

615.8515  
E6772  
1994

# Ergothérapie

source d'apprentissage



Acfas

LES CAHIERS SCIENTIFIQUES

82

*ÉDITION:*



Association canadienne-française  
pour l'avancement des sciences

*COMMANDES TÉLÉPHONIQUES:*

Acfas : (514) 849-0045

Les cartes MasterCard et Visa sont acceptées.  
Veuillez allouer trois semaines pour la livraison.

*COMMANDES POSTALES:*

Acfas : 425, rue De La Gauchetière Est  
Montréal (Québec)  
H2L 2M7

Télécopieur : (514) 849-5558

(les individus doivent joindre le paiement à leur commande)

*DISTRIBUTION EN LIBRAIRIE:*

Diffusion Prologue  
1650, boul. Lionel-Bertrand  
Boisbriand (Québec)  
J7E 4H4

Téléphone: (514) 434-0306

Ext.: 1-800-363-2864

Télécopieur: (514) 434-2627

Ext.: 1-800-361-8088

*GRAPHISME DE LA PAGE COUVERTURE:*

Nathalie Proulx

© 1995 Acfas

Dépôt légal 4<sup>e</sup> trimestre 1995  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

*Voir données de catalogage avant publication (CIP) au couvert III*

# *L'ergothérapie* *comme source d'apprentissage*

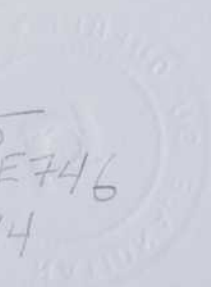
*Actes du colloque tenu dans  
le cadre du 62<sup>e</sup> congrès de l'Acfas  
le 19 mai 1994 à l'UQAM*

*Sous la direction de  
Claire-Jehanne Dubouloz  
Heidi Sveistrup*

*En collaboration avec le  
Programme d'ergothérapie de  
l'Université d'Ottawa*



RM  
735  
A3E746  
1994



## TABLE DES MATIÈRES

### Introduction

### Remerciements

### Liste des auteurs

## CONFÉRENCE D'OUVERTURE

- Apprentissage et ergothérapie ..... 15  
*Jacques Chevrier*

## I. LE CLIENT COMME APPRENANT

- Le processus d'apprentissage chez les personnes démentes et leurs soignantes :  
rôle de l'ergothérapeute comme guide ..... 33  
*Louise Aronoff*

- L'apprentissage transformateur chez la personne adulte ..... 41  
*Claire-Jehanne Dubouloz, Jacques Chevrier et Lorraine Savoie-Zajc*

- L'éclairage des théories cognitives dans la compréhension de l'apprentissage  
chez l'adulte et leur application possible en ergothérapie ..... 53  
*Marie-José Durand, Pierre Durand, Pierre Loisel et René Hivon*

## II. L'ÉTUDIANT-ERGOTHÉRAPEUTE COMME APPRENANT

- Réflexion sur la préparation à la pratique communautaire pour les étudiants  
en ergothérapie ..... 67  
*Constance Vanier et Michèle Hébert*

- Les stratégies d'apprentissage dans la problématique de la réussite scolaire  
chez les étudiants du Programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa ... 75  
*Michèle Hébert*

- Réflexion sur le potentiel et les limites d'une formule pédagogique  
intégrative ..... 87  
*Claire Gosselin et Elisabeth Dutil*
- Développer ses habiletés relationnelles en accompagnant une personne  
en difficulté ..... 103  
*Nicole Ebacher et Guylaine Vandal*
- Le psychodrame pédagogique: un outil pour développer les attitudes chez  
les étudiants ..... 111  
*Micheline Saint-Jean et Huguette Picard-Greffe*

### III. L'ERGOTHÉRAPEUTE COMME APPRENANT

- Le modèle de Dürckheim: une grille de référence pour  
l'ergothérapeute-apprenant ..... 121  
*Rachel Thibeault*
- L'enseignement clinique: des superviseurs de stage en ergothérapie  
déterminent l'importance de diverses facettes de leur comportement ..... 133  
*Loredana Campanile et Dorothy Thomas-Edding*
- Bilan des activités de formation continue des ergothérapeutes du Québec  
(1992-1993) ..... 141  
*Colette Dion-Hubert, Sylvie Dubé, François Lamoureux et Nicole Mouffe*

### CONFÉRENCE DE FERMETURE

- Les orientations futures du système et ressources en santé et bien-être:  
réflexion sur l'apprentissage en ergothérapie ..... 151  
*Carole Mirkopoulos*

## Introduction

Depuis récemment, les ergothérapeutes se penchent sur leur rôle d'éducateur dans le domaine de la santé. Cette préoccupation se retrouve autant en milieu clinique auprès des clients traités en ergothérapie qu'en milieu de formation universitaire des étudiants et en milieu de formation continue des ergothérapeutes.

Le rôle d'éducateur s'est développé à partir de modèles théoriques en éducation des adultes, des théories sur l'apprentissage et plus particulièrement celles reliées au courant de l'apprentissage expérientiel. L'interdisciplinarité éducation-ergothérapie prend tout son sens lorsque cette relation théorique et/ou pratique apporte des réponses sur la compréhension de la démarche thérapeutique, sur le changement des clients, des étudiants en ergothérapie et des ergothérapeutes cliniciens. Les enjeux de l'apprentissage en ergothérapie sont actuellement au centre des préoccupations de certains ergothérapeutes et de certains professeurs-chercheurs et mérite que l'on s'y attarde afin de faire le point sur les développements actuels au sein de la profession.

Ce colloque avait pour but de favoriser les échanges entre ergothérapeutes cliniciens et professeurs-chercheurs sur les réflexions cliniques, éducatives et sur les travaux de recherche portant sur l'apprentissage en ergothérapie. Il était prévu de partager sur le rôle de l'ergothérapie, ses méthodes et ses objectifs en relation à l'apprentissage.

Nous avons eu l'extrême plaisir d'accueillir le professeur Jacques Chevrier comme conférencier pour l'ouverture de ce colloque. Monsieur Chevrier était invité à présenter quelques nouvelles conceptions de l'apprentissage en éducation pour en situer les origines et en montrer la pertinence dans la vision actuelle de l'ergothérapie.

Les présentations suivantes reprenaient certains éléments de la conférence d'ouverture et étaient regroupées en trois domaines de réflexion: le client comme apprenant, l'étudiant-ergothérapeute comme apprenant et l'ergothérapeute comme apprenant.

Le premier domaine de réflexion cherchait à cerner une compréhension du changement chez le client traité en ergothérapie et regroupait trois présentations qui situaient: 1) le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes soignantes en milieu de soins psychogériatriques (Aronoff); 2) l'apprentissage transformateur chez l'adulte (Dubouloz, Chevrier et Savoie-Zajc); et 3) les théories cognitives et leur application possible en ergothérapie (Durand, Durand, Loisel et Huron).

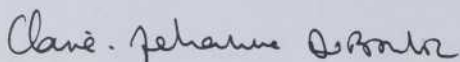
Le deuxième domaine de réflexion regroupait quatre présentations sur l'apprentissage des étudiants en ergothérapie dans différents programmes universitaires et situait: 1) la préparation de l'étudiant à la pratique communautaire (Vanier et Hébert); 2) les stratégies d'apprentissage dans la réussite académique (Hébert); 3) un exemple d'une formule pédagogique intégrative (Gosselin et Dutil); 4) le développement des habiletés relationnelles chez l'étudiant (Ebacher et Vandal); et 5) le psychodrame pédagogique (Saint-Jean et Picard-Grefte).

