

Les barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs

Les barri

View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk

brought to you by CORE

provided by Dépôt num

d'ergothérapeutes du Québec

Marie-Josée Drolet et Marie Goulet



Mots clés

éthique, valeur, enjeu éthique, détresse éthique, phénoménologie

Résumé

Maints ergothérapeutes aspirent à exercer une profession qui incarne les valeurs qu'ils considèrent estimables et importantes. En pratique, ils rencontrent cependant des barrières limitant le respect de celles-ci. Il s'ensuit que certains vivent de la détresse éthique. Une recherche a été menée pour recueillir les perceptions d'ergothérapeutes francophones du Québec des barrières et facilitateurs à l'actualisation de leurs valeurs. À cette fin, un devis phénoménologique a été choisi et vingt-six ergothérapeutes ont été rencontrés en entrevue. Ceux-ci rapportent des obstacles et facilitateurs de nature micro, méso et macro environnementale à l'actualisation de leurs valeurs. Quant à la détresse éthique, certains rapportent en avoir vécu, tandis que d'autres expriment leur préférence pour un terme moins chargé émotionnellement. Les résultats de la recherche sont, en général, conformes à ceux rapportés dans les écrits. Ils décrivent une réalité préoccupante, mais encore peu documentée en ergothérapie.

Marie-Josée Drolet

Ergothérapeute, éthicienne et professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) marie-josée.drolet@uqtr.ca

et

Marie Goulet

Ergothérapeute et candidate au doctorat continuum d'études en psychologie (profil recherche) de l'UQTR marie.goulet1@uqtr.ca

1. Introduction ¹

Plusieurs professionnels de la santé, dont des ergothérapeutes, choisissent leur profession pour des raisons altruistes, c'est-à-dire des raisons reliées à cet élan fondamental d'ouverture aux autres visant à les aider (Aguilar et col., 2012; AOTA, 1993; Beagan, 2009; Depraz, 2004; Drolet, 2014 a; Drolet et Sauvageau, 2016; Peloquin, 2007). Ce faisant, ils aspirent à réaliser une profession qui s'arrime aux valeurs qu'ils considèrent à la fois estimables et importantes (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2015). Dans cet article, une valeur est considérée comme un concept abstrait de nature évaluative (Tappolet, 2000) qui permet d'apprécier le caractère souhaitable ou désirable d'une attitude, d'une action ou d'une situation (Drolet, 2014 a). Il s'ensuit qu'une valeur correspond à un idéal à atteindre ou à une conception du souhaitable ou du désirable (Massé, 2008). Pour simplifier notre propos, seules les valeurs éthiques nous intéressent ici, et ce, bien que d'autres types de valeurs puissent être par ailleurs intéressantes et pertinentes comme les valeurs esthétiques.

Une recension récente des écrits sur les valeurs de l'ergothérapie montre que les valeurs au fondement de la profession sont de nature altruiste, humaniste, holiste et écologique (Drolet, 2014 a). Les quelques études empiriques conduites pour documenter les valeurs des ergothérapeutes révèlent que ces professionnels de la santé valorisent par exemple l'autonomie, la dignité humaine, la participation occupationnelle, la justice sociale, l'équité, le professionnalisme, l'holisme, la collaboration, l'approche centrée sur le patient, l'empathie, la sollicitude et l'adaptation, pour ne rapporter que ces exemples (Aguilar et col., 2012; Drolet et Désormeaux-Moreau, 2015; Fondiller et col., 1990; Richard et col., 2011). Or, dans la pratique, des barrières empêchent les professionnels de la santé, dont font partie les ergothérapeutes, d'agir, en totalité ou en partie, en conformité avec les valeurs professionnelles qu'ils considèrent estimables et importantes (Beagan, 2009; Penny et col., 2014). Ce faisant, certains d'entre eux sont appelés à expérimenter ce que les chercheurs dans le domaine des sciences infirmières nomment la détresse éthique² (Jameton, 1984; McCarthy et Gastmans, 2015).

1. Le masculin est utilisé dans cet article, sans aucune discrimination.

2. Bien que ces chercheurs utilisent en général l'expression « *moral distress* », nous traduisons ici cette expression par « détresse éthique », car ces auteurs réfèrent bel et bien à l'éthique plutôt qu'à la morale. Dans cet article, l'éthique correspond à « une discipline philosophique qui se distingue à la fois de la morale, du droit et de la déontologie professionnelle » (Drolet, 2014 a, p. 46). En bref, nous considérons qu'il se présente souvent dans les écrits une confusion entre l'éthique et la morale, deux concepts certes apparentés et liés, mais au final distincts. Pour plus de détails sur cette distinction, voir Drolet (2014 a).

2. Notion de détresse éthique

Il existe dans les écrits en nursing plusieurs définitions de la détresse éthique. Bien que la majorité des auteurs identifie le philosophe Jameton (1984) comme le père fondateur de ce concept, dans les faits – comme l'indique par ailleurs Jameton (2013) lui-même – l'apparition de cette notion en nursing remonterait à la fin du 19^e siècle (Fouillé, 1887). Bien entendu, depuis cette époque, la définition du concept de détresse éthique a évolué. Une recension des écrits sur l'utilisation contemporaine de ce concept en nursing fait plusieurs constats intéressants (McCarthy et Gastmans, 2015), dont certains sont ici rapportés. D'abord, la majorité des auteurs s'inspire effectivement de la définition proposée par Jameton, en 1984, suivant laquelle la détresse éthique résulte d'une situation où un professionnel de la santé « sait ce qu'il doit faire pour bien agir, mais rencontre des barrières institutionnelles rendant presque impossible l'agir éthique » (traduction libre, p. 6). Il s'ensuit que celui-ci est amené à vivre une certaine souffrance de nature psychologique, émotive et physiologique, précisément parce qu'il n'agit pas comme il devrait le faire, comme lui dicte sa conscience (Austin, 2012; Corley, 2002; Hanna, 2004; Jameton, 2013; Repenshek, 2009; Rushton et col., 2013). Les chercheurs en nursing s'entendent aussi pour affirmer que ces barrières – à une pratique professionnelle en concordance avec sa conscience éthique – ne sont pas seulement institutionnelles. Celles-ci sont soit internes à la personne (personnalité, capacités ou préférences) (Hamric et col., 2006) ou externes au professionnel (barrières interpersonnelles, institutionnelles ou sociétales), mais les barrières à une pratique éthique sont majoritairement de nature externe (Austin, 2012; Corley, 2002; Cribb, 2011; Epstein et Hamric, 2009; Hanna, 2004; Jameton, 1984; Pauly et col., 2012; Peter et Liaschenko, 2004, Rushton et col., 2013; Varcoe et col., 2012; Walsh, 2010). De plus, bien que la détresse éthique puisse engendrer certaines conséquences positives comme le développement éthique du professionnel (Hanna, 2004; Lützen et col., 2003; Peter et Liaschenko, 2004; Rushton et col., 2013; Varcoe et col., 2012) ou la mise en œuvre d'activités de résistance ou de défense des droits de patients (*advocacy*) (Austin, 2012; Jameton, 2013; Rushton et col., 2013), la détresse éthique engendre plus de conséquences négatives que positives, et ce, à la fois sur l'établissement (roulement élevé du personnel, diminution de la qualité des soins et faible satisfaction des patients), le professionnel (problème de santé à long terme, démission, abandon de la profession, désengagement affectif, déconnexion d'avec ses valeurs professionnelles et croyances personnelles, stratégies d'adaptation inadéquates, auto-accusation, impuissance, passivité, diminution de la satisfaction au travail, silence éthique³, évitement des patients, comportement égocentrique, résidu

3. Selon Swisher et ses collaborateurs (2005), le silence éthique correspond à une situation au sein de laquelle au moins une valeur est bafouée, mais personne ne soulève le problème pour différentes raisons. Il se peut que personne ne perçoive le problème ou que la discussion du problème soit limitée en raison de rapports de force dans l'équipe. Par exemple, « un silence éthique peut s'installer devant un médecin qui perçoit le bien-être du [patient] exclusivement selon la lorgnette biomédicale » (Drolet et col., sous presse).

éthique⁴ et épuisement professionnel) et les patients (souffrance, augmentation de l'inconfort des patients ainsi que diminution de la qualité et de la quantité des soins prodigués) (Austin, 2012; Corley, 2002; Epstein et Delgado, 2010; Epstein et Hamric, 2009; Hamric et Epstein, 2012; Hanna, 2004, Jameton; 1984; Jameton, 2013; Johnstone et Hutchinson, 2015; Lützen et col., 2003; McCarthy et Deady, 2008; Pauly et col., 2012; Peter et Liaschenko, 2004; Repenshek, 2009; Rushton et col., 2013; Varcoe et col., 2012; Walsh, 2010). Enfin, plusieurs chercheurs en nursing mentionnent que la détresse éthique se présente précisément lorsqu'un professionnel se retrouve dans une situation où des barrières l'empêchent d'agir en conformité avec une ou plusieurs valeurs qu'il considère estimables et importantes (Beagan et Ells, 2009; Cohen et Erickson, 2006; Corley, 2002; Pauly et col., 2012; Varcoe et col., 2012, Bushby et col., 2015; Hamric, 2000). En lien avec ce dernier aspect, Varcoe et ses collaborateurs (2012) indiquent que la détresse éthique se définit comme suit : « l'expérience vécue par un agent éthique suivant laquelle celui-ci est compromis dans son désir d'adopter une pratique professionnelle en cohérence avec les valeurs et standards de sa profession. Cette expérience relationnelle prend forme dans de multiples contextes, y compris le contexte sociopolitique et culturelle de l'environnement de travail » (traduction libre, p. 59).

Tandis que la détresse éthique est abondamment discutée en nursing, tel n'est pas le cas dans le domaine de la réadaptation (Carpenter, 2010; Swisher et col., 2005), notamment en ergothérapie (Bushby et col., 2015; Penny et col., 2014). Bien qu'il soit de nos jours admis que ce type de situations éthiques⁵ puisse être rencontré par d'autres professionnels de la santé (Austin et col., 2005; Austin et col., 2008; Chen, 2009; Forde et Aasland, 2008; Hamric et Blackhall, 2007; Jameton, 2013; Källemark et col., 2004; Lee et Dupree, 2008; Lomis et col., 2009; Mukherjee et col., 2009; Schwenzer et Wang, 2006; Sporrang et col., 2005) comme les physiothérapeutes (Carpenter, 2010; Swisher et col., 2005) et les ergothérapeutes (Bushby et col., 2015; Penny et col., 2014), peu d'écrits ont, à ce jour, examiné la détresse éthique en ergothérapie. Par conséquent, les barrières rencontrées par des ergothérapeutes à l'actualisation des valeurs qu'ils considèrent estimables et importantes sont peu documentées. De plus, aucun écrit n'a, à notre connaissance, étudié les facilitateurs à une telle pratique en ergothérapie. Or, si de tels phénomènes existent en ergothérapie, il importe de les documenter considérant les nombreuses conséquences négatives qu'occasionne la détresse éthique de professionnels de la santé sur les établissements de santé,

4. Selon Webster et ses collaborateurs (2009), le résidu éthique correspond aux émotions négatives et persistantes ressenties à la suite d'une situation de détresse éthique, voire au sentiment de trahison ou d'abandon de ses valeurs compromettant ainsi son intégrité et son identité axiologique.

5. Il existe plusieurs typologies des enjeux, tensions ou situations éthiques que pose la pratique professionnelle (Drolet, accepté livre en anglais). Par exemple, Jameton (1984) considère qu'il existe trois types de tensions éthiques, soit le dilemme éthique, l'incertitude éthique et la détresse éthique. Pour sa part, Swisher et ses collaborateurs (2005) identifient cinq types de situations éthiques, soit l'enjeu éthique, le dilemme éthique, la tentation éthique, le silence éthique et la détresse éthique. Pour une synthèse de ces définitions, voir (Drolet, accepté).

les professionnels eux-mêmes et les patients. L'intuition à l'origine de cette étude sur les valeurs des ergothérapeutes était la suivante : les ergothérapeutes rencontrent des barrières limitant, en tout ou en partie, une pratique éthique de la profession, c'est-à-dire une pratique professionnelle respectueuse des valeurs qu'ils considèrent estimables et importantes. Ce faisant, ils vivent parfois de la détresse éthique. Cela dit, il est probable que certains ergothérapeutes aient trouvé des moyens afin de surmonter ces barrières rencontrées en pratique.

