relatives à l'opinion des ergothérapeutes sur leur formation universitaire ont été étudiées à l'aide du α de Cronbach (Crocker et Algina, 1986). Cette seule analyse documentait la fidélité du questionnaire. L'échéancier ne permettait pas un test-retest, quoique les ergothérapeutes-expertes ayant validé le questionnaire l'aient complété à deux reprises en offrant les mêmes réponses. Le contenu de l'ensemble du questionnaire ne permettait pas non plus une analyse

globale de la consistance interne. Par contre, deux facteurs qui auraient pu influencer négativement la fidélité des résultats étaient évités: le groupe de répondantes était relativement homogène, toutes des ergothérapeutes en C.L.S.C., et aucune limite de temps n'était imposée pour compléter le questionnaire (Crocker et Algina, 1986).

Les similitudes dans les interventions que faisaient les répondantes ont été étudiées pour vérifier si certains styles de pratique semblaient prédominants. En groupant les ergothérapeutes en fonction des interventions qu'elles offrent à leurs clients qui vivent une déficience physique, une déficience cognitive, un problème de santé mentale ou une maladie en phase terminale, il était possible de déterminer des regroupements d'ergothérapeutes ayant des pratiques semblables ("clusters analysis"). Pour cette démarche, l'analyse par classification ascendante hiérarchique de Ward (Everitt, 1974) a été retenue. Avec les interventions offertes aux quatre clientèles qui étaient proposées aux ergothérapeutes, quatre dendrogrammes ont été faits sans aucune spécification quant au nombre de regroupements recherchés. Les dendrogrammes schématisent le processus de regroupement des sujets en fonction de variables déterminées (Everitt, 1974). Le moment de plus grande discontinuité dans le dendrogramme souligne la formation de regroupements plus distincts (Everitt, 1974; Romesburg, 1984). La validation du nombre de regroupements choisi peut se faire de différentes façons. La distribution des répondantes dans les groupes peut être comparée pour les interventions faites auprès de différentes clientèles (Everitt, 1974). Elle peut aussi être vérifiée en comparant les résultats de l'analyse des regroupements à ceux d'une analyse en composantes

principales dans laquelle les répondantes sont statistiquement traitées comme les variables à regrouper (Romesburg, 1984). La probabilité de retrouver les sujets dans les groupes qu'ils forment peut être déterminée en analysant les corrélations observées entre les variables retenues pour déterminer les regroupements et les groupes qu'elles ont effectivement permis de former (Everitt, 1974; Romesburg, 1984). Dans l'ensemble, ces analyses confirment au chercheur la validité du nombre de regroupements qu'il a déterminé.

Les regroupements ont par la suite été l'objet d'une analyse discriminante qui a permis de déterminer les évaluations et les interventions qui caractérisent chacun des groupes, pour chacune des populations proposées, c'est-à-dire les styles de pratique. Finalement, les corrélations entre les groupes et les variables relatives au contexte de travail ont été étudiées à l'aide des chi-carré (χ^2) pour déterminer les différences significatives entre les groupes.

Le processus de construction du questionnaire, l'homogénéité de l'échantillon, la rigueur dans la stratégie d'enquête et l'ensemble des analyses choisies pour traiter les résultats nous laissent penser que ces derniers offrent une représentation fidèle et valide des réalités cliniques que vivent les ergothérapeutes qui travaillent dans les C.L.S.C. du Québec. Les biais les plus fréquemment retrouvés en recherche (histoire, sélection, etc.) ont été considérés, contournés ou étudiés par l'une ou l'autre des stratégies nommées précédemment.

RÉSULTATS

À la fin du mois de juillet 98, après le premier envoi et les deux rappels, 249 ergothérapeutes avaient complété le questionnaire pour un taux de réponse de 87,9%. Les cartes réponses retournées par les répondantes ont permis de déterminer les taux de réponses pour chacune des régions socio-sanitaires du Québec (TABLEAU 1). Pour six des régions, où le nombre d'ergothérapeutes était relativement petit, les taux de réponses ont été de 100%. Pour les autres régions, les taux de participation variaient de 62% (Québec) à 100% (Outaouais). Les non-répondantes, identifiées par le traitement des cartes réponses des répondantes, étaient dispersées dans les C.L.S.C. (seule donnée disponible à leur sujet). Par exemple, pour la région de Québec, où la proportion des non-répondantes était la plus grande, elles ne travaillaient pas dans un même C.L.S.C. où dans une même sous-région. Le nombre restreint de non-répondantes dans chacune des régions nous laisse donc penser que ce facteur n'a pas eu une grande influence pour l'ensemble des résultats.

Introduction aux deux premiers articles

Les résultats de l'enquête sont présentés en grande partie dans deux articles: *L'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec après le virage ambulatoire (1e partie) et (2e partie)*. Le premier article regroupe principalement les résultats relatifs au contexte de travail des répondantes, notamment le profil des répondantes, les caractéristiques de

TABLEAU I**Taux de réponses par région socio-sanitaire**

Régions	N	n réponses			Totaux en %	
		Envoi 1	Envoi 2	Envoi 3		
01 Bas St-Laurent	8	6	2		100	
02 Saguenay / Lac St-Jean	8	7	1		100	
03 Québec	26	10	4	2	62	
04 Mauricie / Bois-Franc	20	15	1	2	90	
05 Estrie	9	8	1		100	
06 Montréal	87	44	16	15	86	
07 Outaouais	20	11	8	1	100	
08 Abitibi-Témiscamingue	5	3	2		100	
09 Côte-Nord	5	1	3	1	100	
10 Nord du Québec	3	3			100	
11 Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine	5	3		1	80	
12 Chaudière-Appalaches	18	6	8	3	94	
13 Laval	11	7	1	2	91	
14 Lanaudière	10	6	1	2	90	
15 Laurentides	10	6	1		70	
16 Montérégie	38	25	8	2	92	
TOTAUX						
	n	283	161	57	31	249
	%		64,7	22,9	12,5	87,9

leur milieu de travail et la distribution de leurs activités, l'accessibilité aux services d'ergothérapie et finalement l'opinion des ergothérapeutes face à leur pratique. Le deuxième article est centré plus directement sur les interventions que font les ergothérapeutes auprès de leurs diverses clientèles. Il présente certaines caractéristiques des clientèles, les évaluations faites par les ergothérapeutes de même que les modalités d'intervention qu'elles choisissent. Cet article présente aussi l'analyse des regroupements, "clusters analysis", pour les interventions faites auprès des clients qui vivent une déficience physique, qui a permis de déterminer les styles de pratique adoptés par les ergothérapeutes dans leurs interventions auprès de cette clientèle. L'analyse discriminante qui suit, de même que les corrélations entre les regroupements et diverses variables, permettent d'explorer les déterminants des styles de pratique adoptés par les ergothérapeutes qui interviennent auprès de cette clientèle spécifique.

Après les deux premiers articles, trois sections complètent la présentation des résultats. D'abord quelques corrélations, qui permettent de mieux saisir l'importance de certaines variables, enrichissent les résultats présentés dans les deux premiers articles. Puis les opinions des ergothérapeutes face à leur préparation universitaire pour la pratique communautaire sont présentées. Finalement, les résultats ayant permis de documenter les styles de pratique des ergothérapeutes pour l'intervention auprès des personnes vivant une déficience cognitive, une maladie en phase terminale ou un problème de santé mentale, terminent la présentation des résultats.

ARTICLE 1

**L'ERGOTHÉRAPIE DANS LES C.L.S.C. DU QUÉBEC
APRÈS LE VIRAGE AMBULATOIRE (1e partie)**

Michèle Hébert, M.A., ergothérapeute

Chargée de cours

Université d'Ottawa, École des sciences de la Réadaptation, Programme
d'ergothérapie, 451, chemin Smyth, Ottawa, Ontario K1H 8M5

Brigitte Maheux, PhD

Professeure titulaire

Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive

Louise Potvin, PhD

Professeure titulaire,

Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive

Scientifique du Conseil de recherche médicale du Canada (MRC H3-17299-AP007270)

Date de soumission: 9 avril 1999

Date de publication: juin 2000

Revue Québécoise d'ergothérapie

RÉSUMÉ

La pratique de l'ergothérapie est bien implantée dans les Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) du Québec et l'arrivée du virage ambulatoire a fait augmenter la demande de services. Pour documenter l'impact de ce changement sur la situation de l'ergothérapie dans les C.L.S.C., une enquête postale a été réalisée en 1998 auprès des 283 ergothérapeutes qui y offraient alors leurs services. Le taux de réponse a été de 88%. Les résultats montrent que même si les services d'ergothérapie se sont rapidement développés en C.L.S.C. au cours des dernières années, les ergothérapeutes ont encore à gérer une demande de services qui va au-delà des ressources disponibles. Le rythme des nouvelles références et la somme des activités administratives liées à l'intervention semblent les principaux facteurs qui génèrent une surcharge de travail pour les ergothérapeutes et des délais d'attente pour les clients.

MOTS CLÉS: Ergothérapie en C.L.S.C.
 Contexte de travail
 Enquête

L'arrivée du virage ambulatoire dans le réseau des services de santé ne fut pas sans susciter certaines inquiétudes chez les ergothérapeutes oeuvrant dans les Centres locaux de services communautaires au Québec (C.L.S.C.) (Ordre des ergothérapeutes du Québec (O.E.Q.), 1997a). Elles² appréhendaient que les nouvelles contraintes organisationnelles, principalement l'augmentation rapide des clientèles, ne compromettent la nature, la qualité et l'efficacité des services déjà en place. Pour documenter la pratique de l'ergothérapie en C.L.S.C. après l'implantation du virage ambulatoire, une enquête a donc été entreprise auprès des ergothérapeutes travaillant dans ces établissements. Cet article présente la première partie des résultats, soit ceux qui touchent le contexte de travail des ergothérapeutes, notamment les caractéristiques du milieu de travail, des activités des ergothérapeutes, l'accessibilité aux services et l'opinion des ergothérapeutes face à leur pratique actuelle en C.L.S.C.

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Le besoin d'offrir des services communautaires en ergothérapie était déjà bien identifié dans les années 1970 (Cromwell et Kielhofner, 1976; Shafer, 1971). Au cours des ans, le vieillissement de la population, la diminution des temps d'hospitalisation et le retour plus systématique des personnes en perte d'autonomie à leur domicile ont amené le déplacement des soins de santé des institutions vers la communauté (Gouvernement du Québec, 1992; Taira, 1985). Les avantages d'offrir des services

² Le genre féminin sera ici employé pour alléger le texte mais il n'exclut d'aucune façon le masculin.

d'ergothérapie dans le milieu de vie des clients ont alors été reconnus (Atchison, 1997; Borg, 1985; Strong, 1987). Au Québec, ces services se sont développés principalement dans les C.L.S.C. au milieu des années 1980 (Tremblay, 1995; Trickey, 1993). Depuis, le nombre d'ergothérapeutes offrant leurs services dans les C.L.S.C. n'a cessé d'augmenter, de 83 en 1993 (Trickey, 1993) à 283 au début de 1998 (O.E.Q., 1998).

Faisant un constat de la situation de la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. en 1994, Tremblay (1995) notait que les C.L.S.C. qui offraient des services d'ergothérapie disposaient alors de l'équivalent temps plein d'un poste et demi en ergothérapie, en moyenne. Les ergothérapeutes intervenaient le plus souvent dans le secteur du maintien à domicile. La demande de services était à ce moment d'une telle importance que la majorité des ergothérapeutes avaient à gérer une liste d'attente. Les activités administratives, telles que la rédaction de rapports, la recherche de ressources pour les clients et la gestion des services leur semblaient alors des tâches trop lourdes. Maertens et Gougeon (1993), dans une étude de la pratique communautaire des ergothérapeutes travaillant dans la région de Montréal, notaient aussi l'importance des tâches plus administratives. De fait, ils constataient que 75% du travail de ces ergothérapeutes était consacré à de l'intervention indirecte. Finalement, Tremblay (1995) constatait que les ergothérapeutes se disaient satisfaites de leur travail en C.L.S.C. en raison de la qualité du milieu, des relations avec les usagers et avec l'équipe. Le manque de temps et de ressources, dont Tremblay (1995) prévoyait l'accentuation avec l'arrivée du virage ambulatoire, étaient les principales sources d'insatisfactions.

Implanté en 1997, le virage ambulatoire est défini comme un changement de direction dans l'utilisation des ressources du système de santé (Fédération des CLSC, 1995b). Il permet le recours à des structures ambulatoires plus légères pour la prestation des services et consolide le statut d'établissements de première ligne des C.L.S.C. (Fédération des CLSC, 1995a). De fait, l'implantation du virage ambulatoire aurait fait augmenter la charge de travail des ergothérapeutes en C.L.S.C. selon les données recueillies dans 13 C.L.S.C. par l'O.E.Q. (1997a). Les clientèles requérant des services pré ou post-chirurgicaux, des suivis aux traitements hospitaliers, de la réadaptation, des soins palliatifs ou de longue durée sont davantage référées aux C.L.S.C. (Fédération des C.L.S.C., 1995b; 1995c; Rocheleau, 1995). Les ergothérapeutes travaillant dans les C.L.S.C. reçoivent donc un plus grand nombre de demandes et ce, pour des clientèles plus variées. Pour faire face à cette situation, plusieurs disent avoir modifié leurs pratiques: diminution de la durée et de la fréquence des interventions, utilisation d'outils d'évaluation plus rapides, tenue de dossiers plus brève, formation d'agents multiplicateurs, resserrement des liens avec les organismes communautaires ou réorganisation des horaires afin d'être plus disponibles pour les clients recevant leur congé des hôpitaux (O.E.Q., 1997a). Mais de tels changements dans la pratique de l'ergothérapie en C.L.S.C., imposés par des contraintes organisationnelles, ne sont pas sans susciter un questionnement chez les ergothérapeutes. On s'interroge à savoir si la pratique ne se verra pas confinée à des interventions restrictives, quoiqu'utiles, comme l'adaptation domiciliaire ou l'évaluation de l'autonomie au bain (O.E.Q., 1997a).

Il apparaît donc opportun d'évaluer la pratique de l'ergothérapie en C.L.S.C., après l'implantation du virage ambulatoire, et de décrire les contraintes organisationnelles ayant un impact sur la pratique. Après la présentation de la méthodologie retenue pour l'étude, les résultats relatifs au contexte de travail seront présentés: (1) les caractéristiques des C.L.S.C. où travaillent les ergothérapeutes et les activités de ces dernières; (2) l'accessibilité aux services d'ergothérapie, plus particulièrement les listes d'attente et les délais de consultation, et; (3) l'opinion des ergothérapeutes face à leur pratique actuelle.

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

La stratégie de recherche retenue pour documenter la pratique des ergothérapeutes en C.L.S.C. est l'enquête postale. Un questionnaire est élaboré spécifiquement pour les besoins de l'étude. Divers écrits sur l'organisation des services de santé et sur les établissements de santé québécois sont consultés pour élaborer la partie du questionnaire relative au contexte de travail. *Les lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client* (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1991) et plusieurs articles traitant de la pratique communautaire en ergothérapie servent de guide pour le développement de la partie descriptive des services en ergothérapie. Le questionnaire regroupe un ensemble de questions fermées à choix de réponses permettant de recueillir des informations démographiques sur les répondantes ainsi que des informations sur leur contexte de travail, leurs clientèles et leurs interventions. Les

questions relatives au contexte de travail portent sur certains aspects des C.L.S.C. (type de territoire, composition de l'équipe, ...), sur le contexte administratif du travail des ergothérapeutes (type de poste occupé, nombre d'heures travaillées, nombre de clients vus chaque semaine, durée moyenne des interventions, ...), sur le nombre d'heures consacré aux contacts directs avec les clients, à la rédaction de rapports, à la formation offerte aux aidants, ..., ainsi que sur l'accessibilité aux services (nombre de clients en attente et temps d'attente). Les opinions des ergothérapeutes face à leur pratique sont recueillies à l'aide d'un ensemble d'énoncés cotés avec une échelle de type Likert à quatre choix de réponses. Les répondantes peuvent faire part de leurs commentaires à la fin du questionnaire. La démarche est anonyme.

Les 283 ergothérapeutes travaillant en C.L.S.C. sont recensées à l'aide de *l'Annuaire 1997: Les C.L.S.C. et les centres de santé* (Association des C.L.S.C. et des C.H.S.L.D. du Québec, 1997) et du *Bottin des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec* (O.E.Q., 1998). Elles reçoivent en mars 1998 une première invitation à participer à l'étude. Cet envoi contient une lettre d'introduction, le questionnaire *L'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec*, une enveloppe-retour et une carte confirmant la participation qui doit être retournée sous pli séparé. Cette dernière permet d'identifier les non-répondants en assurant l'anonymat des répondants. Deux rappels ont lieu en mai et en juin 1998.

Les données sont majoritairement analysées à l'aide de la version 7.5.2 du logiciel SPSS (1997). Les distributions de fréquences sont déterminées pour l'ensemble des

variables et les intervalles de confiance à 0,95 sont calculés en considérant les distributions de fréquences comme des estimés des proportions populationnelles (Daniel, 1991). Les facteurs associés aux délais d'attente sont étudiés à l'aide du coefficient de corrélation de Kendall's tau-b.

RÉSULTATS

Au total, 249 ergothérapeutes ont complété et retourné le questionnaire, ce qui porte le taux de réponse à 87,7%. Tous les C.L.S.C. où travaille au moins une ergothérapeute sont représentés dans l'échantillon. Toutes les régions administratives sont aussi représentées avec un taux de réponse supérieur à 60% pour chacune des régions.

Les répondantes sont majoritairement des femmes dont l'âge moyen est de 34 ans (écart type de 7 ans, minimum à 23 ans et maximum à 58 ans). Elles ont majoritairement moins de 35 ans, moins de 10 ans d'expérience en ergothérapie et moins de cinq en C.L.S.C. Un peu plus de la moitié d'entre-elles ont reçu leur formation en ergothérapie à l'Université de Montréal (Tableau 1).

<i>Tableau 1</i>

Caractéristiques du milieu de travail et des activités des ergothérapeutes

La majorité des répondantes (62%) rapporte que l'ergothérapie est implantée depuis moins de 10 ans dans leur C.L.S.C. Le milieu de travail typique regroupe deux

ou trois ergothérapeutes (le plus souvent trois) dont le supérieur immédiat est habituellement infirmière ou travailleur social. Plus de 90 % des ergothérapeutes travaillent au sein d'une équipe multidisciplinaire presque toujours composée d'au moins une infirmière (98%) et un travailleur social (98%), et moins souvent d'un auxiliaire familial (89%), d'un médecin (75%) et d'un physiothérapeute (74%). Pour la majorité des répondantes, les activités d'équipe sont peu fréquentes hormis les rencontres multidisciplinaires.

Près de trois ergothérapeutes sur quatre occupent un poste permanent au C.L.S.C. (Tableau 2) et majoritairement des postes à temps plein. Elles offrent principalement leurs services au secteur du maintien à domicile. Plus de la moitié des répondantes rapportent voir de cinq à dix clients par semaine alors qu'on leur en réfère de trois à cinq nouveaux pendant cette même période, pour près de la moitié d'entre-elles. Elles consacrent le plus souvent d'une à deux heures aux visites. Le nombre moyen d'interventions faites auprès de chacun des clients est inférieur à cinq pour plus de 60% des répondantes.

<i>Tableau 2</i>

La rédaction de rapports est l'activité qui occupe le plus le temps de travail des ergothérapeutes, légèrement plus que les contacts directs avec les clients. De fait, 50% des répondantes indiquent consacrer plus du tiers de leur temps à la rédaction de rapports et moins du tiers à des contacts directs avec des clients. C'est 45% qui

indiquent la proportion inverse. Les autres tâches administratives sont moins fréquentes mais la gestion des équipements, la participation à des comités, les contacts avec d'autres organismes et la gestion de cas occupent plusieurs heures de travail des ergothérapeutes. Le temps consacré aux rapports statistiques, à l'évaluation des services, aux formations pour les aidants naturels, à la consultation ou à l'élaboration de programmes est généralement minime. La gestion de la liste d'attente est l'activité administrative qui occupe le moins le temps de travail. Le temps consacré aux tâches indirectes et administratives pourrait donc expliquer le nombre restreint de clients vus chaque semaine.

Accessibilité aux services ergothérapeutiques en C.L.S.C.

Près de la moitié des répondantes comptent moins de 10 clients en attente alors que 13% en comptent plus de 30 (Tableau 3). Quand la situation du client est jugée urgente, le temps d'attente pour recevoir des services en ergothérapie est souvent de moins d'une semaine. Pour les clients dont la situation n'est pas jugée urgente, quelques ergothérapeutes les verront dans la semaine qui suit la référence alors que 29% devront les faire attendre plus de quatre mois. Seuls deux facteurs sont corrélés aux délais d'attente: la longueur de la liste d'attente ($\tau_k=0,33$ et $0,52$ en urgence et non, $p<0,001$) et le nombre d'ergothérapeutes à l'emploi du C.L.S.C. ($\tau_k = -0,11$ et $-0,20$, $p<0,02$). C'est donc dire que les clients attendront plus longtemps si le C.L.S.C. compte moins

d'ergothérapeutes ou si la liste d'attente est plus longue. Or, la liste d'attente sera plus longue si le nombre d'ergothérapeutes est moindre ($\tau_x = -0,20$, $p < 0,001$).

<i>Tableau 3</i>

Opinion des ergothérapeutes en C.L.S.C. face à leur pratique

La majorité des répondantes disent aimer leur travail (96%) et le milieu de travail (90%) alors que 60% indiquent que le climat s'est détérioré depuis l'implantation du virage ambulatoire. Elles pensent majoritairement que les ergothérapeutes de leur C.L.S.C. n'arrivent plus à répondre à la demande de services (76%) mais 61% affirment répondre aux besoins des clients qu'elles voient. Pour 68% des répondantes, les temps d'attente qui sont imposés aux nouveaux clients sont trop longs. Elles affirment aussi manquer de temps pour faire les interventions comme elles le voudraient (85%), consacrer trop de temps aux tâches administratives (79%) et être inquiètes de la qualité des services en ergothérapie offerts dans leur C.L.S.C. (70%). Les ergothérapeutes inquiètes de la qualité des services sont principalement celles devant faire attendre leurs clients plus longtemps ($\tau_x = 0,17$ et $0,25$, $p < 0,01$ en urgence et non).

Près d'une ergothérapeute sur deux a inscrit un commentaire à la fin du questionnaire confirmant qu'elles sont très sollicitées, d'avantage depuis le virage ambulatoire. Elles mentionnent que les listes d'attente sont préoccupantes parce qu'elles génèrent un sentiment d'urgence qui les pousse à changer leur pratique. Elles

disent offrir des services plus ponctuels, plus courts, plus centrés sur la seule sécurité à domicile alors que les besoins leur semblent tellement plus grands.

DISCUSSION

Les résultats de la présente enquête nous permettent de faire trois constats: 1) si les services d'ergothérapie avaient connu un essor important dans les C.L.S.C. au cours des quinze dernières années, l'implantation du virage ambulatoire a amené un deuxième souffle au développement des services, 2) les tâches administratives sont importantes dans la répartition du temps de travail des ergothérapeutes et, 3) les contraintes administratives, principalement les délais d'attente que subissent les clients pour recevoir les services, semblent pousser les ergothérapeutes vers une <pratique d'urgence>.

L'intervention communautaire en ergothérapie, qualifiée de non-traditionnelle au début de la décennie, occupe maintenant la place importante que lui prédisait Shafer (1971), Taira (1985), Borg (1985) et Strong (1987) en soulevant les bénéfices potentiels de l'intervention dans le milieu de vie naturel des clients. Au moment de l'enquête, un peu plus de 14% des ergothérapeutes membres de l'O.E.Q. (1997b) offraient leurs services dans les C.L.S.C. du Québec. Chaque établissement compte le plus souvent trois postes à temps plein en ergothérapie, comparativement à un et demi en 1994 (Tremblay, 1995). Un peu plus de 15% des ergothérapeutes qui travaillent en C.L.S.C. y sont arrivées depuis l'implantation du virage ambulatoire. Alors que Vanier et Hébert

(1995) remarquaient qu'il était souvent entendu qu'une solide expérience clinique était requise pour pallier le manque d'encadrement et l'isolement professionnel vécus dans les milieux communautaires, les jeunes diplômées y sont très présentes. L'isolement est maintenant de moins en moins fréquent dans les C.L.S.C. alors que seulement 19% des ergothérapeutes y pratiquent seules.

Le plus souvent les ergothérapeutes détiennent des postes permanents à temps plein et seuls quelques C.L.S.C. au Québec n'offraient pas de services d'ergothérapie au moment de l'enquête (cinq recensés). La méconnaissance, à la fois des services communautaires en ergothérapie et du potentiel de l'ergothérapeute à agir dans le milieu de vie naturel des clients, semble avoir été corrigée, du moins en regard du maintien à domicile. Les efforts pour promouvoir l'ergothérapie dans ce domaine ont donné des résultats. Les ergothérapeutes auraient maintenant intérêt à promouvoir leurs services dans les secteurs de la santé mentale, de la santé au travail et de l'enfance-famille.