Le troisième domaine de réflexion cherchait à cerner la préoccupation de l'apprentissage chez l'ergothérapeute clinicien par la présentation de trois exposés qui s'interrogeaient sur: 1) le modèle de Dürckheim comme grille de référence (Thibeault); 2) le rôle perçu des superviseurs de stage (Campanile); et 3) la formation continue (Dion-Hubert, Dubé, Lamoureux et Mouffe).

La conférence de clôture du colloque a été présentée par Madame la Présidente de l'Association canadienne des ergothérapeutes, Madame Carole Mirkopoulos, qui a su poser les questions pertinentes quant aux orientations futures du système et des ressources en santé et bien-être pour situer le contexte socio-politique du développement de l'apprentissage en ergothérapie.

La présente publication reprend ce schéma d'organisation du colloque et reproduit les différentes communications qui ont pris place durant la journée.

Nous remercions le Comité scientifique de l'ACFAS pour nous avoir donné l'occasion d'un débat sur l' "Ergothérapie comme source d'apprentissage" qui s'est avéré extrêmement fructueux et de nous permettre de finaliser cet effort par la publication des actes du colloque dans leur cahier scientifique.



Claire-Jehanne Dubouloz, M.Sc., O.T. (c)



Heidi Sveistrup, Ph.D.

## Remerciements

Nous voudrions remercier la Faculté des Sciences de la santé de l'Université d'Ottawa de sa compréhension sur l'importance de ce projet et d'avoir accepté de donner un appui financier à la publication des actes du colloque.

Nous voudrions également remercier la Fondation des ergothérapeutes du Canada de son intérêt au développement théorique de la profession et de son appui financier pour finaliser cette publication.

Le Programme d'ergothérapie de la Faculté des Sciences de la santé de l'Université d'Ottawa a participé aux coûts et à l'infrastructure de la mise en place de ce projet innovateur. Nous voudrions plus particulièrement remercier Madame Suzanne Thérien qui a collaboré avec beaucoup de patience et de diligence à la réalisation de ce projet et Madame Pauline Prud'homme pour son efficacité exemplaire. Sans cette collaboration excellente, les limites de temps imposées par l'organisation d'un tel colloque n'auraient pu être respectées.

Nous voudrions aussi remercier Madame la Présidente Françoise Rollin-Gagnon de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec pour son grand enthousiasme face au projet.

Enfin, nous voudrions plus particulièrement remercier les conférenciers de ce colloque pour l'entière confiance qu'ils ont manifesté au processus d'organisation de ce colloque original et innovateur ainsi que Madame Constance Vanier, ergothérapeute, pour sa collaboration supplémentaire à la présidence d'une section durant la journée du Colloque. De plus, Madame Jacqueline Gilbert avec sa sensibilité pour les détails nous a permis de produire un livre de qualité.

Merci à tous et à toutes.

**Liste des auteurs**

- Aronoff, Louise, B.Sc., O.T. (c). M.Ed.  
Psychogeriatric Community Services  
311 McArthur Avenue, Suite 200  
Ottawa (Ontario) K1L 8M3
- Campanile, Loredana, M.Sc., B.Sc., erg.(c)  
École de physiothérapie et d'ergothérapie  
Université McGill  
3654, rue Drummond  
Montréal (Québec) H3G 1Y5
- Chevrier, Jacques, Ph.D.  
Université du Québec à Hull  
Département des Sciences de l'éducation  
Hull (Québec) J8X 3X7
- Dion-Hubert, Colette, M.Sc., B.Sc., erg(c)  
Membre du comité de formation continue, OEQ  
1259, rue Berri, Bureau 710  
Montréal (Québec) H2L 4C7
- Dubé, Sylvie, M.A., B.Sc., erg.(c)  
Membre du comité de formation continue, OEQ  
1259, rue Berri, Bureau 710  
Montréal (Québec) H2L 4C7
- Dubouloz, Claire-Jehanne, M.Sc., B.Sc., O.T.(c)  
Université du Québec à Hull  
Département des Sciences de l'éducation  
Hull (Québec) J8X 3X7; et  
  
Université d'Ottawa, Programme d'ergothérapie  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario) K1H 8M5

- Durand, Marie-José, M.Sc., B.Sc., erg(c)  
Clinique des maux de dos, CHUS  
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4; et
- Faculté de Médecine  
Université de Sherbrooke  
Sherbrooke (Québec)
- Durand, Pierre, Ph.D.  
Clinique des maux de dos, CHUS  
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
- Dutil, Elisabeth, M.Sc., B.Sc., erg(c)  
Université de Montréal  
École de réadaptation, Programme d'ergothérapie  
Pavillon Marguerite d'Youville  
C.P. 6128, Succursale A  
Montréal (Québec) H3C 3J7
- Ebacher, Nicole, B.Sc., erg(c)  
Université Laval  
Centre d'évaluation des Sciences de la santé  
Pavillon Ferdinand-Vandry, Cité Universitaire  
Québec (Québec) G1K 7P4
- Gosselin, Claire, M.Ed., B.Sc., erg(c)  
CLSC Olivier-Guimond  
5455, rue Chauvreau  
Montréal (Québec) H1N 1G8
- Hébert, Michèle, M.A., B.Sc., erg(c)  
Université d'Ottawa, Programme d'ergothérapie  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario) K1H 8M5
- Hivon, René, Ph.D.  
Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke  
Sherbrooke (Québec)

- Lamoureux, François, M.Sc., B.Sc., erg(c)  
Membre du comité de formation continue, OEQ  
1259, rue Berri, Bureau 710  
Montréal (Québec) H2L 4C7
- Loisel, Pierre, M.D.  
Clinique des maux de dos, CHUS  
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
- \*Mirkopoulos, Carole, M.Ed., B.Sc., O.T.(c)  
Association canadienne des ergothérapeutes  
110, avenue Eglinton ouest, 3e étage  
Toronto (Ontario) M4R 1A3
- Mouffe, Nicole, M.Sc., B.Sc., erg(c)  
Membre du comité de formation continue, OEQ  
1259, rue Berri, Bureau 710  
Montréal (Québec) H2L 4C7
- Picard-Greffe, Huguette, M.Sc., B.Sc., erg(c)  
Université de Montréal  
École de réadaptation, Programme d'ergothérapie  
Pavillon Marguerite d'Youville  
C.P. 6128, Succursale A  
Montréal (Québec) H3C 3J7
- Savoie-Zajc, Lorraine, Ph.D.  
Université du Québec à Hull  
Département des Sciences de l'éducation  
Hull (Québec) J8X 3X7
- Saint-Jean, Micheline, M.Sc., B.Sc., erg(c)  
Université de Montréal  
École de réadaptation, Programme d'ergothérapie  
Pavillon Marguerite d'Youville  
C.P. 6128, Succursale A  
Montréal (Québec) H3C 3J7

Sveistrup, Heidi, Ph.D.

Université d'Ottawa, Programme d'ergothérapie  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario) K1H 8M5

Thibeault, Rachel, Ph.D.

