

# Conflits de loyautés multiples en ergothérapie

## *Quatre défis contemporains de l'ergothérapeute*

Marie-Josée Drolet

### INTRODUCTION

Comme maints professionnels travaillant à la santé, au bien-être, à l'inclusion et à la justice sociales au sein de notre société, les ergothérapeutes<sup>1</sup> sont confrontés dans le cadre de leur pratique professionnelle à des enjeux éthiques parfois préoccupants (Bushby et coll., 2015; Drolet et Maclure, 2016; Durocher et coll., 2016). Qu'ils exercent la profession au sein du secteur public ou privé du réseau de la santé et des services sociaux, d'établissements d'enseignement, de compagnies privées, d'organismes communautaires ou associatifs, la pratique de l'ergothérapie soulève des enjeux éthiques devant lesquels plusieurs ergothérapeutes se sentent démunis (Drolet et Goulet, 2017). Dépendamment de la clientèle auprès de laquelle ils interviennent, fussent des enfants, des adolescents, des adultes ou des personnes âgées, et ce, de cultures variées (Drolet et Goulet, 2018), les enjeux éthiques rencontrés par les ergothérapeutes ont différents visages, dont plusieurs s'apparentent à des conflits de loyautés multiples. Ainsi, à l'instar de plusieurs autres professionnels, les ergothérapeutes ne sont pas à l'abri des conflits de loyautés multiples, lesquels sont en quelque sorte inhérents à la pratique de tout métier et de toute profession.

Ce chapitre discute des conflits de loyautés multiples rencontrés par des ergothérapeutes. Il prend appui sur un vaste ensemble de données empiriques collectées dans les cinq dernières années auprès de plus de 200 ergothérapeutes du Québec travaillant dans différents secteurs de la pratique ergothérapique (communautaire, privé et public) et dans divers milieux (éducation, industriel et santé) situés à la grandeur du Québec. Aussi, les ergothérapeutes ayant pris part à la recherche exerçaient des rôles variés (administrateur, chercheur, clinicien, coordonnateur, enseignant, gestionnaire, etc.), quoique la plupart était clinicien et pratiquait la profession auprès de patients<sup>2</sup> de tous les âges vivant des problématiques occupationnelles<sup>3</sup> variées et ayant des causes diverses.

---

<sup>1</sup> Par souci de simplification du propos et d'inclusion de la minorité masculine d'ergothérapeutes québécois, le genre masculin est utilisé dans ce texte, et ce, bien que la profession ergothérapique soit à maints égards une profession féminine. À titre d'illustration, 92,3% des ergothérapeutes québécois sont des femmes (OEQ, 2017).

<sup>2</sup> Dans ce chapitre, le terme « patient » est utilisé pour désigner les personnes recevant ou participant à des services ergothérapiques. Il a été préféré aux mots « client », « usager » et « bénéficiaire » aussi utilisés en ergothérapie.

<sup>3</sup> Les ergothérapeutes sont en général impliqués auprès de personnes ou de communautés lorsque ces dernières présentent des difficultés à réaliser leurs occupations, c'est-à-dire les activités qui meublent leur quotidien et qui donnent sens à leur existence.

Après avoir brièvement décrit ce qu'est l'ergothérapie et ce que font en général les ergothérapeutes, le phénomène des loyautés multiples en ergothérapie et celui des conflits de loyautés multiples vécus par des ergothérapeutes québécois sont présentés et expliqués, et ce, avant de spécifier quatre défis contemporains auxquels tout ergothérapeute peut être tôt ou tard confronté dans le cadre de sa pratique professionnelle.

## QU'EST-CE QUE L'ERGOTHÉRAPIE?

Lorsque l'on examine les racines étymologiques du mot « ergothérapie », il devient manifeste que cette profession consiste en une thérapie *pour et par* l'occupation ou l'activité humaine<sup>4</sup>. En effet, le mot « ergo-thérapie » est formé des racines étymologiques grecques « *érgon* » et « *therapeía* », où *érgon* signifie notamment action, occupation, œuvre ou travail, tandis que *therapeía* réfère aux mots soin, service ou sollicitude (Baillly, 1901). D'ailleurs, dans la langue de Shakespeare, « ergothérapie » se dit *occupational therapy* (thérapie par l'occupation) et « ergothérapeute » s'écrit *occupational therapist* (thérapeute de l'occupation), où le mot « occupation » désigne non seulement la finalité des interventions ergothérapeutiques, mais également la principale modalité thérapeutique utilisée par ce professionnel de l'habilitation à l'occupation. De fait, l'ergothérapeute est un professionnel de l'occupation humaine qui permet à des personnes ou des communautés « d'organiser et d'accomplir les activités qu'elles considèrent comme importantes » (OEQ, 2017), et ce, par l'entremise de la réalisation d'activités thérapeutiques graduées. L'ergothérapeute adapte aussi les environnements au sein desquels ces personnes et ces communautés évoluent (WFOT, 2010), de façon à ce que ces dernières puissent participer, au même titre que tout autre, aux activités qui donnent un sens à leur existence et qui contribuent à leur bien-être. En ce sens, l'ergothérapeute est préoccupé par la participation occupationnelle des personnes et des communautés. Plus encore, il a à cœur la justice occupationnelle, c'est-à-dire la participation équitable de tout être humaine aux activités qui meublent son quotidien et participent à son bien-être, sa dignité et le sens à sa vie.

Ainsi, les occupations que réalisent les êtres humains constituent l'objet d'intérêt de l'ergothérapeute et, par extension, son domaine d'expertise, sa finalité et sa principale modalité thérapeutique. Qu'il s'agisse des occupations contribuant au développement humain (par exemple le jeu chez l'enfant), de celles reliées au divertissement (par exemple les loisirs chez l'adulte), des activités relatives au fait de prendre soin de soi, d'autres individus, de biens matériels ou de son domicile (par exemple les activités domestiques) ou encore des occupations ayant trait à la réalisation de soi aux plans scolaire, professionnel, personnel ou spirituel (par exemple les études et le travail), les occupations qui meublent et qui organisent le quotidien des êtres humains sont au cœur des préoccupations ergothérapeutiques.

---

<sup>4</sup> Dans ce chapitre, les mots « activité » et « occupation » sont utilisés comme des synonymes.

Plus concrètement, l'ergothérapeute est un professionnel de l'habilitation à l'occupation qui favorise le développement de l'autonomie des personnes et des communautés ainsi que la mise en place d'environnements capabilisants<sup>5</sup> qui favorisent la participation occupationnelle de ces dernières, contribuant ainsi à leur inclusion sociale et à leur qualité de vie. Dans le cadre de sa pratique, l'ergothérapeute est appelé à travailler avec des personnes ou des communautés qui présentent ou ne présentent pas de déficiences ou d'incapacités, et ce, dans leurs différents milieux de vie naturels comme leurs domicile, école ou lieu de travail.

Lorsque ces personnes ou ces communautés présentent des déficiences ou des incapacités, ces dernières peuvent être relatives à leur santé mentale, physique, cognitive ou sociale. Par exemple, l'ergothérapeute peut travailler avec des personnes présentant des symptômes psychiatriques, des incapacités physiques, des pertes cognitives ou des problèmes autistiques. Lorsque ces personnes ou ces communautés ne présentent pas de déficience ni d'incapacité, elles peuvent tout de même avoir des problèmes occupationnels, en raison notamment d'environnements peu capabilisants qui nuisent à leur participation occupationnelle, leur inclusion sociale ou à leur qualité de vie. Dans ces cas, l'ergothérapeute peut par exemple être impliqué dans le maintien d'une vie active chez l'aîné, soutenir l'intégration scolaire ou en emploi de nouveaux arrivants ou encore favoriser la participation sociale de membres de communautés stigmatisées ou victimes de discrimination inique. Dans tous les cas, l'ergothérapeute favorise le développement des capacités des personnes et des communautés avec lesquelles il intervient et participe à la réduction des barrières environnementales qui nuisent à la participation occupationnelle de ces personnes et de ces communautés, et ce, en collaboration avec d'autres professionnels comme les infirmiers, médecins, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleurs sociaux<sup>6</sup> ainsi que d'autres partenaires sociaux.

Traditionnellement, au Québec comme ailleurs dans le monde, l'ergothérapeute a œuvré au sein de systèmes de santé et a été qualifié de professionnel de la santé. Or, l'ergothérapeute est plutôt un professionnel de l'habilitation à l'occupation humaine, en ce sens qu'il travaille à la justice occupationnelle, c'est-à-dire à la possibilité équitable pour tout être humain de participer aux activités qui structurent et organisent son quotidien et qui donnent un sens à son existence (Drolet, 2017). Il est en effet présupposé en ergothérapie que l'être humain est un être occupationnel, c'est-à-dire un être qui s'engage dans des activités qui contribuent à forger

---

<sup>5</sup> Nous nous inspirons ici librement des perspectives et des considérations de l'éthique des capacités qui a été développée par Sen et Nussbaum (Nussbaum et Sen, 1993; Nussbaum, 2000 et 2011; Sen, 1980;). Cette approche de l'éthique est probable celle qui rejoint le plus les préoccupations éthiques en ergothérapie (Drolet, 2014), suivant lesquelles une déficience ou une incapacité ne pose de réels problèmes pour les personnes qui en sont atteintes que dans la mesure où celles-ci n'évoluent pas dans des environnements capabilisants, c'est-à-dire des environnements physiques et sociaux adaptés et qui compensent, dans une certaine mesure, leurs déficiences ou incapacités.