Tremblay (1995) prévoyait que les ressources en ergothérapie dans les C.L.S.C. ne seraient pas suffisantes pour répondre à la demande au moment du virage ambulatoire. La présence des listes d'attente, des délais qui y sont rattachés et les commentaires des répondantes confirment cette crainte. De plus, le temps consacré aux tâches plus administratives et le rythme d'arrivée des nouvelles références augmentent significativement la charge de travail des ergothérapeutes. Pour faire face à la situation, plusieurs semblent avoir adopté une pratique qui s'apparente à celle de l'urgence. Cette pratique apparaît bien légitime dans un tel contexte: prioriser les clientèles nécessitant

une intervention rapide et limiter le nombre d'interventions auprès de chacun afin de satisfaire aux attentes administratives d'efficacité axées sur les résultats (Gouvernement du Québec, 1998). Les clients nécessitant une intervention en urgence reçoivent assez rapidement des services d'ergothérapie et représentent probablement une bonne partie de la nouvelle clientèle du virage ambulatoire. Cependant, les clients ne requérant pas d'intervention jugée urgente doivent bien souvent attendre plusieurs mois avant de recevoir des services. Considérant que l'intervention communautaire en ergothérapie s'adresse principalement à des personnes en perte d'autonomie, l'attente risque d'amplifier l'alourdissement des clientèles déjà notée par l'O.E.Q. (1997a). Les besoins de ces clients deviendront plus grands mais en adoptant une <pratique d'urgence>, l'ergothérapeute disposera de moins de temps pour chacun. De plus, il est à craindre que la priorisation établie pour les clientèles urgentes ait un effet sur le choix des interventions faites auprès des clients. Dans une <pratique d'urgence>, la sécurité à domicile deviendra nécessairement la priorité et les autres interventions risquent d'être négligées. La crainte des ergothérapeutes de voir leur rôle confiné à la sécurité au bain (O.E.Q., 1997a) pourrait se confirmer si le seul critère d'efficacité est la longueur de la liste d'attente.

La moitié des ergothérapeutes qui ont participé à l'étude relatent qu'elles consacrent plus du tiers de leur temps de travail à la rédaction de rapports et un autre tiers à diverses activités administratives. La rédaction des notes d'évaluation et d'évolution, les rapports et les demandes de fonds pour l'achat d'équipements sont

autant d'activités qui occupent les ergothérapeutes loin de leurs clients. Cette répartition du temps de travail ne semble pas plaire aux ergothérapeutes qui considèrent très majoritairement manquer de temps pour faire les interventions comme elles le voudraient et qui jugent consacrer trop de temps aux activités administratives. L'importance de ces activités, certes nécessaires et utiles aux clients, semble être une source d'insatisfaction pour les ergothérapeutes. Il faut cependant noter que les résultats de l'enquête montrent une amélioration au niveau du temps consacré à ces activités comparativement aux résultats de Maertens et Gougeon (1993).

Les résultats de cette première partie de l'enquête sur *L'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec* semblent essentiellement confirmer les résultats obtenus par Tremblay (1995) et ceux obtenus lors du sondage effectué par l'O.E.Q. (1997) peu de temps après l'implantation du virage ambulatoire. La demande pour des services d'ergothérapie est très importante, les ressources humaines insuffisantes et les listes d'attente présentes dans presque tous les C.L.S.C. Les ergothérapeutes semblent avoir adapté leur pratique professionnelle pour faire face à l'augmentation de clientèle et aux pressions exercées par les listes d'attente: les interventions auprès des clients sont brèves et moins fréquentes, et les clientèles pour lesquelles une intervention est jugée urgente sont priorisées. Mais les stratégies décrites par les ergothérapeutes: tenue de dossier plus brève, formation d'agents multiplicateurs et resserrement des liens avec les organismes communautaires, ne semblent pas avoir été adoptées par la majorité des répondantes. Les ergothérapeutes sont peut-être encore en période d'ajustement dans

la mesure où le virage ambulatoire n'est implanté que depuis 12 ou 18 mois dans la majorité des régions du Québec.

CONCLUSION

Le très haut taux de réponses obtenu à l'enquête souligne l'intérêt que les ergothérapeutes portent à leur pratique professionnelle en C.L.S.C. Il permet aussi de présumer que les résultats présentés sont représentatifs de la pratique de l'ergothérapie en C.L.S.C. au Québec. Ils sont donc d'un intérêt certain pour poursuivre l'évaluation de la pratique communautaire de l'ergothérapie.

Malgré l'ensemble des contraintes organisationnelles vécues par les ergothérapeutes en C.L.S.C., elles affirment aimer leur travail et leur milieu de travail. Cependant le manque de temps, bien ressenti depuis l'implantation du virage ambulatoire, semble les pousser vers une pratique qui s'apparente plus à celle de l'urgence. Un tel changement explique les inquiétudes exprimées face au climat de travail, à l'ampleur de la demande de services et à la qualité des services offerts. La <pratique d'urgence> semble être en conflit avec une pratique dont les fondements sont humanistes. Les contraintes organisationnelles créent une pression vers ce type de pratique et l'éloignent probablement d'une pratique centrée sur les besoins des clients. Les ergothérapeutes ont-elles adhéré aux demandes de l'organisation en excluant certaines interventions considérées dans notre profession comme une force? La pratique communautaire de l'ergothérapie subit-elle trop la pression d'un réseau de la santé et des

services sociaux centré sur les résultats? Ces questions sont traitées dans la deuxième partie l'enquête sur l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec et feront l'objet d'un autre article.

RÉFÉRENCES

Association Canadienne des Ergothérapeutes. (1991). Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client. Toronto: Auteur.

Association des C.L.S.C. et des C.H.S.L.D. du Québec. (1997). Annuaire 1997: Les C.L.S.C. et les centres de santé. Montréal: Auteur.

Atchison, B. (1997). Occupational therapy in home health: Rapid changes need proactive planning. American Journal of Occupational Therapy, 51, 406-409.

Borg, N. (1985). Home care occupational therapy: A vital link to independence. Occupational Therapy in Health Care, 2, 61-67.

Cromwell, F. S., & Kielhofner, G. W. (1976). An educational strategy for occupational therapy community service. American Journal of Occupational Therapy, 30, 629-633.

Daniel, W. W. (1991). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: John Wiley and Sons.

Fédération des C.L.S.C. du Québec. (1995a). Volet 1: Le réseau C.L.S.C. - Partie prenante dans la transformation du système de santé et des services sociaux et dans le virage ambulatoire. Montréal: Fédération des C.L.S.C. du Québec.

Fédération des C.L.S.C. du Québec. (1995b). Volet 2: Virage ambulatoire - Introduction générale. Montréal: Fédération des C.L.S.C. du Québec.

Fédération des C.L.S.C. du Québec. (1995c). Volet 3: Virage ambulatoire - Services à domicile. Montréal: Fédération des C.L.S.C. du Québec.

Gouvernement du Québec. (1992). La politique de la Santé et du Bien-être. Ste-Foy: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Gouvernement du Québec. (1998). Notre force, des personnes compétentes et dévouées 1988-1999 à 2000-2001. [Http://msss.gouv.qc.ca](http://msss.gouv.qc.ca)

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.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (1997a). Les pratiques professionnelles en ergothérapie: Changements observés liés au virage ambulatoire. Montréal: Auteur.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (1997b). Rapport Annuel 1996-1997. Montréal: Auteur.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (1998). Bottin des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Montréal: Auteur.

Rocheleau, L. (1995, décembre). Les impacts prévisibles du virage ambulatoire et une esquisse des ajustements amorcés par les CLSC du Québec. Communication présentée à la Conférence Internationale les centres communautaires de santé: au centre des réformes des systèmes de santé.

Shafer, A. (1971). Providing supportive services to the elderly. American Journal of Occupational Therapy, 25, 423-427.

SPSS. (1997). SPSS for Windows Release 7.5.2. Chicago: Auteur.

Strong, J. (1987). An extension of the occupational therapy role in gerontology. American Journal of Occupational Therapy, 34, 157-160.

Taira, E. D. (1985). After treatment what? New roles for occupational therapists in the community. Occupational Therapy in Health Care, 2 (1), 13-24.

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.

Vanier, C., & Hébert, M. (1995). An occupational therapy course on community practice. Canadian Journal of Occupational Therapy, 62, 76-81.

TABLEAUX

Tableau 1

Profil socio-démographique des ergothérapeutes travaillant en C.L.S.C. au Québec en 1998 (n = 249)

<i>Caractéristiques des répondantes</i>	<i>% des répondantes</i>
Genre (<i>% de femmes</i>)	93
Âge	
<i>Moins de 25 ans</i>	10
<i>25 à 35 ans</i>	52
<i>36 à 45 ans</i>	32
<i>Plus de 45 ans</i>	6
Années d'expérience en ergothérapie	
<i>Moins de 1 an</i>	5
<i>1 à 5 ans</i>	32
<i>6 à 10 ans</i>	24
<i>Plus de 10 ans</i>	39
Années d'expérience en C.L.S.C.	
<i>Moins de 1 an</i>	15
<i>1 à 5 ans</i>	45
<i>6 à 10 ans</i>	31
<i>Plus de 10 ans</i>	9
Année d'obtention du diplôme d'ergothérapie	
<i>Avant 1980</i>	16
<i>1980 à 1989</i>	36
<i>Depuis 1990</i>	48
Université de formation	
<i>Montréal</i>	51
<i>Laval</i>	29
<i>McGill</i>	14
<i>Ottawa</i>	5
<i>autres universités</i>	7

Tableau 2

Caractéristiques administratives du travail des ergothérapeutes en C.L.S.C. au Québec en 1998 (n = 249)

<i>Caractéristiques</i>	<i>% des répondantes</i>
Type de poste occupé	
<i>Permanent</i>	74
<i>Temporaire</i>	21
<i>Contractuel</i>	5
Nombre d'heures travaillées	
<i>32 hrs/sem. et plus</i>	61
<i>14 à 31 hrs/sem.</i>	35
<i>Moins de 14 hrs/sem.</i>	4
Principal secteur d'intervention	
<i>Maintien-Soutien à domicile</i>	97
<i>Santé mentale</i>	2
<i>Santé au travail / Enfance-famille</i>	1
Interventions faites principalement aux domiciles des clients	81
Nombre moyen de clients vus chaque semaine	
<i>Moins de 5</i>	34
<i>5 à 10</i>	53
<i>Plus de 10</i>	13
Durée moyenne des interventions	
<i>Moins d'une heure</i>	18
<i>1 à 2 hrs</i>	76
<i>Plus de 2 hrs</i>	6
Nombre moyen d'interventions pour chaque client	
<i>Moins de 5</i>	61
<i>5 à 10</i>	31
<i>Plus de 10</i>	8
Nombre moyen de nouveaux clients référés chaque semaine	
<i>1 ou 2</i>	41
<i>3 à 5</i>	48
<i>Plus de 5</i>	11

Tableau 3

Caractéristiques de l'attente pour recevoir des services d'ergothérapie dans les C.L.S.C. en 1998 (n = 249)

<i>Caractéristiques</i>	<i>% des répondantes</i>
Nombre moyen de clients en liste d'attente	
<i>Moins de 10</i>	48
<i>10 à 20</i>	25
<i>21 à 30</i>	14
<i>Plus de 30</i>	13
Temps d'attente maximal	
pour les cas urgents	
<i>Moins de 48 hrs</i>	39
<i>2 jours à 1 semaine</i>	47
<i>Plus d'une semaine</i>	14
pour les cas non-urgents	
<i>Moins d'un mois</i>	40
<i>1 à 3 mois</i>	31
<i>4 à 6 mois</i>	15
<i>Plus de 6 mois</i>	14

ARTICLE 2

**L'ERGOTHÉRAPIE DANS LES C.L.S.C. DU QUÉBEC
APRÈS LE VIRAGE AMBULATOIRE (2e partie)**

Michèle Hébert, M.A., ergothérapeute

Chargée de cours

Université d'Ottawa, École de la Réadaptation, Programme d'ergothérapie,
451, chemin Smyth, Ottawa, Ontario K1H 8M5

Brigitte Maheux, PhD

Professeure titulaire

Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive

Louise Potvin, PhD

Professeure titulaire,

Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive

Scientifique du Conseil de recherche médicale du Canada (MRC H3-17299-AP007270)

Date de soumission: 13 janvier 2000

Date de publication: printemps 2001 (sous-presses)

Revue Québécoise d'ergothérapie

RÉSUMÉ

Dans les 15 dernières années, les services d'ergothérapie se sont bien implantés dans les Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) du Québec et l'arrivée du virage ambulatoire a même provoqué une augmentation du nombre d'ergothérapeutes qui travaillent dans ces établissements. Cet article présente la deuxième partie des résultats d'une enquête postale faite en 1998 au Québec auprès de 249 ergothérapeutes pratiquant en C.L.S.C., qui visait spécifiquement à documenter cette pratique particulière. Les données recueillies montrent que les ergothérapeutes voient principalement une clientèle très représentative de celle du maintien à domicile, que les interventions sont majoritairement centrées sur l'autonomie et la sécurité à domicile et que les ergothérapeutes tendent majoritairement à adopter un style de pratique centré sur la déficience principale de leurs clients. Les implications d'un tel style de pratique, ses causes et ses conséquences, sont abordées dans la discussion.

MOTS CLÉS: Profil de pratique
Ergothérapie communautaire
Enquête

L'ergothérapie s'est développée dans les milieux communautaires sans lignes directrices spécifiques à cette pratique particulière. Les ergothérapeutes ont dû adapter leurs savoirs, souvent consolidés en établissement, aux besoins et aux attentes des milieux (McColl, 1998). Au Québec, cette pratique s'est surtout développée dans les C.L.S.C. (Trickey, 1993). Les tâches et fonctions que les ergothérapeutes y assument sont encore aujourd'hui mal connues, d'autant plus qu'elles semblent avoir variées pendant la réforme des services de santé (Ordre des Ergothérapeutes du Québec (Q.E.Q.), 1997; Tremblay, 1995). Une enquête a donc été entreprise auprès de toutes³ les ergothérapeutes travaillant en C.L.S.C. pour documenter leur pratique. Cet article propose la deuxième partie des résultats. Le profil de la clientèle desservie par les ergothérapeutes est présenté puis les démarches d'évaluation et les modalités qu'elles choisissent pour intervenir sont exposées et analysées pour déterminer si les ergothérapeutes partagent certains styles de pratique.

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Au Canada, des services communautaires en ergothérapie étaient déjà offerts dans les années 1920 (McKinnon et Madill, 1987; Robinson, 1981). Rares à l'époque, ils se sont graduellement développés dans divers secteurs d'intervention, notamment les écoles (Royeen et Marsh, 1988), les agences gouvernementales et les industries (Townsend, 1988), les organismes qui offrent des services en santé mentale (Tryssenarr,

³ Le genre féminin sera ici employé pour alléger le texte mais il n'exclut d'aucune façon le masculin.

Ball, et Klassen, 1997) et le secteur des soins et services à domicile (Borg, 1985; Trickey, 1993). L'importance d'offrir des services communautaires en ergothérapie est bien documentée, même dans le cadre des orientations actuelles en matière de santé (Baum et Law, 1997) mais la pratique quotidienne des ergothérapeutes qui offrent ces services l'est beaucoup moins.

L'Association canadienne des ergothérapeutes (A.C.E.) (1990) décrit les soins à domicile en ergothérapie comme l'ensemble des services (évaluation, traitement, consultation et éducation) offerts aux personnes en fonction de leurs besoins et leurs ressources, dans leur milieu de vie naturel. Cette définition ne permet pas de bien distinguer la pratique communautaire de celle en établissement, hormis pour le lieu d'intervention. Cette seule nuance devient souvent l'élément clé de la définition de la pratique communautaire de l'ergothérapie (Lysack, Stadnyk, Paterson, McLeod et Krefting, 1995). Or, les services communautaires peuvent être très différents des services hospitaliers comme le soutient Trickey (1993) en proposant que ces services se distinguent par des objectifs d'intégration sociale et par une approche préventive centrée sur les groupes à risque.

Au Québec, les ergothérapeutes qui travaillent en milieu communautaire se retrouvent surtout dans les C.L.S.C. (Trickey, 1993). En 1998, 14% des ergothérapeutes membres de l'O.E.Q. travaillent en C.L.S.C. (O.E.Q., 1998) et elles offrent surtout leurs services au maintien à domicile (Hébert, Maheux et Potvin, 2000). Faisant un constat de la situation de la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec en 1994,

Tremblay (1995) note que les tâches des ergothérapeutes sont variées. Parmi les plus fréquentes, elle retient l'évaluation des capacités fonctionnelles, la rédaction de rapports, les communications pour les usagers, la recherche de ressources, la participation à des réunions, la gestion des services, les formations offertes aux usagers, la consultation auprès des intervenants du C.L.S.C. et l'adaptation domiciliaire. Plusieurs autres tâches cliniques (évaluation de fauteuil roulant, du positionnement, etc.) et administratives (formations, gestion du matériel, etc.) sont moins fréquentes mais bien présentes dans le travail des ergothérapeutes. Ces tâches étaient appelées à se diversifier davantage à l'implantation du virage ambulatoire et à l'arrivée de nouvelles clientèles dans les C.L.S.C. (Fédération des C.L.S.C. du Québec, 1995). Or, les résultats d'un sondage fait auprès d'ergothérapeutes travaillant dans 13 C.L.S.C., peu après le virage ambulatoire, montrent que ces dernières offrent plus d'interventions pour les déplacements et les transferts mais moins d'interventions préventives et moins de suivis (O.E.Q., 1997).

Les changements organisationnels dans les C.L.S.C. et les restrictions dans les rôles habituellement reconnus aux ergothérapeutes pourraient mettre en péril les fondements disciplinaires de la profession dans ce relativement jeune secteur d'intervention. Les lignes directrices définissant l'exercice de l'ergothérapie soutiennent la centration de l'intervention sur le client et les activités qui lui sont significatives, sur l'holisme dans l'intervention et sur la satisfaction du client face à sa qualité de vie (A.C.E., 1997). Ces valeurs semblent s'inscrire difficilement dans les changements observés par l'O.E.Q. (1997), dans la pratique de l'urgence parfois adoptée en réponse

aux pressions organisationnelles (Hébert et coll., 2000) et dans les objectifs de rendement proposés dans le réseau des services de santé (Gouvernement du Québec, 1998; Pineault, 1992; Rollin-Gagnon, 1999). Certaines interventions qui contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des personnes comme la promotion de l'activité, l'éducation à la conservation d'énergie, le rétablissement de l'horaire occupationnel, le soutien aux aidants naturels (A.C.E., 1997; McKinnon, 1991; Morris et Gainer, 1997) risquent d'être délaissées au profit des besoins organisationnels.

Il devient donc impératif de documenter la pratique communautaire de l'ergothérapie au Québec, notamment les services offerts en C.L.S.C. après le virage ambulatoire, pour mieux connaître cette pratique et mieux comprendre l'impact des récents changements sur ce secteur d'intervention prometteur en ergothérapie. Donc, après un bref rappel de la méthodologie utilisée pour l'étude, les résultats relatifs à la pratique même des ergothérapeutes seront présentés.

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

La stratégie de recherche utilisée pour étudier la pratique de l'ergothérapie en C.L.S.C est l'enquête postale. Toutes les ergothérapeutes qui pratiquaient en C.L.S.C. au début de l'année 1998, recensées à l'aide de *L'Annuaire 1997: Les C.L.S.C. et les centres de santé* (Association des C.L.S.C. et des C.H.S.L.D. du Québec, 1997) et du *Bottin des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec* (O.E.Q., 1998), sont invitées à participer à l'étude. Après un premier envoi et deux rappels, 249

ergothérapeutes complètent le questionnaire pour un taux de réponse de 87,7%. Les détails relatifs à la méthodologie de l'enquête et la première partie des résultats sont présentés dans *L'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec après le virage ambulatoire (1e partie)* (Hébert et coll., 2000).

Le questionnaire utilisé pour l'enquête et conçu spécifiquement à cette fin permet de recueillir des informations sur le contexte de travail des ergothérapeutes (Hébert et coll., 2000) et sur divers aspects des interventions qu'elles font auprès des clients qui vivent soit une déficience physique, une déficience cognitive, un problème de santé mentale ou une maladie en phase terminale. Le profil de la clientèle des ergothérapeutes est étudié en fonction du groupe d'âge des clients (enfants, adultes ou personnes âgées), de leur déficience (physique, cognitive, etc.), du domaine d'activité perturbé (a.v.q., travail ou loisirs) et du référant. Pour documenter les interventions, le *Modèle du rendement occupationnel* (A.C.E., 1991) et la documentation sur l'intervention communautaire permettent d'élaborer une liste de divers éléments susceptibles d'être retrouvés dans la pratique en C.L.S.C. Les répondantes indiquent pour quelle proportion de leur clientèle (10% ou moins, environ 25%, environ 50%, environ 75% et 90% ou plus) elles font de routine l'évaluation des fonctions humaines (physiques, psychologiques, cognitives, sociales), de la mobilité, du positionnement, de l'autonomie, des intérêts, de la sécurité à domicile, de l'aménagement de l'environnement et des ressources familiales ou communautaires. Ce processus est répété pour l'évaluation des clients qui vivent une déficience physique, une déficience cognitive, un problème de

santé mentale ou une maladie en phase terminale. L'utilisation d'outils standardisés pour l'évaluation de ces aspects est documentée. Les modalités d'interventions choisies par les ergothérapeutes sont étudiées de façon analogue pour l'adaptation, la conception, la prescription ou l'enseignement de programmes d'exercices, du positionnement, des transferts, des aides à la marche ou des fauteuils roulants, des aides techniques ou des équipements, de techniques particulières, l'exploration de nouveaux intérêts pour les clients, le soutien aux clients ou à leurs proches, la psychothérapie et la référence à d'autres ressources.

Les données sont analysées avec la version 7.5.2 du logiciel SPSS (SPSS, 1997). Suite au calcul des distributions de fréquences pour l'ensemble des variables, les données relatives aux évaluations et aux interventions faites auprès des clients présentant une déficience physique sont utilisées pour étudier les styles de pratique adoptés par les ergothérapeutes. Les interventions faites auprès de cette seule clientèle sont retenues car près de la totalité des répondantes ($n=242/249$) offrent des services à ces clients. L'analyse par classification ascendante hiérarchique de Ward (Everitt, 1974) permet de regrouper les ergothérapeutes en fonction des similitudes concernant les services qu'elles offrent à leurs clients vivant une déficience physique, donc de déterminer si certaines ont des pratiques semblables. Les groupes de répondantes ainsi formés sont ensuite l'objet d'une analyse discriminante visant à identifier les variables qui déterminent l'appartenance à l'un ou l'autre des groupes. Les corrélations entre les

groupes et divers éléments contextuels de la pratique des ergothérapeutes sont finalement étudiées à l'aide du coefficient chi-carré (Everitt, 1974; Romesburg, 1984).

RÉSULTATS

Profil de la clientèle des ergothérapeutes en C.L.S.C

La clientèle des ergothérapeutes en C.L.S.C. est composée en grande majorité de personnes âgées, de personnes présentant une déficience physique et une perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne (Tableau 1). Pour 80% des répondantes, les clients âgés représentent la moitié ou plus de leur clientèle. Les personnes présentant une déficience physique sont aussi majoritaires dans la clientèle de 95% des répondantes. Les personnes ayant une maladie en phase terminale ne sont jamais une clientèle très fréquente des ergothérapeutes. Le principal domaine d'activité perturbé chez les clients est celui des a.v.q. ou des a.v.d. et ils sont principalement référés à l'ergothérapeute par un intervenant du C.L.S.C.

<i>Tableau 1</i>

Modalités d'évaluation en ergothérapie

Les ergothérapeutes évaluent assez systématiquement l'autonomie fonctionnelle et la sécurité à domicile pour l'ensemble de leurs clients, indépendamment de la déficience vécue par ces derniers (Tableau 2). Avec les personnes qui vivent une déficience physique, cognitive ou une maladie en phase terminale, les ergothérapeutes

évaluent plus fréquemment la mobilité, le positionnement et l'aménagement de l'environnement. Autrement, le processus d'évaluation est adapté à la déficience du client. Par exemple, les fonctions physiques sont évaluées plus systématiquement pour les personnes qui présentent une déficience physique. L'évaluation des intérêts est assez fréquente pour la seule clientèle qui présente un problème de santé mentale.

<i>Tableau 2</i>

Hormis pour l'évaluation des fonctions cognitives, les outils d'évaluation standardisés sont peu utilisés par les répondantes. Le PECPA-2r et le MMMS sont les évaluations le plus souvent mentionnées; 62% des répondantes disent les utiliser. Seules 26 % des ergothérapeutes utilisent un outil standardisé pour évaluer l'autonomie et à cet égard plusieurs mentionnent le SMAF. Près de 22% des répondantes mentionnent utiliser un outil spécifique pour évaluer certaines fonctions physiques (goniomètres, bilan articulaire, etc.). Pour tous les autres aspects, le pourcentage des répondantes qui utilisent des outils standardisés pour évaluer est inférieur à 10%.

Modalités d'intervention en ergothérapie

Généralement, le choix des modalités d'intervention varie en fonction de la déficience principale des clients (Tableau 3). Les services offerts semblent plus semblables pour les clients qui vivent une déficience physique et ceux qui vivent une maladie en phase terminale. Il en est de même pour les clients qui vivent une déficience cognitive et ceux qui présentent un problème de santé mentale. Globalement, toutes

clientèles confondues, l'intervention via les aides techniques et les équipements est la plus fréquente alors que l'intervention centrée sur les intérêts du client est la plus rare, hormis pour les programmes d'exercices que les répondantes disent maintenant dévolus aux physiothérapeutes de leurs établissements.

<i>Tableau 3</i>

Styles de pratique des ergothérapeutes en C.L.S.C.

