

Les enjeux éthiques de la pratique privée : des ergothérapeutes du Québec lancent un cri d'alarme

Marie-Josée Drolet, Chantal Pinard
& Rébecca Gaudet*

Résumé : *Les enjeux éthiques de la pratique privée de l'ergothérapie sont peu documentés. Des études réalisées dans d'autres domaines de la réadaptation laissent supposer que ces enjeux sont préoccupants. Une étude qualitative adoptant un devis phénoménologique a été réalisée pour les documenter. Vingt-quatre (n=24) ergothérapeutes francophones du Québec pratiquant dans le secteur privé ont été rencontrés dans le cadre d'entrevues téléphoniques individuelles. L'examen des verbatim des entretiens a été réalisé par trois analystes qui ont concerté leurs interprétations. Les ergothérapeutes ayant participé à la recherche rapportent en moyenne treize enjeux éthiques. Les tentations éthiques, voire les situations de conflits d'intérêts, sont les enjeux éthiques les plus fréquemment rapportés. Viennent ensuite les situations de détresse éthique, les dilemmes éthiques et les silences éthiques. La relation avec les assureurs étant au cœur de cette pratique, les aspects politiques, juridiques, déontologiques et éthiques de leur quotidien sont des éléments moins familiers pour les ergothérapeutes que les aspects cliniques. Plusieurs ergothérapeutes peuvent être dans une situation de vulnérabilité, notamment parce que les enjeux éthiques de leur pratique ont des dimensions systémiques devant lesquelles ils se sentent démunis. Dans le contexte où de plus en plus d'ergothérapeutes optent pour le secteur privé, les étudiants en ergothérapie et les ergothérapeutes devraient être mieux préparés à ces enjeux qui sont susceptibles d'occasionner des manquements éthiques, d'affecter négativement les services aux patients et de les épuiser affectivement et moralement.*

Mots-clés : *dilemme éthique, ergothérapie, ergothérapeute, pratique privée, phénoménologie.*

* Marie-Josée Drolet est professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Philosophe et ergothérapeute de formation, elle y enseigne l'éthique appliquée à l'ergothérapie, voire à la réadaptation, et fait de la recherche dans ce secteur. Chantal Pinard est ergothérapeute retraitée. Elle a travaillé dans les domaines de la santé publique, du soutien à domicile et des soins de longue durée. Détentriche d'une maîtrise en philosophie, elle est actuellement assistante de recherche à l'UQTR. Rébecca Gaudet est actuellement étudiante en ergothérapie et assistante de recherche à l'UQTR. Elle détient une dizaine d'années d'expérience comme assistante de recherche en laboratoire universitaire, notamment en neurologie génétique.

Introduction¹

Comme maintes sociétés occidentales, le Québec connaît depuis plusieurs années une croissance du secteur privé² en santé, ce qui inclut les services de réadaptation qui sont en partie prodigués par des ergothérapeutes³. Conséquemment, le nombre d'ergothérapeutes travaillant dans ce secteur est, au Québec, au Canada et à l'échelle internationale, en croissance depuis une vingtaine d'années (CAOT, 1999; OEQ, 2016; Sloggett, Kim et Cameron, 2003). Le désengagement de l'État à l'égard du réseau public de la santé contribue à ce phénomène et fait en sorte que de plus en plus de besoins de santé et de réadaptation sont comblés dans le secteur privé. En ce sens, ce secteur apporte une contribution sociale indéniable à la santé et au bien-être de patients. Or la pratique privée est liée à des intérêts financiers, car celle-ci vise non seulement à autofinancer ses activités, mais également à générer des profits (Kontosh, 2000). Bien que l'autofinancement

¹ Marie-Josée Drolet remercie le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FQRSC) de lui avoir octroyé une subvention de recherche pour documenter les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie ainsi que la Fondation de l'UQTR pour sa contribution financière afin de conduire cette recherche. Elle témoigne également sa grande reconnaissance à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec qui a facilité le recrutement des participants à l'étude. Les auteures remercient chaleureusement tous les participants à la recherche, sans lesquels cette étude aurait été impossible. Elles tiennent à souligner leur très grande générosité lors des entrevues et leurs commentaires constructifs à la suite de la présentation des résultats dans divers congrès. Enfin, elles remercient l'éditeur ainsi que les deux réviseurs d'une version préliminaire de leur écrit qui leur ont permis de préciser, de simplifier et de clarifier leurs idées.

² Dans cet article, par souci de simplification du propos, les expressions « secteur privé » et « pratique privée » sont utilisées comme des synonymes.

³ Les ergothérapeutes sont des professionnels de l'habilitation aux occupations, c'est-à-dire qu'ils aident les personnes ayant une maladie ou ayant subi un accident à reprendre leurs activités, par la réalisation de diverses activités thérapeutiques. Il s'ensuit que la réalisation des activités (ou des occupations) qui meublent le quotidien et qui donnent un sens à l'existence est à la fois la finalité et la modalité des interventions ergothérapeutiques. Les physiothérapeutes et les orthophonistes sont également considérés comme des professionnels de la réadaptation.

d'activités et la recherche de profits soient des objectifs louables, plusieurs auteurs estiment que le mode de financement des services de réadaptation du secteur privé est susceptible d'occasionner des enjeux éthiques importants qui peuvent avoir des conséquences négatives sur les patients⁴ (Ashbaugh et Smith, 1996; Birenbaum, 1995; London, 2005).

À ce jour, les enjeux éthiques que soulève la pratique de l'ergothérapie demeurent peu documentés (Bushby *et al.*, 2015), et cela est d'autant plus criant lorsqu'on s'intéresse aux enjeux éthiques de la pratique privée de la profession (Babic, 2015; Goulet, 2015; Goulet et Drolet, 2017). Or, ce secteur de la pratique ergothérapique présente vraisemblablement des enjeux éthiques importants, non seulement en raison des intérêts financiers inhérents à cette pratique, mais également en raison de l'omniprésence d'assureurs⁵ comme la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) qui s'insèrent dans le processus clinique, en mandatant l'ergothérapeute d'entreprendre certaines démarches cliniques précises⁶ et suivant des délais souvent prédéterminés par la réglementation de ces organismes. Ces situations mettent alors l'ergothérapeute dans une situation de double loyauté, soit la loyauté envers le tiers et celle envers le patient (Kaiser et Brown, 1988; London, 2005; Sullivan et Main, 2007). Bien que la loyauté envers le patient devrait en principe l'emporter (London, 2005), parce qu'il s'agit généralement d'un individu vulnérable avec lequel l'ergothérapeute a une relation fiduciaire, dans les faits il peut être tentant pour toutes sortes de raisons de faire passer les intérêts du tiers devant ceux du patient (Babic, 2015; Goulet, 2015; Goulet et Drolet, 2017). Ces situations peuvent également confronter le

⁴ Dans cet article, les termes « patient », « client » et « clientèle » renvoient à la même réalité, soit à la personne qui reçoit des services de réadaptation.

⁵ Dans cet article, les termes « tiers », « assureurs », « tiers payeurs » et « agents payeurs » renvoient à tout référent qui finance les services de réadaptation prodigués à un patient.

⁶ Les interventions des patients peuvent être remboursées par d'autres assureurs, notamment les assureurs privés.

professionnel qu'est l'ergothérapeute à des loyautés multiples (loyauté envers lui-même, les patients, les collègues, l'employeur, l'assureur, l'ordre professionnel, la profession, le public, etc.) difficiles à gérer, comme l'observent Centeno et Bégin (2015) pour d'autres professionnels⁷.

Jusqu'à maintenant, quelques études ont documenté, de manière indirecte, des éléments de la pratique privée de l'ergothérapie qui suscitent des questionnements éthiques (Barrett et Paterson, 2009; Courtney et Farnworth, 2003). Plus précisément, Barrett et Paterson (2009) affirment qu'il est difficile pour des ergothérapeutes travaillant dans le secteur privé d'actualiser une pratique probante, c'est-à-dire une pratique qui s'appuie sur l'expérience professionnelle de l'ergothérapeute et les préférences du patient, mais aussi et surtout sur des résultats probants⁸. Les barrières à une pratique probante rapportées par les ergothérapeutes que ces chercheurs ont rencontrés seraient soit internes (manque d'habileté pour rechercher les résultats probants et difficulté à les appliquer), soit externes (isolement professionnel, manque de temps, charge de travail élevée et demandes administratives nombreuses). Si la difficulté à mettre en œuvre une pratique probante n'est pas le propre de la pratique privée (des ergothérapeutes travaillant dans le secteur public ont aussi cette difficulté), les pressions reliées à l'autofinancement des services et la recherche de profits propres au secteur privé accentueraient cette difficulté, estiment ces chercheurs. Pour leur part, Courtney et Farnworth (2003) documentent que des ergothérapeutes du secteur privé rencontrent des barrières (isolement professionnel, manque de temps et intérêts financiers de la clinique) qui les empêchent d'actualiser, dans une certaine

⁷ Pour un examen du phénomène des loyautés multiples en ergothérapie, voir Drolet (sous presse).

⁸ Les expressions « données probantes » et « faits probants » sont souvent utilisées dans le domaine de la santé pour faire référence aux résultats des recherches dites probantes ou fiables parce que répondant à divers critères de scientificité qui leur procurent un certain niveau d'évidence. Nous préférons utiliser l'expression « résultats probants » à ces deux expressions, car lorsque nous consultons des écrits scientifiques, nous n'avons pas accès aux données brutes ni aux faits bruts des chercheurs, mais aux interprétations qu'ils en donnent.

mesure, une pratique compétente de la profession, car ces barrières entrent en conflit avec les exigences d'une telle pratique.

Bien que les enjeux éthiques de la pratique privée de l'ergothérapie soient peu documentés, d'autres professionnels de la réadaptation ont aussi à y faire face, notamment en orthophonie (Flatley, Kenny et Lincoln, 2014; Jakubowitz, 2011) et en physiothérapie (Delany, 2007; Hudon *et al.*, 2015; Hudon, Drolet et Williams-Jones, 2015; Laliberté et Hudon, 2013 et 2014). Globalement, ces auteurs indiquent que la publicité entourant les services prodigués, la facturation des services professionnels, la relation avec les assureurs, le maintien des compétences professionnelles, le respect des champs d'exercice et des compétences professionnelles, la tenue de dossiers et le respect de la confidentialité sont des aspects inhérents à la pratique privée qui peuvent soulever des enjeux éthiques importants, voire des conflits d'intérêts qui peuvent être difficiles à gérer.