<sup>6</sup> Cette liste n'est pas exhaustive. Aussi, les professions sont listées par ordre alphabétique.

son être, son essence (Wilcock, 2006). Cette anthropologie philosophique présuppose que l'être humain est un être axiologique<sup>7</sup>, en ceci que l'être humain a besoin de dériver de ses activités de la signifiante (Drolet, 2014a). L'important en ergothérapie n'est pas seulement de participer à des occupations, mais de s'engager dans des occupations qui sont porteuses de sens. Suivant les principes fondateurs de la profession, il est présupposé en ergothérapie que la santé et le bien-être des êtres humains sont étroitement reliés au sens que toute personne donne aux activités qui meublent son quotidien et à celles dans lesquelles elle s'engage en raison de l'importance qu'elle leur accorde. C'est en ce sens qu'on affirme en ergothérapie que les occupations humaines sont idiosyncratiques, c'est-à-dire qu'elles sont porteuses d'un sens qui est propre à chacun (Townsend et Polatajko, 2013). Ainsi, en plus de la justice occupationnelle, une autre valeur importante en ergothérapie est la signifiante occupationnelle (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2016).

Enfin, selon le *Rapport annuel 2016-2017* de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, en 2017, le Québec comptait 5 254 ergothérapeutes (OEQ, 2017a), ce qui représente six ergothérapeutes pour 10 000 habitants (ISQ, 2017). La proportion la plus élevée d'ergothérapeutes se trouve dans les pays scandinaves, notamment au Danemark où on comptait, en 2013, quinze ergothérapeutes pour 10 000 habitants. Pour sa part, la Suède en comptait, la même année, dix pour 10 000 habitants. Par contraste, toujours en 2013, le Canada et les États-Unis présentaient une proportion de quatre ergothérapeutes pour 10 000 habitants, tandis que la France et l'Espagne en dénombraient un pour 10 000 habitants (Ledgerd, 2017). Somme toute, plus une société a des politiques sociales généreuses et inclusives, plus elle met en place des environnements capabilisants et plus la proportion d'ergothérapeutes y est élevée. Maintenant que l'ergothérapie et le rôle de l'ergothérapeute ont été brièvement décrits, examinons quelques conflits de loyautés multiples vécus par des ergothérapeutes du Québec.

## **CONFLITS DE LOYAUTÉS MULTIPLES EN ERGOTHÉRAPIE**

Dans le cadre de sa pratique professionnelle, l'ergothérapeute fait montre de loyautés à l'endroit de diverses personnes, communautés, institutions<sup>8</sup>, valeurs, normes et politiques, pour nommer que ces éléments. Une façon intéressante de traiter, voire de catégoriser ces loyautés consiste à utiliser les trois domaines de l'éthique proposés par Glaser (1994). Suivant cet auteur, l'éthique est constituée de trois domaines, soit les domaines individuel, institutionnel et sociétal. Ces domaines sont reliés à des préoccupations éthiques distinctes, mais complémentaires qui relèvent respectivement d'environnements micro, méso ou macro.

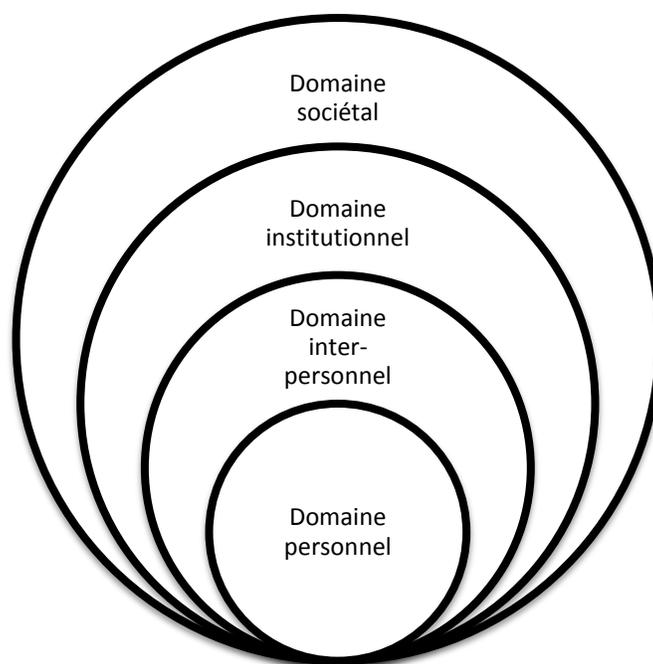
---

<sup>7</sup> L'axiologie est la science des valeurs.

<sup>8</sup> Bien que les mots « institution » et « organisation » puissent être distingués et qu'il soit parfois avantageux de le faire, dans ce chapitre, par souci de simplification du propos, ils sont utilisés comme des synonymes.

Plus précisément, le domaine individuel (ou interpersonnel) est relié à des préoccupations éthiques de nature micro environnementale, lesquelles concernent la bienveillance que des individus manifestent à l'égard d'autres individus. C'est le domaine de la bienveillance individuelle (ou interpersonnelle). Pour sa part, le domaine institutionnel est relié à des préoccupations éthiques de nature méso environnementale ayant trait à la bienveillance que des institutions sociales manifestent à l'endroit d'employés ou de clients (et vice-versa). C'est le domaine de la bienveillance institutionnelle. Quant au domaine sociétal (ou social), celui-ci est lié à des préoccupations éthiques de nature macro environnementale ayant trait à la bienveillance qu'une société manifeste à l'égard des individus et des institutions qui la composent (et vice-versa). C'est le domaine de la bienveillance sociétale (ou sociale). En somme, ces trois domaines mettent en scène trois types de bienveillance, à savoir les bienveillances interpersonnelle, institutionnelle et sociétale.

Les données empiriques que nous avons collectées sur les enjeux éthiques de la pratique ergothérapique attestent que les ergothérapeutes manifestent des loyautés multiples. Ces loyautés peuvent être classées à l'aide du cadre théorique de Glaser (1994), en prenant soin cependant d'y ajouter un domaine, soit le domaine personnel, c'est-à-dire celui relatif à la personne de l'ergothérapeute, à son intériorité ou son intimité et au rapport que celui-ci a à son endroit ainsi qu'à l'égard de ses compétences et de ses valeurs. Suivant les explications données antérieurement, nous proposons que ce domaine soit celui de la bienveillance personnelle, c'est-à-dire de la bienveillance que manifeste l'ergothérapeute envers lui-même. La Figure 1 rend compte de ces quatre catégories de loyautés dont fait montre l'ergothérapeute dans le cadre de sa pratique professionnelle. Le fait que ce professionnel ait des loyautés multiples ne signifie pas nécessairement qu'il y ait des conflits entre celles-ci. Cela dit, il arrive que des conflits se présentent entre certaines de ces loyautés. Le cas échéant, ces conflits se présentent entre des loyautés appartenant à une même catégorie ou à des catégories distinctes comme en témoignent les paragraphes suivants.



*Figure 1 : Domaines des loyautés multiples de l'ergothérapeute*

### **Domaine personnel : loyautés de l'ergothérapeute à son endroit**

Bien que l'ergothérapeute soit d'abord et avant tout un aidant, c'est-à-dire un professionnel mûr, comme plusieurs autres professionnels de la santé ou de la réadaptation, par une volonté altruiste (c'est souvent pour cette raison qu'il choisit la profession; Drolet et Sauvageau, 2016), des ergothérapeutes estiment qu'il est également important qu'ils prennent soin d'eux-mêmes dans l'acte thérapeutique. Comme l'illustre la Figure 2 qui présente une synthèse des loyautés multiples de l'ergothérapeute suivant une adaptation des domaines de Glaser (1994), cette loyauté envers soi-même, discutée par des ergothérapeutes, se manifeste de diverses manières au quotidien, en outre via la prise en compte de leurs valeurs, le respect et le développement de leurs compétences professionnelles et la considération pour leur santé.

De fait, pour plusieurs ergothérapeutes, il est important d'adopter une pratique respectueuse des valeurs qu'ils considèrent importantes. Le fait d'avoir une pratique intègre, c'est-à-dire respectueuse des valeurs qu'ils chérissent, fussent-elles personnelles ou professionnelles, les protègent, estiment-ils, contre la détresse éthique et l'épuisement professionnel (Drolet et Goulet, 2017). Or, une telle pratique exige de l'ergothérapeute qu'il réfléchisse à ses valeurs, c'est-à-dire aux idéaux éthiques qui devraient, à son avis, guider sa pratique professionnelle. Les situations de doute éthique quant à l'option qui devrait être choisie sont des occasions privilégiées, estiment plusieurs ergothérapeutes, pour entreprendre une telle réflexion (Drolet et Sauvageau, 2016). En effet, pour maints ergothérapeutes, réfléchir à ses valeurs est essentiel

à une pratique éthique de la profession, c'est-à-dire à une pratique professionnelle basée sur des valeurs qu'ils considèrent à la fois légitimes et estimables.

*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.*

Une pratique éthique et intègre de la profession présuppose, estiment-ils, une telle réflexion afin que les valeurs qui devraient guider les interventions ergothérapeutiques soient plus saillantes, portées à leur conscience. À la suite de cette réflexion, il sera plus aisé de les respecter, de les incarner au quotidien dans leurs attitudes et leurs comportements, car les idéaux éthiques que sont les valeurs sont en général peu visibles, voire invisibles. Cela dit, pour plusieurs ergothérapeutes, en dépit de cette réflexion, il n'est pas toujours aisé, voire possible de pratiquer la profession de manière intègre, c'est-à-dire de manière fidèle aux valeurs qu'ils chérissent. Ainsi, bien que la réflexion sur leurs valeurs soit essentielle au respect des valeurs au quotidien, celle-ci ne saurait être suffisante comme en témoignent ces extraits.