Université d'Ottawa, Programme d'ergothérapie  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario) K1H 8M5

Thomas-Edding, Dorothy, Ph.D., M.Sc.A., B.Sc.( P. & O.T.)

École de physiothérapie et d'ergothérapie  
Université McGill, 3654, rue Drummond  
Montréal (Québec) H3G 1Y5

Vandal, Guylaine, M.A., B.Sc., erg(c)

Université Laval  
Centre d'évaluation des Sciences de la santé  
Pavillon Ferdinand-Vandry, Cité Universitaire  
Québec (Québec) G1K 7P4

\*Vanier, Constance : M.S.M., B.Sc., erg(c)

Programme d'ergothérapie, Université d'Ottawa  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario) K1H 8M5

\* Adresse actuelle :

Carole Mirkopoulos, CRM Associates  
198 Old Bloomington Road, Aurora, Ontario L4G 3G8

Constance Vanier, C.R. La Ressource  
325, rue Laramée, Hull (Québec) J8Y 3A4



*CONFÉRENCE D'OUVERTURE*



## APPRENTISSAGE ET ERGOTHÉRAPIE

Jacques Chevrier

### Résumé

L'objectif de cette communication est de proposer une synthèse personnelle de quatre conceptions de l'apprentissage qui habitent actuellement l'éducation et d'en montrer la pertinence pour l'ergothérapie dans le prolongement du chapitre sur l'apprentissage de Schwartz (1991) dans le volume de Christiansen et Baum "Occupational Therapy: Overcoming Human Performance Deficits". Cette synthèse se veut toile de fond pour les autres communications en montrant que, malgré la diversité des concepts et des approches considérés, il y a des liens qui peuvent être tracés pour servir de carte routière dans le vaste pays de l'apprentissage.

### Une nouvelle conception de l'apprentissage

Aujourd'hui, grâce à l'essor de la psychologie cognitive, des sciences de l'éducation et de l'andragogie, ainsi qu'à l'utilisation de méthodes de recherche plus qualitatives, se développent une base de connaissances très riche et des conceptions plus «humaines» de l'apprentissage. L'étude de l'apprentissage est à un tournant de son histoire. Sans nier l'importance de l'héritage behavioriste, principalement ancré dans la notion de *changement de comportement*, il devient de plus en plus impératif, dans le contexte que l'on vient d'évoquer, de concevoir l'apprentissage comme *un changement dans la signification donnée à son expérience*. Un exemple, tiré de nos recherches sur le savoir-apprendre expérientiel (Chevrier & Charbonneau, à paraître), permet d'illustrer cette conception émergente de l'apprentissage. Il ne s'agit pas d'un apprentissage psychologique profond, ni d'une transformation de la personnalité, mais d'un simple apprentissage d'une fonction de traitement de texte. Un apprentissage qui pourrait certainement correspondre à certains apprentissages techniques que l'ergothérapeute exige de ses clients.

Valérie (nom fictif), étudiante en éducation au baccalauréat et initiée au traitement de texte, désire apprendre spécifiquement la fonction «Recherche». La tâche consiste à apprendre cette fonction à l'aide d'un manuel d'autoformation. Pour Valérie, cet apprentissage semble simple. D'ailleurs, après avoir lu les consignes, elle réalise parfaitement la tâche de chercher un mot. Du point de vue d'un observateur extérieur, elle a appris puisque son comportement est correct. Mais, à notre grande surprise, après quelques essais, elle s'exclame: «Ça ne marche pas!». Elle reprend ainsi la procédure pendant plus de 20 minutes, consultant même le manuel pour identifier «ce qui ne marche pas!». À un moment, elle affirme même:

«Ou bien c'est moi qui ne fait pas ça comme il faut, ou bien c'est le logiciel qui n'est pas correct. Il devrait les trouver tous, pas seulement qu'un». Il devient clair alors qu'elle s'attend à ce que le logiciel lui présente d'un seul coup toutes les occurrences du mot qu'elle cherche (alors que l'effet de cette commande est l'arrêt du curseur sur la première occurrence du mot recherché). Valérie a débuté la tâche avec une conception erronée de la fonction Recherche et ne l'a jamais remise en question. Elle considère que les résultats obtenus ne correspondent pas à ses attentes et que par conséquent «ça ne marche pas». Ce n'est qu'après vingt minutes de répétition acharnée de la procédure dans divers contextes, qu'impuissante, regardant l'écran d'un air désespéré, elle dit à la personne-ressource demeurée là à sa disposition: «Je veux que quelqu'un m'aide.».

Ce cas est d'autant plus significatif que la préconception de l'apprenant n'induit pas une erreur de comportement mais l'empêche plutôt de bien interpréter un comportement «correct» du point de vue de la tâche. Valérie est centrée sur son action sans vraiment saisir que la raison de son supposé échec réside dans la signification même qu'elle donne à son expérience et non dans son comportement ou dans le fonctionnement du logiciel. Mais, qui plus est, non seulement sa conception de la tâche l'empêche de bien interpréter son expérience, mais elle l'empêche aussi de bien interpréter ce qu'elle lit dans le manuel car ses recherches d'informations dans ce dernier au cours de ces vingt minutes sont demeurées infructueuses. Enfin, lorsque la personne-ressource lui dit qu'elle a tout fait correctement, elle répète encore plusieurs fois la procédure pour se convaincre elle-même. À la fin, elle se tourne même vers la personne-ressource et lui explique le principe comme si elle l'avait découvert elle-même. L'apprentissage n'a véritablement eu lieu qu'au moment où Valérie a changé la signification qu'elle donnait à son expérience. De fait, cette modification n'est accompagnée d'aucun changement de comportement puisque ce dernier avait déjà été «acquis» vingt minutes plus tôt. En d'autres mots, le changement de comportement a été nécessaire puisqu'il lui a fallu apprendre sur quelles touches appuyer et dans quel ordre. Mais ce changement de comportement n'a pas été suffisant puisqu'elle n'a pas considéré avoir appris tant et aussi longtemps qu'il y a eu désaccord entre son expérience et la signification qu'elle lui accordait. Elle est demeurée centrée sur son action sans comprendre l'importance du sens qu'elle accordait à cette action. Sa propre conception de l'apprentissage lui permettait de remettre en question son action mais pas sa représentation de la tâche. Là réside toute la différence.

Cet exemple n'est pas unique à l'apprentissage du traitement de texte. Il représente la situation de tout apprenant qui doit poser un geste ou une action requise par une tâche ou une activité. Le client comme l'étudiant tente

continuellement de donner du sens à son action. L'ergothérapeute, comme l'enseignant, doit réaliser que l'apprentissage n'est pas terminé tant que la signification accordée par l'apprenant à son action n'est pas adaptée à la situation. Par exemple, l'apprentissage à utiliser une prothèse du membre supérieur ne se fait pas indépendamment des conceptions que le client (et l'ergothérapeute) s'est construites à l'égard du handicap lui-même, du changement prévu, de son rôle dans ce changement et de celui de l'ergothérapeute. Certaines de ces conceptions peuvent faire obstacle à la compréhension d'une consigne ou d'une explication, dérouter l'interprétation du résultat d'une action et ainsi entraver un apprentissage (Giordan et De Vecchi, 1990). L'apprentissage n'est véritablement réalisé que lorsque l'apprenant est en mesure de donner la signification voulue à son expérience.