Mais qu'en est-il en ergothérapie? Comment les ergothérapeutes du Québec qui travaillent dans le secteur privé perçoivent-ils ces enjeux? Quels sont les enjeux éthiques de la pratique privée de la profession selon des ergothérapeutes québécois qui travaillent en pratique privée? Le but de cet article est d'apporter des pistes de réponse à ces questions, en présentant les résultats d'une étude qualitative menée auprès d'ergothérapeutes québécois du secteur privé qui avait pour objectif de décrire les enjeux éthiques de leur pratique. Si l'on veut être à même d'outiller ces professionnels pour qu'ils puissent surmonter ces enjeux qui leur occasionnent du stress, de l'incertitude et de la détresse (Bushby *et al.*, 2015; Penny *et al.*, 2014), encore faut-il les documenter pour parvenir à repérer les moyens qui pourraient les aider à les surmonter. Autrement dit, cette recherche vise à décrire ces enjeux afin de permettre aux ergothérapeutes à mieux les percevoir et les nommer, de même qu'à faire émerger, le cas échéant, des pistes de solution visant à les surmonter pour actualiser une pratique professionnelle respectueuse de l'éthique. Somme toute, il s'agit ici de faire un diagnostic éthique de la situation et non de porter des blâmes ou d'accuser qui que ce soit. Au final, cette recherche entend documenter des modalités afin que les intérêts des patients puissent primer sur tout autre intérêt illégitime.

1. Cadre théorique⁹

Plusieurs concepts clés guident la présente recherche. Ceux-ci s'inspirent d'un modèle de prise de décision éthique qui a été développé par des chercheurs du domaine de la physiothérapie (Swisher, Arslanian et Davis, 2005), car ceux-ci sont à la fois pertinents, couvrent les situations éthiques scrutées dans le cadre de cette étude et s'appliquent à la pratique de l'ergothérapie qui s'apparente à maints égards à la pratique de la physiothérapie.

Swisher, Arslanian et Davis ont créé, en 2005, *The Realm-Individual-Process-Situation (RIPS) Model of Ethical Decision-Making* qui définit cinq situations éthiques différentes rencontrées par des professionnels de la réadaptation, soit l'enjeu éthique, le dilemme éthique, la tentation éthique, le silence éthique et la détresse éthique. L'enjeu éthique est le construit théorique le plus large et englobant des notions à la base de cette recherche, c'est pourquoi il est au cœur de cette étude. Selon Swisher et ses collaborateurs, un enjeu éthique consiste en toute situation qui met en péril l'actualisation d'une ou de plusieurs valeurs éthiques. De plus, un enjeu éthique peut être de nature micro-environnementale, c'est-à-dire interpersonnelle, méso-environnementale, c'est-à-dire organisationnelle, ou macro-environnementale, c'est-à-dire sociétale.

Pour sa part, un dilemme éthique correspond à une situation qui oppose au moins deux valeurs et donc deux possibilités d'action (*right versus right situation*). Dans ce genre de situation, le professionnel est déchiré quant à l'action à accomplir, car la situation oppose au moins deux valeurs inconciliables. Ce genre de situation requiert l'exercice du jugement éthique de la part du professionnel pour prioriser une valeur au détriment de l'autre.

La tentation éthique consiste en une situation au sein de laquelle une valeur est en conflit avec un intérêt personnel ou organisationnel qui va à l'encontre des intérêts des patients ou d'autres valeurs. Dans ce genre de situation, le professionnel est partagé entre un « bien éthique » (valeur) et un « mal éthique »

⁹ Pour en savoir plus sur ce cadre théorique et son application à la pratique privée de l'ergothérapie, voir Drolet, Gaudet et Pinard (2017 et 2017a).

(intérêt personnel ou organisationnel s'opposant notamment aux intérêts des patients) (*right versus wrong situation*). Plus encore, il est tenté de choisir le mal éthique, en raison des bénéfices personnels qu'il tire de cette option. Ce genre de situation requiert du courage éthique de la part du professionnel afin qu'il puisse choisir le bien éthique au détriment du mal éthique et qu'il persévère en ce sens.

Quant au silence éthique, il correspond à une situation où une ou plusieurs valeurs sont mises en péril, sans que personne n'en discute ni ne l'aborde pour diverses raisons. Il est par exemple possible que le professionnel ne soit pas en mesure de repérer la ou les valeurs bafouées dans la situation ou que la délibération éthique soit contrainte dans son milieu pour différentes raisons. Ce genre de situation requiert une prise de parole qui contribuera à briser le silence entretenu autour de la situation problématique.

Enfin, la détresse éthique se présente lorsqu'un professionnel connaît la bonne action, l'action juste ou vertueuse à réaliser, mais rencontre des barrières qui l'empêchent de l'accomplir et d'actualiser la ou les valeurs aux assises de cette action. Celui-ci est alors dans une posture de non-intégrité éthique et est amené à vivre de la détresse, ce qui peut contribuer à l'épuiser affectivement et moralement. Ce genre de situation requiert une intervention sur le plan de l'environnement organisationnel (méso-environnemental), voire sociétal (macro-environnemental).

Tels sont les principaux concepts clés de la présente recherche. Ce modèle propose une typologie qui comprend cinq types de situations éthiques problématiques sur le plan de l'éthique, soit l'enjeu éthique, le dilemme éthique, la tentation éthique, le silence éthique et la détresse éthique. Il a été choisi parce qu'il couvre un large éventail de situations susceptibles d'être rencontrées dans le secteur privé (Kirsh, 2006, 2007 et 2008). Précisons qu'aucune théorie éthique normative comme l'utilitarisme ou le déontologisme ne guide la conceptualisation de cette recherche.

2. Méthodologie¹⁰

Comme l'état des connaissances relatives aux enjeux éthiques que pose la pratique privée de l'ergothérapie est à ce jour limité, un devis qualitatif était approprié (DePoy et Gitlin, 2011). Puisque la perception qu'ont des ergothérapeutes de ces enjeux est l'objet interrogé, un devis phénoménologique a été choisi (Carpenter et Suto, 2008). Comme l'indiquent Hunt et Carnevale (2011), ce choix d'une méthode qualitative de type phénoménologique est tout indiqué pour explorer l'expérience subjective de professionnels aux prises avec de tels enjeux. La méthode d'investigation phénoménologique de type descriptif et transcendantal de Husserl (1970) a été retenue, car elle permet, par l'entremise d'entretiens individuels, d'accéder à l'essence des phénomènes interrogés. Cela est possible parce qu'elle laisse toute la place aux expériences vécues et aux perceptions des participants considérés comme les détenteurs de la réalité ultime des faits et des choses. D'après Husserl, c'est par l'intermédiaire du sujet transcendantal que tout phénomène peut être appréhendé et compris. L'entretien qualitatif réalisé avec de tels sujets permet ainsi à l'essence des phénomènes investigués d'émerger, de se construire. Somme toute, l'épistémologie husserlienne « de nature inductive et constructiviste génère les connaissances du monde phénoménal par l'entremise d'entretiens narratifs réalisés auprès de personnes dotées d'une conscience [intime des phénomènes scrutés] et qui sont vues comme des sujets transcendantsaux » (Drolet et Maclure, 2016, p. 171).

Pour recruter de tels sujets, une invitation à participer à la recherche a été transmise par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ¹¹) aux membres qui travaillent dans le secteur privé et qui ont accepté de recevoir de telles sollicitations. Les seuls critères

¹⁰Cette section s'apparente aux sections méthodologiques d'autres articles que l'auteure principale a publiés étant donné qu'elle a utilisé cette méthodologie antérieurement pour documenter des phénomènes apparentés (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2015; Drolet et Sauvageau, 2016; Drolet et Maclure, 2016; Drolet et Goulet, 2017). Cela dit, les résultats présentés dans cet article sont inédits.

¹¹Comme tous les ordres professionnels, l'ordre des ergothérapeutes fait partie de l'Office des professions du Québec et est un organisme à but non lucratif qui a notamment pour mission de protéger le public.

d'inclusion étaient d'être ergothérapeute, de travailler dans le secteur privé et d'être volontaire pour participer à la recherche. L'étude ne comprenait aucun critère d'exclusion. La participation d'ergothérapeutes de divers âges, genres, expériences et rôles ainsi que de différentes régions administratives du Québec était souhaitée.

La recherche impliquait de remplir un questionnaire sociodémographique et de réaliser une entrevue téléphonique individuelle semi-dirigée avec une assistante de recherche. L'entrevue, d'une durée variant de 60 à 90 minutes, était constituée de questions ouvertes (relatives aux enjeux éthiques de leur pratique) pour que les participants puissent librement partager leurs perceptions de ceux-ci. Le schéma de l'entrevue était préalablement envoyé par courriel aux participants pour que chacun puisse, si tel était son désir, se préparer et savoir exactement ce dont il serait question durant les entretiens. Les entrevues téléphoniques étaient enregistrées sur une bande audionumérique afin d'être transcrites intégralement aux fins de l'analyse. Après avoir rempli le questionnaire sociodémographique et participé à l'entrevue, un montant compensatoire de 25 \$ a été donné à chacun des participants.

L'analyse des verbatim a été effectuée suivant les principes fondamentaux de la réduction phénoménologique de Husserl. Plus précisément, les cinq étapes proposées par Giorgi (1997) pour appliquer ce principe ont été réalisées, soit : 1. la transcription des données narratives collectées; 2. la lecture répétée des trames narratives transcrites; 3. la création graduelle des unités de sens dans des tableaux d'extraction de données, laquelle prenait appui sur le cadre théorique de l'étude; 4. l'organisation et la formulation des unités de sens dans le langage disciplinaire; et 5. la synthèse des résultats (Corbière et Larivière, 2014). Cette méthode d'analyse des discours a permis de faire ressortir le sens (Kinsella, 2006) que les ergothérapeutes attribuent aux enjeux éthiques que soulève la pratique de la profession dans le secteur privé.