3. Questionnement à l'origine de la recherche

Les résultats présentés dans cet article sont issus d'une recherche qui a été menée afin de documenter les valeurs que des ergothérapeutes francophones du Québec⁶ considèrent à la fois estimables et importantes. Certains résultats de cette étude ont d'ores et déjà été publiés (Drolet et Sauvageau, 2016; Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014 et Drolet et Désormeaux-Moreau, 2015). Ceux qui sont présentés dans cet article sont inédits. La visée de cette recherche sur les valeurs des ergothérapeutes était notamment de les documenter empiriquement. Les crédos de valeurs de la profession ergothérapique n'ayant en règle générale aucune base empirique (Drolet, 2014a), il s'agissait alors de combler cette lacune. Les valeurs étant à la base de l'éthique, cette réflexion fondamentale, empirique et méthodique sur les valeurs au fondement de la profession apparaissait comme la première étape nécessaire à toute réflexion éthique en ergothérapie.

À cette fin, des entretiens qualitatifs ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes par le chercheur principal. Après leur avoir demandé de spécifier et d'expliquer les valeurs à la base de l'ergothérapie, plusieurs questions leur ont été posées dont les deux suivantes : « 1. Quels sont les facteurs qui font obstacle ou qui facilitent l'actualisation des valeurs professionnelles? Expliquez. 2. Avez-vous déjà vécu de la détresse éthique? Expliquez. » Ainsi, les deux objectifs de ce volet de la recherche qui est l'objet de cet article étaient de: 1. Décrire les barrières et facilitateurs à une pratique professionnelle en accord avec les valeurs des ergothérapeutes; et 2. Explorer la détresse éthique vécue, le cas échéant, en ergothérapie.

Il s'ensuit que le but de cet article est de présenter une synthèse des perceptions des ergothérapeutes, rencontrés dans le cadre de cette recherche sur les valeurs, des phénomènes ici investigués (barrières et facilitateurs aux valeurs ainsi que détresse éthique). Étant donné les nombreux changements apportés par le gouvernement du Québec au système de santé afin d'optimiser les soins de santé, une description des perceptions d'ergothérapeutes

⁶ Le Québec est l'une des dix provinces canadiennes et comprend dix-sept régions administratives. En superficie, le Québec est la plus grande des dix provinces canadiennes. Située au Centre-Est du Canada, elle a une population de près de huit millions d'habitants dont près de 80 % sont francophones, environ 10 % sont anglophones et plus ou moins 10 % allophones (Statistique Canada, 2013).

francophones du Québec quant à ces objets interrogés se révèle pertinente non seulement pour un auditoire canadien, mais également pour une audience internationale, car les processus d'optimisation et de privatisation des soins de santé ne sont pas propres au Québec ni au Canada par ailleurs (Coburn, 2000; Coburn 2004; Doane et col., 2009; Doane et Varcoe, 2007; Källemark et col., 2004; Read, 2009; Rodney et Varcoe, 2001; Storch et col., 2002; Storch et col., 2009; Varcoe et col., 2003; Varcoe et col., 2004; Varcoe et col., 2012).

4. Méthodologie ⁷

A. Devis de la recherche

Étant donné l'état des connaissances actuelles somme toute limité dans le domaine de l'éthique appliquée à la pratique de l'ergothérapie, une approche inductive s'avérait tout indiquée (DePoy et Gitlin, 2011). Parmi les approches inductives existantes, le devis phénoménologique descriptif et transcendantal de Husserl (1970 et 1999) se révélait approprié, car il permet de recueillir les perceptions de personnes ayant vécu directement les phénomènes interrogés. Plus encore, comme l'indiquent Hunt et Carnevale (2011), ce devis est pertinent pour explorer l'expérience subjective de professionnels de la santé des dimensions éthiques de leur pratique. Dans la présente recherche, ce devis a permis de comprendre le sens que donnent des ergothérapeutes aux valeurs de la profession, aux barrières et facilitateurs à une pratique professionnelle en concordance avec ces valeurs ainsi qu'à la détresse éthique. Mentionnons que ce devis a aussi été retenu parce qu'il présuppose que la réalité phénoménologique se situe du côté des personnes ayant directement expérimenté les phénomènes investigués, plutôt que du côté des chercheurs. En effet, l'intention des chercheurs était d'appréhender les phénomènes interrogés du point de vue des acteurs du phénomène, minimisant ainsi l'influence de biais potentiels quant aux objets étudiés. Ainsi, tout au long du processus de collecte et d'analyse des données, les préconceptions, préjugés, valeurs et les connaissances relatives aux phénomènes documentés ont été volontairement mis entre parenthèses, écartés, de façon à laisser toute la place aux perceptions des ergothérapeutes.

B. Population ciblée

Puisque les personnes ayant vécu les phénomènes ici interrogés sont des ergothérapeutes, des ergothérapeutes ayant des caractéristiques variées en termes de caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, groupe ethnique,

7. Bien que cette recherche présente des résultats inédits, puisque celle-ci présente plusieurs volets provenant de la même collecte de données, la méthodologie décrite ici s'apparente aux descriptions qui en ont été faites dans d'autres articles (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2015; Drolet et Sauvageau, 2016).

religion et régions administratives du Québec⁸), de formation (universitaire et en éthique) et d'expérience professionnelle (rôle⁹, type d'établissement et patients desservis) ont été ciblés afin d'avoir une vision la plus complète des phénomènes investigués. Pour ce faire, une méthode d'échantillonnage par choix raisonné a été retenue (DePoy et Gitlin, 2010; Fortin, 2010). Il s'agissait de surcroît de recruter des ergothérapeutes faisant montre d'une réflexion riche sur les valeurs de la profession. Parallèlement, un recrutement par réseau et effet boule de neige a permis de recruter le nombre souhaité de participants (DePoy et Gitlin, 2010; Fortin, 2010). Tous les ergothérapeutes ayant manifesté un intérêt à participer à la recherche ont été retenus.

C. Outils de la collecte des données

Trois outils de collecte des données ont été utilisés, soit un questionnaire sociodémographique, une entrevue individuelle semi-dirigée et un journal réflexif remplis par le chercheur principal. Le premier outil de collecte des données a permis de rassembler des informations générales sur les participants à l'étude.

Le second outil a, pour sa part, permis de recueillir les perceptions des participants-ergothérapeutes des barrières et facilitateurs à une pratique professionnelle en accord avec les valeurs qu'ils considèrent estimables et importantes et de la détresse éthique. Les ergothérapeutes ont été rencontrés dans un lieu et à un moment selon leur convenance. Chaque entrevue avait une durée de 60 à 90 minutes et a été enregistrée sur une bande audionumérique, ce qui a permis la transcription intégrale des verbatim et leur analyse. Durant les entretiens, l'interviewer a tenté de mettre les participants le plus à l'aise possible pour que ceux-ci puissent le plus librement possible partager leurs perceptions. Aussi, les interprétations possibles des discours des ergothérapeutes ont été validées avec eux durant les entretiens par l'entremise de reformulations.

Le troisième outil de collecte de données, soit le journal réflexif du chercheur principal consistait en de courts résumés des entretiens individuels et visait à déterminer le moment de l'atteinte de la saturation des données. Il a aussi été utilisé afin de colliger des faits (date, heure, durée et lieu des entrevues) ainsi que des impressions ou commentaires sur le déroulement des entrevues. Il s'agissait de réfléchir sur la recherche au fur et à mesure, de façon à mettre en parenthèses les aprioris théoriques et axiologiques¹⁰ du chercheur, tel que mentionné précédemment.

8. Le Québec est divisé en dix-sept régions administratives, soit : Bas Saint-Laurent (01), Saguenay-Lac Saint-Jean (02), Capitale-Nationale (03), Mauricie (04), Estrie (05), Montréal (06), Outaouais (07), Abitibi-Témiscamingue (08), Côte-Nord (09), Nord-du-Québec (10), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11), Chaudière-Appalaches (12), Laval (13), Lanaudière (14), Laurentides (15), Montérégie (16) et Centre-du-Québec (17).

9. Au Québec, l'ergothérapeute peut être appelé à exercer divers rôles, tels que : agent de planification de programme et de recherche, chargé de cours, chef d'équipe, coordonnateur, clinicien, conseiller, étudiant, gestionnaire et professeur, pour nommer les principaux.

10. L'axiologie consiste en la science des valeurs. Ainsi, l'adjectif axiologique réfère aux valeurs.

D. Analyse des données collectées

Chaque verbatim a été analysé par les deux auteurs de l'article assistés par deux assistantes de recherche, lesquelles étaient alors étudiantes à la maîtrise en ergothérapie. Suivant la réduction phénoménologique de Husserl (1970 et 1999), une analyse de contenu a été réalisée de façon à faire surgir les unités de sens des phénomènes investigués. Ainsi, l'analyse des trames narratives a permis de faire émerger le sens que les ergothérapeutes rencontrés attribuent aux barrières et facilitateurs à l'actualisation en pratique des valeurs qu'ils considèrent estimables et importantes ainsi qu'à la détresse éthique. Plus précisément, l'analyse qualitative des verbatim a été réalisée suivant les cinq étapes proposées par Giorgi (1997) afin d'appliquer le devis phénoménologique husserlien, à savoir : 1. la collecte des données qualitatives auprès des ergothérapeutes par l'entremise d'entrevues semi-dirigées et du questionnaire sociodémographique; 2. la transcription des verbatim des entrevues et la lecture attentive et répétitive des trames narratives; 3. la création des unités de sens et des extraits de verbatim qui leur sont associés, lesquels ont été compilés dans des tableaux d'extraction de données; 4. l'organisation et la formulation des données signifiantes dans le langage disciplinaire; et 5. la synthèse des résultats par l'entremise de catégories génériques et représentatives des phénomènes investigués.

E. Considérations éthiques

Un certificat éthique du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières a été obtenu le 10 septembre 2013, lequel porte le numéro suivant : CER-13-192-06-01. Une fois cette autorisation obtenue, la population cible a été sollicitée et la collecte des données a débuté. Un formulaire de consentement a été signé par chacun des participants-ergothérapeutes à l'étude. Les données recueillies ont été traitées dans le plus grand respect de la confidentialité des participants. Notamment, un numéro a été attribué à chacun d'eux et les données ont été conservées dans un lieu sécurisé.

5. Résultats

A. Participants à l'étude

Au total, 26 ergothérapeutes ont participé à la recherche. Tous les ergothérapeutes rencontrés étaient d'origine caucasienne, parlaient et pratiquaient la profession en français, au Québec. La majorité des participants, soit 23, était des femmes. Des ergothérapeutes âgés entre 23 ans et 72 ans ont pris part à la recherche avec un âge moyen de 42 ans. Le nombre d'années d'expérience professionnelle des participants variait entre 1 et 48 ans avec une moyenne de 19 années d'expérience. Vingt-cinq ergothérapeutes travaillaient au sein d'un établissement public de santé ou d'éducation, un œuvrait à temps plein au sein d'une clinique privée à but lucratif et un autre avait une pratique autonome à temps partiel en plus d'œuvrer au sein d'un établissement public¹¹.

En ce qui a trait au plus haut diplôme universitaire obtenu, trois participants détenaient un diplôme de 3^e cycle universitaire (doctorat), sept un diplôme de 2^e cycle (maîtrise) et seize un diplôme de 1^{er} cycle universitaire (baccalauréat). Eu égard à leur formation en éthique, deux participants détenaient un diplôme universitaire en philosophie (incluant des cours en éthique), quatre avaient réalisé des cours universitaires entièrement dédiés à l'éthique, dix avaient quelques heures de formation en éthique et dix n'avaient aucune formation à l'éthique. En résumé, vingt des vingt-six participants avaient une formation somme toute limitée en éthique.