Les résultats relatifs aux fréquences des évaluations et des modalités d'intervention auprès des clients vivant principalement une déficience physique ont été utilisés pour explorer les styles de pratique qu'adoptent les ergothérapeutes. L'analyse ascendante hiérarchique de Ward (Everitt,1974) a permis de regrouper les ergothérapeutes en fonctions des similitudes dans leurs interventions et de détecter la présence de deux styles de pratique distincts parmi les répondantes⁴. Le premier groupe compte 168 répondantes et le deuxième 74. L'analyse discriminante confirme l'existence de ces deux groupes ($\chi^2 = 352$, $p < 0,001$, $n = 242$) et nous montre qu'ils se distinguent en fonction de quatre types d'évaluations et de deux modalités

2 Les regroupements ont été déterminés, selon la méthode proposée par Everitt (1974) et Romesburg (1984), par: (1) le moment de plus grande discontinuité dans le dendrogramme (qui schématise les étapes de regroupement des sujets) situé au passage de trois à deux groupes, (2) la concordance des résultats à ceux de la même analyse faite avec les données relatives aux clients qui présentent une déficience cognitive ou une maladie en phase terminale, où deux groupes quasi identiques sont identifiés, (3) la conformité des résultats à ceux d'une analyse en composantes principales où les sujets étaient statistiquement traités comme étant les variables et où deux facteurs composés principalement des mêmes sujets expliquent 62% de la variance observée et finalement, (4) la probabilité démontrée de retrouver les sujets dans les groupes qu'ils forment en analysant les corrélations statistiquement significatives ($p < 0,01$) observées entre la très grande majorité des variables qui ont permis de déterminer les regroupements et les deux groupes formés.

d'intervention. Les ergothérapeutes du deuxième groupe font plus fréquemment l'évaluation des fonctions psychologiques, des fonctions sociales et des fonctions cognitives et moins systématiquement l'évaluation de l'autonomie de leurs clients. En termes d'intervention, les ergothérapeutes du deuxième groupe adaptent des activités ou explorent de nouveaux intérêts plus souvent pour leurs clients. Elles enseignent aussi plus systématiquement certaines techniques particulières à leurs clients (Tableau 4). En utilisant seulement ces six interventions il est possible de classer dans leurs groupes respectifs 96% des répondantes.

<i>Tableau 4</i>

L'analyse des corrélations entre les regroupements et diverses données relatives au contexte de travail des ergothérapeutes met en évidence un certain nombre de caractéristiques qui sont différentes dans les deux groupes. Elles sont présentées au Tableau 5. Les ergothérapeutes qui composent le deuxième groupe travaillent dans des C.L.S.C. où l'ergothérapie est implantée depuis plus longtemps. Elles ont plus d'expérience en ergothérapie et en C.L.S.C. Elles font plus d'interventions auprès de chaque client et ces derniers attendent moins longtemps pour recevoir les services d'ergothérapie. Ces ergothérapeutes disent plus fortement aimer leur travail au C.L.S.C.

<i>Tableau 5</i>

DISCUSSION

Cette deuxième partie des résultats de l'enquête nous permet de faire les constats suivants: (1) la clientèle suivie par les ergothérapeutes est très caractéristique de la clientèle du maintien à domicile, (2) les ergothérapeutes adaptent leurs interventions aux déficiences présentées par leurs clients tout en s'intéressant plus systématiquement à l'autonomie et la sécurité à domicile, (3) plusieurs ergothérapeutes ont développé un style de pratique qui semble émerger des attentes et des contraintes organisationnelles vécues dans le réseau de la santé.

Les ergothérapeutes en C.L.S.C. offrent leurs services principalement à la clientèle âgée en perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne. Les tendances démographiques, l'état de la santé des Canadiens âgés et la réduction des ressources institutionnelles de santé rendaient cette situation inévitable. Les personnes plus âgées sont plus nombreuses et près du tiers d'entre-elles présentent des limitations dans leurs activités (Santé et Bien-être social Canada, 1993; Rosenberg et Moore, 1997). Il n'est donc pas surprenant de retrouver principalement ces personnes dans la clientèle des ergothérapeutes qui offrent très majoritairement leurs services au secteur du maintien à domicile dans les C.L.S.C. du Québec.

Au regard des interventions faites par les ergothérapeutes, elles semblent nettement centrées sur l'autonomie et la sécurité à domicile. Les autres types d'interventions semblent se faire plus en fonction de la déficience des clients. Une intervention plus globale touchant tous les aspects, domaines d'activités et

environnements, telle que proposés par l'A.C.E. (1997), n'est pas retenue par une grande proportion des répondantes. Ce choix semble bien adapté aux contraintes organisationnelles vécues dans les C.L.S.C.: restrictions budgétaires imposées depuis le début de la réforme de la santé, virage ambulatoire qui a fait augmenter la clientèle desservie par les services de maintien à domicile sans augmentation équivalente des ressources, attentes de rendement (Gouvernement du Québec, 1998; Pineault, 1992; Rollin-Gagnon, 1999). Il s'inscrit cependant plus difficilement dans la vision holistique du client, des activités qui lui sont significatives et de son rendement occupationnel proposés dans les lignes directrices de la profession (A.C.E., 1997). Mais ces valeurs sont-elles adaptées aux réalités de la pratique des ergothérapeutes qui travaillent dans les C.L.S.C. du Québec? L'étude des styles de pratique adoptés par les répondantes semble montrer que la tendance actuelle est plutôt discordante relativement à ces valeurs.

Les deux groupes d'ergothérapeutes qui émergent de l'analyse des regroupements se distinguent autant dans l'évaluation que dans l'intervention. Celles du deuxième groupe (n= 74) font plus souvent l'évaluation de l'ensemble des fonctions humaines et moins systématiquement l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. Leurs interventions sont plus centrées sur les intérêts de l'individu, ses activités et son potentiel d'apprentissage. Ces ergothérapeutes semblent avoir une approche congruente avec les valeurs soutenues par l'A.C.E. (1997). L'intervention des ergothérapeutes du premier groupe (n=168) cible plus la déficience du client et la perte d'autonomie fonctionnelle

qu'elle génère. Elle semble ainsi relever plus d'une approche adaptative ou d'un cadre de référence de réadaptation. Les deux groupes se distinguent aussi par quelques composantes qui réfèrent à l'organisation des services. Les ergothérapeutes du deuxième groupe travaillent dans des C.L.S.C. où l'ergothérapie est implantée depuis plus longtemps. Elles ont plus d'expérience de travail en ergothérapie et en C.L.S.C. Elles interviennent plus souvent auprès de chaque client et doivent faire attendre ces derniers moins longtemps avant de leur offrir leurs services, en urgence ou non. Ces ergothérapeutes qui semblent avoir une pratique plus centrée sur le client (au sens de l'A.C.E.) oeuvrent dans un contexte de travail où les pressions organisationnelles semblent moins contraignantes que celles des ergothérapeutes du premier groupe. Ou alors, ces ergothérapeutes ayant plus d'expérience en ergothérapie et en C.L.S.C. ont développé une organisation du travail où les contraintes organisationnelles ont moins d'emprise sur leur style de pratique habituel. Malheureusement, ces dernières représentent à peine le tiers des répondantes. Pour le premier groupe, où l'on retrouve 168 ergothérapeutes, les contraintes organisationnelles semblent avoir favorisé l'adoption d'un style de pratique plus minimaliste où la <pratique de l'urgence> (Hébert et coll., 2000) pousse l'ergothérapeute à adopter une vision plus organisationnelle centrée sur la productivité, plutôt qu'une vision holistique centrée sur les besoins et les aspirations des clients. Elle se centre alors sur la déficience du client et son autonomie, strictement.

CONCLUSION

L'ergothérapie est bien implantée dans les C.L.S.C. du Québec. Les orientations québécoises actuelles en matière de santé laissent présager que la demande de services ira grandissante (Fédération des C.L.S.C. du Québec, 1995). Les contraintes organisationnelles sont cependant très grandes: restrictions budgétaires, manque de ressources, augmentation des clientèles, attentes d'efficacité.

Malgré les limites inhérentes à la méthodologie de l'enquête postale, les résultats obtenus semblent fort représentatifs de la pratique communautaire de l'ergothérapie au Québec. Le très haut taux de réponses obtenu (87,7%) et l'emploi de nombreuses analyses pour confirmer l'interprétation des résultats nous laissent penser que ces derniers sont valides. Ils montrent que malgré une augmentation significative des ressources humaines au cours des dernières années, les ergothérapeutes répondent difficilement à la demande de services. Plusieurs limitent leurs interventions auprès de chaque client et restreignent leurs choix d'évaluations et de modalités d'intervention. Ces dernières adaptent leur pratique aux contraintes organisationnelles actuelles en remettant en jeu certaines valeurs et croyances fondamentales en ergothérapie: holisme, centration sur le client et sur les activités qui lui sont significatives. Mais ces valeurs, reconnues fondamentales pour notre profession, sont-elles encore congruentes avec les réalités du système de santé québécois et la pratique de l'ergothérapie en C.L.S.C.?

RÉFÉRENCES

Association Canadienne des ergothérapeutes. (1990). Prise de position sur l'ergothérapie et les soins à domicile. Canadian Journal of Occupational Therapy, 57, 5-8.

Association Canadienne des Ergothérapeutes. (1997). Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie. Ottawa: Auteur.

Association des C.L.S.C. et des C.H.S.L.D. du Québec. (1997). Annuaire 1997: Les C.L.S.C. et les centres de santé. Montréal: Auteur.

Baum, C. M., & Law, M. (1997). Occupational therapy practice: focusing on occupational performance. American Journal of Occupational Therapy, 51, 277-288.

Borg, N. (1985). Home care occupational therapy: A vital link to independence. Occupational Therapy in Health Care, 2 (1), 51-62.

Everitt, B. (1974). Cluster Analysis. London: Social Science Research Council.

Fédération des C.L.S.C. du Québec. (1995). Volet 3: Virage ambulatoire - Services à domicile. Montréal: Auteur.

Gouvernement du Québec. (1998). Notre force, des personnes compétentes et dévouées 1988-1999 à 2000-2001. [Http://msss.gouv.qc.ca](http://msss.gouv.qc.ca).

Hébert, M., Maheux, B., & Potvin, L. (2000). L'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec après le virage ambulatoire (1e partie). Revue Québécoise d'ergothérapie, 9, 23-28.

Lysack, C., Stadnyk, R., Paterson, M., McLeod, K., & Krefting, L. (1995). Professional expertise of occupational therapists in community practice: Results of an Ontario survey. Canadian Journal of Occupational Therapy, 62, 138-147.

McColl, M. A. (1998). What do we need to know to practice occupational therapy in the community? American Journal of Occupational therapy, 52, 11-18.

McKinnon, A. (1991). Occupational performance of activities of daily living among elderly Canadians in the community. Canadian Journal of Occupational therapy, 58, 60-66.

McKinnon, A., & Madill, H. (1987). Occupational therapy: A growing profession in community health. Canadian Public Health Association Health Digest, 11 (1), 3-4.

Morris, A. L., & Gainer, F. (1997). Helping the caregiver: occupational therapy opportunities. Occupational therapy Practice, 2(1), 36-40.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (1997). Les pratiques professionnelles en ergothérapie: Changements observés liés au virage ambulatoire. Montréal: Auteur.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (1998). Bottin des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Montréal: Auteur.

Pineault, R. (1992). The reform of the Quebec health-care system: Potential for innovation? Dans Health Care: Innovation, Impact and Challenge (pp. 73-94) Kingston: Queen's University.

Robinson, I. (1981). The mists of time. Canadian Journal of Occupational Therapy, 48, 145-152.

Rollin-Gagnon, F. (1999). L'avenir de l'ergothérapie. Revue Québécoise d'Ergothérapie, 8, 17-21.

Romesburg, H. C. (1984). Cluster Analysis for Researchers. Belmont, CA: Lifetime Learning Publications.

Rosenberg, M. W., & Moore, E. G. (1997). The health of Canada's elderly population: Current status and future implications. Canadian Medical Association Journal, 157, 1025-1032.

Royeen, C., & Marsh, D. (1988). Promoting occupational therapy in the schools. American Journal of Occupational Therapy, 42, 40-51.

Santé et Bien-être social Canada. (1993). Enquête Promotion de la santé Canada 1990: Rapport Technique. Ottawa: Ministre des Approvisionnement et Services Canada.

SPSS Inc. (1997). SPSS for Windows Release 7.5.2. Chicago: SPSS Inc.

Townsend, E. (1988). Developing community occupational therapy services in Canada. Canadian Journal of Occupational Therapy, 55, 69-74.

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.

Tryssenaar, J., Ball, J., & Klassen, K. (1997). Employers' perceptions of occupational therapy in community mental health. Occupational Therapy in Mental Health, 13 (3), 63-79.

TABLEAUX

Tableau 1

Profil de la clientèle des ergothérapeutes en C.L.S.C. au Québec en 1998 (n = 249)

<i>Caractéristiques des clients</i>	<i>% des ergothérapeutes pour qui ces clients représentent 50% ou plus de leur clientèle ¹</i>
Âge	
<i>Personnes âgées</i>	80
<i>Adultes</i>	39
<i>Enfants - adolescents</i>	3
Déficience principale	
<i>Déficience physique</i>	95
<i>Déficience cognitive ou intellectuelle</i>	14
<i>Problème de santé mentale</i>	3
Domaine d'activité perturbé	
<i>A.v.q. ou a.v.d.</i>	99
<i>Loisirs</i>	8
<i>Travail (études)</i>	4
Référant	
<i>Intervenant du C.L.S.C.</i>	71
<i>Intervenant d'un autre établissement</i>	21
<i>Client ou son entourage</i>	13
<i>Médecin de famille</i>	2

1 Certaines ergothérapeutes avaient deux clientèles également présentes à 50%

Tableau 2

% des ergothérapeutes en C.L.S.C. qui évaluent fréquemment¹ les aspects mentionnés en fonction de la déficience de leur client

Aspects évalués	% des répondantes			
	déficience physique (n ² = 242)	déficience cognitive (n = 210)	maladie en phase terminale (n = 177)	problème de santé mentale (n = 59)
Concernant le client lui-même				
<i>Autonomie fonctionnelle</i>	98	96	90	95
<i>Mobilité et positionnement</i>	86	69	94	na ³
<i>Fonctions physiques</i>	78	47	50	48
<i>Fonctions cognitives</i>	39	84	29	61
<i>Fonctions psychologiques</i>	31	51	46	73
<i>Fonctions sociales</i>	42	62	37	69
<i>Intérêts</i>	39	46	26	66
Concernant l'environnement				
<i>Sécurité à domicile</i>	92	92	90	80
<i>Aménagement de l'environnement</i>	89	79	84	61
<i>Ressources familiales ou communautaires</i>	69	77	69	78

- 1 Pour 50% ou plus des clients
- 2 n représentent le nombre d'ergothérapeutes qui voient ce type de clientèle
- 3 Non applicable, pour ce tableau et les suivants

Tableau 3

% des ergothérapeutes en C.L.S.C. qui utilisent fréquemment¹ la modalité d'intervention mentionnée en fonction de la déficience des clients

	déficience physique (n = 242)	déficience cognitive (n = 210)	maladie en phase terminale (n = 177)	problème de santé mentale (n = 59)
<i>Modalités d'intervention</i>	<i>% des répondants</i>			
Concernant le client lui-même				
<i>Programme d'exercices</i>	10	7	5	na
<i>Positionnement et des transferts</i>	78	na	93	na
<i>Aides à la marche</i>	31	12	67	na
<i>Aides techniques ou équipements</i>	91	68	93	49
<i>Enseignement de techniques particulières</i>	35	36	49	34
<i>Support aux clients</i>	62	78	71	64
<i>Psychothérapie</i>	na	na	10	20
<i>Adaptation des activités ou exploration de nouveaux intérêts</i>	13	31	12	54
Concernant l'environnement				
<i>Recommandation ou adaptation de l'environnement</i>	77	74	76	51
<i>Supervision ou support aux aidants</i>	44	72	70	59
<i>Référence à d'autres ressources</i>	42	58	44	71

1 Pour 50% ou plus des clients

Tableau 4

Variables qui distinguent les deux regroupements d'ergothérapeutes selon leur style de pratique: synthèse des résultats de l'analyse discriminante

Variables	<i>Coefficient de discrimination</i>	<i>Wilks' Lambda</i>	<i>Sign.</i>
Évaluation des fonctions psychologiques	0,759	0,296	< ,001
Évaluation des fonctions sociales	0,352	0,262	< ,001
Évaluation des fonctions cognitives	0,195	0,239	< ,001
Évaluation de l'autonomie fonctionnelle	- 0,217	0,233	< ,001
Adaptation des activités et recherche de nouveaux intérêts pour le client	0,208	0,248	< ,001
Enseignement de techniques particulières	0,204	0,226	< ,001

Tableau 5

Caractéristiques organisationnelles ¹ qui distinguent les deux groupes d'ergothérapeutes en fonction de leur style de pratique

<i>Variables</i>	<i>Groupe 1 (n=168) % des répondantes</i>	<i>Groupe 2 (n=74) % des répondantes</i>	<i>Sign.</i>
Les services d'ergothérapie existent depuis plus de 5 ans dans le C.L.S.C.	83	96	p = ,001
Ont plus de 5 ans d'expérience en ergothérapie	58	70	p = ,05
Ont plus de 5 ans d'expérience en CLSC	35	51	p = ,017
Plus de 5 interventions auprès de chaque client	34	48	p = ,031
Clients référés en urgence attendent plus de 48 hrs	68	47	p = ,004
Clients référés en consultation régulière attendent plus de 4 mois	33	20	p = ,048
Aiment totalement leur travail au C.L.S.C.	53	67	p = ,040

¹ Seuls liens statistiquement significatifs

Résultats et analyses complétant les deux premiers articles

Les deux articles précédents étaient destinés à une revue s'adressant principalement aux cliniciennes québécoises. Pour satisfaire aux exigences de publication et répondre aux intérêts des lectrices, quelques analyses n'ont pas été présentées dans ces articles. Elles s'avèrent cependant intéressantes pour bien saisir l'essence de la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C.

Les déterminants de l'organisation du travail des ergothérapeutes au C.L.S.C.

Pour l'accessibilité aux services d'ergothérapie, il était déjà noté que plus les ergothérapeutes sont nombreuses dans le C.L.S.C, moins nombreux sont les clients en liste d'attente ($\tau_{\kappa} = -0,200$, $p < ,001$) et moins longtemps ils attendent pour recevoir les services d'ergothérapie ($\tau_{\kappa} = -0,203$, $p < ,001$, en urgence et $\tau_{\kappa} = -0,117$, $p = ,011$ non en urgence). Les ergothérapeutes qui ont plus de clients en liste d'attente consacrent significativement plus de temps à la gestion de leur liste d'attente ($\tau_{\kappa} = 0,255$, $p < 0,04$). Elles sont aussi plus inquiètes face à la qualité des services ($\tau_{\kappa} = 0,166$, $p = ,004$ pour les délais en urgence et $\tau_{\kappa} = 0,252$, $p < ,001$ pour une consultation régulière), ont moins le sentiment de répondre à la demande de services ($\tau_{\kappa} = -0,266$ et $-0,396$ respectivement, $p < ,001$) et moins le sentiment de répondre aux besoins des clients ($\tau_{\kappa} = -0,202$ et $-0,244$ respectivement, $p < ,001$).

L'ergothérapeute à qui on réfère plus de clients chaque semaine est aussi celle qui a une liste d'attente plus longue ($\tau_{\kappa} = 0,305$, $p < ,001$). Elle voit plus de clients chaque semaine ($\tau_{\kappa} = 0,231$, $p < ,001$) mais qui a aussi le sentiment de manquer de temps pour faire les interventions comme elle le voudrait ($\tau_{\kappa} = 0,162$, $p = ,004$) et est inquiète face à la qualité des services que les clients reçoivent ($\tau_{\kappa} = 0,136$, $p = ,026$). Cependant les ergothérapeutes qui totalisent plus d'heures de contact direct avec leurs clients sont aussi celles qui aiment plus leur travail au C.L.S.C. ($\tau_{\kappa} = 0,167$, $p = ,004$).

Les C.L.S.C. où les ergothérapeutes sont plus nombreuses ont des services d'ergothérapie implantés depuis plus longtemps ($\tau_{\kappa} = 0,361$, $p < ,001$). Plus elles sont nombreuses au C.L.S.C., plus elles font de la gestion de cas ($\tau_{\kappa} = 0,171$, $p = ,001$), plus elles ont le sentiment de répondre à la demande de services ($\tau_{\kappa} = 0,219$, $p < ,001$) et de répondre aux besoins des clients ($\tau_{\kappa} = 0,166$, $p = ,002$). Elles ont aussi le sentiment que les délais pour voir les nouveaux clients ne sont pas trop longs ($\tau_{\kappa} = -0,185$, $p = ,001$) et elles les font attendre effectivement moins longtemps que les ergothérapeutes qui sont moins nombreuses dans leur C.L.S.C.

Les ergothérapeutes qui travaillent plus d'heures chaque semaine ont plus de tâches administratives à accomplir: la participation à des comités ($\tau_{\kappa} = 0,224$, $p < ,001$), la gestion de cas ($\tau_{\kappa} = 0,124$, $p = ,033$), la gestion des listes d'attente ($\tau_{\kappa} = 0,146$, $p = ,012$), la gestion des équipements ($\tau_{\kappa} = 0,138$, $p = ,018$) et la formation aux aidants ($\tau_{\kappa} = 0,183$, $p = ,002$).

Opinions des ergothérapeutes face à leur préparation universitaire pour la pratique communautaire

Il était demandé aux ergothérapeutes de qualifier leur préparation universitaire relativement à divers aspects reconnus importants pour la pratique communautaire, en utilisant une échelle de cotation à trois niveaux (insuffisante, adéquate, excellente). Les résultats sont présentés au Tableau 2. Hormis pour la formation relative au travail en équipe, la majorité des ergothérapeutes jugent leur formation universitaire insuffisante: l'analyse de cette section en regroupant les huit aspects nous offre un α de Cronbach à 0,71. Ce résultat ne peut être amélioré par le retrait d'un ou l'autre des énoncés. La préparation à la pratique de l'ergothérapie en C.L.S.C. engendre le plus haut taux d'insatisfaction avec 87% des répondantes qui la jugent insuffisante.

Comparativement aux ergothérapeutes ayant été diplômées antérieurement, les plus jeunes jugent leur formation plus adéquate pour les thèmes qui leur étaient proposés (τ_k variant de 0,143 à 0,362, $p < 0,017$) sauf pour les programmes gouvernementaux et la pratique en C.L.S.C. Les universités de Montréal, McGill, Laval et d'Ottawa, génèrent les mêmes proportions de satisfaction et d'insatisfaction.

TABLEAU II**Opinions des ergothérapeutes face à divers thèmes de leur formation universitaire (n=248)**

Thèmes	% des ergothérapeutes		
	<i>Insuffisante</i>	<i>Adéquate</i>	<i>Excellente</i>
Travail en équipe	21	56	21
Organisation du réseau de la santé	52	43	5
Interventions ergothérapeutiques de nature préventive ou de promotion de la santé	60	34	6
Planification et évaluation de programmes	68	28	4
Aspects multiculturels des communautés	68	29	3
Programmes gouvernementaux et régionaux pertinents aux services	81	17	2
Modèles et approches ergothérapeutiques utilisés en communautaire	84	15	1
Pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C.	87	12	1

Styles de pratique adoptés par les ergothérapeutes en C.L.S.C.

L'analyse des similitudes dans les interventions offertes par les répondantes, analyse des "clusters", a permis d'explorer les styles de pratique qu'adoptent les ergothérapeutes. Pour chacune des quatre clientèles, les similitudes dans les pratiques ont été étudiées en regroupant les ergothérapeutes en fonction des points communs dans leurs interventions, en validant le choix du nombre de regroupements, en identifiant les variables discriminant les groupes et en identifiant les caractéristiques particulières de chacun des groupes. Les résultats de ces analyses pour les interventions faites auprès de la clientèle ayant principalement une déficience physique sont présentés dans le deuxième article. Les mêmes analyses ont été reprises pour les interventions faites auprès des clientèles ayant une déficience cognitive, un problème de santé mentale et une maladie en phase terminale. Elles sont présentées dans les sections suivantes.

Finalement, les variations dans les pratiques des ergothérapeutes en fonction des diverses clientèles auprès desquelles elles interviennent sont aussi étudiées.

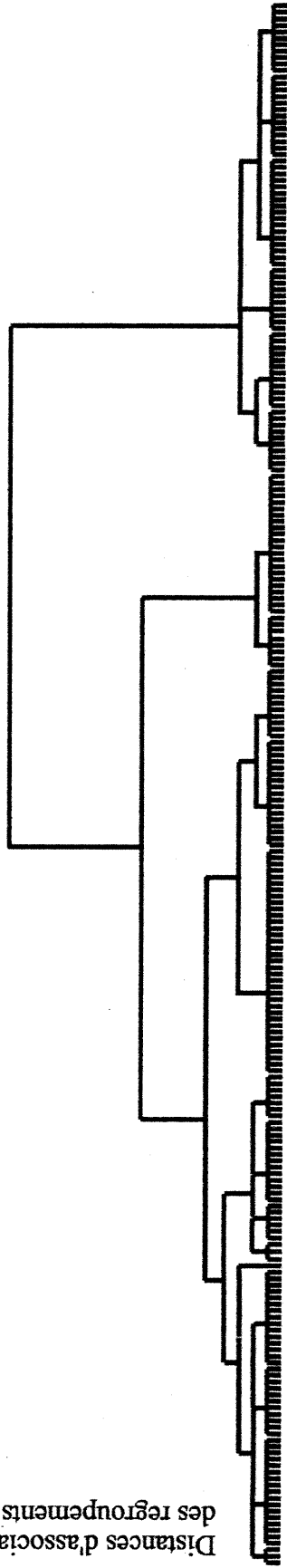
Analyse des regroupements: détermination du nombre de groupes

Les dendrogrammes qui schématisent le processus de regroupement des sujets en fonctions des similitudes dans les interventions sont les outils premiers pour déterminer le nombre de groupes qui sera retenu (Everitt, 1974; Romesburg, 1984). Everitt (1974) recommande de retenir le nombre de groupes qui correspond au moment de plus grande discontinuité dans le dendrogramme (soit la plus grande distance euclidienne au carré) tout en ayant un nombre suffisant de sujets dans chaque groupe pour poursuivre les analyses. Pour les interventions faites avec les clientèles vivant une déficience physique, une déficience cognitive, une maladie en phase terminale ou un problème de santé mentale, ce moment correspond au passage de trois à deux groupes (Figures 3, 4, 5 et 6). Pour les interventions auprès de la clientèle vivant une déficience physique, le passage de quatre à trois groupes est marqué d'une bonne discontinuité mais le troisième groupe compte très peu de répondantes⁵. Il en est de même pour les interventions faites auprès des personnes ayant une déficience cognitive et celles étant en phase terminale d'une maladie. Pour l'intervention auprès des personnes ayant un problème de santé

5

L'analyse discriminante faite avec trois regroupements soulevait d'ailleurs très peu de différences entre les deux premiers groupes. La solution à deux groupes a donc été retenue.