*[En discutant d'une famille qui insiste pour mettre des contentions à leur parent]. C'est quelque chose qui va à l'encontre de mes valeurs et c'est difficile [...]. J'ai l'impression de travailler dans le vide parce que, nous, on veut le bien-être de la personne et on voit tous les inconvénients liés à l'usage de la contention. Mais si la famille refuse, elle a quand même le dernier mot, bien que tu lui expliques [que ce choix n'est pas le bon]. C'est très fâchant quand on n'y parvient pas [à convaincre la famille de retirer la contention]. On fait tout ce qu'on peut, mais il y a vraiment un obstacle.*

*[En faisant référence à des patients accusés au criminel d'agression sexuelle]. On a eu des cas où c'était l'agresseur qu'on avait en traitement et (...) on se disait inconsciemment : "si cette personne-là est bien réadaptée, est-ce qu'elle va aller encore abuser d'autres personnes?" (...) Des fois, on ne trouve pas ça évident. (...) On ne peut pas faire nos traitements [de manière discriminatoire], mais ça touche nos valeurs [en l'occurrence la protection des personnes vulnérables que sont les victimes].*

En bref, il se présente des situations où il est difficile, voire impossible pour l'ergothérapeute d'agir en conformité avec ses valeurs. Cela fait en sorte que des ergothérapeutes rapportent avoir changé de milieu de pratique pour des raisons éthiques, soit des valeurs personnelles. Comme le mentionne un ergothérapeute ayant quitté la pratique privée : « *Je n'étais plus pas capable d'aller travailler, car cela ne concordait pas avec ce que je suis, [avec mes valeurs]* ». Dans les faits, que ce soit aux secteurs public ou privé, plusieurs barrières, généralement de nature organisationnelle ou systémique, limitent la capacité de l'ergothérapeute à conformer sa pratique aux valeurs qu'il considère importantes (Drolet et Goulet, 2017). « *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* ».

*Je dirais que le principal obstacle est le temps. [...] On a des statistiques à faire<sup>9</sup>, 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.*

*Actuellement, on a des consignes claires d'accélérer les processus d'intervention : de voir plus de patients par jour, de voir plus de patients par semaine. On ne peut pas accorder le temps qu'on souhaiterait à chaque type de demande. On a des comptes à rendre sur le nombre de visites qu'on a faites. On est évalué sur le rendement, sur la vitesse, sur la quantité. Pour toutes les sphères occupationnelles, on pourrait tellement faire plus, si c'était reconnu et si on avait la liberté de le faire.*

En bref, les ergothérapeutes mentionnent subir des pressions pour faire plus avec moins, ce qui affecte à leur avis négativement la qualité et la quantité des services rendus. Relativement aux compétences professionnelles, les ergothérapeutes estiment qu'il est important d'adopter une pratique compétente, c'est-à-dire une pratique adoptant des approches valorisées en ergothérapie comme l'approche centrée le patient, l'approche basée sur des données probantes, l'approche interdisciplinaire, l'approche holistique, l'approche écologique (qui implique que l'intervention ait lieu dans le milieu naturel des patients) et l'approche occupationnelle (qui est centrée sur l'occupation, plutôt que sur les déficiences ou incapacités) (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2016). « *Je pense que la formation en ergothérapie nous amène à adopter l'approche centrée sur le patient, c'est-à-dire à ne pas adopter la perspective de l'expert qui sait tout et qui dit au patient ce qu'il devrait faire* ». Cette approche qui valorise la voix des patients (Pomey, 2017; Townsend et Polatajko, 2013) est une très bonne chose selon les ergothérapeutes. Elle est perçue comme l'une des forces et des caractéristiques fondamentales de l'ergothérapie. Or, pour parvenir à actualiser une telle approche, de même qu'une pratique compétente, il importe que les lieux de travail soutiennent de telles pratiques (Drolet et Goulet, 2017), en prodiguant par exemple les ressources humaines, temporelles et matérielles nécessaires à leur actualisation, en favorisant la formation continue et en évitant de donner à l'ergothérapeute des mandats qui sortent de son domaine d'expertise ou qui sont trop restrictifs. Négliger de soutenir l'ergothérapeute dans cette voie, c'est le confronter à des situations telles « *David contre Goliath* ». C'est exiger de l'ergothérapeute une pratique exemplaire, sans lui fournir les moyens d'une telle ambition, ce qui risque de contribuer à sa détresse éthique, voire à son épuisement (Drolet et Goulet, 2017; Durocher et coll., 2016).

*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*

---

<sup>9</sup> Au Québec, quasiment tous les ergothérapeutes doivent donner à leur employeur des informations numériques (ce qu'ils font à tous les 15 minutes pour quel patient) relatives aux activités professionnelles qu'ils effectuent.

*important pour la personne?" Quand ils ne sont pas capables d'actualiser cela dans leur milieu de pratique, ils vivent de la détresse éthique.*

Dans un autre ordre d'idées, il n'est pas toujours aisé pour l'ergothérapeute, spécialement pour l'ergothérapeute novice, d'établir ses limites professionnelles et de les faire respecter. Comme l'indique un ergothérapeute débutant qui travaille avec une clientèle variée nécessitant diverses expertises, « *le fait d'avoir des clientèles différentes tout le temps et de ne pas être apte nécessairement à toutes les desservir, fait en sorte que je ne me sentais pas outillé, mais je n'osais pas le dire* ». Un peu comme l'étudiant ou le stagiaire en ergothérapie qui a de la difficulté à exprimer sa dissidence à son professeur ou à son superviseur de stage (Kinsella et coll., 2008) et qui recherche, par la même occasion, l'approbation de ces derniers allant même jusqu'à compromettre ses valeurs (Clouder, 2003), l'ergothérapeute novice est parfois habité par de hauts idéaux éthiques qu'il révisé à la baisse suivant la réalité de son nouveau milieu, sa volonté de s'adapter à celui-ci ainsi que son désir d'être accepté par ses collègues et ses supérieurs. Avec l'expérience cependant, des ergothérapeutes apprennent graduellement à prendre leur place, à établir leurs limites professionnelles et à les faire respecter, à revendiquer l'amélioration des pratiques professionnelles au sein de leur institution et à exiger les formations continues nécessaires au développement de leurs compétences professionnelles. Avec les succès cliniques et ceux relatifs à ces revendications professionnelles, des ergothérapeutes en viennent petit à petit à développer une assurance qui leur permet de trouver des solutions novatrices pour surmonter ou pour contourner certaines des barrières rencontrées en pratique. Parfois, cependant, l'ergothérapeute apprend à lâcher-prise devant certaines contraintes, notamment pour préserver sa santé.

*[En parlant des exigences relatives à la rédaction de rapports professionnels complexes].  
Moi, c'est une bataille qui ne m'affecte plus, mais qui m'a énormément affectée. [Il faut savoir lâcher-prise], parce qu'à un moment donné, il ne faut pas que j'y laisse ma peau non plus. J'ai une santé [à préserver].*

En somme, comme l'indique la Figure 2, être loyal envers soi-même signifie pour l'ergothérapeute respecter ses valeurs, actualiser une pratique compétente et prendre soin de sa santé. Rappelons que ces loyautés peuvent être en conflit entre elles (par exemple défendre ses valeurs peut compromettre sa santé) ou avec des loyautés faisant partie des autres catégories de Glaser (1994) comme les paragraphes suivants l'explicitent.

### **Domaine interpersonnel : loyautés de l'ergothérapeute à l'égard d'autrui**

Si des ergothérapeutes apprennent avec la pratique à être loyaux envers eux-mêmes, tous les ergothérapeutes rencontrés en entretien se considèrent d'abord et avant tout loyaux envers les

patients. « *Ce sont les valeurs humanistes de la profession qui ont en fait en sorte que j'ai choisi l'ergothérapie. Depuis que je suis enfant, je veux aider et comprendre les autres* ». « *Les injustices sociales m'affectent profondément et il en a toujours été ainsi* ». « *Ma détresse, elle est dans le fait que je ne donne pas autant que je pourrais au patient parce que, des fois, je n'ai pas le contrôle sur tout* ». En bref, les ergothérapeutes ont en règle générale les intérêts des patients comme points de mire de leur pratique professionnelle, c'est leur leitmotiv, la pierre angulaire de leur vocation occupationnelle. C'est en effet pour les patients en priorité qu'ils exercent la profession. Or, il se présente des situations où les intérêts de certains patients sont en conflit avec ceux d'autres patients, par exemple lorsque les intérêts de patients recevant des services sont en compétition avec ceux d'autres patients en attente de services ou encore lorsque les intérêts de patients ayant des caractéristiques désirables (du point de vue de l'ergothérapeute ou de l'équipe) sont en tension avec ceux d'autres patients ayant des caractéristiques moins désirables (du point de vue de l'ergothérapeute ou de l'équipe).

*[En discutant de patients en attente de services]. C'est certain qu'on a une certaine latitude (...), mais ce n'est pas « bar open ». On a le cœur sur la main et [on] voudrait offrir plus, mais (...) on a une liste d'attente [difficile à gérer].*

*Il y a certains patients que tu as plus le goût de prioriser parce qu'ils sont plus motivés et plus présents, tandis que d'autres patients on dirait qu'ils se laissent aller. Je sais que ce n'est pas ce qu'il faut faire, mais des fois ça devient un peu automatique (...), on priorise [à notre insu les premiers] et on intervient moins pour certains patients [les seconds].*

Des ergothérapeutes discutent aussi de situations où la perspective de patients est en conflit avec celle de membres de leur famille et où il n'est pas aisé de faire la part des choses. Dans ces cas, l'ergothérapeute peut tantôt être en accord avec la famille, tantôt être du même avis que le patient.

*Une famille a exigé la mise en place d'une mesure de contrôle [soit d'installer des sangles de contention au fauteuil d'un parent]. On les a mises pendant une semaine. La patiente a beaucoup réagi. Elle disait: "Je suis en prison, sortez-moi d'ici." Alors, aussitôt, j'ai contacté le fils. Il était prêt à les retirer. J'ai vraiment vu un gros cheminement. Il a dit : "Quand je viens la visiter, cela me fait mal au cœur, mais si je les enlève, elle va tomber". J'ai expliqué que, c'est sûr qu'il y a un risque de chute. On n'a pas de moyens de prévenir ce risque, mais, par contre, elle nous exprime de façon très claire qu'elle est malheureuse. Ce sont des gros dilemmes...*

Il se présente également des situations où l'ergothérapeute se sent partagé entre sa loyauté envers le patient et celle envers l'équipe. « *Le restant de l'équipe n'est pas orienté dans le même sens que le [patient...]. Il a vraiment une approche plus médicale [peu centrée sur le patient]* ». Dans le même ordre d'idées, des ergothérapeutes mentionnent que certains professionnels ont une « *approche paternaliste des soins* », une « *approche biomédicale réductionniste, plutôt*

*qu'une approche occupationnelle et holiste ».* Cela fait en sorte que certains membres de l'équipe *« ont de la difficulté à mettre les priorités du patient au centre des interventions »*, ce qui dérange les ergothérapeutes qui valorisent l'approche centrée sur le patient ainsi que l'approche occupationnelle, c'est-à-dire centrée sur l'activité et l'autonomie.