Comme le résume le Tableau 1, les ergothérapeutes rencontrés travaillaient dans des milieux variés, bien que près de la moitié pratiquaient en centre de réadaptation physique. Les ergothérapeutes étaient pour la plupart cliniciens, bien que plusieurs exerçaient deux rôles comme clinicien et chargé d'enseignement par exemple ou même trois rôles comme clinicien, coordonnateur clinique et chargé d'enseignement. Vingt participants travaillaient avec des adultes, treize avec des personnes âgées et neuf auprès d'enfants, et ce, tenant compte du fait que la majorité œuvrait avec une clientèle multi âge.

11. Certains participants avaient plusieurs titres d'emploi. Seul l'emploi qu'ils identifiaient comme leur emploi principal est ici discuté.

Tableau 1. Les milieux, rôles et patients des participants

	Caractéristiques	Participants (n)
Milieux	Centre de réadaptation physique	11
	Université	5
	Centre de soins à domicile	4
	Hôpital	2
	Clinique privée à but lucratif	1
	Centre d'hébergement de soins de longue durée	1
	Agence gouvernementale	1
	Aucun	1
Rôles*	Clinicien	14
	Chargé de cours ou d'enseignement	11
	Professeur d'université	4
	Agent de planification de programme et de recherche	3
	Coordonnateur clinique	3
	Étudiant doctoral ou postdoctoral	3
	Coordonnateur de stage	2
	Gestionnaire	1
	Retraité	1
Patients	Adultes et personnes âgées	11
	Adultes	6
	Enfants	4
	Enfants et adultes	3
	Enfants, adultes et personnes âgées	2
Total		26

* Les rôles occupés par les ergothérapeutes n'étaient pas mutuellement exclusifs, en ceci que certains réalisaient plusieurs rôles.

Enfin, les ergothérapeutes exerçaient la profession dans six des dix-sept régions administratives du Québec. Cela dit, la majorité travaillait dans la région de la Mauricie. En somme, les participants avaient des caractéristiques variées.

B. Barrières à l'actualisation des valeurs professionnelles

Tous les ergothérapeutes mentionnent rencontrer des barrières qui limitent l'actualisation, en tout ou en partie, des valeurs qu'ils considèrent estimables et importantes comme l'autonomie décisionnelle ou fonctionnelle des patients, la dignité humaine, la participation occupationnelle, la justice sociale ou occupationnelle, la signifiante occupationnelle et l'autonomie professionnelle, pour ne nommer qu'elles¹². Comme l'illustre la figure 1, les barrières à l'actualisation de ces valeurs sont de nature individuelle et interpersonnelle (micro-environnementale), institutionnelle (méso-environnementale) et systémique ou sociétale (macro-environnementale). Aussi, les barrières rapportées par un plus grand nombre d'ergothérapeutes sont de nature méso-environnementale, c'est-à-dire qu'elles relèvent de l'établissement au sein duquel ils travaillent.

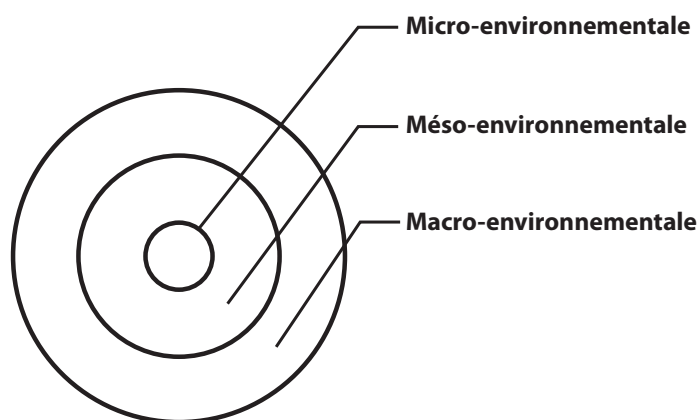


Figure 1. La nature des barrières à l'actualisation des valeurs

Les barrières micro-environnementales, c'est-à-dire celles relatives aux personnes et à leurs interactions sont reliées aux caractéristiques ou aux valeurs des individus (voir la figure 2). Les barrières méso-environnementales, soit celles qui relèvent de l'institution, sont de trois ordres : axiologique, politique ou financière. Enfin, les barrières macro-environnementales, à savoir celles liées à des contraintes sociétales, sont de diverses natures, soit : éthique, organisationnelle ou informationnelle. Les paragraphes qui suivent décrivent les perceptions des ergothérapeutes de ces barrières, avant de décrire leurs perceptions des facilitateurs à une pratique éthique et de la détresse éthique.

12. Pour connaître les valeurs que valorisent les ergothérapeutes rencontrés dans le cadre de cette étude, voir (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2014; Drolet et Désormeaux-Moreau, 2015).

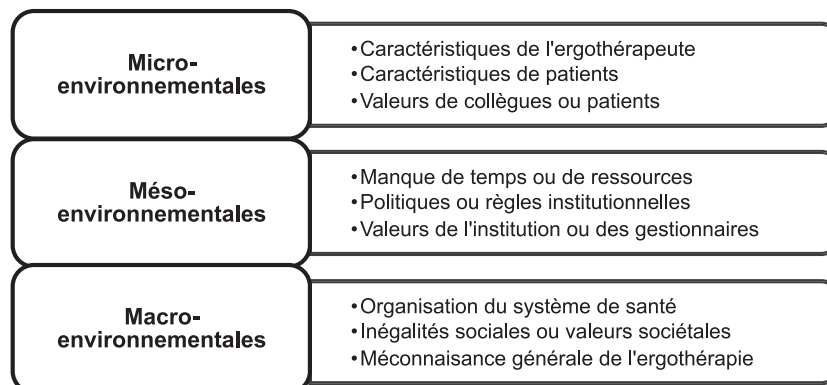


Figure 2. Les barrières à l'actualisation des valeurs selon les ergothérapeutes

a. Barrières micro-environnementales

Les ergothérapeutes discutent de barrières qui relèvent des individus eux-mêmes. Plus précisément, la majorité des ergothérapeutes affirme que les caractéristiques des personnes, en l'occurrence les leurs ou, dans une moindre mesure, celles des patients, peuvent limiter la capacité de l'ergothérapeute à agir en conformité avec les valeurs qu'ils considèrent estimables et importantes. Au sujet des caractéristiques des ergothérapeutes, deux principaux éléments sont rapportés, soit : « *l'accommodation à outrance des ergothérapeutes* » et le « *manque de leadership et d'affirmation des ergothérapeutes* ». Autrement dit, les ergothérapeutes ont de la « *facilité à s'adapter à leur milieu* », à se soumettre et respecter les exigences de leur établissement. Paradoxalement, cette qualité adaptative les conduit à s'accommoder de manière excessive, estiment plusieurs, aux contraintes institutionnelles. Ce faisant, ils manifestent de la difficulté à être des « *agents de changement [...], contrairement aux infirmières et aux travailleurs sociaux qui revendiquent davantage* » que ne le font les ergothérapeutes. Il faut dire que les ergothérapeutes ont « *de la difficulté à argumenter et à être de bons advocates* ». Un participant remarque que ces difficultés sont davantage manifestes « *en début de carrière* » qu'elles ne le sont plus tard dans la pratique.

Au sujet des caractéristiques des patients, trois principaux éléments sont discutés par les ergothérapeutes, soit : 1. le manque de motivation de certains patients à s'engager dans les interventions; 2. les difficultés cognitives de certains d'entre eux à comprendre les interventions, voire leur « *inaptitude à faire des choix* » ou à « *identifier leurs propres besoins* »; et, enfin, 3. la personnalité de patients ou l'état psychologique dans lequel certains se trouvent au moment des interventions. En bref, des éléments relatifs aux personnes, soit aux ergothérapeutes ou aux patients, peuvent se présenter comme des barrières limitant à divers degrés l'actualisation des valeurs qu'ils considèrent estimables et importantes.

Des ergothérapeutes font aussi référence à des barrières micro-environnementales de nature interpersonnelle, lesquelles entravent dans une certaine mesure une pratique en conformité avec les valeurs professionnelles. Selon ces ergothérapeutes, les différences de valeurs qui se présentent entre eux et leurs collègues ou celles entre eux et les patients peuvent faire obstacle, en tout ou en partie, à l'actualisation de leurs valeurs. Au sujet des différences axiologiques qu'ils perçoivent entre eux et leurs collègues, les membres de l'équipe n'ont pas toujours les mêmes valeurs, ont des définitions différentes de certaines valeurs ou ne les priorisent pas nécessairement de la même façon. À ce sujet, un ergothérapeute mentionne ceci : « *Le restant de l'équipe n'est pas orienté dans le même sens que le [patient] (...), il a vraiment une approche plus médicale* ». Ainsi, d'après des ergothérapeutes, certains professionnels adoptent une « *approche paternaliste des soins* », d'autres optent pour une « *approche biomédicale réductionniste plutôt qu'une approche occupationnelle et holiste* », tandis que certains « *ont de la difficulté à mettre les priorités du patient au centre des interventions* ».

Relativement aux différences axiologiques qui se présentent entre les ergothérapeutes et les patients, des participants rapportent que certains patients ou membres de leur famille ont occasionnellement des valeurs ou des croyances qui compliquent les interventions. Sur ce point, trois principaux éléments sont discutés par les ergothérapeutes, soit la difficulté d'intervenir : 1. avec des patients ayant des valeurs ou des croyances qui contredisent les évidences scientifiques; 2. avec des familles qui ont des valeurs différentes de celles valorisées en ergothérapie; et 3. avec des patients appartenant à des minorités culturelles ayant des valeurs différentes des leurs. Par exemple, certains patients ont des « *fausses croyances sur ce qui doit être fait (crainte de certains mouvements ou nécessité de l'opération pour aller mieux)* » ou « *s'attendent à être pris en charge* » plutôt que s'activer par eux-mêmes. Aussi, certains parents font tout pour leurs enfants, ce qui limite l'autonomie de ceux-ci. Enfin, des patients appartenant à une minorité culturelle ont parfois de la difficulté à « *recevoir [une consigne] d'une femme* ». En bref, les différences de valeurs entre l'ergothérapeute et certains collègues ou patients peuvent être perçues comme des barrières à une pratique en conformité avec les valeurs considérées estimables et importantes selon certains participants.

b. Barrières méso-environnementales

Comme spécifié plus tôt, les principales barrières à l'actualisation des valeurs des ergothérapeutes sont, d'après les ergothérapeutes rencontrés, reliées à l'institution au sein de laquelle ils travaillent. Lorsque les participants discutent de ces barrières, trois éléments sont abordés, à savoir : 1. le manque de temps ou de ressources; 2. les politiques ou règles institutionnelles; et 3. les valeurs de l'institution ou des gestionnaires. Presque tous les ergothérapeutes rapportent manquer de temps ou de ressources pour intervenir comme ils souhaiteraient le faire. Comme l'indique un participant :

Je dirais que le principal obstacle est le temps. [...] On a des statistiques à faire¹³, de plus en plus de pression pour que les interventions soient de courte durée. Je suis d'accord avec l'efficacité et l'efficience, mais parfois j'aurais besoin de faire plus de choses dans la communauté, d'aller à domicile pour faire plus pour le [patient].