Distances d'association
des regroupements



Sujets

Figure 3

Dendrogramme du processus de regroupement des sujets avec la méthode de Ward pour les interventions auprès des personnes vivant une déficience physique

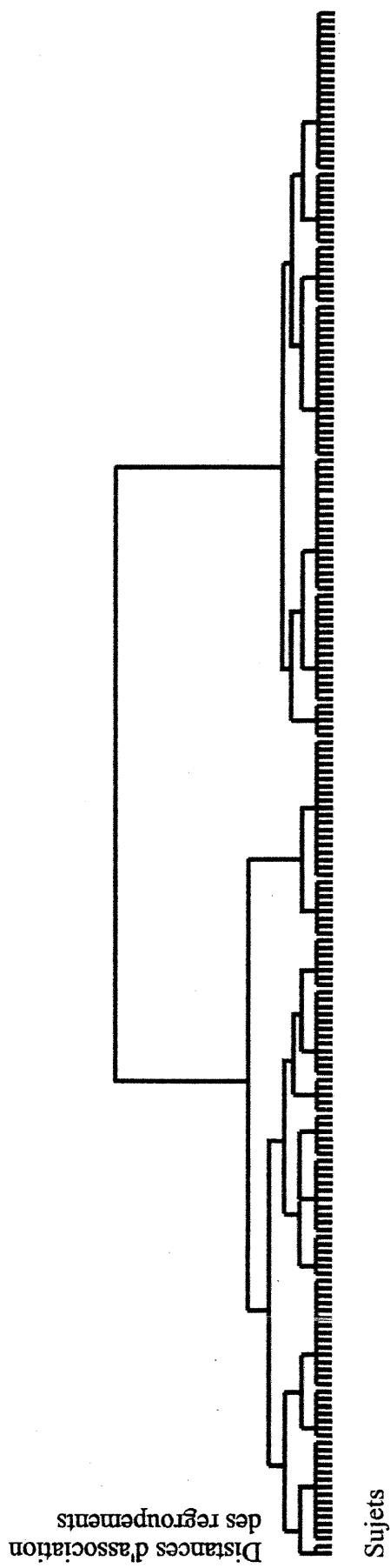
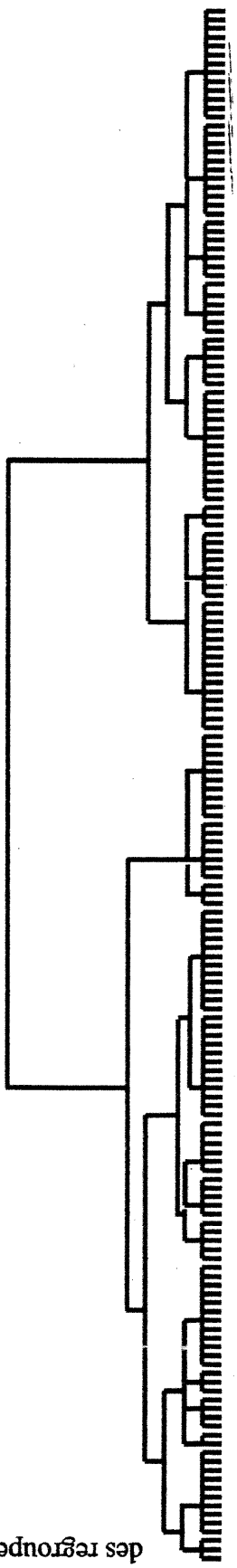


Figure 4

Dendrogramme du processus de regroupement des sujets avec la méthode de Ward pour les interventions auprès des personnes vivant une déficience cognitive

Distances d'association
des regroupements

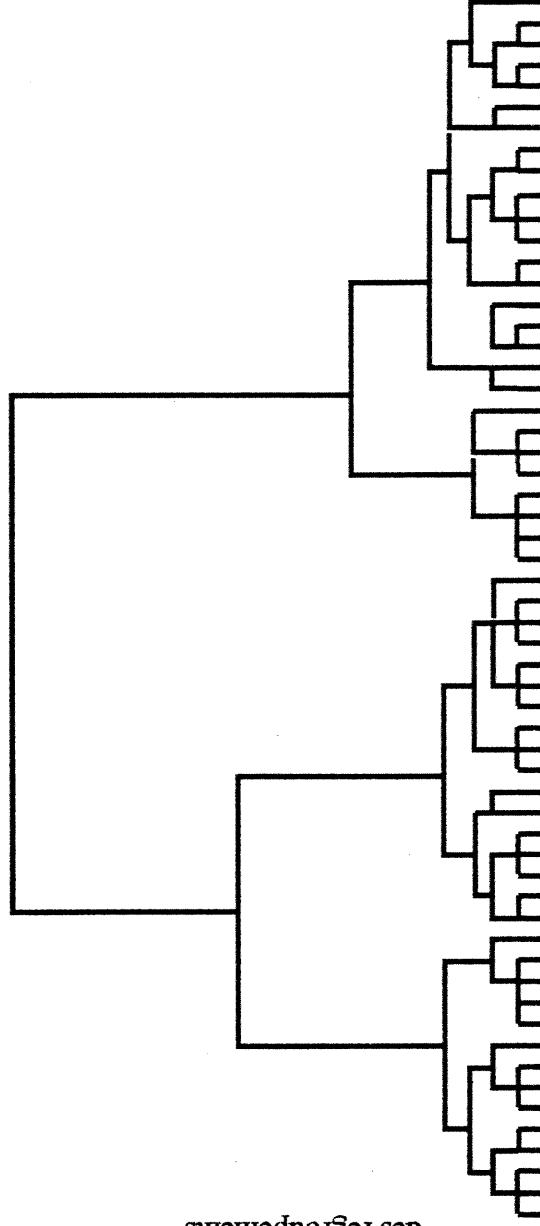


Sujets

Figure 5

Dendrogramme du processus de regroupement des sujets avec la méthode de Ward pour les interventions auprès des personnes vivant une maladie en phase terminale

Distances d'association
des regroupements



Sujets

Figure 6

Dendrogramme du processus de regroupement des sujets avec la méthode de Ward pour les interventions auprès des personnes vivant un problème de santé mentale

mentale, le passage de quatre à trois regroupements aurait été tout aussi acceptable mais l'analyse discriminante ne montre aucune différence significative entre les deux solutions: les variables prédictives pour grouper les sujets demeurent les mêmes et le pourcentage de classification adéquate des sujets ne varie que de deux pour cent entre les deux solutions. Le choix de deux groupes a donc été retenu pour les interventions auprès de cette clientèle.

Pour valider le nombre de groupes retenus, Everitt (1974) recommande de comparer la composition des groupes avec les résultats obtenus en regroupant les sujets en fonction de similitudes pour d'autres variables. Les regroupements déterminés pour les interventions offertes aux quatre types de clientèles ont donc été comparés entre-eux. Les corrélations obtenues pour la comparaison des quatre regroupements sont significatives à des $p \leq 0,001$:

- 1) Pour l'intervention auprès des personnes ayant une déficience physique, les sujets du premier groupe se retrouvent majoritairement dans le deuxième groupe pour l'intervention auprès des personnes en phase terminale d'une maladie ($\tau_k = -0,423$) et dans le premier groupe pour l'intervention auprès des personnes ayant une déficience cognitive ($\tau_k = 0,508$) ou un problème de santé mentale ($\tau_k = 0,404$).
- 2) Pour l'intervention auprès des personnes ayant une déficience cognitive, les sujets du premier groupe se retrouvent dans le premier groupe pour l'intervention auprès des personnes ayant un problème de santé mentale ($\tau_k = 0,567$) et dans le deuxième groupe pour l'intervention auprès des personnes vivant une maladie en

phase terminale ($\tau_k = -0,451$).

- 3) Pour l'intervention auprès des personnes ayant un problème de santé mentale, les sujets du premier groupe se retrouvent dans le deuxième groupe pour l'intervention auprès des personnes en phase terminale ($\tau_k = -0,612$).

La détermination des regroupements est donc une première fois validée par les corrélations significatives entre les groupes: les répondantes se retrouvent majoritairement dans les mêmes groupes pour les interventions auprès des quatre clientèles.

L'analyse en composantes principales proposée par Everitt (1974) et par Romesburg (1984), alors que les sujets sont traités comme les variables à l'étude et les interventions comme les "cas", peut aussi confirmer le choix du nombre de regroupements. L'analyse montre, pour la clientèle ayant une déficience physique, la présence de deux facteurs qui expliquent 62% de la variance observée. Des proportions semblables sont observées avec deux facteurs pour les interventions auprès de la clientèle ayant une déficience cognitive (58%), une maladie en phase terminale (56%) ou un problème de santé mentale (48%). Les sujets se distribuent dans les "facteurs", avec cette analyse, de façon similaire à la distribution observée dans l'analyse des regroupements, soit avec toujours plus de 60% des mêmes sujets qui se retrouvent dans les mêmes groupes pour les deux types d'analyses.

Une dernière analyse permet de confirmer le choix du nombre de regroupements: l'établissement de corrélations significatives ($p < 0,01$) entre les variables qui ont permis

de grouper les sujets et les groupes formés. Pour l'ensemble des interventions faites auprès des quatre clientèles, la majorité des variables (leur fréquence d'utilisation) est corrélée significativement avec la composition des groupes: toutes le sont pour l'intervention auprès des personnes en phase terminale, une seule ne l'est pas pour la clientèle ayant une déficience physique, deux pour la clientèle ayant une déficience cognitive et six pour l'intervention en santé mentale (Tableau 3). Les variables qui ne sont pas corrélées significativement sont généralement celles utilisées peu fréquemment: par exemple, pour la clientèle ayant un problème de santé mentale, les interventions qui sont plus directement liées à un problème physique comme les aides techniques ou l'adaptation de l'environnement.

Les analyses qui ont été faites pour confirmer le nombre de regroupements soutiennent fortement la présence de deux styles de pratique chez les répondantes. Les caractéristiques de ces styles de pratique pour les interventions offertes aux personnes vivant une déficience physique ont été présentées dans le deuxième article. Les résultats relatifs aux trois autres clientèles sont présentés dans les sections suivantes avec les analyses discriminantes et l'étude des corrélations entre les groupes et diverses variables touchant le contexte de travail des ergothérapeutes ou certaines de leurs caractéristiques socio-démographiques.

TABEAU III

Corrélations entre les interventions offertes par les ergothérapeutes et le regroupement de ces dernières en fonction des similitudes dans leur pratique auprès des différentes clientèles (deux regroupements pour chaque clientèle)

	déficience physique (n1=168 et n2=74)		déficience cognitive (n1=110 et n2=98)		maladie en phase terminale (n1=82 et n2=93)		problème de santé mentale (n1=27 et n2=31)	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Interventions								
Évaluations								
Mobilité et positionnement	,24	<,001	,35	<,001	-,29	<,001	--	--
Fonctions physiques	,28	<,001	,24	<,001	-,41	<,001	-,05	=,664
Fonctions cognitives	,51	<,001	,45	<,001	-,63	<,001	,61	<,001
Fonctions psychologiques	,74	<,001	,70	<,001	-,64	<,001	,68	<,001
Fonctions sociales	,68	<,001	,71	<,001	-,59	<,001	,69	<,001
Autonomie fonctionnelle	,21	<,001	,27	<,001	-,45	<,001	,18	=,114
Intérêts	,47	<,001	,56	<,001	-,55	<,001	,50	<,001
Sécurité à domicile	,26	<,001	,40	<,001	-,38	<,001	,20	=,095
Aménagement de l'environnement	,31	<,001	,31	<,001	-,43	<,001	,19	=,095
Ressources familiales et communautaires	,49	<,001	,56	<,001	-,50	<,001	,55	<,001
Modalités d'intervention (adapter, prescrire, concevoir, enseigner, recommander)								
Positionnement et transferts								
Aide à la marche ou fauteuil roulant	,21	<,001	--	--	-,32	<,001	--	--
Aides techniques ou équipements	,15	=,013	,09	=,198	-,23	<,001	--	--
Adaptation de l'environnement	,16	=,006	,08	=,208	-,18	=,008	-,08	=,519
Activités ou nouveaux intérêts pour le client	,08	=,152	,15	=,014	-,33	<,001	,02	=,857
Techniques particulières	,36	<,001	,33	<,001	-,33	<,001	,44	<,001
Soutien au client	,19	=,001	,18	=,004	-,27	<,001	,48	<,001
Psychothérapie	--	--	--	--	-,47	<,001	,40	<,001
Supervision d'aidants	--	--	--	--	-,24	=,001	,41	<,001
Soutien aux aidants	,18	=,002	,23	<,001	-,31	<,001	,25	=,028
Référence à d'autres ressources	,35	<,001	,33	<,001	-,43	<,001	,37	=,001
	,38	<,001	,26	<,001	-,33	<,001	,42	<,001

Styles de pratique adoptés pour l'intervention auprès de la clientèle vivant un déficit cognitive

L'analyse des regroupements permet initialement de détecter la présence de deux styles de pratique distincts parmi les répondantes. Le premier groupe compte 110 répondantes et le deuxième 98. L'analyse discriminante confirme l'existence de ces deux groupes ($\chi^2 = 286$, $p < 0,001$, $n = 208$) et montre qu'ils se distinguent par cinq évaluations et une modalité d'intervention (Tableau 4). Les ergothérapeutes du deuxième groupe font plus fréquemment l'évaluation des fonctions sociales, des fonctions psychologiques, des intérêts, de la mobilité ou du positionnement, et des ressources. Elles adaptent aussi plus fréquemment les activités ou recherchent de nouveaux intérêts pour leurs clients. En utilisant ces seules interventions, il est possible de classer correctement dans leur groupe respectif 97% des répondantes.

TABLEAU IV

Variables qui distinguent les styles de pratique des deux groupes d'ergothérapeutes qui interviennent auprès des personnes qui vivent une déficience cognitive: synthèse des résultats de l'analyse discriminante

<i>Variables</i>	<i>Coefficient de discrimination</i>	<i>Wilks' Lambda</i>	<i>Sign. p</i>
Évaluation des fonctions sociales	0,425	0,376	< ,001
Évaluation des fonctions psychologiques	0,512	0,304	< ,001
Évaluation des intérêts	0,255	0,277	< ,001
Évaluation de la mobilité et du positionnement	0,313	0,258	< ,001
Évaluation des ressources	0,216	0,249	< ,001
Adaptation des activités et recherche de nouveaux intérêts pour le client	0,185	0,244	< ,001

Les ergothérapeutes du deuxième groupe travaillent dans des C.L.S.C. où les services d'ergothérapie sont implantés depuis plus longtemps et elles ont plus d'expérience dans ces établissements (Tableau 5). Elles ont le sentiment d'avoir reçu une meilleure formation pour les programmes gouvernementaux et pour les activités de prévention/promotion de la santé, ne pas faire attendre leurs nouveaux clients trop longtemps et elles aiment plus leur travail au C.L.S.C.

TABLEAU V

Caractéristiques organisationnelles qui distinguent les deux groupes d'ergothérapeutes qui offrent des services aux personnes vivant une déficience cognitive

<i>Variables</i>	<i>Groupe 1</i>	<i>Groupe 2</i>	<i>Sign. p</i>
	<i>(n=110)</i>	<i>(n=98)</i>	
	<i>% des répondantes</i>		
Les services d'ergothérapie existent depuis plus de 5 ans dans le C.L.S.C.	76	97	< ,001
Ont plus de 5 ans d'expérience en C.L.S.C.	35	51	= ,05
Ont reçu une meilleure formation pour les programmes gouvernementaux	15	28	= ,025
Ont reçu une meilleure formation pour prévention/promotion	35	49	= ,019
N'ont pas l'impression que les délais sont trop longs	75	59	= ,047
Aiment totalement leur travail au C.L.S.C.	50	66	= ,048

Quand on compare les groupes formés pour les interventions auprès des clientèles ayant une déficience cognitive à ceux formés pour les interventions auprès des clientèles ayant une déficience physique, les regroupements présentent respectivement plusieurs

similitudes. Les deuxièmes groupes se distinguent par une évaluation plus globale et par le souci porté aux activités des clients. La majorité des ergothérapeutes composant ces deux groupes étant les mêmes personnes, elles présentent aussi quelques caractéristiques communes comme une plus grande expérience de travail en C.L.S.C.

Styles de pratique adoptés pour l'intervention auprès de la clientèle vivant un problème de santé mentale

Les deux regroupements formés à l'aide des interventions offertes aux personnes vivant un problème de santé mentale comptent 27 et 31 ergothérapeutes. L'analyse discriminante confirme l'existence de ces regroupements ($\chi^2 = 74,9$, $p < 0,001$, $n = 58$). Encore ici, les ergothérapeutes du deuxième groupe font une évaluation plus globale incluant l'évaluation des fonctions sociales et cognitives. Elles font aussi plus fréquemment de la psychothérapie et de la recherche de ressources (Tableau 6). À l'aide de ces interventions, il est possible de classer dans leur groupe respectif près de 97% des répondantes. Hormis pour les variations observées dans les interventions, aucune caractéristique contextuelle n'est significativement corrélée à l'un ou l'autre des deux groupes. Ces ergothérapeutes ne se distinguent que dans l'intervention. Celles du deuxième groupe offrent une évaluation plus globale et plus souvent une intervention particulièrement pertinente pour cette clientèle, la psychothérapie.

TAVLEAU VI

Variabes qui distinguent les styles de pratique des deux groupes d'ergothérapeutes qui interviennent auprès des personnes vivant un problème de santé mentale selon leur style de pratique: synthèse des résultats de l'analyse discriminante

<i>Variables</i>	<i>Coefficient de discrimination</i>	<i>Wilks' Lambda</i>	<i>Sign. p</i>
Évaluation des fonctions sociales	0,699	0,428	< ,001
Évaluation des fonctions cognitives	0,581	0,316	< ,001
Recherche de ressources	0,418	0,274	< ,001
Psychothérapie	0,351	0,249	< ,001

Styles de pratique adoptés pour l'intervention auprès de la clientèle vivant une maladie en phase terminale

L'analyse des styles de pratique pour les interventions offertes aux personnes qui vivent une maladie en phase terminale propose des résultats assez semblables à ceux des analyses faites pour les personnes qui vivent une déficience physique. Les deux groupes comptent respectivement 82 et 93 répondantes. La probabilité de retrouver ces regroupements est significative avec un $\chi^2 = 200,6$, $p < 0,001$, $n = 175$. Encore ici, les ergothérapeutes du deuxième groupe offrent significativement plus souvent une évaluation plus globale incluant l'évaluation des fonctions psychologiques et cognitives, l'évaluation des intérêts et de l'autonomie fonctionnelle (Tableau 7). Elles s'intéressent aussi plus souvent à l'aménagement de l'environnement et offrent plus

systématiquement du soutien aux proches. Ces variables seules permettent de classer correctement 94% des répondantes dans leur groupe respectif.

TABLEAU VII

Variables qui distinguent les styles de pratique pour les deux groupes d'ergothérapeutes qui interviennent auprès de la clientèle qui présente une maladie en phase terminale: synthèse des résultats de l'analyse discriminante

<i>Variables</i>	<i>Coefficient de discrimination</i>	<i>Wilks' Lambda</i>	<i>Sign. p</i>
Évaluation des fonctions psychologiques	0,477	0,516	< ,001
Évaluation de l'autonomie fonctionnelle	0,352	0,446	< ,001
Évaluation des intérêts	0,359	0,393	< ,001
Évaluation des fonctions cognitives	0,367	0,328	< ,001
Soutien aux proches	0,363	0,353	< ,001
Aménagement de l'environnement	0,307	0,307	< ,001

Les ergothérapeutes du deuxième groupe présentent deux caractéristiques particulières: elles ont plus d'années d'expérience en ergothérapie et elles font attendre leurs clients référés en urgence moins longtemps. Mais ces ergothérapeutes, qui ont avec cette clientèle une intervention plus globale, composaient les groupes où les interventions étaient plus restrictives auprès des autres clientèles (Tableau 8).

TABLEAU VIII

Caractéristiques organisationnelles qui distinguent les deux groupes d'ergothérapeutes qui offrent des services aux personnes vivant une maladie en phase terminale en fonction de leur style de pratique

<i>Variables</i>	<i>Groupe 1</i> <i>(n=82)</i>	<i>Groupe 2</i> <i>(n=93)</i>	<i>Sign.</i> <i>p</i>
	<i>% des répondantes</i>		
Font attendre leurs clients référés en urgence moins de 48 hrs	46	68	= ,004
Ont plus de 5 ans d'expérience en ergothérapie	57	76	= ,024

Déterminants des styles de pratique et variations en fonction des clientèles

Les différences les plus marquées dans les styles de pratique des ergothérapeutes, indépendamment de la déficience principale vécue par le client, se situent principalement au niveau des évaluations. Systématiquement, pour les quatre clientèles, un groupe d'ergothérapeutes procède à une évaluation plus globale qui inclut plusieurs fonctions humaines. Par exemple, avec les clients qui présentent une déficience physique, elles font majoritairement l'évaluation des fonctions physiques mais un certain nombre d'entre-elles, ici celles du deuxième regroupement (n=74), complètent cette démarche en évaluant aussi les fonctions cognitives, psychologiques et sociales. Par contre, ces ergothérapeutes qui ont une démarche d'évaluation plus globale pour les clientèles qui présentent une déficience physique, une déficience cognitive ou un problème de santé mentale font une évaluation moins complète auprès des personnes

vivant une maladie en phase terminale. Les sphères d'évaluation moins fréquentes incluent les fonctions cognitives et psychologiques, les intérêts mais aussi l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle qui caractérisait l'évaluation dans le premier groupe pour les interventions faites auprès des personnes vivant une déficience physique.

Pour les clientèles vivant une déficience physique ou cognitive, les ergothérapeutes offrant cette intervention plus globale au niveau de l'évaluation et s'intéressant plus systématiquement aux activités de leurs clients, offrent leurs services dans des C.L.S.C. où l'ergothérapie est implantée depuis plus longtemps et elles ont plus d'expérience de travail dans ce type d'établissement. Ce sont aussi celles qui disent plus fortement aimer leur travail au C.L.S.C. Par contre, le style de pratique de ce groupe d'ergothérapeutes change lorsqu'elles interviennent auprès des personnes qui vivent une maladie en phase terminale: leur intervention est moins globale. Il faut ici noter que même si le regroupement des ergothérapeutes est significativement similaire pour le premier groupe dans l'intervention auprès des personnes en phase terminale et les deuxièmes groupes pour l'interventions auprès des personnes ayant une déficience physique ou cognitive, un changement notable se produit dans la composition du groupe. Les ergothérapeutes du premier groupe pour les personnes en phase terminale ont moins d'expérience en ergothérapie. C'est donc dire que quelques répondantes ayant plus d'années d'expérience ne sont plus classées dans ce groupe: le nombre d'années d'expérience et le nombre de répondantes est suffisamment important pour changer le profil du groupe pour cette caractéristique. Il semble donc y avoir un lien significatif

entre l'adoption d'un style de pratique incluant une évaluation plus globale et le nombre d'années d'expérience en ergothérapie ou en C.L.S.C.

DISCUSSION

L'enquête sur la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. a permis de dresser un portrait de la pratique communautaire au Québec. La participation remarquable des ergothérapeutes qui travaillent dans ces établissements, avec un taux de réponses de 87,9%, laisse penser qu'elles sont des plus intéressées à partager leur vécu professionnel et à contribuer à l'avancement des connaissances relatives à cette pratique. La représentativité de l'échantillon, quant au bassin d'ergothérapeutes qui travaillent dans les C.L.S.C., à la distribution des répondantes dans les C.L.S.C. et dans les régions démographiques, est excellente.

Les constats qui émergent des résultats seront repris brièvement dans une synthèse des conclusions présentées dans les deux premiers articles. Les styles de pratique et les théories d'usage, de même que leur congruence avec les théories de référence, seront explorés plus en profondeur, dans le troisième article qui suit et dans la dernière section de la discussion. Nous dégagerons finalement quelques éléments primordiaux pour la consolidation de l'identité professionnelle dans la pratique communautaire de l'ergothérapie. Les perspectives de cette pratique particulière et les avenues de recherche dans ce domaine seront présentées en conclusion.

Impact des éléments contextuels sur la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C.