Nous verrons maintenant quatre approches théoriques de l'apprentissage qui marquent actuellement l'éducation et qui s'inscrivent dans le cadre de cette nouvelle définition de l'apprentissage. Ce sont dans l'ordre, l'apprentissage expérientiel, l'apprentissage réflexif, l'apprentissage transformateur et l'apprentissage stratégique. Ces points de vue différents seront intégrés dans un schéma qui mettra progressivement en évidence ce que chacun apporte à notre compréhension de l'apprentissage.

Je crois aussi, si je me réfère au contenu des "Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client" publiées par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) (1993), que ces approches théoriques de l'apprentissage interpellent l'ergothérapie, tant du point de vue du client, de l'étudiant, de l'ergothérapeute que du formateur d'ergothérapeutes. Elles visent l'autonomie fonctionnelle de la personne, le développement de la capacité à solutionner des problèmes, et l'appropriation de son expérience. L'ergothérapie a une conception holistique de la personne et veut tenir compte des quatre dimensions, physique, psychologique, sociale et spirituelle. L'inclusion de la dimension spirituelle, définie comme étant l'intérêt de l'être humain au «sens de sa vie» ainsi qu'à «son rôle et à sa place dans l'univers», s'avère essentielle. C'est la dimension ultime qui donne à l'action de l'individu sa signification profonde (Covey, 1989).

### **L'apprentissage expérientiel**

Avant d'aborder plus spécifiquement l'apprentissage expérientiel, établissons d'abord que l'apprentissage met en relation une personne apprenante et un objet

d'apprentissage à travers une tâche ou une activité (voir Figure 1). Cet objet d'apprentissage peut être de diverses natures, selon les classifications utilisées: a) savoir-dire, savoir-faire et savoir-être, b) informations verbales, habiletés intellectuelles, stratégies cognitives, attitudes et habiletés motrices (Gagné, 1985), c) connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles (Tardif, 1992).

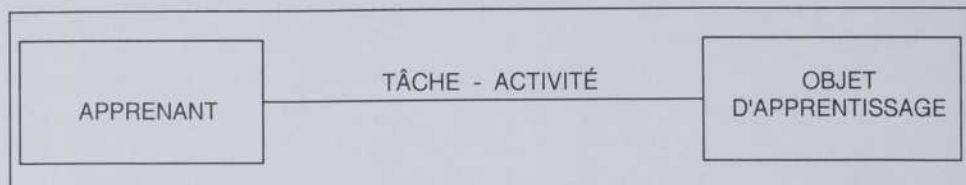


Figure 1. La relation d'apprentissage

L'objet d'apprentissage peut se présenter sous forme d'une information verbale ou écrite, d'un modèle à imiter ou d'une expérience vécue ou à vivre. L'objet peut être un amas de données éparses et difformes ou être déjà tout organisé en programme structuré. Il est important de ne pas oublier que l'objet de la relation d'apprentissage, s'il relève souvent du monde extérieur à la personne, peut être la personne elle-même, qui apprend alors à se connaître et qui change. En ergothérapie, l'objet d'apprentissage, du point de vue du client, peut être de nouvelles techniques pour être fonctionnel (techniques de transfert et d'habillage), des principes (principes de protection articulaire chez une personne arthritique), de nouvelles attitudes face à soi-même (modifier son point de vue face une perte d'autonomie ou changer son image de soi maintenant que l'on se déplace en fauteuil roulant), une nouvelle signification à sa vie (ACE, 1993; Tremblay & Chevrier, 1993). Du point de vue de l'étudiant-ergothérapeute ou de l'ergothérapeute, c'est l'ensemble des connaissances, habiletés et attitudes nécessaires à la réalisation de la profession, incluant celles reliées au processus même d'enseignement/apprentissage.

Ces éléments étant en place, portons maintenant notre regard sur l'apprentissage expérientiel, considéré dans notre schéma comme composant principal du processus dans la relation d'apprentissage (voir Figure 2). En 1975, Kolb et Fry présentent une théorie des styles d'apprentissage basée sur un modèle d'apprentissage expérientiel, modèle d'apprentissage pouvant servir également de modèle pédagogique. Retenons, pour les fins de cette communication, seulement les quatre phases du modèle d'apprentissage expérientiel. Selon Kolb (1984), les quatre phases de l'apprentissage expérientiel sont l'expérience concrète, l'observation réfléchie, la conceptualisation abstraite et l'expérimentation active.

L'expérience permet de produire chez l'apprenant un vécu riche et signifiant en impliquant toute la personne. Le retour sur ce vécu dans la seconde phase (observation réfléchie) permet l'établissement d'observations et de réflexions. Dans la troisième phase (conceptualisation abstraite) l'apprenant construit des énoncés plus généraux, indépendants d'expériences spécifiques. Enfin, dans la quatrième phase, il met à l'épreuve ses observations ou ses conceptualisations dans une nouvelle expérimentation. Etienne (1991) a démontré la pertinence de ce modèle pour la formation en ergothérapie.

À partir de plusieurs modèles, Charbonneau et Chevrier (1990) ramènent l'apprentissage expérientiel à trois grands moments: l'action, la réflexion et son réinvestissement critique (Figure 2). L'apprentissage a) origine de l'expérience vécue par l'apprenant dans une tâche ou une action, b) s'élabore et s'articule à partir d'elle et c) se réinvestit en elle. La phase de réflexion vise essentiellement à comprendre l'expérience, soit de manière concrète à titre d'événement particulier (phase OR), soit de manière plus abstraite à titre de situation type ou de phénomène (phase CA). Cette compréhension concrète ou abstraite de l'expérience doit cependant être validée par le réinvestissement critique, sous formes d'implications pratiques ou d'hypothèses théoriques, dans des expériences nouvelles.

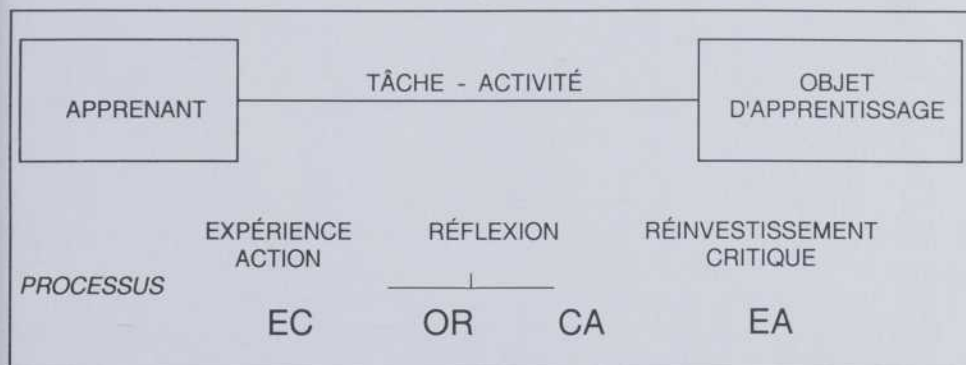


Figure 2. La relation d'apprentissage et le processus d'apprentissage expérientiel

Ce modèle d'enseignement/apprentissage, issu de la formation professionnelle, vise essentiellement l'intégration théorie-pratique en faisant acquérir de manière expérientielle à des praticiens un contenu théorique (des concepts et des principes, des modèles et des théories) et un contenu pratique (des

outils, des techniques, des rôles, des approches) reliés à leur profession (Figure 3).