Pour assurer la validité des analyses et la crédibilité des résultats (Drapeau, 2004), les verbatim ont été interprétés par une équipe de trois analystes (en l'occurrence les auteures de cet article) ayant des expertises différentes, mais complémentaires. Celles-ci ont fait une première analyse individuelle de chacun des verbatim

et confrontaient ensuite leurs interprétations, de façon à les valider et à limiter l'influence de biais interprétatifs. Il s'agissait autrement dit de rester fidèles aux données collectées, de façon à rendre justice aux phénomènes investigués tels qu'ils étaient perçus par les participants, tout en s'assurant d'interpréter leur discours suivant le cadre théorique de la recherche. La plausibilité des analyses réalisées a été testée de trois manières : en envoyant par courriel aux participants une présentation PowerPoint contenant les résultats préliminaires de l'étude, tout en leur demandant leur rétroaction sur ceux-ci ainsi qu'en les présentant au colloque annuel de l'Association canadienne des ergothérapeutes et au colloque annuel de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, colloques auxquels des participants assistaient et où certains ont donné leurs rétroactions qui ont toutes été prises en considération. Enfin, une certification éthique a été obtenue par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CÉREH) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), préalablement au recrutement des participants. Aussi, un consentement libre, éclairé et continu a été obtenu de chacun des participants pour prendre part à la recherche, lequel a été consigné par écrit.

3. Résultats

Cette section comprend deux parties, soit une décrivant les participants à l'étude et une autre, les enjeux éthiques de la pratique privée.

3.1 Participants

Comme l'illustre le tableau 1, 24 ergothérapeutes ont participé à l'étude. La majorité d'entre eux était des femmes dont le français est la langue de travail. Deux participants étaient nés hors Québec, un en Ontario et un en Europe. La majorité des participants a obtenu le diplôme menant à l'exercice de la profession de l'Université de Montréal ou de l'Université Laval. Le tiers des participants détenait une maîtrise en ergothérapie¹². Les participants étaient âgés de 25 à

¹²Au Québec et au Canada, la maîtrise en ergothérapie est obligatoire pour exercer la profession depuis 2008.

56 ans (âge moyen : 37 ans). Ils avaient entre une et 32 années d'expérience professionnelle pour une moyenne de 13 années de pratique. Des ergothérapeutes de 12 des 17 régions administratives du Québec ont participé à l'étude. Le quart des participants pratiquait à Montréal. Les participants étaient en majorité des cliniciens travaillant en santé physique. La vaste majorité n'avait aucune formation ou une formation limitée (quelques heures) en éthique. Enfin, le quart des participants rapporte avoir vécu une période d'épuisement professionnel. (Tableau à la page 186)

3.2 Enjeux éthiques de la pratique privée de l'ergothérapie

Tous les ergothérapeutes mentionnent qu'ils vivent des enjeux éthiques dans le cadre de leur pratique professionnelle dans le secteur privé, en moyenne treize par participant comme l'illustre la figure 1. La majorité d'entre eux indique en rencontrer très souvent ou souvent, la minorité, occasionnellement ou rarement. Tous les ergothérapeutes rapportent avoir vécu des dilemmes, des tentations et des détresses éthiques, à l'exception des silences éthiques qui sont discutés par 17 des 24 participants. Comme l'illustre la figure 1, les enjeux éthiques les plus fréquemment rapportés par les participants sont les tentations éthiques et les détresses éthiques.

Figure 1. Prévalence des types d'enjeux éthiques selon les participants

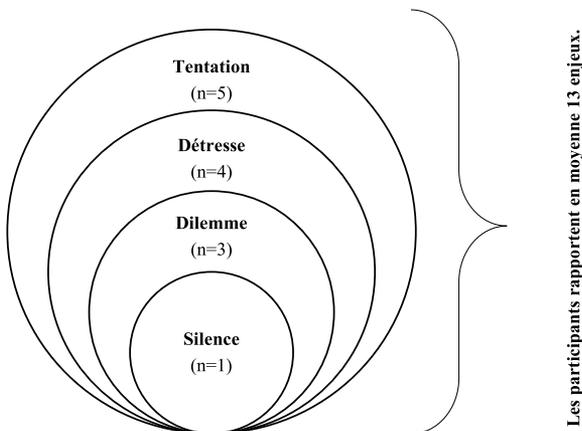


Tableau 1 : Caractéristiques des participants à l'étude

Caractéristiques		n=24	Participants
Genre			%
FEMME		22	92
HOMME		2	8
Langue de travail			
FRANÇAIS		19	79
FRANÇAIS ET ANGLAIS		5	21
Université de la diplomation en ergothérapie			
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL		8	33
UNIVERSITÉ LAVAL		7	29
UNIVERSITÉ HORS QUÉBEC		4	17
UNIVERSITÉ MCGILL		3	13
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE		1	4
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES		1	4
Degré de diplomation en ergothérapie			
BACCALURÉAT		16	67
MAÎTRISE		8	33
Rôle exercé			
CLINICIEN		17	71
GESTIONNAIRE		4	17
COORDONNATEUR		3	12
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE		9	38
PRATIQUE AUTONOME		8	33
CLINIQUE D'ERGOTHÉRAPIE		7	29
Clientèle			
SANTÉ PHYSIQUE		19	79
SANTÉ MENTALE		5	21

Les paragraphes qui suivent décrivent plus en détail ces différents types d'enjeux éthiques, en débutant par ceux qui sont estimés les plus fréquents par les participants. Ce faisant, les valeurs susceptibles d'être bafouées sont précisées, de même que les situations concrètes rapportées par les participants. Les interprétations du discours des ergothérapeutes sont appuyées par des extraits des verbatim, dans le respect de l'anonymat des participants. Les extraits cités ici ont été retenus, car ils dépassent l'anecdote et reflètent des perceptions partagées par plusieurs participants.

a) Tentations éthiques

Plusieurs tentations éthiques sont rapportées par les participants; elles viennent au premier rang des situations éthiques discutées. Elles mettent en péril le respect, en tout ou en partie, des valeurs suivantes : honnêteté, indépendance professionnelle, pratique probante, justice et équité, consentement libre et éclairé, professionnalisme ainsi que respect des employés. Dans tous ces cas, des intérêts personnels ou organisationnels compromettent le respect de ces valeurs. Les situations ici rapportées ont été soit vécues personnellement par certains participants, soit constatées eux, c'est-à-dire vécues par d'autres ergothérapeutes, généralement des gestionnaires. Bien que ces tentations éthiques aient été vécues personnellement ou constatées, peu de participants mentionnent y avoir succombé. De façon générale, les cliniciens, comparativement aux coordonnateurs et aux gestionnaires, se disent plus à même de gérer ces enjeux inhérents à la pratique privée qui requièrent, estiment-ils, de la vigilance et de la prudence.

Honnêteté

Maints ergothérapeutes affirment qu'il peut être tentant d'étirer un peu les traitements, d'augmenter la fréquence des interventions plus que requis ainsi que de faire de la surfacturation. Les extraits des verbatim qui suivent attestent de situations de tentations éthiques qui compromettent le respect de la valeur qu'est l'honnêteté. *« Ça peut être tentant d'étirer un peu, de voir un client un peu plus souvent. J'ai une employée qui ne travaille pas beaucoup. Donc, je veux la faire travailler parce que ce n'est pas plaisant de la mettre au*

chômage » (participant 1). « *J'ai déjà pu faire ces choses-là, par exemple faire durer un traitement ou choisir un client plus payant pour faire plus de sous, mais je dormais mal le soir* » (participant 9). « *Il y a aussi la tentation de surfacturer* » (participant 7). « *Dans une entreprise, tu as des saisonnalités. Par exemple, Noël, c'est toujours bas parce que les clients et les [ergothérapeutes] sont en vacances, mais tu dois payer ton loyer et tes employés quand même. Donc, tu dois avoir plus de clients durant les autres mois pour pouvoir payer la période de Noël. (...) Donc, la tentation de prendre tous les moyens pour créer du volume est très grande. À mon avis, c'est ça, la tentation la plus forte* » (participant 20).

Des ergothérapeutes mentionnent que la modification ou la multiplication de reçus est aussi une tentation éthique rencontrée en pratique privée. « *Ça pourrait être par rapport à un reçu. (...) Mes comptables me disaient : " Bien, écoute, tu peux en passer 2 ou 3, tu paieras moins d'impôt "* » (participant 5). « *Ça nous est demandé souvent de changer la date du reçu ou le montant. " Veux-tu faire 3 reçus au lieu d'un? " Tout ce qui est reçu, ça nous est demandé super souvent. (...) C'est une zone grise [dangereuse]* » (participant 10).

Certains ergothérapeutes rapportent aussi des cas d'autoréférencement comme en atteste cet extrait. « *Ce que je vois souvent par exemple quand on travaille dans une clinique privée où on offre à la fois des services d'évaluation de capacités fonctionnelles et des services de développement de capacités fonctionnelles, ça peut être tentant, quand on évalue, de dire que la personne a besoin du développement [de ses capacités de travail] pour avoir des clients, pour que l'entreprise soit rentable, ou d'ajuster nos recommandations en fonction de si on a besoin de clients, ou au contraire est-ce qu'on a trop de clients* » (participant 6).

Enfin, que ce soit en taisant le lien intime avec un fournisseur, un référent ou un patient, en acceptant un pot-de-vin ou privilégier un fournisseur de services, des participants rapportent des cas de collusion ou de népotisme. « *Il y avait une personne qui avait des actions dans une compagnie d'aides techniques détenue par un membre de sa famille qui travaillait avec nous. La personne qui avait les actions nous avait demandé de référer uniquement à cette compagnie-là. (...) C'était difficile de dire non, mais on s'est arrangé en faisant autrement sans le dire* » (participant 19). Tous ces exemples montrent que la valeur qu'est l'honnêteté et les valeurs sous-jacentes que sont la transparence, l'intégrité et la probité professionnelles peuvent être compromises de diverses manières et que le contexte

de l'autofinancement des services peut amener l'ergothérapeute à bafouer, dans une certaine mesure, ces valeurs.

Indépendance professionnelle

Quasiment tous les ergothérapeutes mentionnent que leur indépendance professionnelle est parfois compromise. Étant donné que leur pratique dépend des référents pour financer leurs activités, il est parfois difficile de faire montre d'indépendance professionnelle par rapport aux pressions exercées par les assureurs et les autres partenaires (médecin expert, avocat, etc.). « *On voit notre rôle comme étant neutre, mais (...) le problème, c'est que l'assureur, c'est la personne qui nous réfère les clients. (...) 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 client. 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* » (participant 19). Pour le dire autrement, il est souvent avantageux pour la clinique de satisfaire les intérêts de l'assureur, au détriment parfois des intérêts du patient, par exemple en acceptant de modifier un rapport ou en retournant prématurément un patient au travail, et ce, à la demande de l'assureur. « *La tentation là-dedans ou le conflit d'intérêts, c'est que c'est une vache à lait pour nous la [CNESST]. Ma patronne qui a besoin de ces contrats et qui veut garder de bons liens avec ce donneur d'ouvrage, et bien, c'est difficile de leur dire non* » (participant 13). Bien qu'ils souhaitent privilégier les intérêts du patient, plusieurs ergothérapeutes mentionnent que cela est, par moments, difficile : ils sont influencés par d'autres intérêts qui sont en concurrence avec ceux du patient et qui peuvent parfois primer sur ces derniers.