Les services d'ergothérapie offerts dans les C.L.S.C. ont connu un essor important dans la dernière décennie avec une augmentation remarquable du nombre d'ergothérapeutes qui y travaillent. Elles sont maintenant plusieurs à offrir des services dans leur établissement respectif. L'augmentation du nombre d'ergothérapeutes n'a cependant pas été proportionnelle à l'augmentation de la demande de services. Elles ont très majoritairement à gérer des listes d'attente dont la pression semble suffisante pour les pousser à modifier leur pratique. Plusieurs adoptent une pratique qui s'apparente à celle de l'urgence: priorisation des clientèles, priorisation des interventions et limites dans le nombre d'interventions offertes à chaque client. Une telle pratique était déjà appréhendée par l'O.E.Q. (1997) parce qu'elle répond aux contraintes organisationnelles qu'ont fait surgir les restrictions budgétaires imposées au réseau de la santé, à l'augmentation de la demande de services provoquée lors du virage ambulatoire et aux attentes d'efficacité qui ont nécessairement suivies. Mais cette pression exercée par les listes d'attente et la réponse des ergothérapeutes pourraient être différentes.

Dans une étude sur les perceptions des clients en attente d'une chirurgie élective pour cataractes, Dunn, Black, Alonso, Norregaard et Anderson (1997) soutenaient que le seul fait d'informer les clients qu'ils auront à attendre pour recevoir les services rend déjà l'attente plus acceptable. Ils constatent qu'une attente de moins de six mois, qui importune les intervenants, semble bien acceptée par les clients. Ces perceptions

gagneraient à être vérifiées auprès de la clientèle en ergothérapie pour diminuer le sentiment d'urgence vécu par les ergothérapeutes et éviter les changements de pratiques engendrés par cette seule contrainte organisationnelle. De plus, certaines approches de gestion de la liste d'attente (Christie, Gobert, Matthew, Rousseau et Webber, 1997) comme la formation d'agents multiplicateurs et les interventions de nature plus préventive sont autant d'avenues intéressantes pour gérer, en partie, la problématique de l'attente.

Les activités para-cliniques et administratives qu'assument les ergothérapeutes sont aussi contraignantes relativement au temps dont chacune dispose pour intervenir directement auprès de la clientèle. La rédaction de rapports (notes d'évaluation et d'évolution, demandes de fonds) occupe plus du tiers du temps de travail pour la moitié des répondantes. Un autre tiers est consacré à diverses tâches administratives comme la recherche d'équipements, de ressources, la gestion de cas et la gestion des équipements. Il reste donc très peu de temps à l'ergothérapeute pour les contacts directs avec les clients. Ce manque de temps, couplé à la pression exercée par les listes d'attente, provoque les choix restrictifs qu'ont faits plusieurs ergothérapeutes relativement à leur pratique. L'équation "trop de clients plus manque de temps" les poussent nécessairement vers cette pratique de l'urgence qui engendre des insatisfactions: inquiétudes face à la qualité des services, sentiment de ne pas répondre adéquatement à la demande de services et aux besoins des clients. Les ergothérapeutes qui ont plus de contacts directs avec leurs clients vivent moins ces insatisfactions.

L'intervention au quotidien de la pratique de l'ergothérapie en C.L.S.C.

Les ergothérapeutes qui travaillent en C.L.S.C. voient principalement une clientèle très caractéristique du maintien à domicile, soit des personnes âgées vivant une perte d'autonomie pour leurs activités de la vie quotidienne. À ces clients, elles offrent majoritairement une intervention centrée sur leur déficience principale tout en s'intéressant assez systématiquement à l'autonomie fonctionnelle et à la sécurité à domicile, expertises traditionnellement reconnues aux ergothérapeutes. Une intervention plus globale, incluant l'évaluation des diverses fonctions humaines et un intérêt particulier pour les activités significatives du client, n'est offerte que par une minorité des ergothérapeutes qui interviennent auprès des personnes vivant une déficience physique et que par plus ou moins la moitié des ergothérapeutes qui offrent leurs services aux personnes qui vivent une déficience cognitive, un problème de santé mentale ou une maladie en phase terminale. Hormis pour la clientèle ayant une maladie en phase terminale, les ergothérapeutes qui offrent plus systématiquement une intervention congruente avec les valeurs proposées par l'A.C.E. (1997) ont souvent une plus grande expérience de travail en ergothérapie ou en C.L.S.C. Mais les variations observées dans les styles de pratique des ergothérapeutes seront abordées plus en profondeur après la présentation des théories d'usage qu'elles ont développées au quotidien de leur pratique; elles y gagnent beaucoup de sens.

ARTICLE 3

**ANALYSE CRITIQUE DE LA PRATIQUE COMMUNAUTAIRE DE
L'ERGOTHÉRAPIE**

Michèle Hébert, M.A., ergothérapeute

Chargée de cours

Université d'Ottawa, École des sciences de la Réadaptation, Programme d'ergothérapie,
451, chemin Smyth, Ottawa, Ontario K1H 8M5

Brigitte Maheux, PhD

Professeure titulaire

Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive

Louise Potvin, PhD

Professeure titulaire,

Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive

Scientifique du Conseil de recherche médicale du Canada (MRC H3-17299-AP007270)

Date de soumission: juin 2000

En révision

Revue Canadienne d'ergothérapie

RÉSUMÉ

Les ergothérapeutes qui définissent leur pratique comme étant communautaire ont adapté leurs savoirs aux particularités et aux attentes des divers milieux. Ce faisant, par leur réflexion dans l'agir et sur l'agir professionnel, elles ont développé des savoirs spécifiques bien ancrés dans la réalité de la pratique. Une enquête sur l'ergothérapie dans les Centres locaux de services communautaires du Québec (C.L.S.C.) a révélé trois théories que les ergothérapeutes ont développées au quotidien de leur pratique. La première se rapporte principalement au mode de traitement des demandes de services alors que les deux autres réfèrent plus directement au rôle de l'ergothérapeute au sein de l'équipe d'intervention. Cet article présente d'abord brièvement les résultats de l'enquête puis, et principalement, les théories qui en émergent et les éléments de congruence avec les théories de références en ergothérapie. Quelques pistes de réflexion sont proposées pour harmoniser les contraintes actuelles vécues dans le réseau communautaire des services de santé et les valeurs professionnelles en ergothérapie.

MOTS CLÉS Pratique communautaire de l'ergothérapie

ABSTRACT

Occupational therapists working in the community have adapted their knowledge to the distinct characteristics and expectations of the varied settings. To do so, they have had to reflect on the professional nature of their intervention, while intervening. This simultaneous process has yielded specific knowledge that is solidly anchored in current clinical reality. A survey on occupational therapy in the Centres locaux de services communautaires in Québec (C.L.S.C.) highlighted three theories developed by occupational therapists in their daily clinical practice. The first relates mostly to referral processing while the other two address the occupational therapist's role within the treatment team. This paper briefly presents the survey's results, then focuses mainly on the three emergent theories and underlines some elements congruent with the reference theories in occupational therapy. The authors then propose avenues for reflection to help foster balance between the constraints inherent to the community health care system and occupational therapy professional values.

KEY WORDS Community based occupational therapy

L'ergothérapie s'est développée, à l'origine, dans les grands centres de santé tels que les hôpitaux de soins de courte et de longue durée, les centres de réadaptation et de soins spécialisés, et dans les établissements psychiatriques (Robinson, 1981). S'ils étaient moins connus à l'époque, de tels services s'implantaient aussi dans les communautés (Association Canadienne des Ergothérapeutes (A.C.E.), 1997; LeVesconte, 1935; McKinnon et Madill, 1987; Robinson, 1981). Leur développement s'est accentué pour répondre aux préoccupations et aux orientations plus récentes en matière de santé que sont le vieillissement de la population, la reconnaissance des bienfaits de l'entraide communautaire, la volonté d'offrir des services de santé dans le milieu naturel des personnes et les restrictions budgétaires imposées au réseau de la santé (Epp, 1987; Fédération des C.L.S.C., 1995; Gouvernement du Québec, 1990; Marshall, 1992; Mégie, 1992; Pineault, 1992). En 1985, Taira proposait d'ailleurs aux ergothérapeutes d'étendre leur champ de pratique au-delà de l'hôpital, vers la communauté, en raison des coûts du système hospitalier, de la diminution des temps d'hospitalisation, du retour plus systématique des personnes dans leur milieu de vie naturel et de l'augmentation du nombre des personnes âgées. La pratique communautaire de l'ergothérapie s'est donc développée et consolidée forte d'un contexte socio-politique qui favorise le déplacement des soins de santé de l'institution vers la communauté.

McColl (1998) et Banks (1991) soutiennent que les services communautaires en ergothérapie se sont développés de façon plutôt a-théorique en l'absence de lignes

directrices spécifiques à cette pratique particulière. McColl (1998) remarque aussi que les ergothérapeutes qui travaillent en milieux communautaires ont adapté leurs savoirs aux exigences et attentes particulières de ces milieux. Cet article veut donc essentiellement faire connaître des théories communes que les ergothérapeutes semblent avoir développées dans le quotidien de leur pratique en milieu communautaire et à en explorer la congruence avec les théories de référence en ergothérapie.

THÉORIES DE RÉFÉRENCE POUR LA PRATIQUE COMMUNAUTAIRE DE L'ERGOTHÉRAPIE

Selon Morin (1991), les pratiques professionnelles sont gouvernées par des postulats idéologiques qui sont nécessaires à la formation et à la consolidation des noyaux de connaissances scientifiques qui les soutiennent. L'A.C.E. (1997) propose de tels postulats pour la pratique de l'ergothérapie, qu'elle soit exercée dans la communauté ou en institution: (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 lui, (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 demande la reconnaissance d'un partenariat actif dans l'intervention. Pour l'A.C.E. (1997), ces valeurs et croyances actualisent la discipline et reflètent les transformations récentes du système de santé, des

connaissances professionnelles en ergothérapie, les changements démographiques et les changements dans les valeurs sociales. Elles sont reconnues et sont à la base de l'élaboration du *Modèle canadien du rendement occupationnel* (A.C.E., 1997; Santé et bien-être social Canada et A.C.E., 1983, 1986) qui propose un processus d'intervention centré sur "la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction" (A.C.E., 1997, p.34). Pour Argyris et Schön (1999), ces <savoirs> fondamentaux d'une profession sont les *théories de référence*. Elles sont au coeur même de l'essence disciplinaire et elles servent de base aux noyaux de connaissances qui alimentent la pratique (Morin, 1991) de même que la recherche (Dubouloz, Egan, Vallerand & von Zweg, 1999).

Les théories de référence spécifiques à la pratique communautaire de l'ergothérapie sont peu nombreuses. La reconnaissance des bienfaits, de l'importance et du besoin d'offrir des services communautaires en ergothérapie a initialement permis le développement et la consolidation des services (Atchison, 1997; Borg, 1985; Cromwell et Kielhofner, 1976; McKinnon, Townsend et Maconachie, 1990; Shafer, 1971; Strong, 1987). Quelques chercheurs comme Banks (1991) et Mayers (1993) ont proposé une pratique communautaire centrée sur l'individu, sa capacité fonctionnelle et ses aspirations. Une telle pratique s'harmonise avec les valeurs reconnues par l'A.C.E. (1997). D'autres, comme Trickey (1993) et Rollin-Gagnon (1999), proposent une orientation de la pratique communautaire vers la promotion de la santé et la prévention. Les services ainsi offerts devraient se distinguer par un intérêt particulier

pour les groupes à risque et pour l'intégration sociale. Cette vision correspond plus directement aux orientations mondiales actuelles en matière de santé à savoir prévention, entraide communautaire, réinsertion et équité sociale (Epp, 1987; ILO, UNESCO et OMS, 1994; McColl, 1997; Peat et Boyce, 1993) mais s'harmonise aussi avec les idéologies soutenues par l'A.C.E. (1997).

Les noyaux de connaissances qui soutiennent plus spécifiquement l'intervention communautaire, sans avoir été élaborés nécessairement pour ce type d'intervention, relèvent des faits scientifiques et soutiennent le plus souvent l'efficacité de diverses interventions très précises. Elles regroupent notamment l'attribution d'aides techniques, le positionnement avec orthèse, l'éducation à la conservation d'énergie et à la protection articulaire, le soutien aux aidants naturels, l'adaptation des activités pour améliorer les habiletés fonctionnelles dans les soins personnels, les activités domestiques, la performance vocationnelle ou les loisirs (Callinan et Mathiowetz, 1996; Demers, Weiss-Lambrou et Ska, 1994; Falconer, 1991; Furst, Grever, Smith, Fisher et Shulman, 1987; Gitlin et Burgh, 1995; McKinnon, 1991; Morris et Gainer, 1997). Ces connaissances plus spécifiques qui relèvent des faits scientifiques complètent les savoirs plus théoriques qui relèvent des idéologies disciplinaires (Morin, 1991).

THÉORIES D'USAGE POUR LA PRATIQUE COMMUNAUTAIRE DE L'ERGOTHÉRAPIE

McColl (1998) soutient que les ergothérapeutes qui travaillent en milieu communautaires ont dû adapter et parfaire leurs savoirs théoriques et les savoirs consolidés dans la pratique hospitalière, pour répondre aux attentes et aux exigences particulières des divers milieux. Ces ajustements dans les savoirs, pour s'adapter aux contextes particuliers et pour faire face au quotidien, donnent naissance à des théories qu'Argyris et Schön (1999) nomment *les théories d'usage*. Elles sont ce savoir caché dans l'agir professionnel qui se développe dans la pratique d'une discipline. Le professionnel élabore des théories par sa réflexion dans l'agir et sur l'agir pour concevoir des interventions qu'il jugera efficaces dans des contextes spécifiques.

Les théories d'usage connues pour la pratique communautaire de l'ergothérapie relèvent de quelques descriptions de pratiques particulières. Une enquête faite auprès d'ergothérapeutes travaillant en milieu communautaire en Grande-Bretagne a permis à Bumphrey (1989) de décrire le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'équipe de première ligne comme celui de l'intervenante principalement préoccupée par l'indépendance maximale et la pleine intégration sociale. Les ergothérapeutes s'assurent que les personnes peuvent accomplir leurs activités en toute sécurité avec les aides techniques requises, que la réadaptation est complétée en regard de l'ensemble des domaines d'activités et que les aidants naturels sont supervisés dans les soins à offrir aux

personnes. Au Québec, une pratique assez semblable est décrite par Tremblay (1995) pour les ergothérapeutes qui travaillent dans les Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C). Ces établissements ont pour mission d'offrir des services de première ligne aux populations dans leurs communautés, soit des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive, curative, de réadaptation ou de réinsertion sociale (Fédération des C.L.S.C. du Québec, 1995). Tremblay (1995) décrit les tâches des ergothérapeutes comme étant d'assurer le lien entre les services de réadaptation hospitaliers et le retour à domicile, d'offrir des services spécialisés visant le maintien des personnes dans leur milieu naturel et, si possible, l'amélioration de leur qualité de vie. Elle remarquait que l'évaluation des capacités fonctionnelles, l'attribution d'aides techniques et l'adaptation domiciliaire étaient fréquentes de même que certaines tâches plus administratives telles la rédaction de rapports, la recherche de ressources, la participation à des rencontres et la gestion des services. Les tâches relevant plus de l'éducation et de la prévention semblaient moins présentes dans le travail des ergothérapeutes depuis le virage ambulatoire, dernière étape de la réforme des services de santé au Québec (Ordre des ergothérapeutes du Québec (O.E.Q.), 1997). Maertens et Gougeon (1993) remarquaient aussi l'importance du travail administratif dans la charge de travail des ergothérapeutes montréalaises qui offraient des services communautaires.

La description de ces pratiques particulières montre une centration des interventions sur l'autonomie fonctionnelle et sur le maintien à domicile des personnes.

Mais les facteurs qui déterminent ces orientations, la spécificité des interventions et leur organisation restent peu connus. Les interventions spécifiques que privilégient les ergothérapeutes, celles qu'elles jugent efficaces et appropriées, le sont aussi. Les théories d'usage qu'ont développées les ergothérapeutes qui travaillent dans des milieux communautaires restent donc en grande partie à être découvertes et mises en relation avec les idéologies disciplinaires.

ENQUÊTE SUR LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE DANS LES C.L.S.C DU QUÉBEC

Les théories d'usage élaborées par les ergothérapeutes travaillant dans les C.L.S.C. ont été documentées via *l'Enquête sur l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec*. Les résultats de l'enquête sont présentés de façon détaillée dans deux articles déjà publiés (Hébert, Maheux et Potvin, 2000 a et b). Le but de l'étude était essentiellement de documenter la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. pour, entre-autres, inférer les théories d'usage développées par les ergothérapeutes au quotidien de leur pratique et en étudier la congruence avec les théories de référence que nous propose l'A.C.E. (1997).

Les 283 ergothérapeutes qui travaillaient en C.L.S.C au début de l'année 1998 ont été invitées à participer à l'étude en complétant un questionnaire conçu spécifiquement pour recueillir des informations sur leur profil démographique, sur leur

contexte de travail, sur les services qu'elles offraient aux personnes qui présentaient une déficience physique, une déficience cognitive, un problème de santé mentale ou une maladie en phase terminale, et sur leurs opinions relativement à la formation à la pratique communautaire et au travail en C.L.S.C. Le taux de réponses final a été de 87,9%. Les points saillants des résultats, qui ont permis en grande partie de dégager les théories d'usage communes aux répondantes, sont ici brièvement présentés.

Les ergothérapeutes qui travaillent en C.L.S.C. cumulent majoritairement plus de cinq ans d'expérience de travail en ergothérapie mais moins de cinq en C.L.S.C. Elles travaillent au sein d'une équipe multidisciplinaire au secteur du maintien à domicile. En moyenne, elles voient de cinq à dix clients par semaine, on leur en réfère de trois à cinq nouveaux pendant cette période et elles voient chaque client au total moins de cinq fois. Les activités qui occupent le plus le temps de travail des ergothérapeutes sont la rédaction de rapports et les contacts directs avec les clients, dans l'ordre. Elles ont presque toutes une liste d'attente à gérer. Les délais d'attente sont généralement de moins d'une semaine pour les clients dont la situation est jugée urgente et moins de quatre mois pour une consultation régulière. Les ergothérapeutes jugent globalement que leur préparation universitaire à la pratique communautaire a été insuffisante. Par contre, elles sont satisfaites de leur travail en C.L.S.C. malgré le fait que plusieurs jugent qu'elles manquent de temps pour faire les interventions comme elles le voudraient, qu'elles consacrent trop de temps aux tâches administratives et que les délais pour voir les nouveaux clients sont trop longs (Hébert et coll., 2000a).

La clientèle est composée majoritairement de personnes âgées qui vivent une déficience physique et une perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. À l'ensemble de leurs clients, les ergothérapeutes offrent presque systématiquement l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et de la sécurité à domicile, l'adaptation de l'environnement et le soutien aux aidants. Autrement, les évaluations et les modalités d'intervention semblent choisies en fonction de la déficience principale du client. Par exemple, l'évaluation des fonctions cognitives se fait plus systématiquement avec les clients qui présentent une déficience dans cette sphère. L'étude des similitudes ("cluster analysis") dans les interventions que les ergothérapeutes font auprès de leurs clients qui vivent une déficience physique met en évidence deux types de pratique. Les ergothérapeutes d'un premier groupe (n=74) font plus systématiquement l'évaluation des fonctions cognitives, psychologiques et sociales, elles adaptent plus fréquemment les activités de leurs clients ou explorent de nouveaux intérêts avec ces derniers, les réfèrent à d'autres ressources et leur offrent du soutien, à eux et à leurs proches. Les ergothérapeutes d'un deuxième groupe (n=168) font moins souvent ces interventions mais font plus systématiquement l'évaluation de l'autonomie (Hébert et coll., 2000b).

THÉORIES D'USAGE QUI ÉMERGENT DE LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE EN C.L.S.C.

Les résultats de l'enquête ont permis de dégager principalement trois théories d'usage que semblent avoir adoptées les ergothérapeutes qui travaillent dans les C.L.S.C.

du Québec. La première se rapporte principalement au mode de traitement des demandes de services alors que les deux autres réfèrent plus directement au rôle de l'ergothérapeute au sein de l'équipe d'intervention.

Théorie d'usage #1: Une pratique de l'urgence qui répond aux pressions organisationnelles

La première théorie d'usage qui émerge des résultats de l'enquête semble découler du contexte actuel de la prestation des services dans le réseau de la santé, où les pressions organisationnelles d'efficacité et de productivité sont importantes (Gouvernement du Québec, 1998). Les services d'ergothérapie se sont développés de façon remarquable au cours des 15 dernières années dans les C.L.S.C. du Québec: en 1998, 14% des ergothérapeutes inscrits à l'O.E.Q. y travaillent (O.E.Q., 1998). Mais, comme l'anticipait Tremblay (1995), le rythme de développement des ressources humaines semble avoir été inférieur à l'accroissement de la demande de services. Les listes d'attente et les délais qui sont imposés aux nouveaux clients en témoignent. Les résultats de l'enquête montrent que 68% des répondants trouvent les délais trop longs, que 14% doivent faire attendre leurs clients dont la situation est urgente plus d'une semaine et que 29% doivent les faire attendre plus de quatre mois pour une consultation régulière. Cette pression exercée par les temps d'attente semble pousser les ergothérapeutes à adopter une pratique qui s'apparente à celle de l'urgence. Elles font

peu d'interventions auprès de chaque client en limitant les suivis: la majorité font moins de cinq interventions au total auprès de chaque client. Les clients dont la situation est jugée urgente sont priorisés: ils attendent significativement beaucoup moins longtemps pour recevoir les services. Les services semblent aussi restreints. Par exemple, pour les clients qui présentent une déficience physique, moins de 50% des ergothérapeutes évaluent les fonctions cognitives, psychologiques ou sociales, s'intéressent aux intérêts du client, offrent du support aux aidants ou adaptent de nouvelles activités avec le client. L'intervention est directement centrée sur la déficience physique et sur l'autonomie fonctionnelle à domicile. Les attentes d'efficacité mises de l'avant dans le réseau de la santé (Gouvernement du Québec, 1998) reçoivent ainsi une réponse: les ergothérapeutes peuvent voir plus de clients plus rapidement.

Théorie d'usage #2: Une pratique centrée sur l'autonomie du client

La deuxième théorie d'usage semble relever plus directement du rôle d'expert de l'autonomie traditionnellement reconnu aux ergothérapeutes. Celles qui travaillent en C.L.S.C. voient principalement des personnes âgées qui vivent une déficience physique engendrant une perte d'autonomie principalement pour les a.v.q. et les a.v.d. À ces clients, les ergothérapeutes proposent principalement l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et de la sécurité à domicile de même que l'attribution d'aides techniques et l'adaptation de l'environnement. Ces interventions visent essentiellement

l'autonomie optimale pour un maintien à domicile efficace et à moindre risque. De plus, l'analyse des similitudes dans les pratiques de l'ensemble des répondantes à l'enquête a montré que près des deux tiers des ergothérapeutes se distinguent par l'évaluation systématique de l'autonomie fonctionnelle de leurs clients au détriment de l'ensemble des autres interventions qu'elles pourraient offrir. Les ergothérapeutes assument ainsi le rôle d'expert relativement à la pleine autonomie des personnes qui leur est depuis longtemps reconnu (Bumphrey, 1989). Mais notons que le tiers des ergothérapeutes ayant participé à l'enquête offrent systématiquement une intervention plus globale avec l'évaluation de l'ensemble des fonctions (physiques, psychologiques et sociales) et un souci particulier pour l'adaptation des activités et la recherche de nouveaux intérêts avec les clients qui présentent une déficience physique. La proportion s'élève à près de la moitié des ergothérapeutes quand l'intervention est offerte aux personnes vivant une déficience cognitive, un problème de santé mentale ou une maladie en phase terminale. La deuxième théorie d'usage à s'être développée parmi la majorité des ergothérapeutes en C.L.S.C. relève donc du rôle d'expert de l'autonomie, principalement au niveau de l'évaluation, au détriment d'une intervention plus globale.

Théorie d'usage #3: Une pratique de l'ergothérapie centrée sur la déficience du client

Quelques variations observées dans les pratiques des ergothérapeutes en C.L.S.C. relèvent directement de la déficience principale vécue par les clients. Par exemple, une

personne vivant une déficience physique verra ses fonctions physiques évaluées plus systématiquement et l'intervention proposée inclura le plus souvent la mobilité, le positionnement et les transferts. L'intervention auprès de ces personnes sera plus semblable à celle proposée aux personnes vivant une maladie en phase terminale. Les personnes qui vivent une déficience cognitive recevront des services plus semblables à ceux offerts aux personnes qui présentent un problème de santé mentale avec l'évaluation systématique des fonctions cognitives et psychologiques, l'évaluation des ressources familiales et communautaires de même que le soutien aux clients et aux aidants naturels. Les ergothérapeutes semblent donc centrer et concentrer leurs efforts sur l'intervention qui cible spécifiquement les incapacités engendrées par la déficience principale vécue par le client.

DISCUSSION

Les théories d'usage prennent naissance dans la réflexion sur l'action, le concret, l'incertitude, la complexité, l'instabilité, le particularisme et les conflits de valeurs dont chaque situation est porteuse (Schön, 1994). Le professionnel réfléchit dans l'action et sur l'action pour évaluer l'efficacité de son intervention et développer des théories d'usage qui soutiennent le quotidien de sa pratique (Argyris, & Schön, 1999). Pour générer un certain confort dans les idées et le quotidien de la pratique, le professionnel est à la recherche de congruence entre ses théories de référence et ses théories d'usage.

Dans cette réflexion, il aura à déterminer si ses théories d'usage doivent être modifiées ou alors il suscitera une réflexion plus fondamentale pouvant engendrer l'ajustement des théories de référence pour soutenir les rôles professionnels reconnus (Schön, 1994).