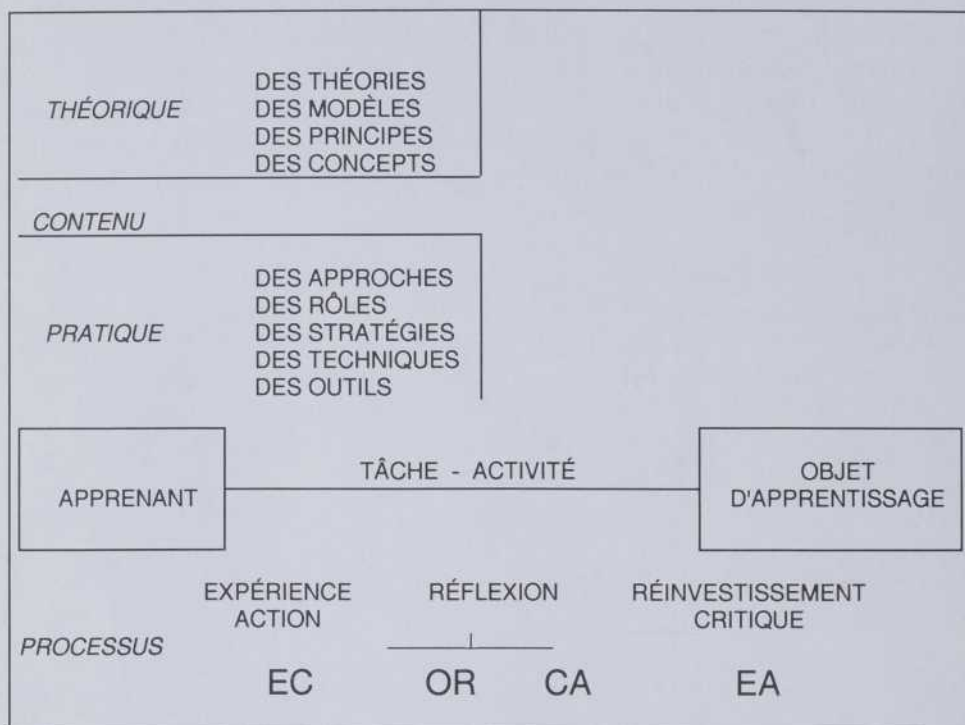


Figure 3. Le processus d'apprentissage expérientiel appliqué à un contenu pratique et théorique.

Ces contenus, autant pratiques que théoriques, ont été élaborés par d'autres personnes et l'un des objectifs de l'approche expérientielle est de permettre une appropriation beaucoup plus personnelle de ce contenu qu'un cours magistral seul ou une lecture seule peuvent le faire. L'expérience personnelle vient valider l'information fournie de l'extérieur par l'enseignant. Mais, et ceci est important, tant que l'apprenant ne s'identifie pas au contenu, ce sont *des théories, des concepts, des approches* qui demeurent essentiellement *extérieures* à l'apprenant.

Avec l'apprentissage réflexif, un nouvel élément peut être ajouté à la partie «contenu» de notre schéma intégrateur. L'apprentissage expérientiel y demeure toujours présent comme processus d'apprentissage fondamental. De fait, les autres formes d'apprentissage serviront davantage à introduire des changements au plan des contenus d'apprentissage qu'au plan du processus d'apprentissage proprement dit.

## L'apprentissage réflexif

Depuis quelques années, dans le cadre de la formation des maîtres, s'élaborent des programmes de formation (et de perfectionnement) basés sur le concept de «pratique réflexive», issu principalement du concept de réflexion-dans-l'action de Donald Schön (1983). Un grand espoir est fondé sur l'idée que les praticiens en formation (ou en exercice) construisent leur savoir professionnel à partir d'un apprentissage réflexif plus profond sur leur pratique (Clift, Houston et Pugack, 1990; Valli, 1992). L'apprentissage réflexif est conçu comme un processus de construction du savoir pratique (savoir-dire, savoir-faire et savoir-être reliés à la pratique) à partir d'un retour critique sur son action et sur les présupposés derrière cette action.

Dans l'optique de l'apprentissage réflexif, l'accent se déplace du pratique et du théorique extérieur à l'individu pour se centrer sur *sa* pratique et sur *ses* conceptions théoriques. L'objectif central de l'apprentissage réflexif est moins de faire acquérir *des* techniques, *des* approches ou *des* théories que de favoriser chez l'étudiant la prise de conscience de ce qu'il fait de manière à développer un fonctionnement efficace qui s'inscrit dans un savoir pratique *propre* (Figure 4).

Pour résoudre ses problèmes d'intervention, l'enseignant doit prendre conscience des présupposés derrière son action, c'est-à-dire de *ses* conceptions personnelles («Mes conceptions personnelles»), de *ses* convictions («Mes convictions»), de *ses* valeurs («Mes valeurs») qui donnent, inconsciemment, signification à son expérience pratique. Il doit aussi prendre conscience éventuellement de *son* modèle ou de *sa* théorie. Il parviendra peut-être à élaborer *son* modèle ou *son* approche théorique. La façon pour l'étudiant-maître d'acquérir des connaissances pratiques est de revenir sur *sa* pratique afin de mieux la comprendre et de lui donner du sens. C'est à travers la conscience des outils et des techniques qu'il privilégie («Mes outils privilégiés», «Mes techniques privilégiées»), les stratégies, les rôles et l'approche qu'il privilégie («Mes stratégies privilégiées», «Mes rôles privilégiés», «Mon approche privilégiée») que l'apprenant découvrira ses conceptions, ses valeurs, ses croyances, c'est-à-dire les présupposés à sa pratique.

Or ce retour ne semble pas suffisant s'il ne s'accompagne pas chez les étudiants, au départ, d'un minimum de convictions et de croyances verbalisées qui permettent de cibler leurs observations et leurs réflexions sur leur pratique. Dans une recherche qualitative sur des étudiants-maîtres en formation, Kubler LaBoskey (1993) a constaté que les étudiants qui font preuve d'une pensée réflexive et qu'elle