Un autre ergothérapeute précise que « le manque de temps influence négativement les interventions auprès des patients, car le travail en équipe et l'intégration des données probantes achoppent dans la pratique ». Des participants mentionnent qu'il est difficile de clarifier les attentes des patients et d'obtenir les points de vue de leurs proches dans le contexte où chaque minute d'intervention est comptée par les gestionnaires qui mettent de la pression pour augmenter le rendement et la productivité des intervenants. Relativement au manque de ressources, les ergothérapeutes rapportent le manque de ressources à la fois humaines, matérielles et financières. Des participants témoignent qu'il est difficile d'être le seul ergothérapeute dans un établissement et, ce faisant, d'être le seul à défendre et à promouvoir les valeurs de la profession. Plusieurs participants condamnent les coupures de personnels qui affectent négativement les soins et qui allongent les listes d'attente déjà longues. Des ergothérapeutes condamnent le manque d'équipements, d'outils cliniques et la désuétude de certains locaux, voire leur manque d'intimité. Plusieurs estiment que les aspirations des ergothérapeutes sont souvent plus grandes que ce que les ressources ne leur permettent d'accomplir, limitant ainsi la possibilité d'une pratique exemplaire de la profession. Par exemple, il s'avère extrêmement difficile de mettre en place des mesures alternatives aux contentions dans le contexte actuel associé au manque de personnels infirmiers ou encore d'effectuer une pratique basée sur les résultats probants dans le contexte où l'accès aux évidences scientifiques s'avère limité, pour diverses raisons, dans plusieurs milieux. Dans la même veine, le manque de ressources financières et la pression de performance qui en résulte sont pointés du doigt par quasiment tous les ergothérapeutes. Les compressions dans les finances publiques haussent le nombre de patients devant être pris en charge et réduisent le nombre d'intervenants pour répondre à leurs besoins, de même que les temps d'intervention et les types d'intervention pouvant être offerts, ce qui affecte négativement les soins. Comme l'indique un participant, il manque « de services pour les autres sphères de vie des personnes comme les loisirs ». Aussi, les compressions réduisent les possibilités de formations offertes aux des ergothérapeutes, notamment les « formations relatives à l'argumentation et à l'advocacy » ainsi que les possibilités d'obtenir du soutien lors de « décisions éthiques » difficiles.

13. Au Québec, les ergothérapeutes doivent donner des informations numériques, généralement en termes de minutes ou de nombre de patients, sur les activités professionnelles qu'ils réalisent au quotidien.

Certaines politiques ou règles institutionnelles sont également mentionnées par plusieurs participants. Par exemple, quelques participants affirment que « *les critères d'admission et de priorisation sont trop stricts* ». Ils limitent parfois l'accès aux soins de certaines personnes, notamment des individus qui ont un problème de santé jugé moins urgent (par exemple les patients qui ne sont pas à risque de chutes dans l'immédiat) ou des personnes qui ont une problématique de santé complexe (par exemple les patients qui présentent une concomitance entre plusieurs problèmes de santé mentale, physique et sociale). De manière générale, plusieurs participants condamnent le manque d'autonomie professionnelle des ergothérapeutes. Par exemple, une fois que le patient est admis, la durée des interventions est déjà fixée, établie. Comme l'indique un participant, « *le nombre maximal de rencontres est déterminé [en fonction des ressources du milieu], pas en fonction des besoins des patients* ». De plus, les modalités d'interventions sont souvent prédéterminées par le milieu, limitant par la même occasion les possibilités d'innover, d'intervenir dans le milieu naturel, de traiter l'ensemble des besoins occupationnels des patients (comme les activités que les patients valorisent qui ne sont pas nécessairement reliées au travail ou aux soins personnels), de concevoir des activités de groupe plutôt des suivis individuels ou d'offrir une pratique basée sur des résultats probants.

Pour un bon nombre de participants, ces éléments sont révélateurs de l'écart qui se présente, dans les faits, entre leurs valeurs et celles de l'institution au sein de laquelle ils œuvrent. Aussi, les valeurs institutionnelles sont généralement soutenues par les gestionnaires en place. Plusieurs ergothérapeutes estiment que l'institution et les gestionnaires valorisent l'optimisation des soins, la productivité et la sécurité des patients, au détriment de la qualité des soins et de la signifiante des soins pour les patients. Certains mentionnent également que l'institution et les gestionnaires ont une vision réductrice, voire perversive de l'autonomie fonctionnelle des patients. D'une part, il y a une « *valorisation à tout prix de la sécurité [des patients] au détriment de [leur] autonomie. [Les gestionnaires ont] peur des représailles. [Ils visent à] protéger l'institution plutôt que la personne* ». D'autre part, les gestionnaires ont une « *vision réductrice de l'autonomie [fonctionnelle]. [Celle-ci se limite] à la mobilité et aux soins personnels* » des patients, excluant ainsi les autres sphères de l'activité humaine. En somme, pour la majorité des ergothérapeutes rencontrés, les plus grandes barrières à l'actualisation des valeurs professionnelles proviennent de l'institution au sein de laquelle ils travaillent. Ces barrières méso-environnementales les préoccupent davantage que les premières (micro-environnementales) et les suivantes (macro-environnementales) et ils souhaiteraient plus de soutien de leur établissement afin d'avoir une pratique éthique de la profession, c'est-à-dire cohérente avec les valeurs qu'ils considèrent estimables et importantes.

C. Barrières macro-environnementales

En plus des barrières micro et méso environnementales, plusieurs ergothérapeutes discutent des barrières macro-environnementales qui limitent, dans une certaine mesure, une pratique intègre de la profession, c'est-à-dire conforme aux valeurs qu'ils considèrent estimables et importantes. Lorsqu'ils décrivent ces barrières, ils réfèrent aux trois éléments suivants : 1. l'organisation du système de santé; 2. les inégalités sociales ou les valeurs sociétales; et 3. la méconnaissance générale de l'ergothérapie. Au sujet du système de santé, plusieurs ergothérapeutes notent des failles dans l'organisation actuelle du réseau québécois de la santé. Par exemple, des ergothérapeutes condamnent le fait que les priorités d'intervention soient dictées par le Ministère de la santé du Québec et que ces priorités soient critiquables. Comme l'indique un participant, « *il y a une priorisation des soins médicaux au détriment de la réadaptation* ». Par ailleurs, certains ergothérapeutes considèrent que le cloisonnement qui se présente entre, d'une part, les institutions de santé mentale et, d'autre part, celles de santé physique nuit aux soins. En particulier, cette scission dans l'organisation du système de santé nuit à l'accès aux soins, occasionne des vides de soins pour certains patients, perturbe ledit continuum des soins, crée une « *incongruence entre les soins offerts et les besoins de [certains patients], notamment pour les cas complexes (comorbidité, misère sociale, toxicomanie, etc.)* » et contribue à une collaboration interinstitutionnelle déficiente. Ces difficultés sont également rapportées pour condamner le cloisonnement qui se présente entre le réseau de la santé et le réseau de l'éducation. Aussi, certains ergothérapeutes contestent les iniquités qui se présentent entre les patients dont les soins de santé sont financés par le réseau public de santé et ceux dont les soins sont remboursés par un tiers payeur¹⁴. Cette organisation des soins de santé engendre un « *système à deux vitesses* », en ceci que les patients dont les frais de santé sont remboursés par un tiers payeur sont desservis plus rapidement et ont accès à plus de soins que les patients dont les soins sont financés par l'État via la Régie de l'Assurance maladie du Québec (RAMQ). Plus encore, les interventions impliquant un tiers payeur occasionnent des conflits d'intérêts qui mettent en péril l'actualisation de valeurs comme l'indépendance professionnelle par exemple. Partagé entre la réponse adéquate aux besoins des patients et la satisfaction des requêtes du tiers payeur, l'ergothérapeute peut être amené à ne pas répondre « *aux besoins réels de la population* », aux « *vrais besoins de la population* ». Autrement dit, il peut être tentant de satisfaire le tiers payeur étant donné les entrées d'argent que ce dernier procure à l'établissement. En somme, l'organisation actuelle du système québécois de santé n'est pas optimale, selon plusieurs participants,

14. Au Québec, bien que le système de santé soit financé en majeure partie par des devis publics, certains individus voient leurs soins de santé remboursés par des tiers payeurs comme la Commission des normes, de l'éthique, de la santé et de la sécurité du travail du Québec, l'Indemnisation des victimes d'actes criminels ou les assureurs privés, pour nommer les plus importants. Le remboursement des soins de santé par de tels tiers prend une place de plus en plus grande dans le réseau public de santé, car les institutions publiques de santé financent une partie de leurs soins avec cette entrée d'argent.

et se présente comme une barrière à l'actualisation de valeurs considérées estimables et importantes aux yeux des ergothérapeutes.

Certains ergothérapeutes vont plus loin : ils identifient l'organisation sociale elle-même comme une barrière à une pratique intègre, c'est-à-dire en accord avec les valeurs humanistes aux assises de la profession. Ils considèrent que le manque de justice sociale se présente comme une entrave à une pratique exemplaire de la profession. L'organisation sociétale actuelle ne corrigeant pas les inégalités naturelles qui se présentent de fait entre les personnes, il demeure des inégalités sociales importantes entre les individus. Celles-ci font en sorte que certains patients sont moins en mesure que d'autres de tirer profit des soins de santé prodigués dans le contexte actuel. Par exemple, certains vivent dans la « *misère sociale* » ou évoluent au sein de « *familles défavorisées [qui] ne font pas les exercices à la maison, déménagent fréquemment, manque d'argent pour les besoins de base, vivent de l'instabilité* ». L'organisation sociétale actuelle n'adresse pas suffisamment les inégalités sociales, estiment certains participants. Ce faisant, l'ergothérapeute se voit limiter dans son désir de travailler à une plus grande égalité entre les personnes ou plutôt à plus grande équité et justice sociale. Comme le résume un participant :

On a transformé le système de santé en business. Même si on l'a (...) rendu public (...), c'est tout le principe de la facturation à l'acte [qui prédomine] (...). Ultimement, le budget est alloué en fonction des actes posés. Donc, on ne vise pas nécessairement l'efficacité (...). Tous les indicateurs sont devenus des indicateurs économiques (...), alors que dans d'autres pays, la Suède par exemple, l'indicateur : c'est la santé.

Ainsi, pour certains participants, si les institutions de santé valorisent l'optimisation des soins, la productivité et la sécurité des patients, au détriment de la qualité des soins, de l'autonomie des patients, de la signification des soins pour les patients et de la pratique centrée sur les patients, c'est précisément parce que socialement d'autres valeurs plus mercantiles dominent, lesquelles influencent par ricochet les valeurs du système de santé et la gestion des institutions publiques de santé. Un participant mentionne qu'il « *faut rentrer dans un moule social* », manifestant ainsi la difficulté pour certains ergothérapeutes à être un agent de changement, à revendiquer pour une société plus juste, plus équitable et moins capitaliste.

Enfin, quelques participants estiment que la méconnaissance généralisée de la profession complique le travail des ergothérapeutes qui doivent promouvoir leur rôle, combattre une « *vision réductrice de la profession* », de même que justifier la pertinence et l'efficacité de leurs interventions. Ne pas s'affirmer comme ergothérapeute peut « *amener l'ergothérapie à s'inscrire dans l'approche biomédicale* », laquelle s'arrime difficilement aux valeurs de la profession. En bref, la profession ergothérapeutique étant encore peu connue

à la fois du public et des collègues, l'ergothérapeute doit souvent expliquer ses interventions et défendre ses approches.

B. Facilitateurs à l'actualisation des valeurs professionnelles

En plus de discuter des barrières à la mise en œuvre d'une pratique professionnelle en conformité avec les valeurs considérées estimables et importantes selon les ergothérapeutes, les participants rapportent des éléments pouvant faciliter le respect de ces valeurs au quotidien. Comme le résume la figure 3, des facilitateurs de nature micro-environnementale (individuelle et interpersonnelle), méso-environnementale (institutionnelle) et macro-environnementale (systémique ou sociétale) sont rapportés par les ergothérapeutes rencontrés. Cela dit, tandis que les barrières les plus discutées par les ergothérapeutes sont de nature institutionnelle (méso-environnementale), les facilitateurs les plus abordés par les participants sont de nature individuelle ou interpersonnelle (micro-environnementale). Les paragraphes suivants résument les perceptions des ergothérapeutes de ces facilitateurs.