Les théories d'usage qui se dégagent de l'analyse des résultats de *L'enquête sur la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. au Québec* semblent naître du manque de ressources humaines: les demandes de services sont priorisées en fonction de l'urgence de la situation et le rôle adopté limite l'étendue des interventions. L'influence des besoins et des pressions organisationnelles est nettement perçue dans cette pratique s'apparentant à celle de l'urgence et dans le choix d'interventions que font les ergothérapeutes. Elles maintiennent le rôle d'expert de l'autonomie qui leur est traditionnellement dévolu et centrent leurs interventions sur le maintien à domicile des individus. Quand elles limitent leur intervention à l'évaluation de l'autonomie, les ergothérapeutes répondent très certainement aux besoins organisationnels, plus particulièrement au besoin qu'a l'équipe de soins de connaître le niveau d'autonomie du client pour déterminer les services requis pour le maintien à domicile. En centrant leurs interventions sur l'autonomie fonctionnelle et en les adaptant à la déficience du client, les restreignant à cette déficience, les ergothérapeutes rencontrent aussi les attentes de productivité en limitant le nombre d'interventions et en augmentant le rythme de prise en charge. Une telle centration sur la déficience du client et sur son autonomie s'apparente plus à l'idéologie de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S., 1988) qui propose la réduction du désavantage vécu par la personne par

l'intervention au niveau des déficiences et des incapacités. Les croyances et valeurs fondamentales proposées par l'A.C.E. (1997) et qui sont à la base du *Modèle du rendement occupationnel* (A.C.E., 1997) semblent s'intégrer difficilement dans le quotidien de la pratique des ergothérapeutes en C.L.S.C.: (1) la centration sur les besoins et les aspirations des clients s'est déplacée vers la centration sur les besoins et les pressions organisationnelles, (2) la vision holistique des personnes s'est déplacée vers une vision prioritaire de la déficience qui entrave le maintien à domicile efficace et sécuritaire, (3) l'importance accordée aux aspirations des clients dans le cadre d'une qualité de vie optimale n'est retenue que par une faible proportion des ergothérapeutes alors que la majorité se centre sur l'autonomie et la sécurité dans le milieu de vie naturel, (4) la vision de l'occupation humaine, pour tous les domaines d'activités, est généralement réduite aux activités de la vie quotidienne nécessaires au maintien à domicile, et finalement, (5) le potentiel des individus est reconnu dans les limites des besoins organisationnels, soit celles délimitées par la déficience des clients et l'expertise traditionnellement reconnue aux ergothérapeutes.

L'éloignement des théories d'usage et des théories de référence n'est pas un phénomène unique à la pratique communautaire de l'ergothérapie. Schön (1994) étudie cet état de fait depuis fort longtemps pour une foule de professions, dont celles du domaine de la santé. Il soutient que l'écart entre les théories provoque habituellement un réajustement des théories d'usage. Or, les résultats de l'enquête montrent que la majorité des ergothérapeutes adoptent une pratique d'urgence centrée sur l'autonomie

fonctionnelle et sur la déficience principale des clients qui s'éloigne des théories de référence proposées par l'A.C.E. (1997). Ces ergothérapeutes maintiennent donc leurs théories d'usage pour faire face au quotidien de la pratique. Le *Modèle canadien du rendement occupationnel* (A.C.E., 1997) serait-il à ce point idéaliste qu'il ne pourrait soutenir le quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie? Les ergothérapeutes qui offrent une intervention plus globale, une sur trois pour l'intervention auprès des personnes qui présentent une déficience physique, semblent penser que non. Elles offrent à leurs clients une intervention plus globale incluant l'évaluation de l'ensemble des fonctions humaines (cognitives, psychologiques et sociales), le soutien au client et à ses proches, l'adaptation des activités et l'exploration de nouveaux intérêts. Or, ces ergothérapeutes se distinguent par le fait qu'elles ont significativement plus d'expérience de travail en ergothérapie et que leurs clients attendent moins longtemps pour recevoir les services. Ces ergothérapeutes seraient-elles moins influencées par les pressions organisationnelles dans les choix qu'elles feraient face à la profession ... ou encore auraient-elles une identité professionnelle plus forte, acquise avec les années de pratique, qui laisserait moins d'emprise aux besoins organisationnels dans la mise en perspective des valeurs disciplinaires?

Le manque de ressources humaines, les pressions organisationnelles et les attentes d'efficacité qui sont actuellement bien présents dans le réseau des services de santé sont des phénomènes universels. Les professionnels qui offrent des services dans les réseaux publics, en santé comme en éducation, font face au manque de ressources

et conséquemment à l'augmentation de la charge de travail (Argyris et Schön, 1999). Schön (1994) remarquait d'ailleurs que les travailleurs qui oeuvrent au bien-être social sont tirillés entre leur code professionnel qui leur demande d'être attentifs aux personnes et la pression institutionnelle qui les incite à étudier les dossiers au plus vite. Les orientations actuelles en matière de santé, avec les restrictions budgétaires qui sont maintenues, laissent présager que le phénomène sera durable. Il faudra bien composer avec les conditions actuelles qui prévalent dans le réseau. Les théories d'usage que développent les professionnels sont issues et nécessaires au quotidien de la pratique. Mais les incongruences entre les des théories d'usage et les théories de référence pour la pratique communautaire de l'ergothérapie soulèvent une réflexion que les ergothérapeutes ont déjà entreprise: l'analyse des similitudes dans les pratiques des ergothérapeutes montre que des choix sont à s'élaborer. Certaines maintiennent une pratique plus globale, congruente avec les valeurs fondamentales, alors que d'autres adoptent une pratique centrée sur un maintien à domicile sécuritaire qui répond plus aux pressions organisationnelles.

L'enseignement et l'adoption de modèles qui véhiculent les valeurs et les croyances fondamentales à la profession, comme celui de l'A.C.E. (1997), sont d'importance à plusieurs égards. Ces postulats idéologiques sont les premiers déterminants disciplinaires et sont primordiaux dans la formation de l'identité professionnelle (Morin, 1991; Niemi, 1997). La préoccupation face à l'autonomie fonctionnelle est commune à l'ensemble des professionnels qui offrent des services de

maintien à domicile. La particularité de l'ergothérapie doit donc se définir dans l'intérêt porté à l'activité significative ou à l'occupation humaine. Les idéologies disciplinaires peuvent aussi aider les ergothérapeutes dans la démarche de priorisation des clientèles et des interventions. Les valeurs disciplinaires devraient pousser les ergothérapeutes à se centrer et à cerner la demande du client en fonction des activités qui sont perturbées et de l'importance relative de chacune de ces activités pour le client. Dans la mesure où les ressources sont restreintes et le resteront, le fait de cibler l'autonomie pour quelques activités qui sont particulièrement significatives pour le client devient une démarche de priorisation tout à fait acceptable. Plus acceptable que de prioriser une démarche d'intervention qui vise essentiellement à informer l'équipe, au détriment des interventions qui répondent plus directement aux aspirations réelles des clients. Dans un système de santé qui centre les services sur le citoyen décideur, payeur et consommateur (Gouvernement du Québec, 1990) la priorisation des services devrait se centrer sur les aspirations de ce dernier. Les ajustements de la pratique qui tiennent compte des seuls besoins organisationnels auront nécessairement des effets pervers. On aura assisté à une redéfinition tacite de la profession basée sur un système changeant, incertain, complexe et instable (Schön, 1994), qui provoquera une fragilité disciplinaire.

CONCLUSION

À la lumière des informations recueillies dans *L'enquête sur la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec* et des inférences qu'elles nous ont permis

de faire relativement aux théories d'usage des ergothérapeutes, il semble opportun d'approfondir la réflexion sur la pratique même de l'ergothérapie dans les milieux communautaires. Pour maintenir l'essence de la profession, les ergothérapeutes qui pratiquent dans des milieux communautaires devraient idéalement: (1) être bien formés relativement aux théories de référence qui déterminent la profession, (2) bien comprendre l'importance de ces théories pour le développement et la consolidation de la profession dans les milieux communautaires, (3) utiliser les valeurs que proposent les modèles pour prendre les décisions thérapeutiques et les décisions organisationnelles dans le quotidien de la pratique, (4) examiner les théories d'usage qui s'élaborent inévitablement et heureusement dans le quotidien de la pratique à la lumière des théories de référence et des faits scientifiques en n'hésitant pas à les requestionner toutes, (5) déterminer des processus de priorisation dans l'intervention qui relèvent d'abord des aspirations des clients, des idéologies professionnelles qui nous sont propres, des théories de référence qui nous déterminent, des réalités cliniques et des attentes organisationnelles avec lesquelles nous devons composer.

L'examen plus approfondi des théories d'usage, de leur impact dans les choix professionnels que font les ergothérapeutes et leurs liens avec l'identité professionnelle semble encore plus nécessaire. L'ancrage des théories d'usage aux théories de référence semble nécessaire à la formation de noyaux de connaissances qui favoriseront l'épanouissement professionnel.

RÉFÉRENCES

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

Association Canadienne des Ergothérapeutes. (1997). Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie. Ottawa: Auteur.

Atchison, B. (1997). Occupational therapy in home health: Rapid changes need proactive planning. American Journal of Occupational Therapy, 51, 406-409.

Banks, S. (1991). The Canadian model of occupational performance: Its relevance to community practice. Canadian Journal of occupational therapy, 58, 109-111.

Borg, N. (1985). Home care occupational therapy: A vital link to independence. Occupational Therapy in Health Care, 2, 51-62.

Bridle, M., & Hawkes, B. (1990). A survey of Canadian occupational therapy private practice. Canadian Journal of Occupational Therapy, 57, 160-166.

Bumphrey, E. E. (1989). Occupational therapy within the primary health care team. British Journal of Occupational Therapy, 52, 252-255.

Callinan, N. J., & Mathiowetz, V. (1996). Soft versus hard resting hand splints in rheumatoid Arthritis: Pain relief, preference, and compliance. American Journal of Occupational Therapy, 50, 347-353.

Cromwell, F. S., & Kielhofner, G. W. (1976). An educational strategy for occupational therapy community service. American Journal of Occupational Therapy, 30, 629-633.

Demers, L., Weiss-Lambrou, R., & Ska, R. (1994). L'utilisation à domicile des aides techniques par les personnes âgées: Une étude pilote. Canadian Journal of Occupational Therapy, 61, 260-268.

Dubouloz, C.-J., Egan, M., Vallerand, J., & von Zweck, C. (1999). Occupational therapists' perceptions of evidence-based practice. American Journal of Occupational Therapy, 53, 445-453.

Epp, J. (1987). Achieving health for all: A framework of health promotion. PROBE, 21 (3), 1-13.

Falconer, J. (1991). Hand splinting in rheumatoid arthritis: A perspective on current knowledge and directions for research. Arthritis Care and Research, 4, 81-86.

Fédération des C.L.S.C. du Québec. (1995). Volet 2: Virage ambulatoire - Introduction générale. Montréal: Auteur.

Fox, R. J., Crask, M. R., & Kim, J. (1988). Mail survey response rate: A meta-analysis of selected techniques for inducing response. Public Opinion Quarterly, 52, 467-491.

Furst, G., Grever, L. Smith, C. Fisher, S., & Shulman, B. (1987). A program for improving energy conservation behaviors in adults with rheumatoid arthritis. American Journal of Occupational Therapy, 41, 102-113.

Gitlin, L., & Burgn, D. (1995). Issuing assistive devices to older patients in rehabilitation: An exploratory study. American Journal of Occupational Therapy, 49, 994-1000.

Gouvernement du Québec. (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec: Auteur.

Gouvernement du Québec. (1998). Notre force, des personnes compétentes et dévouées 1988-1999 à 2000-2001. [Http://msss.gouv.qc.ca](http://msss.gouv.qc.ca)

Hébert, M., Maheux, B., & Potvin, L. (2000). L'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec après le virage ambulatoire (1e partie). Revue Québécoise d'Ergothérapie, 9, 23-28.

Hébert, M., Maheux, B., & Potvin, L. (sous-presse). L'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec après le virage ambulatoire (2e partie). Revue Québécoise d'Ergothérapie, 9 (2).

International Labour Organization (ILO), United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), & World Health Organization (WHO). (1994). Joint Position Paper on Community Based Rehabilitation for and With People with Disabilities. Geneva: Auteurs.

LeVesconte, H. P. (1935). Expanding fields of occupational therapy. Canadian Journal of Occupational Therapy, 3, 4-12.

Marshall, J. S. (1992). Role of continuous Quality Improvement. Dans Health Care: Innovation, Impact and Challenge (pp. 37-51). Kingston: Queen's University.

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.

Mayers, C. (1993). A model for community occupational therapy practice, Stage 1. British journal of occupational Therapy, 56, 169-173.

McColl, M. A. (1997). Community-Based Rehabilitation in Canada. Canadian Journal of Rehabilitation, 10, 255-259.

McColl, M. A. (1998). What do we need to know to practice occupational therapy in the community? American Journal of Occupational therapy, 52, 11-18.

McKinnon, A. (1991). Occupational performance of activities of daily living among elderly Canadians in the community. Canadian Journal of Occupational therapy, 58, 60-66.

McKinnon, A., & Madill, H. (1987). Occupational therapy: A growing profession in community health. Canadian Public Health Association Health Digest, 11, 3-4.

McKinnon, A., Townsend, E., & Maconachie, R. (1990). Position paper on occupational therapy in home care. Canadian Journal of occupational Therapy, 57, 1-8.

Mégie, M.-F. (1992). La visite à domicile. Dans Actes du colloque 'La personne en perte d'autonomie'. Montréal: Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Morin, E. (1991). La Méthode # 4, Les Idées. Paris: Seuil.

Morris, A. L., & Gainer, F. (1997). Helping the caregiver: occupational therapy opportunities. Occupational therapy Practice, 2, 36-40.

Niemi, P. M. (1997). Medical students' professional identity: self-reflection during the preclinical years. Medical Education, 31, 408-415.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (1998). Bottin des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Montréal: Auteur.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (1997). Les pratiques professionnelles en ergothérapie: Changements observés liés au virage ambulatoire. Montréal: Auteur.

Organisation Mondiale de la Santé. (1986). Classification internationale des déficits, incapacités et handicaps. Genève: Auteur.

Peat, M., & Boyce, W. (1993). Canadian community rehabilitation services: Challenges for the future. Canadian Journal of Rehabilitation, 6, 281-289.

Pineault, R. (1992). The Reform of the Quebec Health-Care System: Potential for Innovation? Dans Health Care: Innovation, Impact and Challenge (pp. 71-94). Kingston: Queen's University.

Robinson, I. M. (1981). The mists of time. Canadian Journal of Occupational Therapy, 48, 145-152.

Rollin-Gagnon, F. (1999). L'avenir de l'ergothérapie. Revue Québécoise d'Ergothérapie, 8, 17-21.

Santé et Bien-être social Canada et Association Canadienne des Ergothérapeutes.

(1983). Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client.

Ottawa: Ministre des approvisionnements et services Canada.

Santé et Bien-être social Canada et Association Canadienne des Ergothérapeutes.

(1986). Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client.

Ottawa: Ministre des approvisionnements et services Canada.

Schön, D. A. (1994). Le Praticien Réflexif: A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal: Éditions Logiques.

Shafer, A. (1971). Providing supportive services to the elderly. American Journal of Occupational Therapy, 25, 423-427.

Strong, J. (1987). An extension of the Occupational Therapy Role in Gerontology. American Journal of Occupational Therapy, 34 (4), 157-160.

Taira, E. D. (1985). After treatment what? New roles for occupational therapists in the community. Occupational Therapy in Health Care, 2, 13-24.

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.

Reflets des théories d'usage: les styles de pratique qu'adoptent les ergothérapeutes

Les théories d'usage que les ergothérapeutes ont développées au quotidien de leur pratique ont été inférées sur la base des distributions de fréquences pour l'utilisation de certaines interventions. La première théorie découle des pressions organisationnelles: pour faire face à la trop grande demande de services, l'ergothérapeute restreint ses interventions et priorise les clients dont la situation est jugée plus urgente. La deuxième relève d'un rôle traditionnellement reconnu à l'ergothérapeute, celui d'expert de l'autonomie: les interventions systématiquement offertes aux clients sont l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et de la sécurité à domicile. La dernière théorie émerge aussi des pressions organisationnelles mais pourrait aussi refléter certains aspects de la formation à la discipline: l'ergothérapeute centre son intervention sur la déficience principale du client. Ces théories d'usage, inférées de l'univers comportemental professionnel des ergothérapeutes, sont en harmonie avec les attentes organisationnelles dans la mesure où elles permettent à l'ergothérapeute d'intervenir plus rapidement. L'ergothérapeute qui évalue alors l'efficacité de sa pratique, par sa réflexion dans l'action et sur l'action, jugera que son univers comportemental et ses théories d'usage (tacites) sont congruentes, et que la réponse aux attentes organisationnelles est satisfaisante. Ses théories d'usage sont ainsi soutenues et maintenues.

L'étude des styles de pratique qu'ont développés les ergothérapeutes pour l'intervention auprès de leurs différentes clientèles nous montre que ces théories d'usage

sous-tendent la pratique de la majorité des répondantes. Plus des deux tiers des répondantes qui offrent des services aux personnes ayant une déficience physique centrent leurs interventions sur la déficience des clients et sur l'évaluation de l'autonomie. Une restriction similaire dans les interventions se retrouve aussi dans les services offerts par environ la moitié des ergothérapeutes qui interviennent auprès des personnes ayant une déficience cognitive, un problème de santé mentale ou une maladie en phase terminale. L'analyse des regroupements nous indique que cette pratique plus restreinte est adoptée majoritairement par les mêmes ergothérapeutes pour l'intervention auprès des personnes ayant une déficience physique, une déficience cognitive ou un problème de santé mentale. Ces ergothérapeutes offrent cependant une intervention plus globale aux personnes en phase terminale d'une maladie.

Le nombre d'années d'expérience de travail en ergothérapie ou en C.L.S.C. semble déterminant dans l'adoption d'un style de pratique qui pourrait être qualifié de plus restrictif. De fait, les ergothérapeutes qui ont une intervention moins globale ont significativement moins d'années d'expérience de travail en C.L.S.C. La <pratique de l'urgence> était aussi observée chez les plus jeunes ergothérapeutes. Les théories d'usage qui conduisent toutes trois à une intervention plus restrictive ont été développées par un plus grand nombre d'ergothérapeutes moins expérimentées. Paradoxalement, les concepts d'holisme, d'occupation humaine, de qualité de vie, de centration sur les aspirations du client et sur son potentiel de changement, s'ils ont toujours été soutenus dans la formation des ergothérapeutes, sont beaucoup plus présents

actuellement dans les modèles et la littérature en ergothérapie. Les plus jeunes diplômées devraient donc avoir eu une formation universitaire plus intense face à ces valeurs fondamentales de la profession, valeurs qui devraient alors se refléter dans leurs choix professionnels. Or ce sont les ergothérapeutes ayant une plus grande expérience de travail qui adoptent une pratique plus congruente avec les fondements disciplinaires. La somme des expériences cliniques aurait donc un rôle important à jouer dans l'intégration des valeurs fondamentales de la profession au quotidien de la pratique.

Théories de l'action: amalgamation des théories de référence et des théories d'usage

La majorité des ergothérapeutes qui travaillent dans les C.L.S.C. du Québec ont développé des théories d'usage et des styles de pratique qui leur permettent de faire face aux pressions organisationnelles, qui les confirment dans leur rôle d'expert de l'autonomie et qui centrent leurs interventions sur la déficience présentée par le client. Les théories d'usage sont cependant incongrues quand elles sont confrontées aux théories de référence proposées par l'A.C.E. (1997) qui soutient une approche holistique tenant compte de toutes les sphères de la personne (bio-psycho-sociale), de ses domaines d'activités (soins personnels, travail et loisirs) et des divers aspects environnementaux. Une intervention centrée sur la seule déficience du client, par exemple sur la problématique physique et ses conséquences fonctionnelles, est bien loin d'une telle approche. Elle semble plus congruente avec le modèle de Kielhofner (1992), plus

préoccupé de la performance, ou celui de l'O.M.S. (1988), plus centré sur la déficience, l'incapacité et le désavantage qu'ils engendrent. Mais ces modèles proposent aussi une approche holistique préoccupée des aspirations des personnes qui ne se retrouve pas dans une intervention plus restrictive.

L'A.C.E. (1997) propose aussi une démarche d'intervention rigoureuse incluant la détermination des objectifs d'intervention en partenariat avec le client pour répondre à ses aspirations, le choix réfléchi d'approches adaptées à la situation de chaque client, les suivis jusqu'à l'atteinte des objectifs ou à la satisfaction du client. Il semble improbable que les ergothérapeutes aient une telle démarche d'intervention quand elles limitent le nombre de leurs interventions auprès de chaque client et qu'elles centrent ces interventions sur la déficience principale du client, son autonomie fonctionnelle ou sa sécurité à domicile. Une telle approche semble plus mécanistique (Hagedorn, 2000) et moins congruente avec les fondements plus humanistes proposés par l'A.C.E. (1997).

Les théories de l'action qui découlent de la rencontre des théories de référence et des théories d'usage s'expriment dans les styles de pratique adoptés par les ergothérapeutes. Selon la position de Schön (1994) et d'Argyris et Schön (1999), dans la mesure où les théories d'usage sont prépondérantes aux théories de référence pour la majorité des ergothérapeutes, particulièrement chez les plus jeunes, et dans la mesure où ces théories ne s'harmonisent pas, un dilemme sera soulevé. Les insatisfactions exprimées par les répondantes face à divers aspects de leur pratique comme la qualité des services d'ergothérapie qui sont offerts dans leurs établissements, la qualité de leurs

propres interventions, la réponse aux besoins des clients, reflètent peut être ce malaise plus profond issu de la réflexion sur les théories de l'action. Pour les ergothérapeutes qui ont une pratique plus globale centrée sur le client et ses activités, ergothérapeutes ayant une plus grande expérience clinique, les théories de référence sont plus présentes au quotidien de la pratique. Elles expriment beaucoup moins d'insatisfactions face à leurs interventions.

Pour les ergothérapeutes qui travaillent en C.L.S.C., l'expérience de travail semble donc un élément déterminant dans la gestion des pressions organisationnelles. Ces ergothérapeutes qui ont plus d'expérience de travail, ont développé un style de pratique qui est plus congruent avec les théories de référence de la discipline. Le quotidien de la pratique est plus satisfaisant. Pour les plus jeunes, les théories d'usage issues des pressions organisationnelles ont déterminé leurs théories de l'action et ont généré un inconfort qui s'actualise via les insatisfactions qu'elles expriment face à leur pratique. Les résultats de l'enquête ne nous permettent pas de déterminer avec certitude quels seront les choix des plus jeunes ergothérapeutes face à leur pratique actuelle mais ils permettent une réflexion qui conduit au requestionnement de l'identité professionnelle, à l'importance de la formation universitaire et de la socialisation professionnelle, et à l'impact des choix actuels sur les perspectives pour la profession dans ce secteur d'intervention.

Une formation et une pratique de l'ergothérapie qui favorise la consolidation de l'identité professionnelle

Le portrait de la pratique communautaire de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec, que les résultats de l'enquête nous ont permis de faire, ne semble pas à première vue très favorable à la consolidation de l'identité professionnelle pour les ergothérapeutes qui y travaillent. D'abord, les répondantes indiquent très majoritairement être globalement insatisfaites de leur préparation universitaire pour cette pratique particulière alors que Raven (1995) et McKinney et coll. (1998) soutiennent que l'identité professionnelle prend initialement racine à l'université via les théories de base de la discipline et la socialisation professionnelle. Les connaissances, les concepts, les valeurs et les croyances fondamentales de la profession sont habituellement enseignés dans les cours d'introduction à l'ergothérapie (Egan, Dubouloz, son Zwec et Vallerand, 1998; Etienne, 1989; Raven, 1995). Ils sont ensuite repris tout au long de la formation. Les occasions de socialisations professionnelles sont présentes pendant les stages, pendant les travaux longs que les étudiants ont habituellement à compléter pendant leur dernière année de formation et par la participation aux associations étudiantes. Ces occasions varient nécessairement d'un établissement à l'autre, et d'une étudiante à l'autre, mais toutes doivent faire plusieurs stages. Elles sont alors nécessairement en contact avec les cliniciens et le processus de modeling peut prendre place, processus important dans la construction de l'identité professionnelle (Coté et coll., 1997; McKinney et coll., 1998;

Westert, Nieboer et Gronewegen; 1993). Les ergothérapeutes en formation ont donc une première opportunité d'édifier leur identité professionnelle à l'université. Mais il semble que dans la pratique communautaire, elles arrivent difficilement à l'actualiser et à la consolider. Une partie de la problématique relève peut-être de la formation pour cette pratique particulière: Lycett (1991) recommande l'inclusion des éléments d'influence de chacun des milieux de travail dans le processus de définition de l'identité professionnelle, McColl (1998) observe le développement a-théorique de la pratique communautaire et la très grande majorité des répondantes jugent leur préparation universitaire au travail en C.L.S.C. insuffisante. La rareté des théories de référence spécifiques et adaptées à la pratique communautaire expliqueraient alors le développement des théories d'usage et la fragilité de l'identité professionnelle dans ce secteur d'intervention. Le fait que les plus jeunes ergothérapeutes jugent globalement leur formation universitaire pour la pratique communautaire plus satisfaisante pourrait refléter une amélioration dans la formation, face aux réalités cliniques, mais elle aurait dû conduire au maintien des théories de référence dans le quotidien de la pratique, ce qui n'est pas le cas. On en remarque l'éloignement des théories d'usage que développent les plus jeunes. Il faut donc penser que la consolidation de l'identité professionnelle, dans le respect des théories de référence de la discipline, se fait avec le temps dans la confrontation de ces théories au quotidien de la pratique, comme le soutenaient Hochbaum et coll. (1992). Cette réflexion conduit l'ergothérapeute à questionner ses théories de référence ou à modifier ses théories

d'usage (Argyris et Schön, 1999). La finalité de cette démarche de réflexion provoque un changement paradigmatique disciplinaire, rarement, ou une "crise" d'identité professionnelle (Schön, 1994). La confrontation au quotidien de la pratique avec les écueils possibles du travail en équipe, de la diffusion des rôles, de l'éloignement des théories fondamentales, des pressions organisationnelles d'efficacité et l'adoption de pratiques plus minimalistes pousseront l'ergothérapeute dans sa réflexion dans l'agir et sur l'agir. Elle se questionnera alors sur la particularité et l'unicité de son intervention, sur les fondements disciplinaires qui la déterminent et sur son rôle de travailleur de la santé. À ce prix, l'identité professionnelle se consolidera harmonieusement dans le respect des valeurs fondamentales de la profession. Celles qui adopteront une pratique plus congruente avec les fondements disciplinaires seront plus satisfaites de leur travail. Alors que celles qui maintiendront cette approche plus minimaliste centrée sur la déficience du client et ses retombées fonctionnelles, efficace certes pour répondre aux attentes organisationnelles, vivront encore ces insatisfactions qu'elles ont identifiées. Elles auront toujours cette difficulté à établir clairement leur identité professionnelle, comme le soutient Gray (1998). Il leur sera de plus en plus difficile de se distinguer des autres membres de l'équipe qui sont tous préoccupés de l'autonomie et de la sécurité des personnes à domicile. Il leur sera aussi difficile de faire valoir l'importance de la profession, relativement aux techniques qui s'en approchent, dans le contexte de restriction budgétaire vécu actuellement dans le réseau de la santé.