*Quand j'étais en santé mentale, (...) l'unité préférait voir les patients endormis dans leur lit, alors qu'en ergothérapie on offrait des activités de socialisation. Ce n'est pas en dormant dans un lit qu'un patient va apprendre à socialiser. J'ai eu des discussions vives avec des psychiatres sur le fait que les patients étaient là, qu'ils faisaient juste dormir et qu'ils n'apprenaient pas [ainsi] à vivre avec d'autres. Les patients tombaient malades justement parce qu'ils n'étaient pas capables de vivre avec d'autres (...). Nous, on offrait des occasions d'apprendre à développer certaines habiletés sociales. Je me suis débattue souvent sur la surmédicalisation des patients en psychiatrie.*

Des ergothérapeutes occupant des postes de gestionnaires mentionnent être parfois partagés entre les besoins des intervenants et ceux des patients.

*Les besoins du personnel soignant versus les besoins de la clientèle : des fois, il faut opposer les deux. On sait ce que nos patients auraient besoin, par exemple en termes d'heures de services, mais des fois nos intervenants aussi [ont des besoins], par exemple conciliation travail-famille, donc les horaires : comment on concilie tout ça? Ce sont des choses qui s'opposent régulièrement.*

Les ergothérapeutes gestionnaires affirment aussi être par moments partagés entre les différents groupes professionnels qu'ils dirigent.

*Ce que je dis à mes professionnels (parce qu'on s'entend qu'ils savent que je suis ergothérapeute), je leur dis toujours qu'une de mes fiertés, c'est d'oublier que je suis ergothérapeute quand je gère l'ensemble des professionnels pour essayer le plus possible d'être objectif. Mais je sais très bien que je ne suis pas toujours objectif, parce que je suis plus sévère avec les ergothérapeutes, je pense, parce que je sais c'est quoi l'ergothérapie et ils peuvent moins m'en passer. Tandis qu'avec les autres professionnels, dès que je prends une décision un peu controversée, ils me sortent : "on sait bien, t'es ergothérapeute!" Mais je me suis toujours fait une fierté d'avoir une ligne de valeurs qui soit la plus équitable possible [pour représenter] l'ensemble des professions [mais ce n'est pas toujours facile].*

Enfin, l'ergothérapeute clinicien, notamment celui qui travaillent dans le secteur privé, est aussi confronté à des situations où les intérêts des patients sont en tension avec ceux de tiers externes, notamment des assureurs qui financent les services ergothérapeutiques comme la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) (Drolet, Pinard et Gaudet, 2017). *« Quand*

*il y a la présence d'un tiers payeur, de jongler entre les intérêts du patient et les intérêts du tiers payeur, de devoir un peu contenter les deux partis, des fois, c'est difficile d'aider un, sans nuire à l'autre et vice-versa ». Travailler avec un tiers payeur, c'est en quelque sorte « être pris entre l'arbre et l'écorce [entre le patient et l'assureur]. C'est quelque chose de pas facile et de pas évident ».*

*On voit notre rôle comme étant neutre, mais (...) le problème c'est que l'assureur, c'est la personne qui nous réfère les patients. (...) À la base, il y a un conflit d'intérêts parce que, d'un côté, il y a une attente de satisfaire le référent, puis de l'autre, le patient. On dirait qu'il n'y a pas de ligne claire par rapport à la situation des assureurs. (...) On ne sait pas trop comment se diriger pour à la fois garder les référents et garder notre liberté professionnelle.*

*[En rapportant un enjeu éthique relatif à la préservation d'informations confidentielles et à la protection de la vie privée de patients.] Le patient me donne des informations en me disant de ne pas le dire à l'assureur, mais dans un sens, je suis liée à l'assureur aussi, car c'est lui qui paie le traitement. Donc parfois, on est tiraillé entre : Est-ce que je dis cette information ou je ne la dis pas pour ne pas nuire au patient? Mais en même temps, l'assureur doit être au courant parce que cela affecte le pronostic de récupération. Cela arrive quand même assez souvent qu'on est pris là-dedans.*

En bref, comme l'illustre la Figure 2, l'ergothérapeute est confronté à des conflits de loyautés multiples dans le domaine interpersonnel. L'ergothérapeute clinicien vit parfois des conflits de loyautés entre des groupes de patients (entre ceux actuellement servis et ceux en attente de service ainsi qu'entre ceux investis et motivés ainsi que ceux perçus comme étant peu investis et peu motivés), entre des patients et des membres de leur famille ainsi qu'entre des patients et des représentants de leur assureur. L'ergothérapeute gestionnaire est, pour sa part, partagé entre les besoins des patients et ceux des professionnels qu'ils dirigent ainsi qu'entre les différents intérêts des groupes de professionnels qui font partie des équipes qu'ils gèrent.

### **Domaine institutionnel : loyautés de l'ergothérapeute à l'égard de l'institution**

Comme spécifié en introduction, l'ergothérapeute est appelé à travailler dans des milieux variés (secteurs privé ou public du réseau de la santé et des services sociaux, établissements d'enseignement (écoles, collèges et universités), compagnies privées ainsi qu'organismes communautaires ou associatifs). Des ergothérapeutes mentionnent pratiquer la profession dans des milieux où ils se sentent soutenus, appréciés et en affinité. « *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 compris et de justifier le temps dont j'ai besoin [pour offrir des services de qualité]* ». Cela dit, ce ne sont pas tous les

ergothérapeutes qui ont une telle chance. En effet, plusieurs ergothérapeutes formulent des critiques quant aux façons de fonctionner dans leur milieu et revendiquent la mise en place d'environnements de travail soutenant davantage les meilleures pratiques. Par exemple, un ergothérapeute clinicien condamne le fait que dans son milieu la valeur de la sécurité soit priorisée au détriment de l'autonomie des patients. C'est la « *valorisation à tout prix de la sécurité au détriment de l'autonomie [des patients. Les gestionnaires ont] peur des représailles. [Ils visent à] protéger l'institution, plutôt que les intérêts des patients* ».

Les ergothérapeutes qui occupent des postes de gestion mentionnent, pour leur part, être tiraillés entre les besoins des employés ou des patients, d'une part, et les exigences administratives, d'autre part. « *Les besoins des employés versus [...] des ressources d'argent limitées. [...] Des fois, il faut faire des choix déchirants. [...] On reconnaît le besoin d'un employé ou des employés, mais je n'ai pas de marge financière.* » « *On a d'un côté des besoins cliniques, puis de l'autre côté une performance administrative à rencontrer qui se base sur une façon d'établir des statistiques ou une façon de comptabiliser le nombre de clients. Mais, des fois, un s'oppose à l'autre* ».

*J'ai un coaching et mon coach me disait : [...] "vous avez deux choix, soit être fidèle à vos valeurs et continuer à supporter les professionnels que vous dirigez, ou bien piler sur vos valeurs et répondre à ce que la direction veut avoir. Que choisissez-vous?" Je lui ai répondu : "un peu des deux". Il a dit : "Non, vous n'avez pas compris, ce n'est pas possible." Il est là mon conflit de valeurs important, parce qu'il faut que je fasse un choix où peu importe le choix que je ferai, il y aura des gens [qui ne seront] pas contents. Et, là, j'ai choisi que c'est la direction qui ne serait pas contente. Mais, je trouve ça très difficile à supporter moralement. [] Voyez-vous, cette semaine justement, dans ma dernière rencontre de co-développement, mon dilemme éthique c'était [...] que la direction voulait telle, telle chose, mes professionnels voulaient telle, telle autre chose et je ne pouvais pas répondre aux deux. [Or, encore une fois,] je voulais répondre aux deux, mais mon coach m'a reflété que si je faisais ça, j'étais mort avant les 3 prochaines semaines, que j'allais y passer, parce que c'était inadaptée comme position.*

Ainsi, qu'ils soient gestionnaires ou cliniciens, des ergothérapeutes critiquent certaines politiques et procédures de leur milieu. Sur ce sujet, un clinicien mentionne ceci : « *[dans mon établissement], le nombre maximal de rencontres est déterminé [en fonction des ressources du milieu], pas en fonction des besoins des patients [ce qui n'a pas de sens à mon avis]* ».

*[En discutant des règles de son établissement qui ne devraient pas être les mêmes pour les patients autochtones selon cet ergothérapeute]. Si tu ne viens pas à deux thérapies, on ferme ton dossier. Mais, cette clientèle-là, c'est différent dans ses valeurs. Ce sont des*

*gens qui des fois se présentent, des fois ne se présentent pas, et pour eux, ce n'est pas nécessairement grave. (...) Mais ça venait à l'encontre des valeurs du Centre.*

*[En rapportant des cas de prolongations inutiles de services ergothérapeutiques pour bonifier les revenus de la clinique]. J'ai suivi un enfant pendant 10-12 rencontres. J'étais convaincu qu'il n'avait aucun besoin [...]. J'arrivais dans une rencontre; puis, je ne savais pas quoi faire avec lui, parce que je ne croyais pas en ce que je faisais, parce qu'il n'y avait pas de besoin.*

Dans ces contextes, des ergothérapeutes revendiquent pour que leurs milieux de travail soient davantage soutenant des meilleures pratiques. Ainsi, des ergothérapeutes demandent d'avoir « accès aux évidences scientifiques » et « aux formations continues offertes par leur ordre professionnel », tandis que d'autres exigent « 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 » ou pour cesser la prolongation inutile des services.