Pratique probante

Certains ergothérapeutes indiquent qu'il peut être tentant d'accepter des demandes de consultation qui sortent de leur domaine d'expertise, de contrevenir aux normes de bonne pratique ou d'offrir des services non prouvés scientifiquement, mais demandés par des patients ou des assureurs, pour satisfaire la clientèle et autofinancer les services. « *Il y a des gens qui veulent prendre n'importe qui. J'ai un problème avec ça. Si tu n'as pas pris le temps de mettre à jour tes connaissances et de t'équiper (...), eh bien, c'est*

là qu'il faut utiliser son jugement professionnel et décider quelle clientèle cibler » (participant 15). « Vu que je suis en recherche de clientèles, je serais tentée de proposer (...) cette méthode [non prouvée scientifiquement]. (...) Le fait que je cherche de la clientèle, c'est une méthode que je devrais développer » (participant 4). Le participant 19 résume ainsi cet enjeu : « Des fois, on a des demandes d'assureurs qui sont un peu en dehors de notre champ de pratique, il faut être capable de refuser certaines demandes. » En bref, il est parfois tentant d'offrir aux patients qui payent les services ou aux assureurs ce qu'ils veulent, même lorsque cela ne s'arrime pas à une pratique probante ou à son domaine d'expertise.

Justice et équité

La priorisation des demandes et la gestion de la liste d'attente (s'il y en a une) peuvent soulever des enjeux éthiques selon certains ergothérapeutes, en ceci que les critères utilisés pour prioriser les demandes sont parfois discriminatoires ou liés à des intérêts personnels ou financiers. Par exemple, il peut être tentant de prioriser les patients les plus payants au détriment des patients moins payants, de donner préséance aux patients référés par un assureur qui en fournit beaucoup au détriment de patients référés par d'autres assureurs qui font peu de demandes de consultation, ainsi que de prioriser les patients faciles et motivés au détriment des patients difficiles et peu mobilisés. Les extraits suivants attestent de ces préoccupations éthiques relatives à la justice et à l'équité dans l'accès aux services ergothérapeutiques et à leur distribution. Le participant 18 indique qu'il peut être tentant de « faire passer des gens sur la liste d'attente avant [d'autres] parce qu'ils pourraient nous référer plus de cas ». Le participant 20 indique qu'il s'est « fait dire un jour par un médecin qu'on faisait [en ergothérapie] de la collusion avec la CNESST ». Le participant 13 rapporte, pour sa part, son malaise quant au fait que les patients référés par la SAAQ sont systématiquement refusés pour des raisons financières comme en atteste cet extrait : « On prend tous les cas de CNESST, mais on ne prend aucun cas de la SAAQ. C'est décidé, c'est de même. » Le participant 12 indique ceci : « 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 [les premiers], on intervient moins pour certains patients [les seconds]. » Le participant 24 renchérit sur cette idée : « Des fois, il y a des clients où tu te dis : “ mon Dieu que ça va être long et compliqué et que je ne ferai pas d’argent ”. Donc, c’est sûr que des fois j’avais comme une petite tentation de passer ceux qui étaient faciles avant ceux qui étaient difficiles (...), j’avais le goût de faire les évaluations faciles et agréables et les autres, de les flusher, mais je ne l’ai pas fait. » Ces exemples illustrent que différents critères sont utilisés en pratique privée pour prioriser les demandes de services ergothérapeutiques et les distribuer. Certains participants soulèvent des inquiétudes quant à ces critères qu’ils jugent parfois injustes, discriminatoires. Par ailleurs, quelques participants rapportent avoir parfois de la difficulté à fixer une rémunération à la hauteur des services qu’ils rendent. Dans ces cas, ils mentionnent par exemple ne pas facturer certains frais accessoires comme ceux occasionnés par la tenue des dossiers par peur d’émettre une facture trop élevée ou de déplaire à la clientèle.

Consentement libre et éclairé (CLÉ)

Quelques participants remarquent que la notion de CLÉ est parfois une valeur idéale, plutôt qu’une valeur agissante. Dans le contexte où des patients, qui sont référés par des assureurs, risquent de perdre leurs indemnités de remplacement de revenus s’ils refusent de participer aux interventions, certains participants se demandent si l’on peut vraiment parler de consentement libre. Dans le cas où la participation à certaines interventions ergothérapeutiques peut engendrer des conséquences contraires aux désirs de patients (par exemple un retour au travail plus tôt que souhaité ou la perte du permis de conduire), certains ergothérapeutes peuvent être tentés de donner une information parcellaire à des patients ou de présenter les choses de façon favorable aux interventions, et ce, afin d’obtenir leur consentement. Dans ce contexte, ces ergothérapeutes se questionnent : peut-on parler de consentement éclairé? Comme en attestent ces extraits, le consentement libre et le consentement éclairé peuvent être bafoués dans certains contextes. Au sujet de l’évaluation de l’aptitude à la conduite automobile, le participant 24 indique ceci : « 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. (...) D'un autre côté, il faut que tu avertisses, que tu précises aux patients les impacts que l'évaluation peut avoir. Le participant 19 mentionne qu'il peut être tentant d'accepter de faire des évaluations pour des assureurs qui ne sont pas utiles aux patients, mais qui le sont pour l'assureur parce qu'elles sont susceptibles de lui faire économiser de l'argent. En résumé, voici ce qu'en pense le participant 24 : *« C'est cela, la problématique : tu ne peux pas offrir le choix libre et éclairé à ton client dès que tu as un organisme payeur. (...) Car, si tu le fais, tu fais perdre la face à ton assureur, le client n'est plus ton client, le référent ne te réfère plus et tu perds ta business. »*

Professionnalisme

Certains participants rapportent que, pour autofinancer leurs activités professionnelles ou augmenter leurs revenus, il peut être tentant de négliger sa tenue des dossiers (étant donné que celle-ci n'est pas rémunérée), d'accepter une charge de travail élevée pour augmenter les entrées d'argent, de relâcher l'excellence et de favoriser, ce faisant, la quantité des services professionnels rendus au détriment de leur qualité. Autrement dit, le contexte du financement des services ergothérapeutiques et la façon dont ceux-ci sont payés se présentent comme des éléments du contexte qui engendrent des tentations éthiques pouvant mettre en péril le professionnalisme. Comme le note le participant 17, *« la tenue de dossiers reste un moment non facturable, donc tout ce que je rajoute en tenue de dossiers (...), tout ce qui [concerne la correspondance] au médecin, les appels aux assureurs pour leur donner un compte-rendu, tout ça, c'est sur du temps personnel »*. Le participant 23 résume ainsi cette tentation : *« Au mi-temps de la pratique, les gens peuvent prendre des faux plis (...). En début de pratique, l'Ordre des ergothérapeutes plane autour de tout le monde. Le code de déontologie fait peur à tout le monde quand les gens sortent de l'université. Mais si les gens n'ont pas été par la suite entourés de gens qui ont été inspectés ou qui ont eu quoi que ce soit avec l'Ordre, il peut y avoir un certain laisser-aller. Ce qui n'est pas arrivé dans ma pratique, mais ce que je peux avoir vu dans la pratique d'autres ergothérapeutes qui travaillaient peut-être plus tous seuls et qui n'avaient pas un encadrement qui les aidait à éviter de tomber dans ce genre de pièges. »*

Respect des employés et qualité des services

Quelques participants affirment qu'il peut être tentant pour certains propriétaires de surcharger leurs équipes. En souhaitant ne pas faire attendre les assureurs et respecter les délais de prise en charge, ces propriétaires offrent certes aux patients un accès rapide aux services, mais le risque demeure réel de surcharger leurs équipes. Lorsque c'est le cas, la qualité des services peut être compromise et le bien-être des employés, diminué. Le participant 21 rapporte le cas d'une clinique (qui n'existe plus aujourd'hui) qui imposait « *une quarantaine de patients par jour, ce qui est vraiment astronomique* ». Le participant 23 discute des vacances estivales qui peuvent être un défi pour certains propriétaires. « *Quand il y a un haut volume, par exemple à la fin de l'été (...), comment gérer la liste d'attente pour s'assurer que les gens soient vus aussi rapidement que le tiers payeur le souhaite, sans surcharger les équipes?* » En bref, plusieurs intérêts sont en jeu et il n'est pas toujours aisé de les concilier sans négliger ceux des patients. Idéalement, les intérêts des patients devraient primer. Or cela n'est pas toujours le cas.

b) Détresses éthiques

Les situations de détresse éthique rapportées par les participants sont nombreuses et variées; elles viennent au deuxième rang des situations éthiques discutées. Dans tous ces cas, des barrières environnementales empêchent l'ergothérapeute d'actualiser, en tout ou en partie, des valeurs qu'il considère comme importantes. Ce faisant, les participants mentionnent qu'ils vivent des émotions négatives comme de la colère et de la frustration ainsi que de l'incompréhension devant des décisions qui sont prises souvent indépendamment de leurs avis professionnels. Ils se sentent alors impuissants et incompetents. Dans ce genre de situations qui s'apparentent au combat opposant « *David contre Goliath* » (participant 20), certains participants déclarent vivre de l'insomnie, de la dépression, voire de l'épuisement professionnel. Aussi, des ergothérapeutes mentionnent qu'ils craignent des représailles de leur ordre professionnel comme en atteste cet extrait : « *En pratique privée, on a toujours un peu l'épée de Damoclès au-dessus de la tête. (...). Il y a comme une chasse aux sorcières qui s'est faite dans les dernières années par rapport aux ergothérapeutes en pratique privée. [Il y a] des*

histoires d'horreur avec l'Ordre qui, selon moi, y allait de façon un peu abusive avec les plaintes... et ça, on a toujours peur un peu de ça, et tout ce qu'on fait et toutes les décisions qu'on prend, on a toujours ça en arrière-pensée » (participant 6).