Il convient donc de maintenir l'enseignement des valeurs fondamentales en ergothérapie et de le faire avec autant de vigueur. Il faut aussi aider les ergothérapeutes en cours de formation à appréhender les réalités cliniques pour qu'elles puissent y faire face mieux préparées. La diffusion des théories d'usage pourrait avoir un rôle important à jouer à cet égard dans la mesure où elles sont le reflet des particularités des différents milieux et du contexte actuel de la prestation des services de santé. La reconnaissance de ces particularités et des éléments d'influence dans les différents milieux d'intervention, au coeur même de la définition de la pratique de l'ergothérapie, est d'ailleurs proposée par Lycette (1991) comme une avenue importante dans la résolution des problèmes d'identité professionnelle que connaissent depuis toujours les ergothérapeutes.

Il devient donc important, pour maintenir l'essence de la profession et le coeur de l'identité professionnelle dans le secteur d'intervention très prometteur en ergothérapie qu'est le communautaire, de sensibiliser les ergothérapeutes en formation aux écueils du quotidien de la pratique et de les bien préparer en leur enseignant les concepts fondamentaux. Il convient aussi de sensibiliser les formateurs relativement aux menaces à l'identité professionnelle qui émergent du quotidien de la pratique et relativement au rôle primordial de modèle qu'elles peuvent assumer dans leurs contacts avec les plus jeunes. Il serait aussi important d'évaluer les incongruences que soulèvent l'étude des théories d'usage quand elles sont confrontées aux théories de référence. Nos bases théoriques fondamentales sont-elles trop idéalistes dans le contexte actuel de

restrictions vécu dans le réseau des services de santé, contexte qui n'est ni unique à l'ergothérapie ni en voie de se résorber?

CONCLUSION

La pratique communautaire de l'ergothérapie est une avenue des plus prometteuses pour la profession. Les orientations actuelles en matière de santé laissent présager que malgré les restrictions budgétaires imposées au réseau de la santé, ce secteur d'intervention en ergothérapie continuera à se développer. L'enjeu est de taille; les ergothérapeutes doivent préserver les acquis dans le domaine du maintien à domicile et promouvoir la profession dans les autres domaines communautaires, notamment en santé au travail, en santé scolaire et en santé mentale. Pour ce faire, les ergothérapeutes devront avoir délimité clairement leurs champs d'expertise et les particularités de la profession.

L'enquête sur la pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec nous a permis de comprendre un peu mieux le quotidien des ergothérapeutes qui travaillent dans ces établissements. Elles ont à faire face à des pressions organisationnelles suffisamment importantes pour provoquer des modifications dans les pratiques qui les éloignent des valeurs fondamentales de la profession. Au quotidien, elles ont développé des théories d'usage qui permettent de répondre aux attentes organisationnelles mais qui minimalisent l'intervention: d'expertes de l'occupation humaine avec l'A.C.E. (1997), elles sont devenues expertes de l'autonomie fonctionnelle et de la sécurité à domicile. Deviendront-elles ensuite expertes de l'autonomie au bain comme le craignaient les ergothérapeutes ayant participé au sondage de l'O.E.Q. (1997)? N'auront-elles qu'à mettre en place des protocoles d'intervention déjà élaborés sans juger de leur

adéquation? Rien n'empêchera alors de les remplacer par des techniciens en réadaptation ou par des auxiliaires familiales qui pourront tout aussi bien faire ce travail.

Les résultats de l'enquête nous ont donné quelques pistes de réflexion. Les théories d'usage qu'ont développées les ergothérapeutes ont pris naissance dans l'absence de théories de référence spécifiques à cette pratique particulière et dans la pression exercée par les contraintes organisationnelles. Les plus jeunes diplômées semblent résister plus difficilement à cette pression et leurs théories d'usage sont plus congruentes avec les attentes organisationnelles qu'avec les théories de référence en ergothérapie. Les ergothérapeutes ayant plus d'expérience clinique auraient une identité professionnelle suffisamment forte pour leur permettre de maintenir les valeurs fondamentales de la profession au coeur de leur pratique. Il serait donc essentiel de favoriser l'établissement d'une saine identité professionnelle chez les jeunes ergothérapeutes: d'abord reconnaître le caractère primordial de la formation à cette pratique particulière à l'université et pendant les stages, approfondir nos connaissances sur les théories d'usage que développent les cliniciennes, en reconnaître l'importance et les diffuser pour en permettre l'analyse critique, favoriser la socialisation professionnelle en reconnaissant son impact sur le processus de développement de l'identité professionnelle pendant la formation et les premières années de travail, soutenir la diffusion de la recherche et des expériences des cliniciennes dans ce domaine particulier d'intervention. Ces efforts pourraient permettre aux ergothérapeutes de développer une identité professionnelle plus forte et moins sensible aux pressions

organisationnelles. Mais il faudrait aussi reconnaître à la base, soit dans nos valeurs fondamentales et nos lignes directrices, l'importance que prend le travail communautaire en ergothérapie et ses particularités. Ne plus percevoir ce secteur d'intervention comme une pratique non traditionnelle mais comme une valeur sûre en ergothérapie.

Plusieurs zones nébuleuses doivent encore être explorées en ergothérapie communautaire. Il serait nécessaire d'approfondir nos connaissances sur les interventions et les approches qui sont efficaces quand il est question d'offrir des services dans le milieu naturel des personnes. Il serait aussi important d'évaluer le potentiel de certaines approches pour faire face à la situation actuelle dans le réseau de la santé, comme la réadaptation à base communautaire. La révision de l'adéquation de nos connaissances de base sur la pratique communautaire, de nos lignes directrices et des théories d'usage que développent les cliniciennes permettrait un développement plus harmonieux de l'identité professionnelle. Il serait donc important de soutenir la recherche dans ce domaine et de favoriser la participation des cliniciennes à ce processus de consolidation des connaissances.

RÉFÉRENCES

Argyris, C. & Schön, D. A. (1999). Théorie et Pratique Professionnelle: Comment en Accroître l'Efficacité. Outremont: Logiques.

Association Canadienne des Ergothérapeutes. (1997). Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie. Ottawa: Auteur.

Association des C.L.S.C. et des C.H.S.L.D. du Québec. (1997). Annuaire 1997: Les C.L.S.C. et les centres de santé. Montréal: Auteur.

Atchison, B. (1997). Occupational Therapy in Home Health: Rapid Changes Need Proactive Planning. American Journal of Occupational Therapy, 51, 406-409.

Banks, S. (1991). The Canadian model of occupational performance: Its relevance to community practice. Canadian Journal of occupational therapy, 58, 109-111.

Baszanger, I. (1985). Professional socialization and social control: From medical students to general practitioners. Social Science and Medicine, 20, 133-143.

Baum, C. M., & Law, M. (1997). Occupational therapy practice: Focusing on occupational performance. American Journal of Occupational Therapy, 51, 277-288.

Bore, J. (1994). Occupational therapy home visits: A satisfactory service? British Journal of Occupational Therapy, 57, 85-88.

Borg, N. (1985). Home care occupational therapy: A vital link to independence. Occupational Therapy in Health Care, 2, 51-62.

Bridle, M., & Hawkes, B. (1990). A survey of Canadian occupational therapy private practice. Canadian Journal of Occupational Therapy, *57*, 160-166.

Bumphrey, E. E. (1989). Occupational therapy within the primary health care team. British Journal of Occupational Therapy, *52*, 252-255.

Callinan, N. J., & Mathiowetz, V. (1996). Soft versus hard resting hand splints in rheumatoid arthritis: Pain relief, preference, and compliance. American Journal of Occupational Therapy, *50*, 347-353.

Carpenter, M. C., & Platt, S. (1997). Professional identity for clinical social workers: Impact of changes in health care delivery systems. Clinical Social Work Journal, *25*, 337-350.

Cartwright, A. (1978). Professionals as responders: variations in and effects of response rates to questionnaires, 1961-77. British Medical Journal, *1978*, 1419-1421.

Chaparro, C., & Ranka, J. (eds). (1997). Occupational performance model (Australia). Australie: Co-ordinate Publications.

Christiansen, C., & Baum, C. (eds). (1997). Occupational therapy enabling function an wellbeing. New Jersey: Slack.

Christie, H. J., Gobert, A. D., Matthew, E., Rousseau, D. C., & Webber, S. C. (1997). Waiting list management strategies for outpatient orthopaedic physical therapy. Physiotherapy Canada, *49*, 191-196.

Coté, M. Y. (1992). La politique de la santé et du bien-être. Québec: Gouvernement du Québec.

Côté, L., Maheux, B., & Beaudoin, C. (1997). Role models of residents graduating in family medicine and in different specialities in Quebec. Canadian Family Physician, 43, 907-913.

Crocker, L., & Algina, J. (1986). Introduction to Classical and Modern Test Theory. Montréal: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Cromwell, F. S., & Kielhofner, G. W. (1976). An Educational Strategy for Occupational Therapy Community Service. American Journal of Occupational Therapy, 30, 629-633.

Daniel, W. W. (1991). Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. New York: John Wiley and Sons.

Demers, L., Weiss-Lambrou, R., & Ska, R. (1994). L'utilisation à domicile des aides techniques par les personnes âgées: Une étude pilote. Canadian Journal of Occupational Therapy, 61, 260-268.

Denton, J. J., Tsai, C. Y., & Chevrette, D. (1988). Effects on survey responses of subjects, incentives, and multiple mailings. Journal of experimental education, 56, 77-82.

Dillman, D. A. (1978). Mail and telephone surveys. New York: Wiley and sons.

Duboulos, C.-J., Egan, M., Vallerand, J., & von Zweck, C. (1999). Occupational therapists' perceptions of evidence-based practice. American Journal of Occupational Therapy, 53, 445-453.

Dunn, E., Black, C., Alonso, J., Norregaard, J. C., & Anderson, G. F. (1997). Patients' acceptance of waiting for cataract surgery: what makes a wait too long? Social Science & Medicine, 44, 1603-1610.

Egan, M., Dubouloz, C.-J., vonZwec, C., & Vallerand, J. (1998). The client-centered evidence-based practice of occupational therapy. Canadian Journal of Occupational Therapy, 65, 136-143.

Étienne, A. (1989). Philosophie et structures du Programme d'ergothérapie à l'Université d'Ottawa. Ottawa: Université d'Ottawa.

Everitt, B. (1974). Cluster Analysis. London: Social Science Research Council.

Falconer, J. (1991). Hand splinting in rheumatoid arthritis: A perspective on current knowledge and directions for research. Arthritis Care and Research, 4, 81-86.

Fédération des C.L.S.C. du Québec. (1995). Volet 2: Virage ambulatoire - Introduction générale. Montréal: Auteur.

Fox, R. J., Crask, M. R., & Kim, J. (1988). Mail survey response rate: A meta-analysis of selected techniques for inducing response. Public Opinion Quarterly, 52, 467-491.

Furst, G., Grever, L., Smith, C., Fisher, S., & Shulman, B. (1987). A program for improving energy conservation behaviors in adults with rheumatoid arthritis. American Journal of Occupational Therapy, 41, 102-113.

Gilbert, G. H., Longmate, J., & Branch, L. G. (1992). Factors influencing the effectiveness of mailed health surveys. Public Health Report, 107, 576-584.

Gitlin, L., & Burgh, D. (1995). Issuing assistive devices to older patients in rehabilitation: An exploratory study. American Journal of Occupational Therapy, 49, 994-1000.

Gouvernement du Québec. (1998). Notre force, des personnes compétentes et dévouées 1988-1999 à 2000-2001. [Http://msss.gouv.qc.ca](http://msss.gouv.qc.ca)

Goyder, J. C. (1982). Further evidence on factors affecting response rates to mailed questionnaires. American Sociological Review, 47, 550-553.

Gray, J. M. (1998). Putting occupation into practice: occupation as ends, occupation as means. American Journal of Occupational therapy, 52, 354-364.

Gullen, W. H., & Garrison, G. E. (1973). Factors influencing physicians' response to mailed questionnaires. Health Services Reports, 88, 510-514.

Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Academic Medicine, 69, 861-871.

Hagedorn, R. (2000). Tools for Practice in Occupational Therapy: A Structured Approach to Core Skills and Processes. Toronto: Churchill Livingstone.

Hildebrand, D. (1992). Community occupational therapy. Are we prepared? National, 9, 10.

Hochbaum, G. M., Sorenson, J. R., & Lorig, K. (1992). Theory in health education practice. Health Education Quarterly, 19, 295-313.

Kanuk, L., & Berenson, C. (1975). Mail surveys and response rates: A literature review. Journal of Marketing research, 12, 440-453.

Kielhofner, G. (1992). Conceptual Fondation of Occupational Therapy.
Philadelphie: Davis.

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1997). Dans
Christiansen, C., & Baum, C. (eds). Occupational therapy enabling function an
wellbeing. New Jersey: Slack.

Lloyd, C., Kanowski, H., & Maas, F. (1999). Occupational therapy in mental
health: challenges and opportunities. Occupational Therapy International, 6, 110-125.

Low, J. F. (1992). The reconstruction aids. American Journal of Occupational
Therapy, 46, 38-43.

Lycett, R. (1991). "Well, what is occupational therapy?" An examination of the
definition given by occupational therapists. British Journal of Occupational Therapy,
54, 411-414.

Lysack, C., Stadnyk, R., Paterson, M., McLeod, K., & Krefting, L. (1995).
Professional expertise of occupational therapists in community practice: Results of an
Ontario survey. Canadian Journal of Occupational Therapy, 62, 138-147.

Madill, H., Townsend, E., & Schultz, P. (1989). Implementing a health
promotion strategy in occupational therapy education and practice. Canadian Journal
of Occupational Therapy, 56, 67-72.

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.

Maheux, B., Legault, C., & Lambert, J. (1989). Increasing response rates in physicians' mail surveys: An experimental study. American Journal of public health, 79, 638-639.

McColl, M. A. (1998). What do we need to know to practice occupational therapy in the community? American Journal of Occupational therapy, 52, 11-18.

McKinney, K., Saxe, D., & Cobb, L. (1998). Are we really doing all we can for our undergraduates? Professional socialization via out-of-class experiences. Teaching Sociology, 26, 1-13.

McKinnon A. L. (1991). Occupational performance of activities of daily living among elderly Canadians in the community. Canadian Journal of Occupational Therapy, 58, 60-66.

McKinnon, A. L., & Madill, H. (1987). Occupational therapy: A growing profession in community health. Canadian Public Health Association Health Digest, 11, 3-4.

McKinnon, A. L., Townsend, A.L. & Maconachie, R. (1990). Position paper on occupational therapy in home care. Canadian Journal of Occupational Therapy, 57, 1-8.

Micheal, D. (1998). Time to escape the comfort zone. American Journal of Occupational Therapy, 52, 602.

Ministère de la santé et des services sociaux. (1995). Pour une véritable participation à la vie de la communauté: un continuum intégré de services en déficience physique. Québec: Gouvernement du Québec.

Morris A. L., & Gainer F. (1997). Helping the caregiver: occupational therapy opportunities. Occupational therapy Practice, 2, 36-40.

Mosey, A. C. (1985). Eleanor Clarke Slagle lecture: a monistic or a pluralistic approach to professional identity? American Journal of Occupational Therapy, 39, 504-509.

Mosey, A. C. (1986). Psychosocial Components of Occupational Therapy. New York: Raven Press.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (1997). Les pratiques professionnelles en ergothérapie: Changements observés liés au virage ambulatoire. Montréal: Auteur.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (1998). Bottin des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Montréal: Auteur.

Organisation Mondiale de la Santé. (1988). Classification internationale du handicap: déficiences, incapacités et désavantages. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Picard-Greffe, H. (1992). L'avenir de l'ergothérapie: naviguer au gré du courant ou à l'estime. Revue Québécoise d'Ergothérapie, 1, 68-73.

Pineault, R. (1992). The reform of the Quebec health-care system: Potential for innovation? Dans Health Care: Innovation, Impact and Challenge (pp. 71-94). Kingston: Queen's University.

Polatajko, H. J. (1992). Naming and framing occupational therapy: a lecture dedicated to the memory of Nancy B. Canadian Journal of Occupational Therapy, 59, 189-200.

Prince Wittman, P. (1990). The disparity between educational preparation and the expectations of practice. American Journal of Occupational Therapy, 44, 1130-1131.

Quinn, B. (1988). The importance of an expanded practice base. Canadian Journal of Occupational Therapy, 55, 239-241.

Raveh, M. (1995). Configuration of occupational therapy, professionalism and experiential learning - an integrated introductory course. Occupational Therapy International, 2, 65-78.

Reed, K. L., & Sanderson, S. N. (1992). Concepts of occupational therapy. Baltimore: Williams & Wilkins.

Rey-Debove, J., & Rey, A. (eds). (1996). Nouveau Petit Robert. Paris: Dictionnaires Le Robert.

Robinson, I. (1981). The mists of time. Canadian Journal of Occupational Therapy, 48, 145-152.

Robson, J. (1998). A Profession in crisis: Status, culture and identity in the further education college. Journal of Vocational Education and Training: The Vocational Aspect of Education, 50, 585-607.

Rocheleau, L. (1995, décembre). Les impacts prévisibles du virage ambulatoire et une esquisse des ajustements amorcés par les CLSC du Québec. Communication à la Conférence Internationale Les centres communautaires de santé: au centre des réformes des systèmes de santé.

Rochon, J., & al. (1987). Programme de consultation d'experts: Dossier "Personnes âgées". Ste-Foy: Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec.

Rollin-Gagnon, F. (1999). L'avenir de l'ergothérapie. Revue Québécoise d'Ergothérapie, 8, 17-21.

Romesburg, H. C. (1984). Cluster Analysis for Researchers. Belmont, CA: Lifetime Learning Publications.

Royeen, C., & Marsh, D. (1988). Promoting occupational therapy in the schools. American Journal of Occupational Therapy, 42, 40-51.

Santé et Bien-être social Canada. (1983). Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client. Ottawa: Ministère des approvisionnements et services Canada.

Santé et Bien-être social Canada. (1986). Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client. Ottawa: Ministère des approvisionnements et services Canada.

Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne des ergothérapeutes. (1993). Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client. Toronto: Association canadienne des ergothérapeutes.

Santé et Bien-être social Canada. (1993). Enquête Promotion de la santé Canada 1990: Rapport Technique. Ottawa: Ministre des Approvisionnementnements et Services Canada.

Schein, E. (1973). Professional Education. New-York: McGraw-Hill.

Schkade, J., & Schultz, S. (1997). Occupational adaptation model. Dans Christiansen, C., & Baum, C. (eds). Occupational therapy enabling function and wellbeing. New Jersey: Slack.

Schön, D. A. (1994). Le Praticien Réflexif: À la Recherche du Savoir caché dans l'Agir Professionnel. Montréal: Logiques.

Shafer, A. (1971). Providing Supportive Services to the Elderly. American Journal of Occupational Therapy, 25, 423-427.

SPSS. (1997). SPSS for Windows Release 7.5.2. Chicago: Auteur.

Statistique Canada. (1988). Enquête sur la santé et les limitations d'activité. Ottawa: Gouvernement du Canada.

Strickland, A. (1994). New year's predictions for occupational therapy in Canada. National, 11, 10-11.

Strong, J. (1987). An extension of the occupational therapy role in gerontology. American Journal of Occupational Therapy, 34, 157-160.

Taira, E. D. (1985). After treatment what? New roles for occupational therapists in the community. Occupational Therapy in Health Care, 2, 13-24.

Tambor, E. S., Chase, G. A., Faden, R. R., Geller, G., Hofman, K. J., & Holtzman, N. A. (1993). Improving response rates through incentive and follow-up: The effect on a survey of physicians' knowledge of genetics. American Journal of Public Health, 83, 1599-1603.

Townsend, E. (1986). Undergraduate education for community occupational therapy practice. Communication présentée au Symposium, National Issues in Community Therapy Services. Calgary, AB.

Townsend, E. (1988). Developing community occupational therapy services in Canada. Canadian Journal of Occupational Therapy, 55, 69-74.

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.

Tryssenaar, J., Ball, J., & Klassen, K. (1997). Employers' perceptions of occupational therapy in community mental health. Occupational Therapy in Mental Health, *13*, 63-79.

Turlan, N. (1999). L'Autonomie: Approche conceptuelle pour une meilleure pratique. Journal d'Ergothérapie, *21*, 62-71.

Vanier, C., & Hébert, M. (1995). An Occupational Therapy course on community practice. Canadian Journal of Occupational Therapy, *62*, 76-81.

Westert, G. P., Nieboer, A. P., & Groenewegen, P. P. (1993). Variation in duration of hospital stay between hospitals and between doctors within hospitals. Social Science & Medicine, *37*, 833-839.

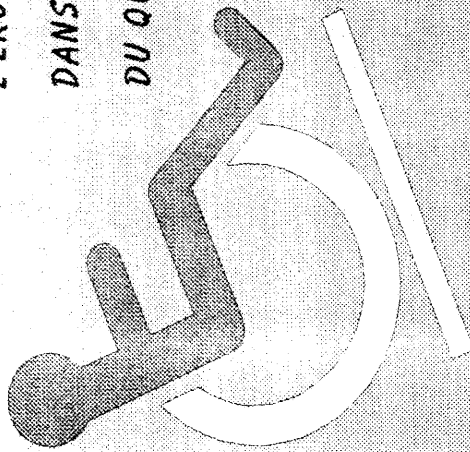
ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE

L'ERGOTHÉRAPIE

DANS LES C.L.S.C.

DU QUÉBEC



*Je poste, sous plis séparé,
mon questionnaire complété sur
l'Ergothérapie dans les C.L.S.C
du Québec*

NOM: _____

C.L.S.C.: _____

Michèle Hébert

Groupe de recherche en ergothérapie communautaire

C.P. 1009, Succ. Angers

Masson-Angers, Qc

J8M 1W1

L'ERGOTHÉRAPIE DANS LES C.L.S.C. DU QUÉBEC



EN COLLABORATION



Université
de Montréal



Université
d'Ottawa

Merci de participer à cette étude.

Pour chacune des questions, encerclez le numéro correspondant à votre réponse.

1. Votre contexte de travail

Répondez aux questions suivantes en vous référant à votre pratique actuelle au C.L.S.C.

1. Combien y a-t-il d'ergothérapeutes qui travaillent dans votre C.L.S.C.?

- 1 Un(e)
- 2 Deux
- 3 Trois
- 4 Quatre
- 5 Cinq et plus

2. Quel est votre principal secteur d'intervention?

- 1 Maintien ou soutien à domicile
- 2 Enfance - famille
- 3 Santé mentale
- 4 Santé au travail
- 5 Autre: _____

3. Quel type de poste occupez-vous?

- 1 Permanent
- 2 Temporaire
- 3 Contractuel

4. En moyenne, combien d'heures travaillez-vous au C.L.S.C. chaque semaine?

- 1 32 heures et plus par semaine
- 2 14 à 31 heures par semaine
- 3 Moins de 14 heures par semaine
- 4 Sur appel

5. Quelle est la formation de votre supérieur(e) immédiat?

- 1 Ergothérapie
- 2 Physiothérapie
- 3 Sciences infirmières
- 4 Travail social
- 5 Administration
- 6 Autre: _____

6. Le territoire desservi par votre C.L.S.C. est principalement:

- 1 Urbain
- 2 Semi-urbain
- 3 Rural

7. Combien de clients y a-t-il présentement sur votre liste d'attente?

- 1 Moins de 10
- 2 10 à 20
- 3 21 à 30
- 4 Plus de 30

Répondez aux questions suivantes en vous référant à votre pratique des 6 derniers mois au C.L.S.C.