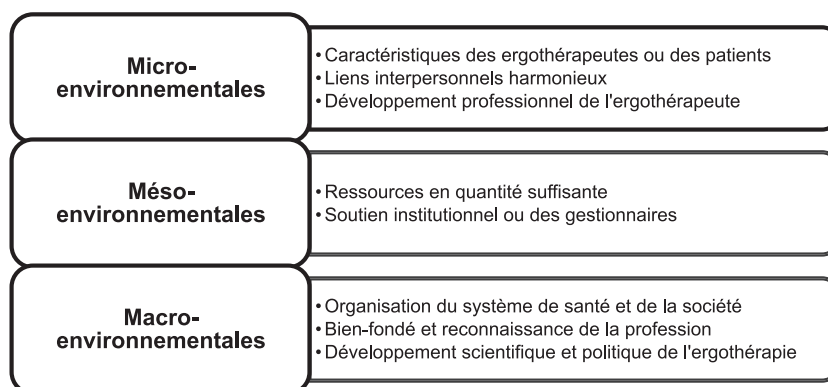


Figure 3. Les facilitateurs à l'actualisation des valeurs selon les ergothérapeutes

a. Facilitateurs micro-environnementaux

Presque la totalité des participants discute de caractéristiques des ergothérapeutes eux-mêmes ou des patients pouvant faciliter le respect des valeurs au quotidien. Relativement aux caractéristiques des ergothérapeutes, quatre éléments sont nommés, soit : 1. que l'ergothérapeute ait fait une réflexion personnelle sur ses valeurs; 2. qu'il connaisse et applique les résultats de recherches; 3. qu'il ait des attitudes empreintes d'humanité; et 4. qu'il ait la capacité de plaider pour défendre les droits des patients ou pour promouvoir la profession ou de causes sociales justes (*advocacy*). Pour la majorité des participants, il est crucial que les ergothérapeutes réfléchissent non seulement à leurs valeurs personnelles (identité personnelle), mais également

à celles qui devraient orienter leur pratique professionnelle (identité professionnelle). Comme l'indique un participant :

Tant que tu n'as pas fait une réflexion personnelle sur l'importance que t'accordes aux valeurs [...], tant que tu n'as pas fait le cheminement intellectuel, tu auras beau te faire présenter toutes les valeurs, tous les systèmes et toutes les façons dont cela devrait fonctionner, jamais tu ne [parviendras] à les incarner avec sens.

Pour un participant, cette réflexion axiologique doit tenir compte du contexte. Il estime que l'ergothérapeute devrait être à la fois idéaliste et réaliste, car trop d'idéalisme met l'ergothérapeute à risque d'épuisement. En bref, il ne se sert à rien de pelleter des nuages, il faut promouvoir des utopies réalistes. De plus, plusieurs participants considèrent qu'il importe que l'ergothérapeute ait conscience de ses valeurs personnelles et professionnelles, que celles-ci s'accordent entre elles et que celui-ci tente de les actualiser en pratique. Aussi, pour plusieurs participants, il est essentiel que l'ergothérapeute arrime sa pratique professionnelle aux résultats de recherches, qu'il se tienne à jour, qu'il s'appuie sur des théories et des modèles considérés valables et valides, et ce, afin d'asseoir ses pratiques sur des bases solides. Certains participants mentionnent aussi l'importance pour l'ergothérapeute d'être à l'écoute du patient, d'être sensible et réceptif à sa vision des choses afin de lui offrir des soins significatifs et d'opter pour des attitudes empreintes d'humilité, de respect ou d'ouverture. Un participant souligne l'importance de « *l'utilisation thérapeutique de soi* ». En bref, les qualités d'être des ergothérapeutes sont vues comme des vertus humanistes pouvant soutenir une pratique basée sur les valeurs de la profession. Enfin, quelques participants affirment que la capacité plus politique de l'ergothérapeute à plaider, à revendiquer, à promouvoir, en bref à argumenter et à défendre ses idées (*advocacy*) se présente comme une compétence professionnelle pouvant faciliter la pratique de l'ergothérapie en concordance avec les valeurs de la profession. Pour ces ergothérapeutes, plus l'ergothérapeute est apte à défendre ses idées, à faire de l'*advocacy* efficace, plus il a le potentiel d'être un agent de changement positif dans son milieu.

Au sujet des caractéristiques des patients pouvant faciliter une pratique en accord avec les valeurs professionnelles, plusieurs participants mentionnent que lorsque le patient est capable d'introspection, qu'il a confiance en ses capacités, qu'il comprend ce qu'on lui propose, qu'il est capable d'exprimer clairement ses attentes, qu'il est transparent, qu'il transmet toutes les informations pertinentes, qu'il est ouvert aux interventions, qu'il est motivé par celles-ci, qu'il fait montre d'autonomie et d'autoprise en charge personnelle et qu'il a une vision qui s'arrime avec celle de l'ergothérapeute, alors la pratique ergothérapeutique en conformité avec les valeurs s'en trouve facilitée. Enfin, certains ergothérapeutes affirment que plus le lien de confiance est bien établi avec le patient ainsi qu'avec sa famille et plus la relation théra-

peutique est bonne, plus il est aisé pour l'ergothérapeute d'actualiser une pratique idéale ou souhaitée de la profession.

Si des caractéristiques des ergothérapeutes ou des patients peuvent soutenir une pratique éthique, les liens interpersonnels harmonieux se présentent également comme des facilitateurs à une telle pratique. La majorité des ergothérapeutes estime que la bonne collaboration interdisciplinaire est apte à faciliter la pratique de la profession en accord avec les valeurs. Notamment, lorsque les membres de l'équipe partagent les mêmes valeurs, le travail de l'ergothérapeute se voit facilité. Par exemple, lorsque « *l'équipe est centrée sur le patient* » ou lorsqu'elle est centrée sur les « *occupations* », l'ergothérapeute parvient plus facilement à actualiser les valeurs professionnelles. Ainsi, presque la totalité des ergothérapeutes estime que la collégialité entre collègues, la bonne entente au sein de l'équipe, le soutien interprofessionnel, la collaboration interdisciplinaire et l'accord entre les valeurs des collègues et les leurs sont des éléments qui contribuent à une pratique de la profession fidèle aux valeurs ergothérapeutiques.

b. Facilitateurs méso-environnementaux

Plusieurs ergothérapeutes nomment des éléments relevant de l'institution pouvant faciliter la pratique de l'ergothérapie en concordance avec les valeurs professionnelles. Deux éléments sont discutés par les participants, soit : 1. les ressources en quantité suffisante; et 2. le soutien de l'institution ou des gestionnaires. Plus de la moitié des ergothérapeutes affirment que le fait d'avoir accès à des ressources humaines, matérielles et financières en quantité suffisante faciliterait une telle pratique. Par exemple, le fait d'avoir « *accès aux évidences scientifiques* », à des « *outils éthiques (guides, méthodes)* », à des « *formations continues offertes par l'ordre professionnel ou l'université* » ou à un « *comité d'éthique clinique en cas d'enjeux éthiques* » faciliterait le travail de l'ergothérapeute en conformité avec les valeurs qu'ils considèrent estimables et importantes. Quelques ergothérapeutes mentionnent que le fait « *d'avoir plus de temps pour adopter une vision holiste, pour connaître le patient et discuter de ses priorités et pour intervenir dans son milieu de vie naturel* » serait nécessaire à une pratique exemplaire, voire fidèle à ses valeurs.

Relativement au soutien de l'institution ou des gestionnaires, la majorité des ergothérapeutes mentionne que le fait que leurs supérieurs appuient leur vision et leurs décisions facilite une pratique respectueuse des valeurs. Comme le relate un participant : « *Cela facilite d'avoir des gestionnaires qui comprennent tes besoins. Je considère, en ce moment, que j'ai une bonne chef de programme et un bon coordonnateur. Je suis capable d'être comprise et de justifier le temps dont j'ai besoin* ». De plus, le fait qu'il y ait une congruence entre leurs valeurs professionnelles et celles de l'institution facilite une pratique intègre et fidèle aux valeurs de la profession.

c. Facilitateurs macro-environnementaux

Au sujet des éléments sociétaux pouvant faciliter une pratique éthique, trois éléments sont rapportés par les participants, soit : 1. l'organisation du système de santé et de la société à même de soutenir une telle pratique; 2. le bien-fondé de l'ergothérapie et sa reconnaissance sociale; et 3. le développement scientifique et politique de la profession. En ce qui a trait au premier élément, des participants mentionnent que la bonne collaboration entre les divers partenaires de soins facilite les bonnes pratiques. De même, les véritables corridors de soins et l'intersectorialité soutiennent les pratiques exemplaires. Or, ils sont peu nombreux, condamnent-ils. Plus encore, les collaborations entre le réseau de la santé et celui de l'éducation facilitent les bonnes pratiques, en arrimant les savoirs aux réalités concrètes. Encore ici, des améliorations sont souhaitées. Aussi, la mise en place et le soutien par l'État de politiques sociales plus inclusives et d'environnements capabilisants demeurent un atout pour tout ergothérapeute valorisant la justice occupationnelle.

Concernant le bien-fondé et la reconnaissance de la profession, des participants sont d'avis que la valeur intrinsèque de l'ergothérapie a le potentiel de donner plus de pouvoir aux ergothérapeutes lorsque vient le moment de défendre leur rôle et de justifier leur pertinence sociale. Ce faisant, le bien-fondé de la profession peut contribuer à une meilleure reconnaissance de la profession. Par exemple, dans le contexte actuel du vieillissement de la population, le rôle de l'ergothérapeute en soutien à domicile est de plus en plus reconnu. Aussi, la pertinence d'offrir des services ergothérapeutiques dans les écoles du Québec fait son chemin, surtout dans le contexte actuel où le nombre d'enfants présentant un trouble de développement ou du spectre de l'autisme qui fréquentent les écoles québécoises est croissant. En bref, l'utilité sociale de la profession est à même de mettre en lumière sa pertinence sociale, ce qui peut contribuer à une plus grande reconnaissance sociale de l'ergothérapie. À terme, cette reconnaissance facilitera le travail de tout ergothérapeute, estiment certains participants, leur crédibilité étant désormais admise. C'est la raison pour laquelle des participants considèrent que les chercheurs en ergothérapie devraient continuer à documenter l'utilité sociale de la profession pour que celle-ci soit de plus en plus reconnue, voire reconnue à sa juste valeur.

Relativement au développement scientifique et politique de la profession, des participants considèrent que le passage du modèle biomédical à l'approche centrée sur le patient a contribué à une évolution souhaitable de la profession. L'approche patient-partenaire valorisée de nos jours en médecine serait un autre exemple de ce changement de paradigme où l'expert cède du pouvoir au patient. Des participants considèrent aussi que la recherche actuelle dans le domaine de l'ergothérapie favorise le développement d'une identité professionnelle plus forte et plus assumée, en procurant aux ergothérapeutes des modèles et modalités d'intervention basés sur des évidences scientifiques. Enfin, le meilleur positionnement politique

de la profession peut également être facilité par le fait que de plus en plus d'ergothérapeutes « occupent des postes dans des instances décisionnelles ». Un participant estime aussi qu'il importe que les associations et les ordres professionnels, de même que les programmes universitaires « prônent des valeurs partagées par l'ergothérapeute », voire des valeurs dont l'universalité est reconnue. En bref, il considère que les ergothérapeutes, détenteurs de pouvoir, devraient faire valoir les valeurs ergothérapeutiques.

D. Détresse éthique en ergothérapie

Bien que tous les ergothérapeutes rencontrés mentionnent rencontrer des barrières à l'actualisation des valeurs qu'ils considèrent estimables et importantes, la majorité d'entre eux affirme ne pas avoir vécu de détresse éthique. Parmi ces participants, plusieurs considèrent que la notion de détresse éthique est trop forte parce qu'elle représente mal leur état d'être. Bien qu'ils rapportent ressentir des émotions négatives devant ces obstacles comme de l'inconfort, de la frustration, de la colère, de la fatigue, voire de l'épuisement, ils préfèrent d'autres termes moins chargés émotionnellement. Par exemple, un participant mentionne que confronté à ces barrières, il s'est senti démuni, c'est-à-dire en manque de ressources pour les surmonter. Un autre affirme ne pas avoir vécu de détresse éthique, « plus un sentiment d'incompétence professionnelle ». Un autre rapporte se sentir interchangeable dans ce système mercantile qui valorise la productivité et l'équilibre financier, au détriment d'autres valeurs plus humanistes.