En bref, bien que les ergothérapeutes n'utilisent pas l'expression « conflits de loyautés », ils rapportent de tels conflits ayant trait aux valeurs et aux politiques de leur milieu ainsi que ayant été vécus avec certains supérieurs ou représentants de l'institution ou de la clinique. Bien qu'ils aspirent à être loyaux envers leur institution et qu'ils soient en général plutôt dociles et peu revendicateurs (les ergothérapeutes reconnaissent qu'ils ont, pour la plupart, de la « facilité à s'adapter à leur milieu » ainsi que « de la difficulté à argumenter et à être de bons *advocates*<sup>10</sup> »), en entretien individuel cependant, plusieurs ergothérapeutes considèrent qu'ils travaillent dans des milieux peu favorables à la santé et au bien-être des patients, de même qu'à la santé et au bien-être des professionnels. C'est pourquoi plusieurs estiment que l'État devrait investir davantage en réadaptation, car celle-ci contribue directement à la santé et à l'autonomie des personnes et des communautés, de même qu'à leur inclusion sociale et à leur qualité de vie. Sur ce sujet, rappelons que seulement 7% du budget du Gouvernement du Québec alloué à la santé est dédié à la réadaptation (OEQ, 2016), le reste du budget couvrant les frais médicaux (les médicaments) et les salaires des médecins (Rochon, 2017). C'est dire que l'ergothérapeute a des critiques non seulement à l'endroit de certaines pratiques institutionnelles, mais également à l'endroit de certains choix sociaux.

### **Domaine sociétal : loyautés de l'ergothérapeute à l'égard de la société**

---

<sup>10</sup> Le terme anglais « *advocacy* » est abondamment utilisé en ergothérapie ainsi que dans les milieux de santé au sein desquels évolue l'ergothérapeute. *Grosso modo*, ce terme désigne l'ensemble des activités de revendication et de défense des droits des patients. Pour en apprendre davantage sur ce terme, voir Drolet et Hudon (2016; 2014) ainsi que Drolet, Lalancette et Caty (2019). Référez-vous aussi au chapitre de cet ouvrage dédié à l'*advocacy* systémique.

La pratique de l'ergothérapie, comme celle de toute profession, se réalise dans un contexte social donné. En tant qu'artisan de la justice occupationnelle, l'ergothérapeute est en règle générale plutôt satisfait de pratiquer la profession dans une société qui, comparativement à d'autres sociétés comme les États-Unis, a mis en place des politiques publiques visant un accès universel à la santé, à la réadaptation et à l'éducation. Or, certains ergothérapeutes estiment que l'État pourrait et devrait faire plus et mieux. Pour ce faire, ces ergothérapeutes considèrent que les pays scandinaves sont des modèles desquels l'État devrait s'inspirer.

*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 domine] (...). 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.*

Alors que certains ergothérapeutes considèrent que les valeurs sociales humanistes ayant présidé la mise en place du système public de santé sont actuellement compromises par des politiques publiques néolibérales (Bushby et coll., 2015; Durocher et coll., 2016), certains ergothérapeutes, notamment ceux qui travaillent avec des patients membres de peuples autochtones du Québec, constatent que certaines politiques et pratiques institutionnelles, voire certaines politiques et pratiques sociales sont liées à du racisme systémique, ce qui nuit à la santé, au bien-être et à l'équité en matière de santé, d'éducation et de logement des patients autochtones (Drolet et Goulet, 2018). En bref, ces ergothérapeutes émettent des constats qui rejoignent à maints égards ceux du rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVRC, 2015). « *On a eu des problématiques du genre racisme. [...] Il y a plein de choses qui se sont passées et ça ne sortira pas parce qu'on va encore se faire traiter de raciste* ». Ils rappellent aussi que le passé colonialiste du pays laisse encore de nos jours des plaies vives chez plusieurs Autochtones et que les services publics sont au final conçus *par et pour* des « Blancs ».

*Le poids de la culture blanche est encore présent dans les communautés. (...) Il y a ce poids-là, soit d'avoir l'histoire de colonisateurs. Mais, en même temps, c'est le poids de mes ancêtres, ce n'est pas moi personnellement qui a assimilé les Autochtones à l'époque. Mais, il y a encore ce poids-là qui peut être présent, ce qui complique les interventions.*

*[En faisant référence à l'accessibilité linguistique aux services ergothérapeutiques]. Si j'ai un patient anglophone, je lui parle dans sa langue; mais mes patients autochtones, je ne suis pas capable de leur parler dans leur langue, ni de faire traduire mes rapports dans leur langue. Ça, c'est toujours quelque chose qui me met un malaise (...). Honnêtement, s'il y avait une structure pour apprendre l'innu, j'essayerais de l'apprendre. Moi, je trouve qu'ils sont désavantagés.*

En bref, des ergothérapeutes ont à cœur les intérêts des minorités autochtones et ceux d'autres minorités culturelles, tout comme ils ont à cœur les intérêts collectifs. À titre d'exemple, les ergothérapeutes qui travaillent en conduite automobile et qui reçoivent des mandats de la SAAQ pour évaluer les capacités de personnes à conduire de manière sécuritaire un véhicule routier sont parfois tiraillés entre leur loyauté à l'égard de patients versus celle à l'égard de la collectivité dans son ensemble ou celle à l'endroit de la SAAQ en tant qu'organisme public. « *En conduite automobile, est-ce qu'on préserve l'autonomie de ce patient ou on minimise les risques pour la sécurité de la société ?* ». « *Quand vous évaluez une personne (...), il faut lui dire que l'évaluation peut avoir une influence [négative] sur le permis [de conduire] (...). Or, s'il fallait dire ça, personne n'accepterait l'évaluation* ». En bref, l'ergothérapeute manifeste des loyautés multiples relevant du domaine sociétal et, encore ici, ces loyautés sont appelées à entrer en conflit avec d'autres loyautés.

Le tableau que nous avons ici peint de conflits de loyautés vécus en ergothérapie n'est nullement exhaustif. Nous avons préféré faire un survol de ces conflits, car ce panorama rend dans une certaine mesure justice à la diversité contemporaine de la pratique ergothérapique et a permis de donner la parole à des ergothérapeutes ayant des pratiques variées, mais vivant des enjeux éthiques souvent apparentés. Ce portrait certes incomplet met en évidence s quatre principaux défis auxquels tout ergothérapeute risque d'être tôt au tard confronté, et ce, peu importe le secteur de sa pratique, son milieu et la clientèle avec laquelle il travaille.

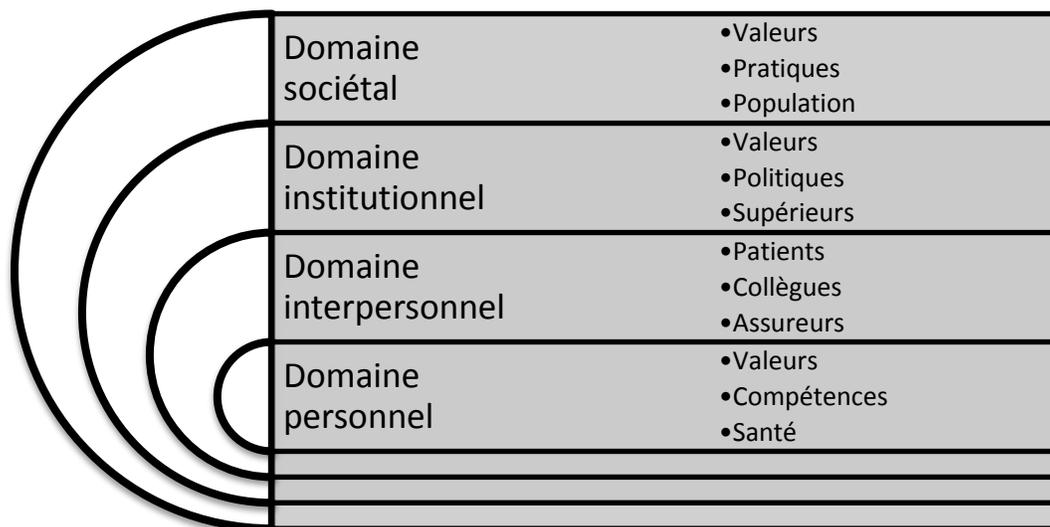


Figure 2 : Loyautés multiples de l'ergothérapeute selon les domaines

## **DÉFIS CONTEMPORAINS DE L'ERGOTHÉRAPEUTE**

Les quatre défis discutés dans les prochains paragraphes ont trait à chacun des quatre domaines de l'éthique proposés au début de ce chapitre pour catégoriser les différents types de loyautés de l'ergothérapeute (voir les Figures 1 et 2). Ainsi, le premier défi de l'ergothérapeute est relié au domaine personnel, le deuxième au domaine interpersonnel, le troisième au domaine institutionnel et le quatrième au domaine sociétal.

### **Premier défi : Ne pas s'épuiser**

Le contexte contemporain de la pratique de l'ergothérapie est lié, au Québec comme au Canada, à des contraintes systémiques importantes (Bushby et coll., 2015; Drolet et Goulet, 2017; Durocher et coll., 2016). Pourtant, les besoins en réadaptation sont actuellement en croissance, notamment en raison de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques (Cazale, Laprise et Nanhou, 2009; OMS, 2010). Cette augmentation a deux principales causes, à savoir le vieillissement de la population, d'une part, et l'exposition aux facteurs de risque des maladies chroniques, d'autre part, dont font partie la consommation d'alcool, l'inactivité physique, la malnutrition, l'obésité et le tabagisme (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Les ergothérapeutes, en collaboration avec les autres professionnels de la santé ou de la réadaptation avec lesquels ils travaillent, sont des acteurs clés dans la prévention de ces maladies et la diminution des conséquences négatives que celles-ci ont sur les personnes qui en sont atteintes (Hand, Law et McColl, 2011; Richardson et coll., 2010; Toole, Connolly et Smith, 2013). Or, comme spécifié antérieurement, seulement 7% du budget alloué à la santé est dédié à la réadaptation, dont font partie les services ergothérapeutiques (OEQ, 2016) ainsi que les services prodigués, à titre d'exemple, par les kinésiothérapeutes, les orthophonistes et les physiothérapeutes. Ceci fait en sorte que les ergothérapeutes et leur équipe doivent répondre à un nombre grandissant de besoins de réadaptation, et ce, dans un contexte où la réadaptation est sous-financée et où les pressions de performance sont grandissantes, alors que les moyens mis à la disposition des ergothérapeutes et de leurs collègues sont paradoxalement en décroissance.