Le tableau 2 présente une synthèse des principales situations de détresse éthique rapportées par les participants, en spécifiant les valeurs qui peuvent alors être compromises, les barrières environnementales rapportées et les émotions négatives ressenties. (Tableau à la page 195)

Les paragraphes qui suivent contiennent des extraits de verbatim qui mettent en scène des situations de détresse éthique. Le participant 12 indique ceci : « *Le manque de ressources matérielles, je trouve, ça devient vraiment une détresse parce que ça t'empêche vraiment d'agir à ton plein potentiel. On sait que la personne aurait besoin d'un tel équipement (...), mais je ne peux rien faire [car nous ne l'avons pas à la clinique]. Il faut que je sois super créative, mais ce n'est pas toujours évident (...). Le propriétaire, pour une raison financière, ne va pas répondre à mes demandes d'équipement.* » Or le patient en aurait besoin pour son rétablissement. Au sujet du taux horaire de remboursement des services ergothérapeutiques de la CNESST, le participant 20 mentionne ceci : « *À 36 \$ de l'heure, si le client a besoin d'une heure et demie ou deux heures de traitement par jour, je m'excuse, mais on n'est pas capable de lui donner. Ça devient impossible.* » De plus, les ergothérapeutes qui travaillent en région éloignée rencontrent des barrières parfois plus difficiles à franchir que ceux qui travaillent en milieu urbain comme l'isolement professionnel, les opportunités d'emploi réduites et la promiscuité avec différents acteurs (patients, fournisseurs, référents, etc.).

Plusieurs participants font référence au fait que « *l'ergothérapie est méconnue des médecins et des physiothérapeutes* » (participant 21). Comme plusieurs cliniques privées ont à leur tête un médecin ou un physiothérapeute, la façon dont les services ergothérapeutiques sont intégrés à ces cliniques ne s'arrime pas toujours aux bonnes pratiques ergothérapeutiques. Comme l'indique le participant 20, « *l'enjeu éthique pour lequel j'ai le plus de misère, c'est de voir d'autres thérapeutes qui ont une influence sur notre profession, qui ont une influence de référencement, notamment en ceci qu'ils vont référer trop pour leur propre bénéfice* », sans égard aux besoins réels des patients qui, par moments, ont véritablement besoin de services

Tableau 2 : Détresses éthiques en pratique privée selon les participants

Valeurs compromises	Barrières environnementales	Émotions négatives ressenties
ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES ADVOCACY OU DÉFENSE DES DROITS DES PATIENTS	ASPECTS JURIDIQUES DISCUTABLES COMPLAISANCE ENVERS LES TIERS CONCURRENCE ENTRE LES CLINIQUES	AMBIGUÏTÉ COLÈRE CRAINTE
APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT BIEN-ÊTRE DU PATIENT CONFIDENTIALITÉ	CRÉDIBILITÉ DE LA PROFESSION À BÂTIR CULTURE DE LA CLINIQUE AXÉE SUR LA PRODUCTIVITÉ ET LES PROFITS	DÉPRESSION DOUTE ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL
DROIT D'ACCÈS À L'INFORMATION HOLISME HUMANISME	DOMINANCE DU POUVOIR MÉDICAL INGÉRENCE ET RÉSISTANCE DE TIERS ISOLEMENT PROFESSIONNEL MANQUE DE TEMPS	FRUSTRATION INCERTITUDE INCOMPRÉHENSION
INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE JUSTICE/ÉQUITÉ NON-MALFAISANCE	MANQUE DE RESSOURCES MANQUE D'OPPORTUNITÉS PROFESSIONNELLES MATÉRIEL ET LOCAUX DÉSUETS	INCONFORT INQUIÉTUDE INSOMNIE IMPUISSANCE
PRATIQUE PROBANTE PROFESSIONNALISME PROTECTION DES PATIENTS VULNÉRABLES	MÉCONNAISSANCE DE LA PROFESSION MENACE DE PLAINTES À L'ORDRE PROMISCUÏTÉ AVEC DIVERS ACTEURS SOUS-FINANCEMENT DES SERVICES VISION BIOMÉDICALE DES TIERS	PEUR SENTIMENT DE NON-INTÉGRITÉ ÉTHIQUE SENTIMENT D'ÊTRE ISOLÉ
QUALITÉ DES SERVICES RESPECT DE LA VIE PRIVÉE SÉCURITÉ PATIENT/PUBLIC SIGNIFIANCE OCCUPATIONNELLE		SENTIMENT D'ÊTRE CONTRAINT SENTIMENT D'ÊTRE INCOMPÉTENT
SOLLICITUDE TRANSPARENCE		STRESS

ergothérapeutiques. La majorité des participants rapportent leur manque de pouvoir dans la relation avec l'assureur : « Ça, c'est constant, l'assureur, il nous donne un mandat : je t'envoie pour faire telle chose, mais je te dis d'avance que je ne paierai pas pour telle autre chose » (participant 18). Dans la même veine, le participant 3 mentionne ceci : « C'est plus de la frustration qui vient des tiers payeurs qui nous mettent des bâtons dans les roues. Des fois, on a des clients avec qui on aurait besoin de plus de temps ou besoin de tel ou tel service et ils ne nous l'autorisent pas. On ne peut pas avoir ce dont on a besoin pour chaque client, alors parfois c'est un peu frustrant » (participant 3). Sur ce sujet, le participant 2 ajoute que l'opacité quant aux raisons des refus est source de frustration : « Je crois qu'au-delà du fait que ce n'est pas possible de le faire, des fois, ce n'est pas clair pourquoi on ne peut pas. On n'a pas accès au budget. On ne sait pas pourquoi on se fait refuser des interventions et puis il faut encaisser ça de façon polie, respectueuse et compréhensive. »

En lien avec la méconnaissance de la profession et sa crédibilité à bâtir, le participant 1 affirme ceci : « Souvent, ce qui m'agace, c'est que je trouve que, comme ergothérapeute, on n'est pas pris au sérieux. Les gens ne savent pas ce qu'on fait. On manque de crédibilité aux yeux du public, aux yeux d'autres professionnels de la santé et des tiers payeurs. Un peu comme si on pouvait être utilisé à peu près n'importe quand. Moi, je trouve ça injuste; ça me gruge beaucoup d'énergie. Je l'ai souvent dit à des tiers payeurs : " Appellerais-tu un médecin pour lui demander de changer des recommandations dans son rapport? Si ta réponse est non, ne m'appelle plus pour me demander de modifier un rapport. " Pour moi, c'est aussi clair que cela. Je suis un professionnel au même titre qu'un médecin, qu'un physiothérapeute, et si ces professionnels-là ne sont pas remis en question dans leur crédibilité et leur jugement professionnels, je ne vois pas pourquoi moi, je le serais. » Enfin, le participant 5 résume ce type d'enjeu ainsi : « Ma détresse, elle est dans le fait que je ne donne pas autant que je pourrais au client parce que des fois, je n'ai pas le contrôle sur tout. » Ces extraits ne sont qu'un petit échantillon, somme toute représentatif, des nombreuses situations de détresse éthique rapportées par les participants qui ont à cœur les intérêts des patients, mais qui rencontrent des barrières limitant leur capacité d'agir en ce sens à leur entière satisfaction. Les ergothérapeutes se sentent limités dans leur pouvoir d'agir par toutes sortes de contraintes systémiques comme le résume le tableau 2.

c) Dilemmes éthiques

Les situations de dilemmes éthiques varient grandement selon les participants, comme si les valeurs singulières de chacun d'eux les amenaient à vivre des dilemmes éthiques spécifiques. Par exemple, lorsque la confidentialité et la vie privée sont susceptibles d'être compromises, ces valeurs peuvent être en conflit avec plusieurs autres valeurs (comme la protection des personnes vulnérables, l'efficacité et la rapidité des services ou l'honnêteté et la transparence), lesquelles varient selon les participants et leur vision particulière de la situation. À la suite de l'analyse des données suivant le cadre théorique de l'étude, ce type d'enjeu éthique arrive au troisième rang des situations éthiques. Aussi, ces situations se réduisent à quatre principaux dilemmes éthiques qui opposent les valeurs suivantes : 1. l'allégeance envers le patient par rapport à l'allégeance envers l'assureur; 2. l'égalité stricte par opposition à l'équité; 3. l'autonomie comparativement à la sécurité; 4. la confidentialité par opposition à l'efficacité des services.

Allégeance envers le patient par rapport à celle envers l'assureur

La majorité des ergothérapeutes mentionne être tiraillée entre son allégeance envers le patient et celle envers l'assureur. Cette catégorie de dilemme éthique englobe un très grand nombre de situations variées et susceptibles de compromettre diverses valeurs selon les participants. « *Quand il y a la présence d'un tiers payeur, de jongler entre les intérêts du client 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* » (participant 18). Comme le résume le participant 17, « *le fait d'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* ». Le participant 3 rapporte un autre exemple de ce dilemme : « *Le client 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 client? 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.* » Enfin, plusieurs ergothérapeutes se sentent inconfortables avec le fait que des contrats signés avec

des assureurs spécifient que le dossier du patient appartient aux assureurs et non pas aux patients.