Cela dit, quelques ergothérapeutes affirment avoir vécu de la détresse éthique comme l'indique cet extrait :

Les ergothérapeutes sont malheureux : ils vivent des tensions éthiques importantes et vivent de la détresse. Beaucoup de professionnels sont formés pour être à l'écoute de la personne, surtout en ergothérapie. Le sens de notre profession, c'est : « Qu'est-ce qui est important pour la personne ? » Quand ils ne sont pas capables d'actualiser cela dans leur milieu de pratique, ils vivent de la détresse éthique.

Un autre va dans le même sens en rapportant que les ergothérapeutes choisissent la profession non pas pour les honneurs ou leur réussite personnelle, mais parce qu'ils sont philanthropes et veulent aider leurs semblables. Or, les nombreuses barrières qu'ils rencontrent peuvent entraîner une certaine désillusion de l'ergothérapie et même le départ de la profession. Les deux principales barrières qui amènent les ergothérapeutes à quitter la profession, selon ce participant, sont le manque d'autonomie professionnelle et le manque de reconnaissance sociale. Pour ce participant, les ergothérapeutes qui sont heureux dans leur carrière sont ceux qui ont une influence décisionnelle sur le type de pratique qu'ils exercent, qui obtiennent de la reconnaissance pour leur travail et qui ont une pratique intègre, c'est-à-dire en conformité avec leurs valeurs.

5. Discussion

A. Questions et objectif de la recherche

Les deux questions à l'origine de cette recherche étaient les suivantes : 1. Quels sont les facteurs qui font obstacle ou qui facilitent l'actualisation des valeurs que les ergothérapeutes considèrent estimables et importantes? 2. Dans quelle mesure les ergothérapeutes vivent-ils de la détresse éthique? Cette recherche sur les valeurs de l'ergothérapie a permis de recueillir les perceptions d'ergothérapeutes francophones du Québec des phénomènes ici interrogés. Les sections suivantes présentent une interprétation des résultats de l'étude et une comparaison de ceux-ci avec ceux documentés dans les écrits sur le sujet, avant de spécifier les retombées anticipées de la recherche ainsi que les forces et les limites de celle-ci.

B. Interprétation des résultats

Que comprendre des discours des ergothérapeutes? Comment interpréter leurs perceptions des phénomènes investigués? Cette section présente trois interprétations qui émergent des résultats de la recherche.

Premièrement, les ergothérapeutes rapportent un écart entre les valeurs qu'ils considèrent estimables et importantes et leur pratique professionnelle, et ce, en raison des nombreuses barrières qui limitent, dans une certaine mesure, une pratique éthique de la profession. Bien que les valeurs professionnelles soient des idéaux phares et qu'il soit irréaliste de s'attendre à ce que celles-ci soient complètement actualisées en pratique, l'écart rapporté par les ergothérapeutes est somme toute préoccupant. Pourquoi? Parce que celui-ci a le potentiel d'engendrer plusieurs conséquences négatives à la fois sur les ergothérapeutes eux-mêmes, les patients et les institutions de santé. En effet, en plus d'affecter à la négative la qualité des soins prodigués aux patients, cet écart est susceptible d'occasionner des problèmes de santé chez les ergothérapeutes eux-mêmes, ce qui a un impact négatif sur les institutions au sein desquelles ils œuvrent, en engendrant du roulement de personnels et de l'instabilité dans les équipes de soins. Plus encore, cet écart est étonnant, car il fait montre de l'incohérence qui se présente dans les faits entre les valeurs et principes éthiques inscrits dans la Loi canadienne sur la santé (Ministère de la justice, 2016) et les pratiques concrètes. Si l'accessibilité, le bien-être, la prévention des maladies et des accidents, la promotion de la santé physique et mentale, la qualité des soins, la santé et l'universalité des soins sont à la base du système canadien de santé, dans la pratique cependant, il semble que ces valeurs et principes guident peu les institutions publiques de santé. Un exemple qui illustre cet état de fait réside dans l'utilisation presque exclusive par les institutions publiques de santé d'indicateurs de performance qui prennent très peu en compte les particularités des milieux de soins. Aussi, ces indicateurs sont souvent à maints égards en porte-à-faux avec les valeurs des ergothérapeutes ainsi

que les valeurs et principes aux assises mêmes du système canadien de santé. Est-ce à dire que le contexte actuel ne favorise pas ou peu une pratique éthique de l'ergothérapie, c'est-à-dire respectueuse des valeurs de la profession? Plus encore, est-ce à dire que les assises sociales-démocrates au fondement du système canadien de santé se trouvent compromises par le vent mercantiliste et capitaliste qui domine à l'heure actuelle?

Deuxièmement, ces questions font échos au concept d'aliénation au travail théorisé par le philosophe Marx (1996), lequel a été repris par la philosophe-ergothérapeute Wilcock (2006) qui parle, pour sa part, d'aliénation occupationnelle. Pour Marx (1996), l'aliénation au travail se présente en outre lorsque des contraintes externes viennent limiter le déploiement du plein potentiel du travailleur, lorsque celui-ci est dans une posture d'inauthenticité, lorsqu'il se sent interchangeable, lorsque la raison d'être et la finalité de son travail lui échappent et lorsque les impératifs capitalistes dominent les rapports sociaux. Pour maints ergothérapeutes, les nombreuses barrières à l'actualisation de leurs valeurs font obstacle à l'actualisation de leurs compétences et limitent une pratique à la hauteur de leurs idéaux éthiques. Aussi, certaines barrières font en sorte qu'ils se sentent parfois dans un rouleau compresseur qui ne vise qu'à desservir le plus de patients possible avec le moins de moyens possible. Par moment, l'ergothérapeute se sent tel un maillon dans une chaîne de production. Plus encore, le contexte contemporain détermine souvent de manière *top-down* plutôt que *bottom-up* la raison d'être et la finalité des interventions ergothérapeutiques, dépossédant ainsi l'ergothérapeute d'une part importante de son autonomie professionnelle. Comme l'affirme Marx, « le travail aliéné rend [l'être humain] étranger à son propre corps, au monde extérieur aussi bien qu'à son essence spirituelle, à son essence humaine » (1996, p. 116). En bref, les discours de plusieurs ergothérapeutes révèlent que les valeurs capitalistes prennent une place importante dans la prestation actuelle des soins de santé, lesquelles déshumanisent les soins et départissent l'ergothérapeute d'une partie importante de son essence axiologique. Pour Wilcock (2006), l'aliénation occupationnelle réfère au sentiment d'étrangeté et d'inconfort, voire à la séparation d'avec son essence, sa nature profonde, laquelle engendre des sentiments négatifs et des problèmes de santé. Durocher et ses collaborateurs (2016) affirment que des ergothérapeutes d'une autre province canadienne, en l'occurrence l'Ontario, vivent de l'aliénation occupationnelle. Celle-ci serait occasionnée par le fait que des pratiques soient imposées à l'ergothérapeute, que les processus administratifs soient inefficaces, que les ressources soient limitées et que des patients soient confrontés à des vides de services (Durocher et col., 2016). Les ergothérapeutes qui rapportent avoir vécu de la détresse éthique relatent des états de conscience qui se rapprochent de l'aliénation au travail ou de l'aliénation occupationnelle. Est-ce à dire que les ergothérapeutes québécois sont à risque de vivre une certaine forme d'aliénation au travail, voire de l'aliénation occupationnelle? Les résultats de la recherche convergent en cette direction.

Troisièmement, bien que les ergothérapeutes idéalistes soient à risque de telles aliénations (car l'écart entre leurs valeurs et la réalité peut être grand comparé à des ergothérapeutes moins idéalistes), ceux-ci apparaissent comme des agents de changement positifs dans leur milieu, comme si leurs valeurs étaient des moteurs intrinsèques aptes à modifier les structures, les politiques et les pratiques. Leur flamme, leur fugue, leur passion constituent en des forces mobilisatrices pour revendiquer des idéaux phares susceptibles de contribuer à améliorer la qualité des soins, la santé des patients et la participation occupationnelle de chacun selon son potentiel. Plus encore, comme l'affirme Glaser (1994), les causes de la détresse éthique relevant à la fois des individus, des institutions et de la société, il en est de même de leurs solutions qui ne sauraient se réduire aux individus et à leurs interactions. Les ergothérapeutes efficaces comme agents de changements prennent en considérations ces trois dimensions de l'éthique. Somme toute, l'*advocacy* se présente comme un outil non négligeable pour l'ergothérapeute désireux de changement, d'autant plus lorsque cette capacité à revendiquer se fonde sur des valeurs professionnelles solidement ancrées.

C. Comparaison des résultats avec les écrits

Les résultats de l'étude s'accordent en général à ceux rapportés dans les écrits. Quatre éléments de comparaison sont ici élaborés. Premièrement, comme maintes infirmières, les ergothérapeutes rencontrés dans le cadre de cette étude affirment rencontrer des barrières qui limitent l'actualisation de leurs valeurs professionnelles (Beagan et Ells, 2009; Kinsella et col., 2015). Aussi, comme le notent des chercheurs en nursing, ces barrières sont de nature micro, méso et macro environnementales, bien que la majorité relève de l'institution (Austin, 2012; Beagan et Ells, 2009; Corley, 2002; Cribb, 2011; Epstein et Hamric, 2009; Hanna, 2004; Jameton, 1984; Jameton, 2013; Johnstone et Hutchinson, 2015; Kopala et Burkhart, 2005; Lützn et col., 2003; McCarthy et Deady, 2008; Pauly et col., 2012; Peter et Liaschenko, 2004; Rushton et col., 2013; Varcoe et col., 2012; Walsh, 2012). Comme le note aussi le personnel infirmier, le manque de temps et de ressources est pointé du doigt par les ergothérapeutes. À l'instar des infirmières, les processus d'optimisation des soins sont perçus négativement par les ergothérapeutes (Austin, 2012; Beagan et Ells, 2009; Corley, 2002; Epstein et Hamric, 2009; Hamric et col., 2012; Jameton, 1984; Lützn et col., 2003; McCarthy et Deady, 2008; Peter et Liaschenko, 2004; Varcoe et col., 2012). Contrairement aux infirmières cependant, les ergothérapeutes considèrent que la réadaptation est sous-financée comparativement aux soins médicaux, alors que celle-ci a un impact réel sur l'autonomie fonctionnelle des patients et sur leur participation à la vie collective. Alors que la hiérarchie interprofessionnelle qui se présente entre le médecin et l'infirmière est au cœur de la détresse éthique du personnel infirmier (Beagan et Ells, 2009; Jameton, 1984; Jameton, 1993; Jameton, 2013; McCarthy et Deady, 2008; Pauly et col., 2012; Peter et Liaschenko, 2004), tel n'est pas le cas en ergothérapie. Bien que des

ergothérapeutes condamnent la prédominance du paradigme biomédical dans certains milieux de pratique et qu'ils estiment que la profession est en manque de reconnaissance sociale, les ergothérapeutes discutent peu de cet élément ou l'abordent de manière différente. Les ergothérapeutes rapportent plutôt des conflits interprofessionnels qui nuisent à l'actualisation de leurs valeurs, sans mentionner que ces conflits sont reliés à des inégalités de pouvoir entre les professions. Il faut dire que la relation entre le médecin et l'infirmière s'apparente peu à celle qui existe entre l'ergothérapeute et le médecin québécois. Bien que dans certains milieux, certaines décisions de l'ergothérapeute dépendent de fait de celles de médecins, l'ergothérapeute a au Québec de façon générale une autonomie professionnelle de plus en plus grande, notamment en raison de son expertise professionnelle de plus en plus reconnue, et ce, surtout dans les milieux de réadaptation. Cela dit, certains ergothérapeutes estiment tout de même que leur expertise professionnelle devrait être davantage reconnue et plusieurs considèrent que leur autonomie professionnelle est encore de nos jours bafouée. C'est en ce sens que l'*advocacy* pour la profession, pour les patients et pour l'amélioration des soins, notamment par la recherche, est mis de l'avant par des participants à l'étude, lesquels sont d'avis que plus de formations sur cette dimension plus politique inhérente à la pratique ergothérapique devraient être offertes aux ergothérapeutes.