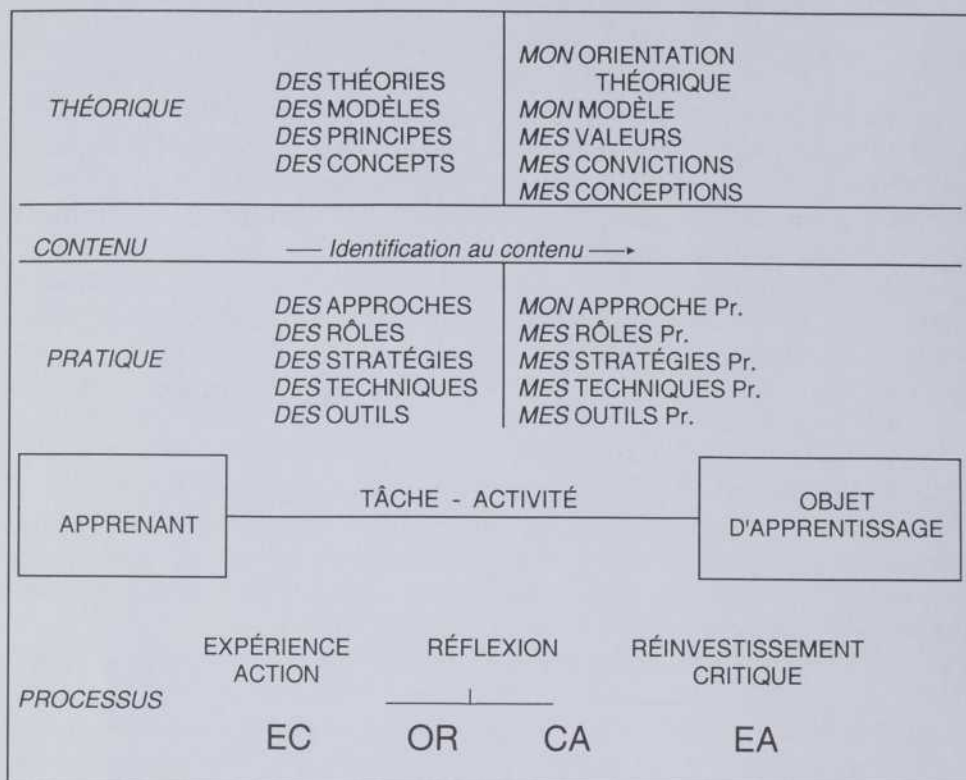


Figure 4. L'apprentissage réflexif appliqué à un contenu pratique et théorique et l'étape d'identification à des éléments du contenu.

nomme les «Novices alertes» ont deux caractéristiques qui les distinguent des étudiants qui ne démontrent pas de pensée réflexive et qu'elle nomme «Penseurs de sens commun» («Common-sense thinkers»). Premièrement, les «Novices alertes» ont un «crédo passionnel» («a passionate creed»). Ce «crédo passionnel» réfère à un besoin chez les «Novices alertes» d'apprendre activement et d'avoir une interprétation personnelle de leur expérience. On peut voir là le rôle de la conception personnelle de l'apprentissage dans la disposition à réfléchir. Deuxièmement, ils ont tendance à utiliser des questions de type «pourquoi»: «Pourquoi est-ce que je fais ce que je fais?». Un exemple de remarque d'un étudiant réflexif: «If I ever think that I know what I'm doing is right, I really want to step back and check my premise».

En contraste, chez les étudiants qui ne démontrent pas de pensée réflexive et qu'elle nomme «Penseurs de sens commun» («Common-sense thinkers»), elle

distingue deux sous-groupes. Il y a ceux qui semblent manquer des habiletés cognitives nécessaires à une réflexion approfondie, mais il y a aussi ceux qui ont les habiletés nécessaires, mais qui ont des croyances, des valeurs, des attitudes ou des émotions qui entravent ou déforment leur processus de réflexion. Par exemple, un des étudiants croyait qu'il était déjà un bon enseignant et qu'il n'avait pas besoin de réfléchir. De plus, ces étudiants, au lieu de poser des questions relevant du «pourquoi», ont tendance à poser des questions relevant du «comment»: «Comment faire telle chose?», «Qu'est-ce qui marche?». Le pas suivant pour ces étudiants semble donc être de leur faire développer un «crédo» et la réflexion sur ce qu'ils veulent être comme enseignant pourrait bien être une étape essentielle.

Les croyances et les convictions des étudiants s'expriment donc de deux manières différentes: d'une part, dans les présupposés à leurs actions et, d'autre part, dans leur discours sur l'enseignement efficace (le crédo passionnel). Idéalement, les deux ensembles de croyances devraient présenter une image cohérente. Or la seconde étape de l'apprentissage réflexif est la confrontation de l'apprenant quant à la cohérence entre, d'une part, ce qu'il fait et les présupposés derrière ce qu'il fait («Ce que je fais») et, d'autre part, ce qu'il dit vouloir faire («Ce que je veux faire»), ce qu'il dit croire («Ce que je dois faire», «Ce que je crois») et ce qu'il dit être («Ce que je suis», «Ce que je veux être comme personne et/ou comme professionnel») (Figure 5). La présence d'une cohérence entre ce que fait la personne et ce qu'elle croit, ainsi qu'à l'intérieur de chacune de ces deux dimensions, constitue un facteur fondamental de l'efficacité professionnelle selon Argyris et Schön (1974; voir St-Arnaud, 1992).

Ce modèle permet donc de mettre en évidence deux étapes dans l'apprentissage réflexif: une première étape d'identification à divers éléments des contenus pratiques («mes» pratiques privilégiées et leurs présupposés) et théoriques («mes» croyances et «mes» convictions verbalisées) et, une seconde étape d'établissement de la cohérence entre le «faire» et le «croire» (et ultimement l'«être») chez l'apprenant. Ces deux étapes apparaissent incontournables pour atteindre l'intégration théorie-pratique tant recherchée dans la formation.

### **L'apprentissage transformateur**

La prise de conscience de ses théories personnelles, de ses croyances et de ses valeurs n'exige pas nécessairement un changement de ces dernières. Souvent, l'ajustement se fait au plan de la pratique. Mais lorsque la personne prend conscience de l'inadaptation de certaines de ses croyances ou de certaines de ses

valeurs fondamentales, les changements requis sont tels que la personne éprouve le sentiment de transformations profondes. Mezirow (1991) nomme ce type d'apprentissage, un apprentissage transformateur (Transformative learning). C'est dans le contexte de l'éducation des adultes que Jack Mezirow introduit l'idée d'apprentissage transformateur qu'il définit comme le processus d'apprentissage conduisant à une reformulation d'une perspective de sens dans le but de permettre une compréhension plus englobante, plus discriminante et plus intégrée de sa propre expérience.