Égalité stricte par opposition à équité

Que ce soit pour prioriser les demandes de service, pour distribuer les services ou pour en déterminer la tarification, plusieurs participants sont partagés entre différentes conceptions de la justice. Quand il s'agit de gérer la liste d'attente, plusieurs principes de justice sont considérés par des participants, tels que le hasard (premier arrivé, premier servi), l'urgence du besoin (prioriser les besoins les plus urgents), la rentabilité de la clinique (prioriser les clients les plus payants), la productivité sociale (prioriser les clients ayant un lien d'emploi), l'assureur qu'est la CNESST (prioriser les clients référés par la CNESST et exclure ceux en provenance de la SAAQ pour diverses raisons), le succès des interventions (prioriser les clients faciles) ou l'altruisme (prioriser les patients démunis). Comme l'indique le participant 24 : « Il y avait aussi quand même une question de gestion de liste d'attente. Comment je priorise? Parce qu'un moment donné, je ne fournissais plus. Qui je laisse attendre? Qui je vois en premier? Est-ce que la personne qui m'offre de me payer le double pour l'évaluation, je la fais passer avant? Celle qui appelle et qui n'a pas beaucoup d'argent? (...) Est-ce que j'y vais par priorité d'appel ou par critère d'urgence? Est-ce que je fais passer avant celui qui a besoin de son [automobile] pour travailler? »

Dans le contexte actuel des ressources limitées, certains participants sont partagés entre différents principes de justice lors de recommandations d'aides techniques ou d'équipements adaptés. Comme l'illustre l'extrait suivant, l'ergothérapeute se sent parfois coincé entre la perspective du patient et celle de l'assureur. « La demande, c'était d'aller voir pour évaluer et changer son lit électrique. Mais là, j'arrive et je regarde ce qu'il a besoin et j'évalue. Après ça, j'étais dans un dilemme parce que la personne est autonome pour se lever du lit : elle n'a pas besoin du lit pour se lever, elle est capable de se coucher (...), même si quelqu'un lui avait déjà accordé [le lit électrique]. (...) Avec un coussin [de positionnement], il [le client] était correct. (...) Le client était vraiment fâché parce qu'il voulait avoir son lit électrique. (...) Ce que j'ai fait, c'est que dans le rapport, j'ai mis les deux possibilités. (...) Ça m'arrive de mettre solution 1 et solution 2, mais moi, dans mon contrat, il est écrit que je dois trouver la

solution qui a le moindre coût. Donc, je suis comme lié à ça » (participant 22). Pour sa part, le participant 17 rapporte être partagé entre la rentabilité de ses services et l'aide qu'il souhaite prodiguer aux patients démunis qui en ont besoin. « Une personne qui ne se retrouve avec rien (...), comment est-ce que tu l'accompagnes là-dedans? Alors que tu n'as plus de lien avec le client payeur parce que, lui, comme il ne la paie plus, met fin au contrat (...), comment peux-tu soutenir cette personne-là, de façon professionnelle? Alors qu'elle n'a pas de revenu, est-ce que ça devient du bénévolat? C'est une question à se poser. Et tu n'as pas, comme professionnel, à mettre tout le monde sur tes épaules non plus. Donc, oui, ce sont des situations qui sont plus frustrantes, désolantes. » Enfin, au sujet de la prestation des services ou de leur facturation, des participants rapportent hésiter entre deux conceptions de la justice : l'une, conçue comme la mise en œuvre d'une égalité stricte par rapport à l'autre, entendue comme l'actualisation de l'équité qui impliquerait un traitement ou une tarification différenciés selon la complexité des cas, des contextes et des interventions. « Je me suis déjà posé la question aussi, si je devais charger plus cher à ceux qui me semblent plus complexes » (participant 24). En somme, les participants valorisent la justice, mais sont partagés entre différentes visions de cette valeur, et ce, à différentes étapes du processus clinique.

Autonomie comparativement à sécurité

Quelques ergothérapeutes rapportent des situations où l'autonomie d'un patient s'oppose à sa sécurité personnelle, voire à celle du public. Le participant 4 rapporte le cas d'une dame âgée qui souhaitait demeurer dans son domicile : « Je voyais qu'elle avait un déficit cognitif. J'essayais de voir si l'environnement était sécuritaire chez elle. (...) Je la questionnais sur l'environnement pour m'assurer qu'elle soit sécuritaire à son domicile et voir si elle avait du monde pour l'aider. » En discutant des évaluations réalisées par les ergothérapeutes de l'aptitude à conduire un véhicule automobile, le participant 1 mentionne ceci : « Dans la conduite automobile, est-ce qu'on préserve l'autonomie de ce client ou on minimise les risques pour la sécurité de la société? » En bref, l'ergothérapeute qui par essence valorise l'autonomie et l'autodétermination des personnes peut, dans certaines situations, vouloir aussi assurer la sécurité des personnes, d'où la présence d'un dilemme éthique difficile à départager.

Confidentialité par rapport à efficacité

Bien que tous les participants valorisent la confidentialité et le respect du secret professionnel, certains mentionnent être parfois partagés entre le respect de la confidentialité et l'efficacité des interventions. Ainsi, pour satisfaire la clientèle, il leur arrive de communiquer avec certains patients par courriel, par messagerie texte (texto) ou par l'entremise d'autres médias sociaux. Le participant 22 discute ainsi de cet enjeu : « *Par exemple, le courriel, je sais que je ne devrais pas nécessairement l'utiliser, mais il y a des clients que ça les aide que je leur envoie leur rendez-vous par courriel ou que j'envoie le rapport au médecin par courriel. C'est pratique et efficace, mais ce n'est pas encore assez développé pour que ce soit hyper sécuritaire. (...) Les clients trouvent ça pratique, ils aiment ça, mais d'un autre côté, je me sens un peu mal.* »

d) Silences éthiques

Les silences éthiques rapportés viennent au dernier rang des situations éthiques discutées. Ils varient selon la sensibilité éthique des ergothérapeutes, en ceci que les valeurs bafouées ou compromises diffèrent selon l'ergothérapeute interrogé. Dans tous les cas cependant, l'ergothérapeute se retrouve dans une posture de non-intégrité, ébranlé dans ses valeurs. Dans ces situations, il ne parvient pas à dénoncer ou à contester ouvertement une pratique qu'il considère comme non éthique parce que celle-ci bafoue des valeurs telles que l'honnêteté, la justice, l'intérêt du patient, la pratique probante, le professionnalisme et le respect de la confidentialité, comme en attestent ces extraits. « *On prend tous les cas CNESSST et on ne prend aucun cas SAAQ. C'est décidé, c'est de même. Parce que ça a été décidé, on ne le discute pas : c'est comme ça. Moi, je ne pense pas que c'est correct, mais je ne fais rien* » (participant 13). « *Dans l'autre clinique, je n'ai pas un espace qui est très fermé. (...) Ça, on n'en parle pas, c'est juste commun. (...) Ce n'est pas la bonne façon de fonctionner, mais je n'ai pas vraiment de pouvoir là-dessus. (...) Vu que ce n'est pas moi qui prends les décisions administratives, puis on n'a pas d'autre salle privée (...) on laisse aller* » (participant 12). « *J'étais complètement en désaccord. (...) Je ne trouvais pas que la pratique était centrée sur le client. J'estimais qu'ils trouvaient le moyen pour étirer les traitements et garder les clients pour qu'ils viennent le plus fréquemment*

possible. Ils leur faisaient faire des trucs vraiment répétitifs, puis non significatifs [mais je ne dénonçais pas la situation] » (participant 9). « Je ne me sens pas écoutée là-dedans non plus, j'ai plus l'impression d'être un extra-terrestre » (participant 11). En général, les ergothérapeutes qui vivent un silence éthique ont peur de dénoncer les situations de manquement à l'éthique qu'ils constatent, parce qu'ils craignent de perdre leur emploi ou ne veulent pas être en conflit avec leurs collègues ou patrons, comme le résume le participant 1 : « Je me sens souvent pris dans un cul-de-sac où j'ai des interrogations. J'ai l'impression que je ne peux pas trop en dire, car si j'en dis trop... »

4. Discussion

Plusieurs constats émergent des résultats présentés précédemment. Ceux-ci se déclinent suivant trois thèmes principaux, à savoir : la perception des enjeux éthiques, les dimensions systémiques de ces enjeux et le besoin criant d'outils et de soutien. Cette recherche a aussi des implications pour la pratique, de même que des forces et des limites. Cette section traite de ces éléments.

4.1 Perception des enjeux éthiques

Les résultats révèlent que les ergothérapeutes du secteur privé sont confrontés à plusieurs situations pouvant compromettre le respect, en tout ou en partie, de valeurs éthiques importantes. En effet, collectivement, les participants parviennent aisément à repérer les enjeux éthiques de la pratique privée, c'est-à-dire ceux qui sont discutés dans les écrits du domaine de la réadaptation, notamment en physiothérapie. Mis à part les enjeux éthiques discutés par Jakubowitz (2011) entourant la publicité des services offerts dans le secteur privé qui peut parfois être trompeuse, en embellissant par exemple l'offre des services offerts ou en garantissant des résultats aux patients, les enjeux discutés dans les écrits recensés ont été rapportés par les participants en tant que groupe. Cela dit, même si les participants ont rapporté chacun treize enjeux éthiques différents en moyenne, plusieurs ergothérapeutes ne parviennent pas à percevoir certains enjeux éthiques inhérents à leur pratique. Par exemple, seulement une très faible proportion de participants rapporte que le CLÉ des patients demeure factice

lorsque ces derniers sont référés par des assureurs; comme ces patients sont susceptibles de représailles s'ils ne participent pas aux interventions (il est possible par exemple que leurs prestations de remplacement de revenu soient suspendues s'ils refusent les traitements), on ne peut pas parvenir à obtenir un véritable CLÉ. Autre exemple, peu de participants perçoivent la discrimination dont sont parfois victimes les patients référés par la SAAQ lorsque ces derniers sont d'emblée exclus de l'offre de service; exclure un patient sur la base de ce critère arbitraire constitue en effet de la discrimination.

Conséquemment, pour que les ergothérapeutes soient à même individuellement de repérer les enjeux éthiques que soulève leur pratique, il importe qu'ils soient sensibilisés à ces réalités, grâce à des formations continues ou à leur formation universitaire. L'offre de formation en éthique demeure limitée, qu'elle s'adresse aux ergothérapeutes du secteur privé (la vaste majorité des participants n'avait aucune formation ou une formation limitée en éthique) ou aux étudiants en ergothérapie (Hudon et al., 2016). C'est pourquoi il serait opportun de leur fournir un plus grand nombre d'occasions de parfaire leurs connaissances en éthique, notamment en ce qui a trait aux enjeux éthiques de la pratique privée. Puisque ce secteur de la pratique ergothérapique est en croissance constante depuis une vingtaine d'années, ces enjeux éthiques doivent être mieux connus, de façon à outiller les ergothérapeutes et leurs milieux pour les surmonter. D'ailleurs, quasiment tous les ergothérapeutes que nous avons rencontrés en entrevue nous ont mentionné que la typologie des enjeux éthiques développée par Swisher et ses collaborateurs (2005), utilisée ici comme cadre théorique, leur a ouvert les yeux sur plusieurs enjeux éthiques qui étaient, au préalable, difficiles à percevoir. Ce cadre leur a en quelque sorte donné une lunette et un vocabulaire éthique leur permettant de mettre des mots sur les malaises et les inconforts éthiques ressentis.