8. Au cours de cette période, en moyenne combien de nouveaux clients vous ont été référés chaque semaine?

- 1 1 ou 2
- 2 3 à 5
- 3 6 à 10
- 4 Plus de 10

9. Au cours des derniers 6 mois, en moyenne combien de clients avez-vous vu chaque semaine?

- 1 Moins de 5
- 2 5 à 10
- 3 11 à 20
- 4 Plus de 20

10. En moyenne, vous avez fait combien d'interventions auprès de chaque client?

- 1 Moins de 5
- 2 5 à 10
- 3 11 à 15
- 4 Plus de 15

11. Quelle était, en moyenne, la durée de chacune de vos interventions?

- 1 Moins d'une heure
- 2 1 à 2 heures
- 3 Plus de 2 heures

12. Quel était le lieu principal de vos interventions auprès de vos clients?

- 1 Au domicile des clients
- 2 Au C.L.S.C.
- 3 Dans un autre établissement

13. Dans les derniers 6 mois, quel a été le délai maximum pour voir un nouveau client référé en urgence?

- 1 Moins de 48 heures
- 2 2 jours à une semaine
- 3 Plus d'une semaine mais moins de 2
- 4 Plus de 2 semaines

14. Pour cette même période, quel a été le délai maximum pour voir un nouveau client en consultation régulière?

- 1 Moins d'une semaine
- 2 1 à 4 semaines
- 3 1 à 3 mois
- 4 4 à 6 mois
- 5 Plus de 6 mois

1. Votre contexte de travail

15. Depuis environ combien d'années y a-t-il des services d'ergothérapie dans votre C.L.S.C.?

- 1 Moins de 5 ans
- 2 5 à 10 ans
- 3 11 à 15 ans
- 4 Plus de 15 ans

16. Au C.L.S.C., travaillez-vous au sein d'une équipe multidisciplinaire?

- 1 Non, passez à la question 19.
- 2 Oui

17. Parmi les membres réguliers de l'équipe, combien y a-t-il de:

- Ergothérapeutes (autres que vous)
- Physiothérapeutes
- Infirmières
- Médecins
- Travailleurs sociaux
- Psychologues
- Auxiliaires familiales
- Chefs de secteurs

	Aucun	Un	Plusieurs
1	1	2	3
1	1	2	3
1	1	2	3
1	1	2	3
1	1	2	3
1	1	2	3
1	1	2	3
1	1	2	3

18. Au cours des derniers 6 mois, à quelle fréquence ont eu lieu les activités suivantes dans votre C.L.S.C.?

- Rencontres d'équipe multidisciplinaire
- Formations multidisciplinaires
- Interventions avec d'autres intervenants du C.L.S.C.
- Périodes de supervision-soutien avec les membres de l'équipe

	Aucune fois	1 ou 2 fois	Presque chaque mois	Presque chaque semaine	Plus d'une fois par semaine
1	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5

19. Dans les 6 derniers mois, en moyenne combien d'heures avez-vous consacrées chaque semaine aux activités suivantes?

- Contacts directs avec les clients
- Participation à des rencontres et des comités
- Gestion de cas
- Élaboration ou consultation de programmes
- Gestion de la liste d'attente
- Gestion des équipements (prêts, demandes de subvention, recherche, etc.)
- Rédaction de rapports (notes, lettres, demandes d'aide financière, etc.)
- Contacts avec d'autres organismes
- Formations données à des aidants naturels ou à d'autres intervenants
- Rapports statistiques et évaluation des services

	Moins d'une heure	1 à 5 heures	6 à 10 heures	11 à 15 heures	Plus de 15 heures
1	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5

2. Votre clientèle

Les questions suivantes visent à faire le portrait de votre clientèle des 6 derniers mois.

1. Dans les derniers 6 mois, quelle proportion de votre clientèle était composée:

- *d'enfants ou d'adolescents*
- *d'adultes*
- *de personnes âgées*

10% ou moins
environ 25%
environ 50%
environ 75%
90% ou plus

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

2. Quelle proportion de votre clientèle était composée de personnes qui présentaient principalement:

- *un déficit physique*
- *un déficit cognitif ou intellectuel*
- *un problème de santé mentale*
- *une maladie en phase terminale*

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

3. Pour quelle proportion de votre clientèle le principal domaine d'activité perturbé était:

- *les a.v.q. ou les a.v.d.*
- *le travail ou les études*
- *les loisirs*

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

4. Quelle proportion de vos clients des derniers 6 mois était référée par:

- *le médecin de famille*
- *un intervenant du C.L.S.C.*
- *un intervenant d'un autre établissement*
- *un organisme gouvernemental (CSST, SAAQ, etc.)*
- *le client lui-même ou ses proches*

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

5. Avec vos clients des 6 derniers mois, avez-vous utilisé régulièrement des outils de mesure standardisés ou publiés (AMPS, FIM, BEC, etc.) pour évaluer:

- *les fonctions physiques (incl. mobilité et positionnement)*
- *les fonctions cognitives*
- *les fonctions psychologiques*
- *les fonctions sociales*
- *l'autonomie fonctionnelle*
- *les intérêts*
- *la sécurité à domicile*
- *l'aménagement de l'environnement (domicile ou travail)*
- *les ressources familiales ou communautaires*

oui
non

1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2

3. Vos interventions

Les questions suivantes portent sur les interventions que vous avez effectuées au cours des 6 derniers mois auprès de vos clients présentant principalement un **DÉFICIT PHYSIQUE** (ex.: a.v.c., arthrite, etc.).

Si vous n'avez pas vu de clients avec une déficience physique, cochez ici et passez à la page suivante.

1. Pour quelle proportion de ces clients avez-vous évalué de routine les aspects suivants?

- La mobilité et le positionnement
- Les fonctions physiques (amplitudes, force, etc.)
- Les fonctions cognitives (attention, concentration, etc.)
- Les fonctions psychologiques (affect, vitalité, etc.)
- Les fonctions sociales (interactions, communication, etc.)
- L'autonomie fonctionnelle
- Les intérêts
- La sécurité à domicile
- L'aménagement de l'environnement
- Les ressources familiales ou communautaires

2. Toujours en vous référant à vos clients qui présentaient principalement un déficit physique, pour quelle proportion d'entre-eux avez-vous fait les interventions suivantes?

- Adapté ou enseigné le positionnement et les transferts
- Conçu, prescrit ou enseigné un programme d'exercices
- Prescrit ou recommandé une aide à la marche ou un fauteuil roulant
- Prescrit, recommandé ou conçu des aides techniques ou des équipements
- Adapté ou recommandé l'adaptation de l'environnement
- Adapté des activités ou exploré de nouveaux intérêts pour les clients
- Enseigné des techniques particulières
- Supervisé les personnes qui aident vos clients
- Offert du support aux clients ou à leurs proches
- Référé à d'autres ressources

	10% ou moins	environ 25%	environ 50%	environ 75%	90% ou plus
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	

3. Vos interventions

Les questions suivantes portent sur les interventions que vous avez effectuées au cours des 6 derniers mois auprès de vos clients présentant principalement un **DÉFICIT COGNITIF OU INTELLECTUEL**.

Si vous n'avez par vu de clients avec une déficience cognitive, cochez ici et passez à la page suivante.

3. Pour quelle proportion de ces clients avez-vous évalué de routine les aspects suivants?

- La mobilité et le positionnement
- Les fonctions physiques (amplitudes, force, etc.)
- Les fonctions cognitives (attention, concentration, etc.)
- Les fonctions psychologiques (affect, vitalité, etc.)
- Les fonctions sociales (interactions, communication, etc.)
- L'autonomie fonctionnelle
- Les intérêts
- La sécurité à domicile
- L'aménagement de l'environnement
- Les ressources familiales ou communautaires

	10% ou moins	environ 25%	environ 50%	environ 75%	90% ou plus
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	

4. Toujours en vous référant à vos clients qui présentaient principalement un déficit cognitif ou intellectuel, pour quelle proportion d'entre-eux avez-vous fait les interventions suivantes?

- Conçu, prescrit ou enseigné un programme d'exercices
- Prescrit ou recommandé une aide à la marche
- Prescrit, recommandé ou conçu des aides techniques ou des équipements
- Adapté ou recommandé l'adaptation de l'environnement
- Adapté des activités ou exploré de nouveaux intérêts pour les clients
- Enseigné des techniques particulières
- Supervisé les personnes qui aident vos clients
- Offert du support aux clients ou à leurs proches
- Référé à d'autres ressources

1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	

3. Vos interventions

Les questions suivantes portent sur les interventions que vous avez effectuées au cours des 6 derniers mois auprès de vos clients présentant principalement un **PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE**.

Si vous n'avez pas vu de clients avec un problème de santé mentale, cochez ici et passez à la page suivante.

5. Pour quelle proportion de ces clients avez-vous évalué de routine les aspects suivants?

- Les fonctions physiques (amplitudes, force, etc.)
- Les fonctions cognitives (attention, concentration, etc.)
- Les fonctions psychologiques (affect, vitalité, etc.)
- Les fonctions sociales (interactions, communication, etc.)
- L'autonomie fonctionnelle
- Les intérêts
- La sécurité à domicile
- L'aménagement de l'environnement
- Les ressources familiales ou communautaires

	10% ou moins	environ 25%	environ 50%	environ 75%	90% ou plus
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	

6. Toujours en vous référant à vos clients qui présentaient principalement un problème de santé mentale, pour quelle proportion d'entre-eux avez-vous fait les interventions suivantes?

- Prescrit, recommandé ou conçu des aides techniques ou des équipements
- Adapté ou recommandé l'adaptation de l'environnement
- Adapté des activités ou exploré de nouveaux intérêts pour les clients
- Enseigné des techniques particulières
- Offert du support ou de la supervision aux clients
- Offert de la psychothérapie aux clients
- Supervisé les personnes qui aident vos clients
- Offert du support aux proches
- Référé à d'autres ressources

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

3. Vos interventions

Les questions suivantes portent sur les interventions que vous avez effectuées au cours des 6 derniers mois auprès de vos clients présentant principalement une **MALADIE EN PHASE TERMINALE**.

Si vous n'avez pas vu de clients avec une maladie en phase terminale, cochez ici et passez à la page suivante

	10% ou moins	environ 25%	environ 50%	environ 75%	90% ou plus
7. Pour quelle proportion de ces clients avez-vous évalué de routine les aspects suivants?					
• La mobilité et le positionnement	1	2	3	4	5
• Les fonctions physiques (amplitudes, force, etc.)	1	2	3	4	5
• Les fonctions cognitives (attention, concentration, etc.)	1	2	3	4	5
• Les fonctions psychologiques (affect, vitalité, etc.)	1	2	3	4	5
• Les fonctions sociales (interactions, communication, etc.)	1	2	3	4	5
• L'autonomie fonctionnelle	1	2	3	4	5
• Les intérêts	1	2	3	4	5
• La sécurité à domicile	1	2	3	4	5
• L'aménagement de l'environnement	1	2	3	4	5
• Les ressources familiales ou communautaires	1	2	3	4	5
8. Toujours en vous référant à vos clients qui présentaient principalement une maladie en phase terminale, pour quelle proportion d'entre-eux avez-vous fait les interventions suivantes?					
• Adapté ou enseigné le positionnement et les transferts	1	2	3	4	5
• Conçu, prescrit ou enseigné un programme d'exercices	1	2	3	4	5
• Prescrit ou recommandé une aide à la marche ou un fauteuil roulant	1	2	3	4	5
• Prescrit, recommandé ou conçu des aides techniques ou des équipements	1	2	3	4	5
• Adapté ou recommandé l'adaptation de l'environnement	1	2	3	4	5
• Adapté des activités ou exploré de nouveaux intérêts pour le client	1	2	3	4	5
• Enseigné des techniques particulières	1	2	3	4	5
• Offert du support ou de la supervision aux clients	1	2	3	4	5
• Offert de la psychothérapie aux clients	1	2	3	4	5
• Supervisé les personnes qui aident vos clients	1	2	3	4	5
• Offert du support aux proches	1	2	3	4	5
• Référé à d'autres ressources	1	2	3	4	5

4. Vos opinions

Les questions suivantes portent sur vos opinions face à votre formation universitaire en ergothérapie et votre pratique actuelle en C.L.S.C.

1. Comment qualifieriez-vous la formation universitaire qui vous a été donnée sur:

- Les modèles et approches ergothérapeutiques utilisés en communautaire
- L'organisation du réseau de la santé
- Les aspects multiculturels des communautés
- Les programmes gouvernementaux et régionaux pertinents aux services ergothérapeutiques
- La pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C.
- La planification et l'évaluation de programmes
- Les interventions ergothérapeutiques de nature préventive ou de promotion de la santé
- Le travail en équipe

	Insuffisante	Adéquate	Excellente
1	2	3	
1	2	3	
1	2	3	
1	2	3	
1	2	3	
1	2	3	
1	2	3	
1	2	3	

2. Dans quelle mesure êtes-vous en accord avec les énoncés suivants?

- Avec les effectifs actuels, les ergothérapeutes de notre C.L.S.C. répondent adéquatement à la demande de services.
- Depuis l'implantation du virage ambulatoire, la qualité des services offerts en ergothérapie au C.L.S.C. m'inquiète.
- Le climat de travail s'est détérioré au C.L.S.C. depuis l'implantation du virage ambulatoire.
- J'ai l'impression de consacrer trop de temps aux tâches administratives.
- J'aimerais avoir plus de supervision de la part de mon supérieur immédiat.
- Le matériel d'évaluation et d'intervention dont j'ai besoin pour bien faire mon travail est disponible dans mon C.L.S.C.
- J'ai le sentiment de répondre adéquatement aux besoins de mes clients.
- Je manque de temps pour faire les interventions comme je le voudrais.
- Les délais pour voir mes nouveaux clients me semblent trop longs.
- J'ai l'impression que l'ergothérapie est une discipline méconnue dans mon C.L.S.C.
- J'aime mon milieu de travail.
- J'aime mon travail en C.L.S.C.
- Les services offerts par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec me sont utiles.

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord
1	2	3	4	
1	2	3	4	
1	2	3	4	
1	2	3	4	
1	2	3	4	
1	2	3	4	
1	2	3	4	
1	2	3	4	
1	2	3	4	
1	2	3	4	
1	2	3	4	
1	2	3	4	

5. Votre profil

Pour terminer, quelques questions pour nous aider à vous situer dans l'ensemble des ergothérapeutes qui travaillent en C.L.S.C. au Québec.

1. À quelle université avez-vous fait vos études d'ergothérapie?
 - 1 Montréal
 - 2 Laval
 - 3 McGill
 - 4 Ottawa
 - 5 Autre: _____

2. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'ergothérapie?
 - 1 Avant 1970
 - 2 Dans les années 1970
 - 3 Dans les années 1980
 - 4 Dans les années 1990

3. Combien d'années d'expérience avez-vous en ergothérapie?
 - 1 Moins d'un an
 - 2 1 à 5 ans
 - 3 6 à 10 ans
 - 4 11 à 15 ans
 - 5 Plus de 15 ans

4. Combien d'années d'expérience avez-vous en C.L.S.C.?
 - 1 Moins d'un an
 - 2 1 à 5 ans
 - 3 6 à 10 ans
 - 4 11 à 15 ans
 - 5 Plus de 15 ans

5. En quelle année êtes-vous né(e)? 19__

6. Êtes-vous?
 - 1 Une femme
 - 2 Un homme

7. Vivez-vous avec un conjoint?
 - 1 Oui
 - 2 Non

8. Avez-vous des enfants?
 - 1 Oui
 - 2 Non

193

*Votre contribution à cette étude est grandement appréciée.
Merci beaucoup du temps que vous nous avez consacré !*

*Michèle Hébert, ergothérapeute
Directrice de l'étude*

*Brigitte Maheux, PhD
Co-directrice*

6. Vos commentaires

N'hésitez surtout pas à nous faire part de vos réflexions sur cette étude ou sur tout autre aspect de votre pratique qui vous préoccupe particulièrement !

Nous attachons beaucoup d'importance à ce que vous pensez et lirons tous vos commentaires avec intérêt.

Merci encore !

ANNEXE 2

LETTRES D'INTRODUCTION



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
École des sciences de la réadaptation

Faculty of Health Sciences
School of Rehabilitation Sciences

Le 16 mars 1998

Chèr(e) collègue,

La pratique de l'ergothérapie dans les C.L.S.C. s'est considérablement développée et modifiée dans les dernières années. Avec l'implantation du virage ambulatoire, nos services sont de plus en plus sollicités. Mais la nature même de notre profession et notre potentiel d'action dans les milieux communautaires sont encore trop peu connus. Nous voudrions combler cette lacune en décrivant avec précision les services d'ergothérapie qui sont maintenant offerts dans les C.L.S.C. du Québec.

Vous comptez parmi les personnes qui sont essentielles pour décrire le travail de l'ergothérapeute en C.L.S.C. Nous apprécions donc votre collaboration pour la présente étude. Vous pouvez répondre en toute confiance au questionnaire ci-joint car il est anonyme. La carte-réponse qui permettra la relance doit être postée sous pli séparé pour préserver l'anonymat. Notre étude a été approuvée par le Comité de déontologie de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa (Monsieur J. Roger Proulx, PhD, Président du comité, 613-562-5800, poste 8055).

Le portrait des services d'ergothérapie offerts dans les C.L.S.C. sera rendu disponible à l'ensemble des ergothérapeutes par le biais de nos revues professionnelles. Vous pourrez ainsi connaître ce que font vos collègues et nous pourrons ensemble promouvoir le développement des services ergothérapeutiques communautaires. Nous serions particulièrement heureuses de recevoir votre questionnaire complété dans le mois qui vient.

Nous vous remercions pour votre généreuse collaboration,

Michèle Hébert, ergothérapeute
Directrice de l'étude
Professeure au Programme d'ergothérapie, Université d'Ottawa

Brigitte Maheux, PhD
Co-Directrice de l'étude
Professeure, Université de Montréal

Groupe de Recherche en Ergothérapie Communautaire (GREC)

□
Programme d'audiologie et orthophonie/Audiology & Speech-Language Pathology Program
545, av. King-Edward - C.P. 450, Succ. A, Ottawa (Ontario) K1N 6N5
(613) 562-5255 • Téléc./Fax 562-5256

□
Programme d'ergothérapie
Occupational Therapy Program
(613) 562-5635

□
Programme de physiothérapie
Physiotherapy Program
(613) 562-5635

□
Formation clinique
Clinical Education
(613) 562-5430

451, ch. Smyth
Ottawa (Ontario) K1H 8M5 Canada

451 Smyth Rd.
Ottawa, Ontario K1H 8M5 Canada

(613) 562-5436 • Téléc./Fax (613) 562-5428



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
École des sciences de la réadaptation

Faculty of Health Sciences
School of Rehabilitation Sciences

Le 24 avril 1998

Chèr(e) collègue,

Il y a un peu plus d'un mois, nous avons fait appel à vous pour participer à l'étude *'L'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec'*. À ce jour, nous n'avons pas reçu votre carte-réponse indiquant que vous avez complété le questionnaire. Si nous nous permettons d'insister, c'est que votre participation est essentielle pour dresser un profil représentatif de la pratique de l'ergothérapie dans l'ensemble des C.L.S.C. du Québec.

Peut-être avez-vous omis de poster la carte-réponse? Dans ce cas, auriez-vous l'obligeance de le faire sans délai. Si d'autre part vous n'avez pas retourné le questionnaire complété, vous en trouverez une copie dans cet envoi. Nous sommes conscientes que vos horaires sont très chargés mais nous vous assurons que le temps que vous consacrerez à cette recherche sera utile. Les résultats seront diffusés pour promouvoir l'ergothérapie dans les C.L.S.C., pour en favoriser le développement et pour adapter la formation universitaire aux réalités de la pratique. Nous comptons sur votre collaboration.

Vous pouvez participer en toute confiance à l'étude car le questionnaire est anonyme. La carte-réponse qui favorisera la relance doit être postée sous pli séparé pour préserver l'anonymat.

Merci pour votre généreuse collaboration,

Michèle Hébert, ergothérapeute
Directrice de l'étude
Professeure au Programme d'ergothérapie,
Université d'Ottawa

Brigitte Maheux, PhD
Co-Directrice de l'étude
Professeure,
Université de Montréal

□
Programme d'audiologie et orthophonie/Audiology & Speech-Language Pathology Program
545, av. King-Edward - C.P. 450, Succ. A, Ottawa (Ontario) K1N 6N5
(613) 562-5255 • Téléc./Fax 562-5256

□
Programme d'ergothérapie
Occupational Therapy Program
(613) 562-5635

□
Programme de physiothérapie
Physiotherapy Program
(613) 562-5635

□
Formation clinique
Clinical Education
(613) 562-5430

451, ch. Smyth
Ottawa (Ontario) K1H 8M5 Canada

451 Smyth Rd.
Ottawa, Ontario K1H 8M5 Canada

(613) 562-5436 • Téléc./Fax (613) 562-5428



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
École des sciences de la réadaptation

Faculty of Health Sciences
School of Rehabilitation Sciences

Le 25 mai 1998

sexe prenom nom (,)
el(s).

L'étude sur *'L'ergothérapie dans les C.L.S.C. du Québec'* est sur le point de se terminer. À ce jour, nous n'avons pas reçu votre carte-réponse indiquant que vous avez complété le questionnaire. Il n'est pas trop tard pour collaborer à l'étude. Plus d'ergothérapeutes comme vous accepterez de nous aider, plus les résultats diffusés seront représentatifs et valides.

Prenez le temps d'ouvrir le questionnaire. Vous verrez qu'il se complète facilement et en peu de temps. Il vous permettra de prendre un temps d'arrêt et de faire le point sur votre pratique. Les résultats seront diffusés de telle sorte que les cliniciens et les professeurs y trouveront une source d'information précieuse pour le développement, la consolidation et la formation à la pratique ergothérapique communautaire. Nous comptons encore sur votre collaboration.

L'étude est complètement anonyme. Vous pouvez donc répondre en toute aisance. La carte réponse qui doit être postée sous pli séparé nous permettra d'évaluer la représentativité de chacune des régions du Québec. N'hésitez pas à nous contacter pour toute question touchant l'étude (Michèle Hébert, 613-562-5800, poste 8038). Il nous fera plaisir de faciliter votre participation.

En espérant que vous accepterez de nous aider, merci encore de votre généreuse collaboration,

Michèle Hébert, ergothérapeute
Directrice de l'étude
Professeure au Programme d'ergothérapie,
Université d'Ottawa

Brigitte Maheux, PhD
Co-Directrice de l'étude
Professeure, Université de Montréal

Programme d'audiologie et orthophonie/Audiology & Speech-Language Pathology Program
545, av. King-Edward – C.P. 450, Succ. A, Ottawa (Ontario) K1N 6N5
(613) 562-5255 • Téléc./Fax 562-5256

Programme d'ergothérapie
Occupational Therapy Program
(613) 562-5635

Programme de physiothérapie
Physiotherapy Program
(613) 562-5635

Formation clinique
Clinical Education
(613) 562-5430

451, ch. Smyth 451 Smyth Rd.
Ottawa (Ontario) K1H 8M5 Canada Ottawa, Ontario K1H 8M5 Canada

(613) 562-5436 • Téléc./Fax (613) 562-5428

ANNEXE 3

CERTIFICATION INSTITUTIONNELLE DU COMITÉ DE DÉONTOLOGIE DE
LA RECHERCHE SUR LES ÊTES HUMAINS DE LA FACULTÉ DES SCIENCES
DE LA SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
Cabinet de la doyenne

Faculty of Health Sciences
Office of the Dean



Le 21 janvier 1998

Professeure Michèle Hébert
Programme d'ergothérapie
École des sciences de la réadaptation
Faculté des sciences de la santé
Pavillon Roger Guindon
INTRA

Objet : Le projet intitulé « Les services ergothérapeutiques communautaires offerts dans les Centres Locaux de Services Communautaires (C.L.S.C.) du Québec »

Chère professeure,


Je suis heureux de vous annoncer que le Comité de déontologie de la recherche sur les êtres humains de la Faculté des sciences de la santé (CDRÊH) a jugé que le projet en titre est conforme aux exigences éthiques de l'Université et est approuvé sous la **Catégorie 1A**.

Vous trouverez ci-joint la copie du certificat du Comité de déontologie vous autorisant à poursuivre ce projet.

L'autorisation du Comité est valide pour une durée d'un an, à compter de la date de la signature du rapport. J'aimerais aussi vous rappeler que, conformément aux règlements internes du CDRÊH, vous devez aviser le Comité de toute modification importante au projet.

Veillez agréer, chère professeure, tous nos voeux de succès dans la conduite de votre projet.

Le président du Comité,


J. Roger Proulx, Ph.D.



Université d'Ottawa - University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
Cabinet de la doyenne

Faculty of Health Sciences
Office of the Dean

CERTIFICATION INSTITUTIONNELLE DU COMITÉ DE DÉONTOLOGIE DE LA RECHERCHE SUR LES ÊTRES HUMAINS FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

Le Comité de déontologie de la recherche sur les êtres humains de la Faculté des sciences de la santé, mandaté à cette fin par l'Université d'Ottawa certifie avoir étudié le projet soumis par **Professeure Michèle Hébert** du **Programme d'ergothérapie de l'École des sciences de la réadaptation** pour le projet intitulé « *Les services ergothérapeutiques communautaires offerts dans les Centres Locaux de Services Communautaires (C.L.S.C.) du Québec* ». Le comité confirme que ce projet répond entièrement aux normes déontologiques à un niveau de **catégorie 1A**.

COMPOSITION DU COMITÉ

<u>Nom (Optionnel)</u>	<u>Poste occupé</u>	<u>Département ou discipline</u>
Victor Boucher	Professeur	Programme d'audiologie et d'orthophonie
François Tremblay	Professeur	Programme de physiothérapie
Claire-Jehanne Dubouloz	Professeure	Programme d'ergothérapie
Mark Grenier	Étudiant	École des sciences de l'activité physique
Jocelyne Tourigny	Professeure	École des sciences infirmières
Julian Roberts	Professeur	Département de criminologie
Roch Paquin	Membre affilié	
J. Roger Proulx	Président	Comité de déontologie

SIGNATURE

21/01/98



Date

Président du comité de déontologie- J. Roger Proulx, Ph.D.