Deuxièmement, bien que les enjeux éthiques que rencontrent les ergothérapeutes, dont font partie les situations de détresse éthique, soient à ce jour peu explorés (Bushby et col., 2015), les résultats de la recherche s'arriment en général à ceux documentés dans d'autres études sur le sujet. Par exemple, des recherches soulignent la difficulté rencontrée par des ergothérapeutes à adopter une pratique en concordance avec leurs valeurs (Bushby et col., 2015; Christiansen et Lou, 2001; Hammell, 2007; Kinsella et col., 2008; Kyler, 2008; Murray et Lawry 2011; Rodger et col., 2012). Aussi, une source importante d'enjeux éthiques rapportée dans les écrits concerne les contraintes institutionnelles et systémiques rencontrées par les ergothérapeutes au quotidien (Barnitt et col., 1998; Bushby et col., 2015; Carrier et col., 2010; Foye et col., 2002; Horowitz, 2002; Kassberg et col., 2008; Kinsella et col., 2008; Shivji 2009; Slater, 2006; Walker, 2001). Les conflits interprofessionnels sont également mentionnés comme des sources de tensions éthiques (Bushby et col., 2015; Kinsella et col., 2008; Walker, 2001; Kassberg et col., 2008; Foye et col., 2002). En bref, les quelques écrits documentant les enjeux éthiques en ergothérapie font référence aux barrières à une pratique éthique et intègre de la profession, lesquelles sont de nature micro, méso et macro environnementales. Cela dit, bien que ces écrits discutent indirectement des barrières à l'actualisation des valeurs professionnelles, aucune étude n'avait, avant celle-ci, pris comme objet d'étude ces barrières et les facilitateurs à une pratique respectueuse des valeurs considérées estimables et importantes en ergothérapie.

Troisièmement, contrairement aux résultats obtenus par Penny et ses collaborateurs (Penny et col., 2014) suivant lesquels des ergothérapeutes états-unien*s* auraient rapporté vivre un degré modéré de détresse éthique, la majorité des ergothérapeutes ayant participé à cette étude ne rapporte pas avoir vécu de détresse éthique. Bien qu'ils rapportent tous rencontrer des barrières à l'actualisation de leurs valeurs et que certains d'entre eux mentionnent avoir vécu ce faisant des émotions négatives comme de la frustration, de la colère ou des sentiments d'impuissance ou d'incompétence, ils estiment pour la plupart que la notion de détresse éthique est trop forte, trop chargée affectivement. Il faut dire que contrairement à Penny et ses collaborateurs, qui ont utilisé l'échelle conçue par Hamric et ses collaborateurs (2012) pour mesurer le degré de détresse éthique des ergothérapeutes, aucune définition de la notion de détresse éthique n'a été donnée aux participants de la présente étude et aucune échelle de mesure n'a été utilisée. Aussi, étant donné les importantes différences entre les méthodes recherche utilisées dans notre étude ainsi que celle de Penny et ses collaborateurs, les comparaisons de nos résultats respectifs s'avèrent difficiles et demeurent hasardeuses.

L'aspect novateur de la présente recherche a trait à l'identification de nombreux facilitateurs pouvant soutenir une pratique professionnelle en conformité avec les valeurs des ergothérapeutes. Ces facilitateurs concernent soit la société dans son ensemble, l'institution, l'équipe, l'ergothérapeute ou le patient. Cependant, la mobilisation de ceux-ci demeure à géométrie variable, c'est-à-dire que si certains facilitateurs font partie intégrante de la pratique de certains ergothérapeutes, pour d'autres ils ont plutôt le statut d'un souhait, d'une espérance. Il est difficile à ce stade-ci d'expliquer cette différence. Est-elle due aux différences de personnalité présentes entre les ergothérapeutes, à la culture organisationnelle des milieux au sein desquels ils travaillent, aux formations suivies par les participants, à leur expérience professionnelle ou à d'autres éléments? D'autres recherches sont requises pour expliquer cette réalité. En dépit de cette disparité entre la réalité des participants, il n'en demeure pas moins que ces pistes de solution pour surmonter les barrières qui entravent le respect des valeurs professionnelles s'avèrent inspirantes et possiblement en mesure de diminuer la détresse éthique qui peut être vécue par certains ergothérapeutes ou les sentiments négatifs ressentis par les ergothérapeutes devant les barrières qu'ils rencontrent au quotidien.

D. Retombées de l'étude

Cette recherche est susceptible d'avoir des retombées pour la clinique, l'enseignement, la recherche et la gouvernance. Pour la clinique, les résultats de la recherche peuvent sensibiliser les ergothérapeutes à la notion de détresse éthique et à ses causes, en l'occurrence les barrières limitant une pratique respectueuse des valeurs professionnelles. En documentant certains facilitateurs à une pratique éthique et intègre, cette étude leur suggère des stratégies soutenant une telle pratique. Elle les sensibilise aussi à

l'importance de mettre de l'avant des stratégies de *coping* (Epstein et Delgado, 2010) visant à se prémunir contre les conséquences négatives que peut occasionner la détresse éthique. Comme le suggèrent Beagan et Ells (2009), il importe aussi de leur rappeler qu'ils ont avantage à se solidariser avec d'autres professionnels pour surmonter les barrières à l'actualisation de leurs valeurs, et ce, d'autant plus que ces barrières sont en majorité de nature institutionnelle.

Pour l'enseignement, les résultats de la recherche réitèrent l'importance d'une éducation à l'éthique pendant la formation menant à l'exercice de la profession et durant la pratique professionnelle, surtout dans le contexte où l'enseignement de l'éthique en ergothérapie est généralement centré sur le code de déontologie et l'analyse de dilemmes éthiques souvent éloignés de la pratique quotidienne des ergothérapeutes (Kinsella et col., 2015). Les résultats de la recherche montrent aussi la pertinence d'une éducation à l'*advocacy* pendant et après la formation universitaire afin que les ergothérapeutes soient des agents de changement positifs dans leur milieu et mieux outillés pour surmonter de manière efficace les barrières qu'ils rencontrent au quotidien.

Pour la recherche, d'autres études dans ces domaines (éthique et *advocacy*) demeurent essentielles afin de développer des outils éthiques et argumentatifs adaptés à la profession et à même de soutenir les ergothérapeutes confrontés à des situations éthiques, notamment à de la détresse éthique.

Pour la gouvernance, étant donné que les principales barrières à l'actualisation des valeurs des ergothérapeutes sont de nature institutionnelle, il importe que les décideurs et les administrateurs des établissements de santé soient sensibles, si tel n'est pas le cas, aux dimensions éthiques de la pratique professionnelle et à l'incohérence qui se présente *de facto* entre les assises axiologiques du système canadien de santé et les indicateurs utilisés pour mesurer la performance des institutions québécoises de santé. Il est également souhaité que ces acteurs impliquent davantage les professionnels, dont les ergothérapeutes, dans les décisions qui les concernent au quotidien.

E. Forces et limites de la recherche

Cette recherche a permis à des ergothérapeutes de s'exprimer sur un sujet peu discuté dans les écrits ergothérapeutiques. Ce faisant, les résultats qui en émergent contribuent aux connaissances éthiques encore peu nombreuses dans le domaine de l'ergothérapie. La cohérence entre le devis phénoménologique et les objets ici investigués se présente comme une autre force de cette étude, en ceci que ce devis est approprié en bioéthique (Hunt et Carnavale, 2011). Cela dit, ce devis ne permet pas de documenter les aveuglements éthiques, c'est-à-dire les enjeux éthiques qui se présentent dans les faits, mais qui ne sont pas perçus par les individus. En effet, les enjeux éthiques ont été ici documentés par l'entremise des perceptions d'acteurs clés, en l'occurrence d'ergothérapeutes. Pour une recherche ayant adopté

un tel devis qualitatif, un nombre de vingt-six participants est un échantillon somme toute considérable, tenant compte qu'un échantillon constitué de six à douze participants soit estimé suffisant (Thomas et Pollio, 2002). De plus, ces ergothérapeutes avaient des caractéristiques variées comme souhaité, ce qui a permis d'obtenir un portrait exhaustif des phénomènes à l'étude. Bien que la transférabilité des résultats soit limitée à la réalité québécoise, les situations d'optimisation des soins ne sont pas propres au Québec ni au Canada par ailleurs (Coburn, 2000; Coburn 2004; Doane et col., 2009; Doane & et Varcoe, 2007; Källemark et col., 2004; Read, 2009; Rodney et Varcoe, 2001; Storch et col., 2002 ; Storch et col., 2009; Varcoe et col., 2003; Varcoe et col., 2004; Varcoe et col., 2012). Ainsi, il est possible que des ergothérapeutes hors Québec vivent des réalités similaires à celles décrites ici. D'ailleurs, plusieurs liens ont été établis avec des recherches réalisées dans d'autres pays (Angleterre, Australie, États-Unis et Suède par exemple). Une autre limite a trait au fait que les résultats présentés ici concernent une portion d'une recherche qui avait pour thème central les valeurs des ergothérapeutes, ce qui a pu limiter une exploration plus approfondie des phénomènes ici explorés, en ceci que peu de questions ont été posées aux participants sur ces phénomènes.

Conclusion

Les valeurs professionnelles des ergothérapeutes sont, à ce jour, peu documentées. Cet article présente certains résultats d'une étude décrivant les valeurs considérées estimables et importantes selon des ergothérapeutes francophones du Québec. Plus précisément, cet article explicite les perceptions d'ergothérapeutes des barrières et des facilitateurs à une pratique professionnelle en conformité avec leurs valeurs professionnelles ainsi que de la détresse éthique. Vingt-six ergothérapeutes ont été rencontrés en entrevue afin de partager leurs perceptions de ces phénomènes. Les principales barrières aux valeurs des ergothérapeutes sont de nature institutionnelle, tandis que les principaux facilitateurs relèvent des individus et de leurs interactions selon les participants. Aussi, une minorité d'ergothérapeutes estiment avoir vécu de la détresse éthique, bien que tous mentionnent rencontrer des barrières à une pratique conforme aux valeurs qu'ils considèrent à la fois estimables et importantes. Étant donné le peu de recherches sur la détresse éthique en ergothérapie et les pressions ressenties par les professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, lesquelles sont occasionnées par les politiques actuelles d'optimisation des soins dans maints pays, dont le Canada, d'autres recherches devraient être menées afin de documenter empiriquement la détresse éthique des ergothérapeutes et ses nombreuses conséquences négatives. Car il n'est peut-être pas suffisant d'exiger des ergothérapeutes via des référentiels de compétences qu'ils soient irréprochables sur les plans clinique, légal, déontologique et éthique, encore faut-il que les contextes de pratique soutiennent une telle pratique.

Bibliographie

- Aguilar, A., Stupans, I., Scutter, S., & King, S. (2012). Exploring professionalism: The professional values of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(3), 209-217.
- American Occupational Therapy Association (1993). Core values and attitudes of occupational-therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 1085-6.
- Austin, W. J., Kagan, L., Rankel, M., & Bergum, V. (2008). The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(1), 89-97.
- Austin, W., Rankel, M., Kagan, L., Bergum, V., & Lerner, G. (2005). To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: Moral distress as experienced by psychologists. *Ethics & Behavior*, 15(3), 197-212.
- Austin, W. (2012). Moral distress and the contemporary plight of health professionals. In *HEC forum* (Vol. 24, No. 1, pp. 27-38). Springer Netherlands.
- Barnitt, R. (1998). Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioners in the UK National Health Service. *Journal of Medical Ethics*, 24(3), 193-199.
- Bushby, K., Chan, J., Druif, S., Ho, K., & Kinsella, E. A. (2015). Ethical tensions in occupational therapy practice: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(4), 212-221.
- Beagan, B., & Ells, C. (2009). Values that matter, barriers that interfere: The struggle of Canadian nurses to enact their values. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, 41(1), 86-107.
- Carpenter, C., & Suto, M. (2008). *Qualitative research for occupational and physical therapists: A practical guide*. Blackwell Pub.
- Carrier, A., Levasseur, M., & Mullins, G. (2010). Accessibility of occupational therapy community services: A legal, ethical, and clinical analysis. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(4), 360-376.
- Chen, P. (2009) When nurses and doctors can't do the right thing. *The New York Times*. Available from : http://www.nytimes.com/2009/02/06/health/05chen.html?_r=0
- Christiansen, A. L. & Lou, J. Q. (2001). Evidence-based practice ForumL Ethical considerations related to evidence-based practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 345-349.
- Coburn, D. (2000). Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Social Science & Medicine*, 51(1), 135-146.