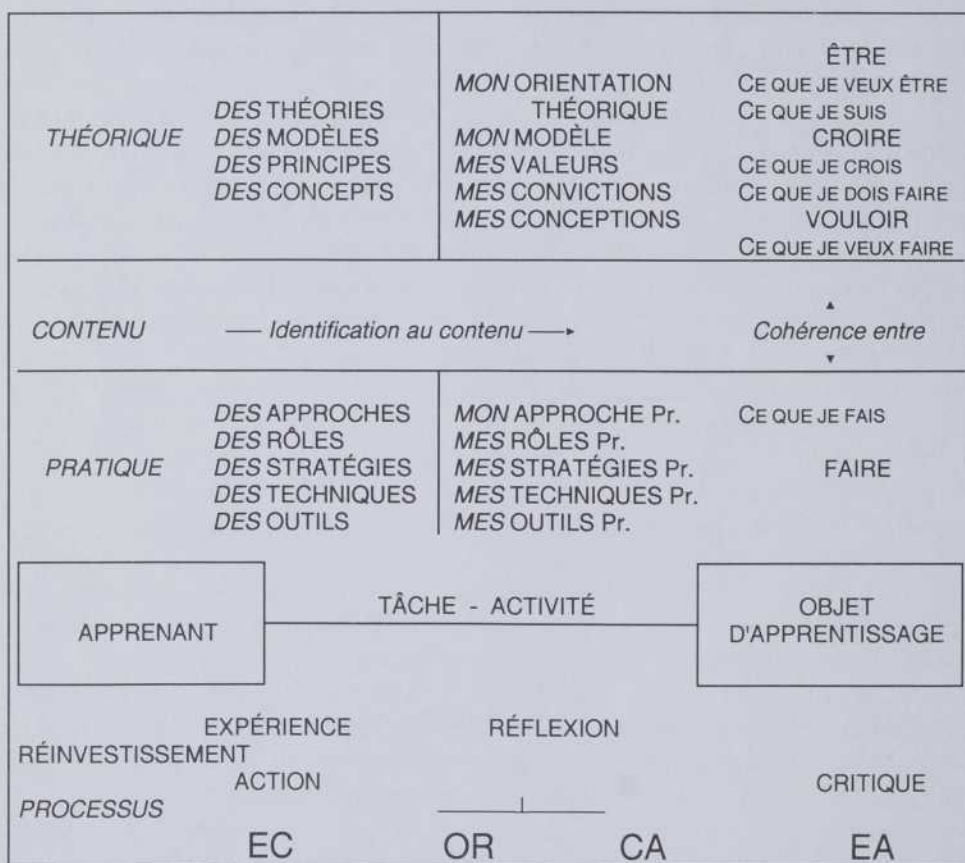


Figure 5. L'apprentissage réflexif appliqué à un contenu pratique et théorique et l'étape d'établissement de la cohérence entre les actions (le faire) et les croyances (le croire).

Encore ici, la réflexion constitue un facteur essentiel à la transformation de la signification donnée à l'expérience (Mezirow, 1990). La réflexion devient *auto-réflexion critique* et consiste à évaluer ses propres perspectives de sens,

particulièrement celles en rapport avec les rôles que nous sommes appelés à jouer et qui mettent en jeu l'identité personnelle et le sens de la vie: ce que je suis et veux être comme personne, comme homme ou femme, comme père ou mère, comme ami(e), comme travailleur (comme ergothérapeute, comme enseignant), comme citoyen, etc. On trouvera dans la communication de Dubouloz, Chevrier et Savoie-Zajc une explicitation de cette conception de l'apprentissage et des exemples du point de vue du client.

Cette transformation peut aussi concerner l'être comme professionnel (Ce que je suis et veux être comme professionnel). Du point de vue du perfectionnement des ergothérapeutes, Tremblay (1992) a montré comment l'appropriation d'une approche pédagogique qui comporte des présupposés différents, voire opposés à ceux que l'on possède déjà, exige une transformation intérieure chez l'individu. Elle a en effet montré la difficulté pour une ergothérapeute de s'approprier l'approche expérientielle lorsque la formation ne l'a pas préparée à une approche du client basée sur l'induction et la découverte par le client lui-même. L'appropriation de cette approche exige alors un changement personnel profond au plan des croyances et des valeurs reliées à l'apprentissage et à l'enseignement. Pour fonctionner efficacement, le professionnel doit s'approprier non seulement les techniques, mais surtout les postulats de l'approche.

### **L'apprentissage stratégique**

C'est grâce à la psychologie cognitive et à de nombreuses recherches en éducation sur l'apprentissage scolaire qu'aujourd'hui nous pouvons concevoir l'apprentissage comme une tâche en soi exigeant une gestion propre. L'apprentissage dit stratégique est la quatrième conception de l'apprentissage que nous aborderons maintenant.

Les recherches montrent que les apprenants les plus efficaces sont ceux qui s'adaptent en fonction de la situation et adoptent les stratégies cognitives les plus appropriées pour structurer leurs connaissances. Lorsque l'apprenant «gère activement sa démarche de réalisation de la tâche, sa performance est plus élevée et ses apprentissages plus significatifs que lorsqu'il ne la contrôle pas» (Tardif, 1992, p.47). Par contrôle d'une démarche d'apprentissage, on entend l'utilisation de stratégies métacognitives de planification, de régulation et d'évaluation pour la gérer le plus efficacement possible. L'apprentissage stratégique est donc conçu comme un processus actif de construction et de structuration (organisation) des connaissances, fondé sur une démarche orientée, géré par l'apprenant et comportant des stratégies cognitives et métacognitives.

Encore ici, les conceptions de l'apprenant sont déterminantes. La conception que l'on se fait de l'apprentissage a une influence sur le choix des stratégies, la régulation des actions et l'évaluation de la performance (Romainville, 1993). Les choix, les décisions et les jugements ne sont pas les mêmes si l'on conçoit l'apprentissage comme une activité essentiellement de reproduction (mémorisation) ou de transformation (compréhension) (De Ketele, 1994). Par exemple, encore aujourd'hui, pour plusieurs adultes, apprendre signifie essentiellement apprendre par coeur, et le critère de réussite dans une tâche d'apprentissage se ramène à être capable de réciter par coeur. Avec une telle conception de l'apprentissage, s'approprier efficacement un principe s'avère une mission impossible. La récitation par coeur du principe ne peut servir de garantie de la maîtrise cognitive de celui-ci, et encore moins de son utilisation en contexte approprié.

Par rapport au schéma qui nous sert de cadre intégrateur, la conception d'apprentissage stratégique permet d'ajouter l'idée que l'apprentissage lui-même devienne objet d'apprentissage. Le processus revient alors sur lui-même et se fait objet d'apprentissage expérientiel, d'apprentissage réflexif ou d'apprentissage transformateur. La personne apprend à apprendre. Dans le but d'améliorer son apprentissage et devenir un apprenant plus efficace, elle peut s'approprier de nouvelles stratégies; elle peut même vérifier la cohérence de ses actions avec ce qu'elle croit sur l'apprentissage, voire remettre en question ses propres perspectives de sens épistémiques (Mezirow, 1991).

Dans un contexte d'apprentissage stratégique, on peut se demander quelles sont les stratégies cognitives qui favorisent des apprentissages de type expérientiel, réflexif et transformateur? La littérature fourmille d'idées mais les stratégies les plus importantes sont le réseau conceptuel (Chevrier & Charbonneau, 1992; Deshler, 1990a), le Repertory grid (Candy, 1990; Solas, 1992), la métaphore (Deshler, 1990b; Bullough & Stokes, 1994), l'incident critique (Brookfield, 1990), le questionnement et l'auto-questionnement (Peters, 1990), le journal d'apprentissage (avec encadrement) (Étienne, 1988; Grégoire-Dugas, 1991), l'autobiographie (Dominicé, 1990), le dialogue d'apprentissage (Harri-Augstein & Thomas, 1990).

### Conclusion

En conclusion, en tant qu'intervenants, nos conceptions de l'apprentissage et de l'apprenant s'avèrent déterminantes dans la manière d'agir avec nos apprenants, qu'ils soient clients ou étudiants (Calderhead, 1988). Elles conditionnent aussi notre rapport au savoir lorsque nous devenons nous-mêmes

apprenants. En centrant et en réduisant l'apprentissage uniquement au comportement, on évacue la partie typiquement humaine de l'apprentissage, c'est-à-dire la signification que la personne accorde à son expérience. On élimine la signification, c'est-à-dire le moteur véritable de l'apprentissage et l'esprit profond de la motivation. Au contraire, à partir du moment où l'on voit l'apprenant comme un être qui interroge continuellement ses expériences en quête de sens, on ne peut plus considérer exclusivement ses comportements. On voit aussi la personne unique en face de soi et la signification qu'elle donne à ses comportements. La signification devient partie prenante du comportement. L'Association canadienne des ergothérapeutes est tout à fait justifiée en proposant de tenir compte de la dimension spirituelle dans la relation avec le client, car là se trouve la racine du sens pour la personne. Tout apprentissage ne peut être divorcé de l'être. Ces mots d'il y a vingt ans du psychiatre Viktor Frankl (1975) restent encore d'une indéniable actualité.