4.2 Dimensions systémiques des enjeux éthiques

Tous les ergothérapeutes qui ont participé à la recherche ont au cœur la qualité des services, l'approche centrée sur le client et la

pratique probante, mais ils rencontrent de nombreuses barrières systémiques qui rendent difficile le respect de ces valeurs au quotidien (Hudon, Drolet et Williams-Jones, 2015). Ce faisant, plusieurs sont confrontés à des tentations éthiques (généralement les gestionnaires ou les coordonnateurs) ou vivent des situations de détresse éthique (généralement les cliniciens). Certains vont même jusqu'à vivre de l'aliénation occupationnelle (Durocher *et al.*, 2016), c'est-à-dire que certains ergothérapeutes n'ont parfois pas le sentiment de faire ce qu'ils devraient. Ils sentent qu'ils tournent les coins ronds, n'en font pas assez pour le patient ou vivent de la frustration devant les refus des assureurs ou des patients payeurs (des parents qui refusent de payer certains services pour leur enfant par exemple). Plus encore, le manque de contrôle, la charge de travail souvent élevée, le manque de reconnaissance de la profession et sa crédibilité parfois limitée aux yeux du public et de collègues d'autres disciplines font en sorte que certains ergothérapeutes en viennent à vivre une période d'épuisement professionnel. D'ailleurs, le quart des participants à l'étude reconnaît avoir vécu une telle période. C'est que les enjeux éthiques de la pratique privée ne sauraient se réduire aux seules interactions ergothérapeutes-patients ou ergothérapeutes-collègues. En effet, les enjeux éthiques dans le secteur privé ont certes des dimensions microscopiques (interpersonnelles), mais ils ont aussi et surtout des dimensions mésoscopiques (organisationnelles) et macroscopiques (systémiques) (Glaser, 1994; Swisher, Arslanian et Law, 2005). Or, les ergothérapeutes n'ont en général pas de pouvoir sur les dimensions macroscopiques et parfois peu de pouvoir sur les dimensions mésoscopiques, et cela est d'autant plus vrai pour les cliniciens. Les gestionnaires et les coordonnateurs interrogés nous sont apparus en effet moins démunis devant les dimensions organisationnelles des enjeux éthiques que les cliniciens. Ayant plus de pouvoir au sein de leur milieu, ils parviennent en général plus aisément à naviguer avec ces aspects de leur pratique, quoique les dimensions macroscopiques leur échappent en général tout autant qu'aux cliniciens. Les cliniciens, pour leur part, en particulier les novices et les ergothérapeutes qui travaillent en région éloignée, sont souvent démunis devant ces éléments qui transcendent leurs compétences cliniques. Ce faisant, plusieurs ont des doutes quant à la bonne façon de faire. Soucieux d'offrir

les meilleures pratiques cliniques, ils sentent par moments que les aspects plus politiques, juridiques, déontologiques et éthiques de leur pratique leur échappent. Dans ces situations, si certains ergothérapeutes n'hésitent pas à se tourner vers leur ordre professionnel pour obtenir de l'aide, la vaste majorité, par crainte des représailles, évite de faire de même. Il faut dire que le secteur privé de la pratique ergothérapeutique est sous la loupe de l'Ordre depuis quelques années étant donné que la proportion des plaintes reçues est plus élevée dans le secteur privé que dans le secteur public. De manière générale, il ressort des résultats que les ergothérapeutes sont confrontés à des loyautés multiples, telles qu'elles sont documentées par Centeno et Bégin (2015), et ils ont parfois de la difficulté à gérer ces situations complexes.

4.3 Besoin criant d'outils et de soutien

Si collectivement les participants à la recherche parviennent à trouver des moyens pour surmonter ces enjeux¹³, individuellement, plusieurs d'entre eux sont démunis devant ces réalités. C'est pourquoi plusieurs réclament des outils, des ressources, des modèles, des formations, en bref du soutien, voire du mentorat pour être en mesure de surmonter ces enjeux inhérents à leur pratique avec plus d'aisance et d'efficacité. Considérant que plusieurs ergothérapeutes se sentent démunis devant les dimensions systémiques des enjeux éthiques, que la formation à l'éthique des ergothérapeutes demeure limitée, que plusieurs craignent de contacter l'ordre professionnel pour obtenir de l'aide et que le pourcentage d'ergothérapeutes du privé qui font face à des décisions du Conseil de discipline de l'Ordre est proportionnellement plus élevé que celui du secteur public (OEQ, 2017), nous estimons que divers acteurs sociaux, dont les organismes régulateurs de la profession et les programmes universitaires d'ergothérapie, doivent s'attaquer à ces enjeux afin de préparer les étudiants à ces réalités et afin de soutenir et d'outiller les ergothérapeutes concernés. La profession est en

¹³ Les moyens mis de l'avant par les participants à l'étude et leurs suggestions de moyens afin de surmonter les enjeux éthiques de la pratique privée feront l'objet d'un autre article.

manque de ressources éthiques. Il faut dire que les recherches en éthique appliquée dans le domaine de l'ergothérapie n'en sont qu'à leurs balbutiements. Cette recherche (comme d'autres, dont celles de Bushby *et al.*, 2015, ainsi que de Kinsella *et al.*, 2008) est un modeste pas dans la bonne direction. Car, pour répondre à cet appel à l'aide, encore faut-il être en mesure de faire les bons diagnostics éthiques des situations rencontrées dans le secteur privé. C'est exactement ce que nous ont permis de faire les participants à cette recherche. Pour cette raison, nous leur sommes extrêmement reconnaissantes. Par leur prise de parole, ils ont permis de cerner des réalités qui étaient jusqu'alors peu éclairées, à tout le moins en ergothérapie.

4.4 Retombées de la recherche

Cette recherche est susceptible d'avoir des retombées positives à la fois sur la clinique, l'enseignement, la recherche et la gouvernance. Sur la clinique, il est souhaité que la description de ces enjeux puisse aider les ergothérapeutes à mieux les percevoir, si tel n'était pas le cas. Pour parvenir à éviter les manquements éthiques, encore faut-il être à même de percevoir les situations problématiques sur le plan de l'éthique, de façon à mobiliser ensuite sa volonté vers l'action souhaitable. Quant à l'enseignement, puisque l'éducation à l'éthique demeure limitée dans les programmes universitaires d'ergothérapie (Hudon *et al.*, 2016), il est souhaité que la description de ces enjeux puisse aussi aider les étudiants en ergothérapie à percevoir, si tel n'est pas le cas, les enjeux éthiques de la pratique privée, de façon à éviter les tentations éthiques, à rompre les silences éthiques, à trouver des solutions pour vaincre les détresses éthiques et à résoudre les dilemmes éthiques. En ce sens, cet article peut soutenir le professeur dans ses enseignements ainsi que les formateurs qui proposent des formations continues aux professionnels en exercice. Relativement à la recherche, cette étude qualitative se présente comme une base intéressante pour mener une recherche quantitative de plus grande envergure qui pourrait établir des liens entre diverses variables. Aussi, il serait pertinent d'étudier les enjeux éthiques dans le secteur public, de façon à les comparer avec ceux ici décrits. Enfin, au sujet de la gouvernance, cette recherche encourage les organismes régulateurs de la profession et les programmes

universitaires à collaborer afin de soutenir et d'outiller les ergothérapeutes du secteur privé. Les résultats de cette recherche permettent aussi à divers acteurs de remettre en question les règles et les lois qui encadrent la pratique privée, notamment celles entourant le financement des services ergothérapeutiques, afin de s'assurer que celles-ci soutiennent les meilleures pratiques professionnelles et qu'elles soient au service des intérêts des patients.

4.5 Forces et limites de l'étude

Cette étude a des forces et des limites. Une de ses forces réside dans le fait que des ergothérapeutes ayant une vision intime de la pratique privée ont pris part à la recherche et ont généreusement partagé leur perception des enjeux éthiques inhérents à leur pratique. De plus, comme nous l'avions souhaité, les caractéristiques des participants à la recherche étaient variées en ce qui concerne l'âge, l'expérience, le rôle et le lieu de pratique. Aussi, l'échantillon était représentatif de la pratique privée de l'ergothérapie au Québec, laquelle se concentre à Montréal et ses environs, sans y être limitée. De plus, la taille de l'échantillon était grande pour une étude qualitative. En effet, Thomas et Pollio (2002) estiment qu'un échantillon comprenant entre six et douze participants est approprié pour une étude adoptant un devis phénoménologique. L'utilisation de la typologie des enjeux éthiques (Swisher *et al.*, 2005) a également permis des échanges riches avec les participants. Les enjeux dont ils ont discuté ne se sont pas réduits aux préoccupations juridiques ou déontologiques. De fait, c'est d'éthique dont il a été question. Une autre force réside dans le fait que trois analystes ont concerté leurs interprétations des verbatim, lesquelles ont été bonifiées par les validations de participants. Aussi, le fait d'avoir envoyé aux participants le schéma de l'entrevue préalablement à l'entretien a permis à plusieurs participants de se préparer à l'entrevue, et ainsi de collecter un nombre impressionnant d'exemples. Enfin, le fait que les entrevues aient été réalisées par téléphone a permis aux participants de s'exprimer librement, diminuant le biais de la désirabilité sociale associé à l'entrevue en personne (Corbière et Larivière, 2014).

Relativement aux limites de cette étude, le secteur privé étant très diversifié (clinique ergothérapique ou multidisciplinaire, pratique autonome, milieu urbain ou rural, ergothérapeute seul ou en équipe, etc.), la transférabilité des résultats est à géométrie variable, notamment parce qu'on peut présumer que les ergothérapeutes qui ont pris part à l'étude avaient un intérêt pour l'éthique. De plus, l'interprétation de trames narratives aussi riches demeure un défi pour tout analyste, en outre parce que les intentions qui président aux actions des participants demeurent inconnues. Par ailleurs, bien que nous ayons tenté d'être le plus fidèles possible à la perception des participants, l'utilisation du cadre théorique a parfois fait en sorte qu'une réorganisation des données narratives a été effectuée par les analystes suivant les catégories proposées par Swisher et ses collaborateurs (2005). Aussi, étant donné cette grande diversité et en dépit de l'ampleur de l'échantillon, la saturation des données n'a pas été atteinte. Même s'il y avait de la redondance dans les propos des participants, nous avons le sentiment que chacun des participants apportait son unicité à la toile qui était en train de se créer. Enfin, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer, à l'heure actuelle, que les enjeux décrits dans cet article sont propres à la pratique privée. Il est possible que certains d'entre eux soient aussi vécus par des ergothérapeutes qui travaillent dans le secteur public, notamment par ceux qui font de la réadaptation socioprofessionnelle et qui, ce faisant, collaborent avec des assureurs.