L'ergothérapeute, qui a cœur la justice occupationnelle et qui vise à offrir une pratique compétente, est tôt ou tard confronté à des situations où une pratique respectueuse des idéaux éthiques de la profession se voit compromise. Des chercheurs commencent d'ailleurs à documenter la présence de détresse éthique et même d'aliénation occupationnelle en ergothérapie (Bushby et coll., 2015; Drolet et Goulet, 2017; Durocher et coll., 2016; Penny et coll., 2014). Mentionnons que la détresse éthique se présente lorsqu'un professionnel sait ce qu'il devrait faire pour agir de manière éthique, mais rencontre des barrières (généralement systémiques) l'empêchant d'agir comme lui dicte sa conscience (Jameton, 1984; Swisher et coll.,

2005). Pour sa part, l'aliénation occupationnelle se présente lorsqu'un individu expérimente de la déconnexion de la réalité et de ses semblables, un sentiment de vide intérieur et d'étrangeté ou d'insignifiance reliée aux occupations qu'il réalise et qui meublent sa quotidienneté (Stadnyk et coll., 2010; Townsend et Wilcock, 2004). Les recherches que nous avons menées jusqu'à maintenant font état de la présence de détresse éthique et d'aliénation occupationnelle en ergothérapie. Aussi, près du quart des ergothérapeutes rencontrés affirme avoir vécu au moins un épisode d'épuisement professionnel. D'autres chercheurs font des constats similaires (Bushby et coll., 2015; Durocher et coll., 2016; Edwards et Durette, 2010; Gupta et coll., 2012; Penny et coll., 2014). Ces constats sont préoccupants et attestent que l'un des défis contemporains de l'ergothérapeute est de ne pas s'épuiser. On peut anticiper que plus les contextes de la pratique ergothérapique seront en rupture avec l'essence humaniste de la profession (Drolet, 2014a), plus l'ergothérapeute sera à risque de vivre de la détresse éthique, de l'aliénation occupationnelle ou encore une période d'épuisement professionnel.

### **Deuxième défi : Ne pas devenir un « fonctionnaire » de l'État**

Une des façons de survivre en quelque sorte à sa pratique professionnelle consiste à se protéger, en tant que personne et que professionnel, contre ces contextes de pratique dominés par des valeurs et des pratiques néolibérales (Clouston, 2014; Leicht et coll., 2009; Newman et Lawler, 2009). Cela signifie, pour certains ergothérapeutes, de renoncer dans une certaine mesure à certaines de leurs valeurs, de réviser à la baisse certains de leurs idéaux éthiques ou d'adhérer au discours néolibéral dominant. À l'impossible, nul n'est tenu, pourrions-nous dire, et ce, avec raison. Ce repli, voire cette adaptation au contexte est assurément compréhensible et se manifeste de diverses manières dans la pratique, et ce, d'autant plus dans le contexte actuel où la distribution des ressources publiques à la santé et à la réadaptation est mue par des rapports de force inégaux et au désavantage de l'ergothérapeute. Le paragraphe suivant en donne un exemple.

Les personnes ayant subi un accident de travail ou de la route peuvent avoir besoin d'aide personnelle ou d'aides techniques afin de compenser, en tout ou en partie, certaines de leurs déficiences ou incapacités. L'ergothérapeute, qui reçoit des mandats de tiers payeurs comme la CNESST et la SAAQ, en vient assez rapidement à connaître les différentes règles d'attribution de l'aide personnelle et des aides techniques pouvant être payées par ces tiers aux patients présentant des déficiences ou des incapacités à la suite d'un accident de travail ou de la route. Ce faisant, il peut être tentant et devenir usuel pour l'ergothérapeute de formuler des recommandations professionnelles qui s'alignent parfaitement à ces règles d'attribution, mais qui ne répondent qu'en partie aux besoins de certains patients. Autrement dit, plutôt que de recommander l'aide personnelle et les aides techniques dont des patients ont dans les faits besoin, l'ergothérapeute formule des recommandations professionnelles à la hauteur des règles

d'attribution des tiers payeurs, lesquelles peuvent être dans certains cas inférieures aux besoins des patients. Dans ces situations, il est légitime que des patients en viennent à se demander pour qui exactement l'ergothérapeute travaille-t-il : eux ou leurs assureurs?

Ainsi, comme me l'indiquait judicieusement un patient, l'un des défis de l'ergothérapeute d'aujourd'hui est de ne pas devenir un « fonctionnaire » de l'État (au sens péjoratif du terme). Son défi est en effet de demeurer le professionnel humaniste qu'il est et qui, conjointement avec les patients, ses collègues, d'autres acteurs sociaux et divers organismes, travaillent à la mise en place d'une société plus juste et plus inclusive, ce qui implique notamment de challenger les différentes règles et politiques des tiers payeurs ainsi que la façon dont est organisée et fonctionne notre société et ses différentes institutions sociales. Car s'il est vrai que le Québec vise une accessibilité universelle à la santé, à la réadaptation et à l'éducation, il n'en demeure pas moins que cet idéal n'est pas encore une réalité pour plusieurs personnes (Beiser et Stewart, 2005; Bourgeault, 2017). Pour préserver son regard critique, le cadre conceptuel de Nixon et ses collaborateurs (2017), présenté au chapitre de cet ouvrage dédié à l'advocacy systémique, se révèle un outil précieux. Mais comment y parvenir sans compromettre sa santé? D'abord, oser briser les silences éthiques dans son milieu de travail (troisième défi) et devenir un agent de changement social efficace (quatrième défi).

### **Troisième défi : Oser briser les silences éthiques**

Selon Swisher et ses collaboratrices (2005), le silence éthique correspond à une situation où un professionnel constate un manquement éthique dans son milieu, mais n'ose pas dénoncer la situation pour différentes raisons. Il est possible que celui-ci ait des doutes quant à son évaluation de la situation. Ai-je fait le bon diagnostic éthique de la situation, se demande-t-il alors. Il est aussi possible qu'il craigne les conséquences qu'il pourrait subir s'il ose prendre la parole afin de dénoncer la situation. Pourrais-je être mal perçu ou mal compris par mes collègues, pourrais-je avoir un avis disciplinaire de mon supérieur immédiat ou encore perdre mon emploi si je condamne la situation, peut-il alors s'interroger et craindre. Il est également possible que les lieux de parole et les moments dédiés à la délibération éthique soient quasiment absents dans son milieu de travail. En bref, ces quelques cas de figure contribuent à expliquer qu'il soit parfois difficile pour l'ergothérapeute ou ses collègues de questionner certaines pratiques non éthiques ayant cours dans son milieu et de les condamner.

Or, pour que les choses changent, encore faut-il être en mesure de percevoir les problématiques éthiques et de partager cette perception avec les autres. On connaît tous l'adage populaire qui va comme suit : « *Qui ne dit mot, consent* ». Cet adage n'est pas dépourvu de vérité, car il est vrai que ne rien dire, c'est en quelque sorte être complice des mauvaises pratiques. Mais comment briser les silences éthiques, tout en évitant les possibles

conséquences négatives d'une telle prise de parole? Il peut être utile d'outiller son regard pour s'assurer que l'on fasse le bon diagnostic éthique des situations problématiques d'un point de vue éthique (Drolet, 2018). Différentes ressources éthiques existent pour aider l'ergothérapeute à réfléchir de manière éthique, le sensibiliser aux situations problématiques sur le plan de l'éthique et, ce faisant, à améliorer ses perceptions éthiques (Drolet, 2014; Jameton, 1984; Legault, 2008; Nixon et coll., 2017; Swisher et coll., 2005; Trottier, 2018). Toujours dans l'idée de s'assurer que l'on analyse judicieusement la situation, il est utile de valider sa perception avec une personne de confiance, au sein comme à l'extérieur de son milieu de travail, estimée pour sa sagacité et ses bons conseils. C'est ce que Trouvé (2008) nomme le test de la publicité. Une fois que son analyse de la situation confirme le manquement éthique, son constat peut être partagé à une personne de son lieu de travail auprès de laquelle sa crédibilité est acquise et qui, idéalement, a une certaine influence et un certain pouvoir dans son milieu de travail. Éventuellement, la situation aura avantage à être discutée en équipe, car comme pour tout autre situation, plusieurs têtes valent mieux qu'une seule pour comprendre une situation et identifier des pistes de solution. Dans tous les cas, si le silence éthique n'est pas brisé, il est peu probable que la situation change et il est *a contrario* possible que ce silence se transforme en détresse éthique (Swisher et coll., 2005), en aliénation occupationnelle ou encore en période d'épuisement professionnel, ce qui n'est guère souhaitable ni pour les patients, l'ergothérapeute, l'équipe ou l'institution.