- Coburn, D. (2004). Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social science & medicine*, 58(1), 41-56.
- Cohen, J. S., & Erickson, J. M. (2006). Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. *Clinical journal of oncology nursing*, 10(6), 775.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing ethics*, 9(6), 636-650.
- Cribb, A. (2011). Integrity at work: managing routine moral stress in professional roles. *Nursing philosophy*, 12(2), 119-127.
- DePoy, E., & Gitlin, L. N. (2010). *Introduction to research: Understanding and applying multiple strategies*. Elsevier Health Sciences.
- Depraz N., (2004) Autrui: Autrui et l'altruisme. Dans: M Canto-Sperber (dir), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (Vol. 1, p. 147-153). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Doane, G. H., Storch, J., & Pauly, B. (2009). Ethical nursing practice: inquiry-in-action. *Nursing Inquiry*, 16(3), 232-240.
- Doane, G. H., & Varcoe, C. (2007). Relational practice and nursing obligations. *Advances in Nursing Science*, 30(3), 192-205.
- Drolet, M.-J. (2014 b). *De l'éthique à l'ergothérapie : La philosophie au service de la pratique ergothérapique*. (2nd ed.) Trois-Rivières (Québec) : Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M.-J. (2014 a). The axiological ontology of occupational therapy: A philosophical analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 2-10.
- Drolet M.-J., & Désormeaux-Moreau M. (2014) Les valeurs des ergothérapeutes: Résultats quantitatifs d'une étude exploratoire. *BioéthiqueOnline*; 3, 1-16.
- Drolet, M. J., & Désormeaux-Moreau, M. (2015). The values of occupational therapy: Perceptions of occupational therapists in Quebec. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 1-14.
- Drolet, M. J., & Sauvageau, A. (2016). Developing professional values: perceptions of francophone occupational therapists in Quebec, Canada. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 1-11.
- Durocher, E., Kinsella, E. A., McCorquodale, L., & Phelan, S. (2016). Ethical tensions related to systemic constraints: occupational alienation in occupational therapy practice. *Occupation, Participation and Health*, Early Online, 1-11.
- Epstein, E. G., & Delgado, S. (2010). Understanding and addressing moral dis-

tress. *Online Journal of Issues in Nursing*, 15(3). Available from: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Courage-and-Distress/Understanding-Moral-Distress.html>

Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of clinical ethics*, 20(4), 330.

Fondiller, E. D., Rosage, L. J., & Neuhaus, B. E. (1990). Values influencing clinical reasoning in occupational therapy: An exploratory study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 10(1), 41-55.

Forde, R., & Aasland, O. G. (2008). Moral distress among Norwegian doctors. *Journal of Medical Ethics*, 34(7), 521-525.

Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.

Fouillée, A. (1887). The language of emotions. *The popular Science Monthly*, 814-825.

Foye, S. J., Kirschner, K. L., Wagner, L. C. B., Stocking, C., & Siegler, M. (2015). Ethical issues in rehabilitation: A qualitative analysis of dilemmas identified by occupational therapists. *Topics in stroke rehabilitation*.

Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. Dans : J. Poupartm, L. H. Groulx, J. P. Deslauriers, A. Lapierre, R. Mayer, & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p.341-364). Boucherville, Canada : Gaëtan Morin.

Glaser, J. W. (1994). Three realms of ethics: individual institutional societal: theoretical model and case studies. Lanham: Rowman and Littlefield.

Hammell, K. W. (2007). Client-centred practice: Ethical obligation or professional obfuscation?. *The British Journal of Occupational Therapy*, 70(6), 264-266

Hamric, A. B., Borchers, C. T., & Epstein, E. G. (2012). Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*, 3(2), 1-9.

Hamric, A. B., & Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical care medicine*, 35(2), 422-429.

Hamric, A. B., Davis, W. S., & Childress, M. D. (2006). Moral distress in health care professionals. *Pharos*, 69(1), 16-23.

- Hamric, A. B. (2000). Moral distress in everyday ethics. *Nursing outlook*, 48(5), 199-201.
- Hanna, D. R. (2004). Moral distress: the state of the science. *Research and theory for nursing practice*, 18(1), 73-93.
- Horowitz, B. P. (2003). Ethical decision-making challenges in clinical practice. *Occupational Therapy in Health Care*, 16(4), 1-14.
- Hunt, M. R., & Carnevale, F. A. (2011). Moral experience: a framework for bioethics research. *Journal of medical ethics*, jme-2010.
- Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology: An introduction to phenomenological philosophy*. Northwestern University Press.
- Husserl, E. (1999). The train of thoughts in the lectures. Dans E.C. Prolifroni et M. Welch (dir.) *Perspectives on philosophy of science in nursing*. (p. 247-262). Philadelphie, Etats-Unis : Lippincott.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall ; 1984
- Jameton, A. (1992). Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's clinical issues in perinatal and women's health nursing*, 4(4), 542-551.
- Jameton, A. (2013). A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *Journal of bioethical inquiry*, 10(3), 297-308.
- Johnstone, M. J., & Hutchinson, A. (2015). 'Moral distress'—time to abandon a flawed nursing construct?. *Nursing ethics*, 22(1), 5-14.
- Kälvemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social science & medicine*, 58(6), 1075-1084.
- Kassberg, A. C., & Skär, L. (2008). Experiences of ethical dilemmas in rehabilitation: Swedish occupational therapists' perspectives. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 15(4), 204-211.
- Kinsella, E. A., Park, A. J. S., Appiagyei, J., Chang, E., & Chow, D. (2008). Through the eyes of students: Ethical tensions in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 176-183.
- Kopala, B., & Burkhart, L. (2005). Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 16(1), 3-13.

- Kyler, P. P. L. (2008). Client-centered and family-centered care: Refinement of the concepts. *Occupational Therapy in Mental Health, 24*(2), 100-120.
- Lee, K. J., & Dupree, C. Y. (2008). Staff experiences with end-of-life care in the pediatric intensive care unit. *Journal of palliative medicine, 11*(7), 986-990.
- Lomis, K. D., Carpenter, R. O., & Miller, B. M. (2009). Moral distress in the third year of medical school; a descriptive review of student case reflections. *The American Journal of Surgery, 197*(1), 107-112.
- Lütznén, K., Cronqvist, A., Magnusson, A., & Andersson, L. (2003). Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics, 10*(3), 312-322.
- Marx, K. (1996). *Manuscrits de 1844*. Paris; GF Flammarion
- Massé, R. (2008). *Ethique et santé publique: enjeux, valeurs et normativité*. Laval ; Presses Université Laval.
- McCarthy, J., & Deady, R. (2008). Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics, 15*(2), 254-262.
- McCarthy, J., & Gastmans, C. (2015). Moral distress A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing ethics, 22*(1), 131-152.
- Ministère de la justice. (2016). *Loi canadienne sur la santé : L.R.C. (1985), ch. C-6*. Repéré à <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/page-1.html>
- Mukherjee, D., Brashler, R., Savage, T. A., & Kirschner, K. L. (2009). Moral distress in rehabilitation professionals: Results from a hospital ethics survey. *PM&R, 1*(5), 450-458.
- Murray, C., & Lawry, J. (2011). Maintenance of professional currency: Perceptions of occupational therapists. *Australian occupational therapy journal, 58*(4), 261-269.
- Pauly, B. M., Varcoe, C., & Storch, J. (2012, March). Framing the issues: moral distress in health care. In *Hec Forum* (Vol. 24, No. 1, pp. 1-11). Springer Netherlands.
- Peloquin, S. M. (2007). A reconsideration of occupational therapy's core values. *The American journal of occupational therapy, 61*(4), 474.
- Penny, N. H., Ewing, T. L., Hamid, R. C., Shutt, K. A., & Walter, A. S. (2014). An investigation of moral distress experienced by occupational therapists. *Occupational therapy in health care, 28*(4), 382-393.
- Peter, E., & Liaschenko, J. (2004). Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nursing inquiry, 11*(4), 218-225.

- Read, J. (2009). A genealogy of homo-economicus: Neoliberalism and the production of subjectivity. *Foucault studies*, 25-36.
- Repenshek, M. (2009). Moral distress: Inability to act or discomfort with moral subjectivity? *Nursing Ethics*, 16(6), 734-742.
- Richard, C., Colvez, A., & Blanchard, N. (2011). Des représentations aux référentiels de pratique en ergothérapie. *Recherche en ergothérapie*. Marseille: SOLAL Éditeur.
- Rodger S., Ashburner J. and Hinder E. (2012). Sensory interventions for children: Where does our profession stand? *Australian Occupational Therapy Journal* 59(5): 337-338.
- Rodney, P., & Varcoe, C. (2001). Towards ethical inquiry in the economic evaluation of nursing practice. *The Canadian journal of nursing research : Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 33(1), 35-57.
- Rushton, C. H., Kaszniak, A. W., & Halifax, J. S. (2013). A framework for understanding moral distress among palliative care clinicians. *Journal of palliative medicine*, 16(9), 1074-1079.
- Schwenzer, K. J., & Wang, L. (2006). Assessing moral distress in respiratory care practitioners. *Critical care medicine*, 34(12), 2967-2973.
- Shivji, M. J. (2009). Cost of future care determinations: Ethical and professional challenges. *Work*, 33(1), 129-131.
- Slater, D. Y. (2006). The ethics of productivity. *OT PRACTICE*, 11(19), 17.
- Sporrong, S. K., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2005). "We are White Coats Whirling Round"—Moral Distress in Swedish Pharmacies. *Pharmacy World and Science*, 27(3), 223-229.
- Statistique Canada (2013). Population selon la langue parlée à la maison, par province et territoire (Recension de 2011) (Québec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan). Available from : <http://www.statcan.gc.ca/tables.gc.ca/tables-tableaux/sumsom/102/est01/demo61b-fra.htm>.
- Storch, J. L., Rodney, P., Pauly, B., Brown, H., & Starzomski, R. (2001). Listening to nurses' moral voices: building a quality health care environment. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(4), 7-16.
- Storch, J., Rodney, P., Pauly, B., Fulton, T., Stevenson, L., Newton, L. O. R. E. L. I. E., & Makaroff, K. (2009). Enhancing ethical climates in nursing work environments. *Canadian Nurse*, 105(3), 20-25.

Swisher, L. L. D., Arslanian, L. E., & Davis, C. M. (2005). The Realm-Individual Process-Situation (RIPS) model of ethical decision-making. *Technology, 305*, 284-4535.

Thomas, S. P., & Pollio, H. R. (2002). *Listening to Patients : A Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Varcoe, C., Pauly, B., Webster, G., & Storch, J. (2012, March). Moral distress: Tensions as springboards for action. In *HEC forum* (Vol. 24, No. 1, pp. 51-62). Springer Netherlands.

Varcoe, C., Rodney, P., & McCormick, J. (2003). Health care relationships in context: an analysis of three ethnographies. *Qualitative Health Research, 13*(7), 957-973.

Varcoe, C., Doane, G., Pauly, B., Rodney, P., Storch, J. L., Mahoney, K., ... & Starzomski, R. (2004). Ethical practice in nursing: working the in-betweens. *Journal of advanced nursing, 45*(3), 316-325.

Varcoe, C., Pauly, B., Webster, G., & Storch, J. (2012, March). Moral distress: Tensions as springboards for action. In *HEC forum* (Vol. 24, No. 1, pp. 51-62). Springer Netherlands.

Walker, K. F. (2001). Adjustments to managed health care: Pushing against it, going with it, and making the best of it. *American Journal of Occupational Therapy, 55*(2), 129-137.

Walsh, A. (2010). Pulling the heartstrings, arguing the case: a narrative response to the issue of moral agency in moral distress. *Journal of medical ethics, 36*(12), 746-749.

Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health*. Thorofare, Etats-Unis : Slack Incorporated.