Conclusion

Les enjeux éthiques que pose la pratique de l'ergothérapie sont, à ce jour, peu documentés (Bushby *et al.*, 2015), spécialement en ce qui a trait à la pratique privée de la profession. Cet article décrit les enjeux éthiques de cette pratique selon des ergothérapeutes francophones de diverses régions du Québec qui travaillent dans ce secteur. Tous les ergothérapeutes participants mentionnent qu'ils vivent des enjeux éthiques. La relation avec les assureurs étant au cœur de cette pratique, les aspects politiques, juridiques, déontologiques et éthiques de leur quotidien sont des éléments avec lesquels ils sont moins à l'aise que les aspects cliniques. L'étude révèle aussi que plusieurs ergothérapeutes du secteur privé peuvent

être dans une situation de vulnérabilité, notamment parce que les enjeux éthiques de leur pratique ont des dimensions systémiques devant lesquelles ils se sentent démunis. Dans le contexte où de plus en plus d'ergothérapeutes optent pour le privé, les étudiants en ergothérapie et les ergothérapeutes devraient être mieux préparés à ces enjeux qui sont susceptibles d'occasionner des manquements éthiques, d'affecter négativement les services aux patients ainsi que d'épuiser affectivement et moralement les ergothérapeutes. Enfin, nous devons penser collectivement à des solutions constructives et adaptées aux réalités du secteur privé pour outiller et soutenir les ergothérapeutes, préserver la crédibilité de la profession, maintenir la confiance du public et assurer des services ergothérapeutiques de qualité qui priorisent les intérêts des patients.

Références

- ASHBAUGH, J. et G. SMITH (1996). « Beware the managed health-care companies », *Mental Retardation*, vol. 34, p. 189-193.
- BABIC, A. (2015). *Ethical Dilemmas Experienced by Occupational Therapists Working in Private Practice*, Sydney, The University of Sydney.
- BARRETT, D. et M. PATERSON (2009). « Evidence based practice in private practice occupational therapy: Perceptions, barriers and solutions », *A Tribute to Ethel Clark*, p. 8.
- BIRENBAUM, A. (1995). « Managed-care and the future of primary care for adults with mental retardation », *Mental Retardation*, vol. 33, p. 334-337.
- BUSHBY, K. et AL. (2015). « Ethical tensions in occupational therapy practice: A scoping review », *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 78, n° 4, p. 212-221.
- CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPY (CAOT). (1999). « CAOT membership data », *Occupational Therapy Now*, May/June, p. 25.
- CARPENTER, C. et M. SUTO (2008). *Qualitative research for occupational and physical therapists: A practical guide*. Oxford, Blackwell Pub.
- CENTENO, J. et L. BÉGIN (2015). *Les loyautés multiples. Mal-être au travail et enjeux éthiques*, Montréal, Les Éditions Nota Bene.
- CORBIÈRE, M. et N. LARIVIÈRE (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

- COURTNEY, M. et L. FARNWORTH (2003). « Professional competence for private practitioners in occupational therapy », *Australian Occupational Therapy Journal*, vol. 50, n° 4, p. 234-243.
- DELANY, C. M. (2007). « In private practice, informed consent is interpreted as providing explanations rather than offering choices: a qualitative study », *Australian Journal of Physical Therapy*, vol. 53, n° 3, p. 171-177.
- DEPOY, E. et L. N. GITLIN (2010). *Introduction to research: understanding and applying multiple strategies*. Saint-Louis, Elsevier Health Sciences.
- DRAPEAU, M. (2004). « Les critères de scientificité en recherche qualitative », *Pratiques Psychologiques*, vol. 10, p. 79-86.
- DROLET, M.-J. (sous presse). « Conflits de loyautés multiples en ergothérapie. Quatre défis contemporains de l'ergothérapeute ». Dans J. Centeno, L. Bégin & L. Langlois (dir), *Les loyautés multiples : Mal-être au travail et enjeux éthiques* (tome 2). Montréal : Les Éditions Nota Bene.
- DROLET, M.-J., R. GAUDET et C. PINARD (2017). « Comment préparer les étudiants aux enjeux éthiques de la pratique privée de l'ergothérapie à l'aide d'une typologie éthique? », *Actualités ergothérapeutiques*, vol. 19, n° 2, p. 9-10.
- DROLET, M.-J., R. GAUDET et C. PINARD (2017a). « How to prepare students for the ethical issues of the private practice of occupational therapy using an ethical typology? », *Occupational Therapy Now*, vol. 19, n° 2, p. 9-10.
- DROLET, M.-J. et M. GOULET (2017). « Les barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs professionnelles : perceptions d'ergothérapeutes du Québec », *Recueil annuel belge francophone d'ergothérapie*, vol. 9, p. 7-42.
- DROLET, M.-J. et J. MACLURE (2016). « Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes », *Revue Approches inductives*, vol. 3, n° 2, p. 166-196.
- DROLET, M.-J. et A. SAUVAGEAU (2016). « Developing Professional Values: Perceptions of Francophone Occupational Therapists in Quebec-Canada », *Scandinavian Journal Occupational Therapy*, vol. 23, n° 4, p. 286-296.
- DROLET, M.-J. et M. DÉSORMEAUX-MOREAU (2015). « The Values of Occupational Therapists: Perceptions of Occupational Therapists in Quebec », *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 23, n° 4, p. 272-285.
- DUROCHER, E. et AL. (2016). « Ethical tensions related to systemic constraints: occupational alienation in occupational therapy practice », *Occupation, Participation and Health*, Early Online, p. 1-11.
- FLATLEY, D. R., B. J. KENNY et M. A. LINCOLN (2014). « Ethical dilemmas experienced by speech-language pathologists working in private practice », *International Journal of Speech-language Pathology*, vol. 16, n° 3, p. 290-303.

- GIORGI, A. (1997). « De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation », dans Poupard, J. et al. (dir.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville, Gaëtan Morin, p. 341-364.
- GLASER, J. W. (1994). *Three realms of ethics: individual institutional societal: theoretical model and case studies*, Lanham, Rowman and Littlefield.
- GOULET, M. (2015). « Enjeux éthiques de la pratique privée en ergothérapie », mémoire, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières.
- GOULET, M. et M.-J. DROLET (2017). « Les enjeux éthiques que soulève la pratique privée de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes du Québec », *BioéthiqueOnline*, vol. 6, n° 6, p. 1-14.
- HUDON, A., M.-J. DROLET et B. WILLIAMS-JONES (2015). « The ethical issues raised by private practice physiotherapy are more diverse than first meets the eye: Recommendations from a literature review », *Physiotherapy Canada*, vol. 67, n° 2, p. 124-132.
- HUDON, A. et AL. (2015). « Quality of physiotherapy services for injured workers compensated by worker's compensation in Quebec: A focus group study of physiotherapy professionals », *Healthcare Policy*, vol. 10, n° 3, p. 32-47.
- HUDON, A. et AL. (2016). « Ethics teaching in rehabilitation: results of a pan-Canadian workshop with occupational and physical therapy educators », *Disability and Rehabilitation*, vol. 38, n° 22, p. 2244-2254.
- HUNT, M. R. et F. A. CARNEVALE (2011). « Moral experience: a framework for bioethics research », *Journal of Medical Ethics*, vol. 37, n° 11, p. 658-662.
- HUSSERL, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology: An introduction to phenomenological philosophy*, Evanston, Northwestern University Press.
- JAKUBOWITZ, M. (2011). « Ethical issues in a pediatric practice », *Seminars in Speech and Language*, vol. 32, n° 4, p. 347-355.
- KAISER, J. et J. BROWN (1988). « Ethical dilemmas in private rehabilitation », *Journal of Rehabilitation*, vol. 54, p. 27-30.
- KINSELLA, E. A. (2006). « Hermeneutics and Critical Hermeneutics », *Forum in Qualitative Social Research*, vol. 7, n° 3, p. 19.
- KIRSCH, N. R. (2008). « Confidentiality issues: analysis », *PTMagazine*, vol. 16, n° 11, p. 38-44.
- KIRSCH, N. R. (2007). « Reimbursement matters: case one. Ultrasound for everybody? », *PTMagazine*, vol. 15, n° 11, p. 46-48.

- KIRSCH, N. R. (2006). « Terminating the patient-PT relationship: case one. What's influencing the decision to discharge? », *PTMagazine*, vol. 14, n° 9, p. 38-41.
- KONTOSH, L. G. (2000). « Ethical Rehabilitation Counseling in a Managed-Care Environment », *Journal of Rehabilitation*, vol. 66, n° 2, p. 9-13.
- LALIBERTÉ, M. et A. HUDON (2014). « La difficile interaction entre les physiothérapeutes et les agents payeurs québécois : une analyse éthique médiatique », *Éthique et Santé*, vol. 11, n° 2, p. 91-99.
- LALIBERTÉ, M. et A. HUDON (2013). « Do conflicts of interest create a new professional norm? Physical therapists and workers' compensation », *American Journal of Bioethics*, vol. 13, n° 10, p. 26-28.
- LONDON, L. (2005). « Dual loyalties and the ethical and human rights obligations of occupational health professionals », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 47, p. 322-332.
- ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (OEQ). (2017). « Index des décisions disciplinaires », OEQ, [en ligne]. <http://www.oeq.org/public/comite-discipline/decisions-disciplinaires.fr.html>. Page consultée le 10 février 2017.
- ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (OEQ). (2016). *Rapport annuel 2015-2016*, Montréal, OEQ.
- ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (OEQ). (2013). *Cadre de référence sur les aspects clinico-administratifs liés à l'exercice de la profession d'ergothérapeute dans le secteur privé*, Montréal, OEQ.
- PENNY, H. N. et AL. (2014). « An investigation of moral distress experienced by occupational therapists », *Occupational Therapy in Health Care*, vol. 28, p. 382-393.
- SLOGGETT, K., N. KIM et D. CAMERON (2003). « Private practice: Benefits, barriers and strategies of providing fieldwork placements », *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 70, n° 1, p. 42-50.
- SULLIVAN, M. J. et C. MAIN (2007). « Service, advocacy and adjudication: Balancing the ethical challenges of multiple stakeholder agendas in the rehabilitation of chronic pain », *Disability and Rehabilitation*, vol. 29, n° 20-21, p. 1596-1603.
- SWISHER, L. L. D., L. E. ARSLANIAN et C. M. DAVIS (2005). « The Realm-Individual Process-Situation (RIPS) model of ethical decision-making », *HPA Ressource*, vol. 5, n° 3, p. 3-8.
- Thomas, S. P. et H. R. Pollio (2002). *Listening to Patients: A Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice*, New York, Springer Publishing Company.