En bref, bien qu'il soit difficile de briser les silences éthiques, l'ergothérapeute a avantage à faire preuve de courage éthique pour transformer positivement les pratiques de son milieu, en brisant les silences éthiques. Dans la même veine, il aura avantage à participer à l'instauration d'une culture institutionnelle qui donne une place à l'éthique, de façon à ce que des lieux de parole et des moments dédiés à la délibération éthique fassent partie intégrante de la pratique (Drolet, Gaudet et Pinard, 2017). De tels lieux et moments sont susceptibles de non seulement contribuer à la santé des professionnels, mais également à l'amélioration des pratiques professionnelles, ce qui ne saurait être négligé. En redonnant de la légitimité aux interventions, l'engagement occupationnel de l'ergothérapeute dans ses activités professionnelles n'en sera qu'amélioré, car sa pratique sera plus signifiante, notamment parce que plus en ligne avec ses valeurs. En brisant les silences éthiques, l'ergothérapeute emprunte une avenue qui l'amène à quitter le repli sur soi, le confort et l'indifférence, et qui a le potentiel de faire de lui un agent de changement social positif dans son milieu, et ce, surtout si sa parole est entendue et valorisée.

#### **Quatrième défi : Devenir un agent de changement social positif et efficace**

Le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* enjoint l'ergothérapeute à être un agent de changement social, c'est-à-dire à user « de [son] expertise et de [son] influence pour promouvoir l'occupation [...] et la participation occupationnelle » (ACE, 2012, p. 3) des êtres

humains que ceux-ci aient ou n'aient pas de déficiences ou d'incapacités. Ce faisant, il est souhaité que l'ergothérapeute fasse des revendications au nom des patients et en collaboration avec eux afin d'améliorer les services ergothérapeutiques, les institutions sociales et la société dans son ensemble, et ce, en direction d'une plus grande justice occupationnelle. Autrement dit, il est souhaité que l'ergothérapeute, en tant qu'agent de changement social, travaille pour la population afin de favoriser des changements dans le financement, la direction et la gestion des institutions sociales qui auront des effets positifs sur la participation des êtres humains aux activités qui contribuent à leur émancipation et à leur épanouissement.

Dans la même veine, Kirsh (2005) affirme que pour que l'ergothérapeute soit en mesure d'actualiser les valeurs sociales et humanistes aux assises de sa profession, il doit s'engager dans des activités sociopolitiques de défense des droits et intérêts des patients et, qu'en ce sens, l'advocacy systémique (voir la note 10) se présente comme un impératif professionnel (Drolet, 2014b). Or, pour plusieurs ergothérapeutes, ce rôle social plus politique relatif à l'argumentation et à la revendication ne va pas du tout de soi, en outre parce que les manières d'actualiser de manière efficace ce devoir sont peu enseignées dans nos universités (Drolet, Lalancette et Caty, 2019). Il n'en demeure pas moins que des ressources existent, lesquelles sont susceptibles d'aider l'ergothérapeute à devenir un agent de changement social efficace. Certaines de ces ressources sont présentées au chapitre de cet ouvrage consacré à l'advocacy systémique, dont le Modèle de planification des activités d'advocacy systémique de Carrier et Contandriopoulos (2015).

L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) a développé des prises de position, des argumentaires et d'autres outils afin d'aider les ergothérapeutes à actualiser leur rôle d'agent de changement social (ACE, 2017), lequel implique de réaliser des activités d'advocacy systémique. Pour sa part, Kirsh (2015) a adapté un modèle pouvant aider l'ergothérapeute à actualiser ce rôle dans divers lieux de pouvoir dont les organismes gouvernementaux, les tribunaux, les établissements de santé ainsi que les organismes à but lucratif et non lucratif. Dans tous les cas, il s'agit pour l'ergothérapeute, estime Kirsh (2015), de se solidariser avec des professionnels, des patients, des groupes d'intérêts, des parlementaires et d'autres acteurs ou organismes sociaux pour être un agent de changement social efficace. L'ACE, qui a établi des partenariats avec des associations, des alliances et des groupes d'intérêts pour soutenir ses activités de revendication, abonde dans le même sens (ACE, 2017a). Kirsh (2015) recommande aussi que la défense des droits et intérêts des patients fasse partie intégrante des programmes universitaires menant à l'exercice de la profession, de même que des activités de développement professionnel offertes aux ergothérapeutes en exercice. Il est certain qu'il demeure insuffisant, voire incohérent d'exiger des ergothérapeutes qu'ils soient des agents de changement social, sans leur procurer les ressources nécessaires à l'exercice de ce rôle désormais perçu comme un incontournable (Drolet, Lalancette et Caty, 2019). Cela est d'autant

plus vrai dans le contexte actuel de la pratique de la profession dominé par des valeurs et des modes de gestion néolibéraux (Beland, 2007; Kirsh, 2015; Navaro, 2007).

En bref, pour pouvoir se prémunir contre la détresse éthique, l'aliénation occupationnelle ou l'épuisement professionnel et pour éviter qu'il ne devienne un « fonctionnaire » de l'État (au sens péjoratif du terme), l'ergothérapeute est invité à faire preuve de courage éthique afin de briser les silences éthiques et à se solidariser avec d'autres personnes et organismes pour réaliser son devoir d'advocacy afin d'améliorer les pratiques professionnelles et de transformer les milieux de vie des personnes en environnements capabilisants.

## **CONCLUSION**

Ce chapitre a mis en exergue des loyautés multiples d'ergothérapeutes pratiquant la profession au Québec ainsi que des conflits qui se présentent parfois entre certaines de ces loyautés rivales. Dépendamment des ergothérapeutes et des milieux aux seins desquels ils travaillent, ces conflits sont plus ou moins présents et d'intensité variable. Ces loyautés et conflits ont été ici classés suivant quatre catégories, soit les domaines personnel, interpersonnel, institutionnel et sociétal, lesquels s'inspirent des trois domaines de l'éthique de Glaser (1994). Des extraits de verbatim d'entretiens, réalisés avec des ergothérapeutes exerçant divers rôles, auprès de clientèles variées, dans différentes institutions réparties à la grandeur du Québec, ont été colligés afin d'illustrer ces loyautés et les conflits qui se présentent parfois entre elles. Aussi, quatre défis auxquels tout ergothérapeute peut être tôt ou tard confronté dans le cadre de sa pratique professionnelle ont été décrits. Chacun de ces défis est lié à l'une des quatre catégories de loyautés ici proposées.

Ce chapitre éclaire des enjeux éthiques qui, bien qu'encore peu discutés et peu connus en ergothérapie, demeurent le lot quotidien de plusieurs ergothérapeutes du Québec. Ce faisant, il invite les responsables de la formation universitaire et professionnelle à mieux préparer les étudiants en ergothérapie et les professionnels en exercice à ces réalités et à leur fournir les ressources nécessaires pour affronter celles-ci avec plus d'aisance et d'efficacité. Il convie aussi les chercheurs en ergothérapie à documenter des avenues pour que les quatre défis contemporains de l'ergothérapeute décrits dans ce chapitre soient relevés avec succès, de façon à ce que tout ergothérapeute puisse pratiquer la profession en demeurant fidèle aux valeurs humanistes sur laquelle celle-ci se fonde et être un agent de changement social efficace. Car l'ergothérapeute, en tant qu'agent de changement social, peut participer à la mise en place d'une société, voire d'un monde plus juste et plus inclusif, de même que plus signifiant au plan occupationnel.

## REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement tous les ergothérapeutes qui, depuis 2012, ont participé aux recherches que je mène à l'UQTR. Leur apport fut indispensable aux résultats publiés à ce jour ainsi qu'au progrès des connaissances dans le domaine de l'éthique appliquée en ergothérapie, lesquelles n'en sont qu'à leur balbutiement. Je remercie également la contribution inestimable des organismes subventionnaires qui ont rendu ces recherches possibles, soit le CRSH, le FRQSC, la Fondation de l'UQTR et l'UQTR – par l'entremise de divers fonds internes dont les Fonds de recherche clinique (FRC), les Fonds institutionnels de recherche (FIR) et les Fonds d'animation à la recherche (FAR). Je tiens aussi à souligner l'excellent travail réalisé par les professionnels et les assistants de recherche qui travaillent avec moi depuis plusieurs années. Leur inestimable apport ne saurait être tu tellement il m'est cher. Je remercie notamment Rébecca Gaudet, actuellement étudiante à la maîtrise en ergothérapie, qui m'a aidée à cibler des extraits de verbatim pour ce chapitre. Mes plus sincères remerciements à ces personnes et organismes, sans lesquels ces recherches auraient été impossibles.

## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Atlas des facteurs de risque des maladies chroniques*. Repéré à [http://catalogue.ccsslaval.gc.ca/GEIDFile/atlas\\_risques\\_fre.pdf?Archive=193987991116&File=Atlas\\_risques\\_fre\\_pdf](http://catalogue.ccsslaval.gc.ca/GEIDFile/atlas_risques_fre.pdf?Archive=193987991116&File=Atlas_risques_fre_pdf)
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2017). *Défense des droits et des intérêts*. Repéré à <https://www.caot.ca/site/adv/advocacy?nav=sidebar>
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2017a). *Partenaires de défense des droits et des intérêts*. Repéré à [http://www.caot.ca/site/adv/partners?language=fr\\_FR&nav=sidebar](http://www.caot.ca/site/adv/partners?language=fr_FR&nav=sidebar)
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa, CAOT Publications ACE.
- Bailly, A. (1901). *Abrégé du dictionnaire grec-français*. Paris, Hachette.
- Beland, D. (2007). Neoliberalism and social policy. The politics of ownership. *Policy Studies*, 28, 91–107.
- Beiser, M., & Stewart, M. (2005). Réduire les disparités sur le plan de la santé. Une priorité pour le Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 96(2), S6-S7.
- Bourgeault, G. (2017). Plaidoyer pour une école publique. Dans C. Régis, K. Benyekhlef et D. Weinstock (dir.), *Sauvons la justice! 39 propositions pour agir* (pp. 42-46), Montréal, Del Busso Éditeur.
- 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.
- Carrier, A., & Contandriopoulos, D. (2015). Le rôle d'agent de changement des ergothérapeutes : influencer la politique par des idées percutantes. *Actualités ergothérapeutiques*, 17.5, 4. URL: <https://caot.in1touch.org/document/4432/agentdechangement.pdf>
- Cazale, L., Laprise, P., & Nanhou, V. (2009). Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales. *Zoom santé*, (17), 1-8.
- Clouder, L. (2003). Becoming professional: exploring the complexities of professional socialization in health and social care. *Learning in Health & Social Care*, 2(4), 213- 222.
- Clouston, T. (2014). Whose occupational balance is it anyway? The challenge of neoliberal capitalism and work–life imbalance. *British Journal of Occupational Therapy*, 77, 507-515.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVRC). (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Repéré à [http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/French\\_Exec\\_Summary\\_web\\_revised.pdf](http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/French_Exec_Summary_web_revised.pdf)
- Drolet, M-J. (2018). *Acting ethically? A theoretical framework and method designed to overcome ethical tensions in occupational therapy practice*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Drolet, M-J. (2017). L'ergothérapeute : un professionnel de la santé? Vraiment? Dans quelle mesure? *BioéthiqueOnline*, 6(8), 1-6. <http://bioethiqueonline.ca/6/8>
- Drolet, M-J. (2014). *De l'éthique à l'ergothérapie. La philosophie au service de la pratique ergothérapeutique, 2e édition*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Drolet, M-J. (2014a). The axiological ontology of occupational therapy: A philosophical analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 2-10.
- Drolet, M-J. (2014b). Sur le devoir des professionnels de la santé de défendre les droits des patients. *La Quinzaine Est-Ouest*, 124(1), 1-13.
- Drolet, M-J, & Désormeaux-Moreau, M. (2016). The Values of Occupational Therapists: Perceptions of Occupational Therapists in Quebec. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 272-285.
- Drolet, M-J., Gaudet, R., & Pinard, C. (2017). Comment préparer les étudiants aux enjeux éthiques de la pratique privée de l'ergothérapie à l'aide d'une typologie éthique? *Actualités ergothérapeutiques*, 19.2, 9-10.
- Drolet, M-J., & Goulet, M. (2018). Travailler avec des patients autochtones du Canada? Perceptions d'ergothérapeutes du Québec des enjeux éthiques de cette pratique. *Recueil annuel belge francophone d'ergothérapie*, 10, 25-56.
- Drolet, M-J., & Goulet, M. (2017). Les barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs professionnelles: perceptions d'ergothérapeutes du Québec. *Recueil annuel belge francophone d'ergothérapie*, 9, 7-42.
- Drolet, M-J., & Hudon, A. (2016). Le Cadre éthique quadripartite (CÉQ): Un outil pour soutenir le devoir d'*advocacy* des professionnels de la santé. *Ethica – Revue interdisciplinaire de recherche en éthique*, 20(2), 61-87.
- Drolet, M-J., & Hudon, A. (2014). Les professionnels de la santé ont-ils un devoir d'*advocacy*? *Ethica – Revue interdisciplinaire de recherche en éthique*, 18(2), 33-63.
- Drolet, M-J., Lalancette, M., & Caty, M-È. (2019). *ABC de l'argumentation pour les professionnels de la santé et toute personne qui souhaite convaincre*, 2<sup>e</sup> édition. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M-J., & Maclure, J. (2016). Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *Revue Approches inductives*, 3(2), 166-196.
- Drolet, M-J., Pinard, C., & Gaudet, R. (2017). Les enjeux éthiques de la pratique privée : des ergothérapeutes du Québec lancent un cri d'alarme. *Ethica – Revue interdisciplinaire de recherche en éthique*, 21(2), 173-209.
- Drolet, M-J., & Sauvageau, A. (2016). Developing Professional Values: Perceptions of Francophone Occupational Therapists in Quebec-Canada. *Scandinavian Journal Occupational Therapy*, 23(4), 286-296.
- Durocher, E., Kinsella, E.A., McCorquodale, L., & Phelan, S. (2016). Ethical tensions related to systemic constraints: Occupational alienation in occupational therapy practice. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 36(4), 216-226.
- Edwards, H., & Dirette, D. (2010). The relationship between professional identity and burnout among occupational therapists. *Occupational Therapy in Health Care*, 24, 119-129.
- Glaser, J.W. (1994). *Three realms of ethics: individual institutional societal. Theoretical model and case studies*. Lanham, Rowman and Littlefield.
- Goulet, M., & Drolet, M-J. (2017). Les enjeux éthiques de la pratique privée de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *BioéthiqueOnline*. 6(6), 1-14.
- Gupta, S., Paterson, M. L., Lysaght, M., & von Zweck, C. M. (2012). Experiences of burnout and coping strategies utilized by occupational therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79, 86-95.

- Hand, C., Law, M., & McColl, M. A. (2011). Occupational therapy interventions for chronic diseases: a scoping review. *The American journal of occupational therapy*, 65(4), 428-436.
- Institut de la Statistique du Québec (ISQ). (2017). *Le Québec chiffres en main*. Québec, Gouvernement du Québec. Repéré à [http://www.stat.gouv.qc.ca/quebec-chiffre-main/pdf/qcm2017\\_fr.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/quebec-chiffre-main/pdf/qcm2017_fr.pdf)
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- 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.
- Kirsh, B. H. (2015). Transformer les valeurs en action. La défense des intérêts en tant qu'impératif professionnel. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 82(4), 2-13.
- Ledgerd, R. (2017). *Global Trends in Occupational Therapy*. WFOT, Charlottetown, Congrès annuel de l'Association canadienne des ergothérapeutes. Repéré à [http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/denmark\\_ppt\\_v3\\_final.pdf](http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/denmark_ppt_v3_final.pdf)
- Legault, G. (2008). *Professionnalisme et délibération éthique*. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Leicht, K., Walter, T., Sainsaulieu, I., & Davies, S. (2009). New public management and new professionalism across nations and contexts. *Current Sociology*, 57(4), 581-605.
- Navarro, V. (2007). *Neoliberalism, globalization, and inequalities. Consequences for health and quality of life*. Amityville, NY: Baywood.
- Newman, S., & Lawler, J. (2009). Managing health care under New Public Management: A Sisyphean challenge for nursing. *Journal of Sociology*, 45, 419-432.
- Nixon, S.A., Yeung, E., Shaw, J.A., Kuper, A., & Gibson, B.E. (2017). Seven-Step Framework for Critical Analysis and Its Application in the Field of Physical Therapy. *Physical Therapy*, 97(2), 249-257.
- Nussbaum, M.C. (2000). *Women and human development. The capabilities approach*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities. The human development approach*. Cambridge, The Belknap Press.
- Nussbaum, M. C., & Sen, A. (1983). *The quality of life*. Oxford, Clarendon Press.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2016). Mémoire présenté dans le cadre de la consultation publique du Commissaire à la santé et au bien-être ayant trait au panier de services publics assurés en santé et en services sociaux au Québec. Montréal, OEQ. Repéré à <http://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/4~v~memoire-presente-dans-le-cadre-de-la-consultation-publique-du-commissaire-a-la-sante-et-au-bien-etre-ayant-trait-au-panier-de-services-publics-assures-en-sante-et-en-services-sociaux-au-quebec.pdf>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2017). *Qu'est-ce que l'ergothérapie?* Montréal, OEQ. Repéré à <http://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2017a). *Rapport annuel 2016-2017*. Montréal, OEQ. Repéré à <http://www.oeq.org/DATA/RAPPORTANNUEL/10~v~2016-2017.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2010). *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. Genève: OMS.

- 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.
- Pomey, M-P. (2017). Les patients partenaires : vers une redistribution des pouvoirs. Dans C. Régis, K. Benyekhlef et D. Weinstock (dir.), *Sauvons la justice! 39 propositions pour agir* (pp. 129-132), Montréal, Del Busso Éditeur.
- Richardson, J., Letts, L., Chan, D., Stratford, P., Hand, C., Price, D., Hilts, L., Coman, L., Edwards, M., Baptiste, S., & Law, M. (2010). Rehabilitation in a primary care setting for persons with chronic illness – a randomized controlled trial. *Primary Health Care Research & Development*, 11(4), 382-395.
- Rochon, M. (2017). Assurer la survie du système de santé publique. Dans C. Régis, K. Benyekhlef et D. Weinstock (dir.), *Sauvons la justice! 39 propositions pour agir* (pp. 169-175), Montréal, Del Busso Éditeur.
- Sen, A.K. (1980). Equality of what? Dans S. McMurrin (dir.), *Tanner lectures on human values* (pp. 197-220). Cambridge, Cambridge University Press.
- Stadnyk, R., Townsend, E., & Wilcock, A. (2010). Occupational justice. Dans C. Christiansen et E. Townsend (dir.), *Introduction to occupation: The art and science of living* (pp. 329-358). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Swisher, L. L. D., Arslanian, L. E., & Davis, C. M. (2005). The Realm-Individual Process-Situation (RIPS) model of ethical decision-making. *HPA Ressource*, 5(3), 3-8.
- Toole, L. O., Connolly, D., & Smith, S. (2013). Impact of an occupation-based selfmanagement program on chronic disease management. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(1), 30-38.
- Townsend, E.A., & Polatajko, H.J., (2013). Enabling occupation II. Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E., & Wilcock, A. (2004). Occupational justice and client-centered practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71, 75-87.
- Trottier, M. (2018). *Les ressources éthiques pour résoudre les enjeux éthiques : une étude de portée destinée aux ergothérapeutes*. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Trouvé, É. (2008). Morale, valeur, éthique. Dans J-M. Caire (dir.), *Nouveau guide de pratiques en ergothérapie : entre concepts et réalités* (pp. 236-240). Marseilles, SOLAL Éditeur.
- Wilcock, A.A. (2006). *An occupational perspective of health*. Thorofare: SLACK Incorporated.
- World Federation of Occupational Therapy (WFOT). (2010). *Statement on occupational therapy*. Repéré à <http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT%20ON%20OCCUPATIONAL%20THERAPY%20300811.pdf>