«Il est vrai que l'on peut voir le thérapeute comme un simple technicien seulement si on a d'abord vu le patient comme une sorte de machine. Seul un "homme machine" a besoin d'un "médecin technicien"» (p. 20).

### Références

- Argyris, C., & Schön, D. A. (1974). Theory in practice: increasing professional effectiveness. San Francisco: Jossey-Bass.
- Association canadienne des ergothérapeutes (1993). Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client. Toronto: CAOT Publications ACE.
- Brookfield, S. (1990). Using critical incidents to explore learners' assumptions. Dans J. Mezirow (Éd.), Fostering critical reflection in adulthood (pp. 177-193). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bullough, R. V., Stokes, D. K. (1994). Analyzing personal teaching metaphors in preservice teacher education as a means for encouraging professional development. American Educational Research Journal, 31 (1), 197-224.

- Candy, P. C. (1990). Repertory grids: playing verbal chess. Dans J. Mezirow (Éd.), Fostering Critical Reflection in Adulthood (pp. 271-295). San Francisco, Oxford: Jossey-Bass.
- Calderhead, J. (Ed.) (1988). Teachers' professional learning. Washington: Falmer Press.
- Charbonneau, B. & Chevrier, J. (1990). L'apprentissage expérientiel, fondement théorique et cadre d'étude du savoir-apprendre chez l'adulte. Dans B. Stolze Clough (Éd.), Les Actes du 9e Congrès Annuel de l'Association canadienne pour l'étude de l'éducation des adultes (pp. 91-95). Victoria, British Columbia, Canada: Department of University Extension and Community Relations, University of Victoria.
- Chevrier, J. & Charbonneau, B. (à paraître). Le savoir-apprendre expérientiel dans le contexte du modèle de David Kolb.
- Chevrier, J., & Charbonneau, B. (1992). Le réseau conceptuel comme technique d'évaluation en éducation des adultes. Dans M. Taylor & R. Bédard (Éds.), Les actes du 11e Congrès annuel de l'Association canadienne pour l'étude de l'éducation des adultes, Saskatoon, Mai 1992 (pp. 92-97). Saskatoon, Saskatchewan, Canada: College of Education, University of Saskatoon.
- Clift, R. T., Houston, W. R., & Pugach, M. C. (Éds.) (1990). Encouraging Reflective Practice in Education. New York: Teachers College Press.
- Covey, S. R. (1989). The Seven Habits of Highly Effective People. New York: Simon & Schuster.
- De Ketele, J.M. (1994). La situation en Europe. Actes du colloque international sur l'enseignement supérieur: Stratégies d'apprentissage appropriées, août 1994 (pp. 11-26). Hull: Université du Québec à Hull.
- Deshler, D. (1990a). Conceptual mapping: Drawing charts of the mind. Dans J. Mezirow (Éd.), Fostering Critical Reflection in Adulthood (pp. 336-353). San Francisco: Jossey-Bass.
- Deshler, D. (1990b). Metaphor analysis: Exorcising social ghosts. Dans J. Mezirow (Éd.), Fostering Critical Reflection in Adulthood (pp. 296-313). San Francisco: Jossey-Bass.

- Dominicé, P. (1990). Composing education biographies: Group reflection through life histories. Dans J. Mezirow (Éd.), Fostering Critical Reflection in Adulthood (pp. 194-212). San Francisco: Jossey-Bass.
- Etienne, A. L. (1988). Un des outils de l'apprentissage expérientiel: Le journal intime. Santé mentale au Québec, 13 (2), 165-169.
- Étienne, A. L. (1991). Du choix d'une approche pédagogique en fonction de la philosophie disciplinaire. Pédagogiques, 10 (1), 5-17.
- Frankl, V. (1975). The Unconscious God. New York: Simon and Schuster.
- Gagné, R. (1985). The conditions of learning and theory of instruction (4e Éd.). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Giordan, A., de Vecchi, G. (1990). Les origines du savoir: des conceptions des apprenants aux concepts scientifiques. Paris: Delachaux et Niestlé (2e éd.)
- Grégoire-Dugas, T. (1991). Le savoir apprendre expérientiel des futures enseignantes dans le cadre du modèle de Kolb. Mémoire de maîtrise non publié. Hull: Université du Québec à Hull.
- Harri-Augstein, S., & Thomas, L. (1990). Learning Conversations. New York: Routledge.
- Kolb, D. (1984). Experiential learning. Engelwood Cliffs: Prentice-Hall.
- Kolb, D. & Fry, R. E. (1975). Toward an applied theory of experiential learning. Dans C. Cooper (Éd.), Theories of group processes. London: Wiley.
- Kubler LaBoskey, V. (1993). A conceptual framework for reflection in preservice teacher education. Dans J. Calderhead & P. Gates (Éds.), Conceptualizing reflection in teacher development (pp. 23-38). London: Falmer Press.
- Mezirow, J. (1990). How critical reflection triggers transformative learning. Dans J. Mezirow (Éd.), Fostering Critical Reflection in Adulthood (pp. 1-20). San Francisco: Jossey-Bass.

- Mezirow, J. (1991). Transformative dimensions of adult learning. San Francisco: Jossey-Bass.
- Peters, J. (1990). The action-reason-thematic technique: Spying on the self. Dans J. Mezirow (Éd.), Fostering critical reflection in adulthood (pp. 314-335). San Francisco: Jossey-Bass.
- Romainville, M. (1993). Savoir parler de ses méthodes: métacognition et performance à l'université. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Schön, D. A. (1983). The reflective practitioner: How professionals think in action. New York: Basic Books.
- Schwartz, R. K. (1991). Educational and training strategies: Therapy as learning. Dans C. Christiansen & C. Baum (Éds.) Occupational therapy: Overcoming human performance deficits (pp. 664-698). Thorofare: Slack.
- Solas, J. (1992). Investigating teacher and student thinking about the process of teaching using autobiography and Repertory Grid. Review of Educational Research, 62 (2), 205-225.
- St-Arnaud, Y. (1992). Connaître par l'action. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Tardif, J. (1992). Pour un enseignement stratégique. Montréal: Logiques.
- Tremblay, M. (1992). Le processus d'appropriation de l'approche éducative expérientielle par une ergothérapeute. Mémoire de maîtrise non publié. Hull: Université du Québec à Hull.
- Tremblay, M. & Chevrier, J. (1993). L'apprentissage expérientiel: Un modèle éducatif à intégrer au processus ergothérapeutique. Revue canadienne d'ergothérapie, 60 (5), 262-270.
- Valli, L. (Éd.). (1992). Reflective teacher education: Cases and critiques. Albany: State University of New York Press.

***LE CLIENT COMME APPRENANT***



## LE PROCESSUS D'APPRENTISSAGE CHEZ LES PERSONNES DÉMENTES ET CHEZ LEURS SOIGNANTS : RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE COMME GUIDE

Louise Aronoff

### Résumé

L'ergothérapeute a un rôle éducatif auprès des aidants qui suivent les personnes démentes. Son rôle principal est de faciliter chez l'aidant la reconnaissance des besoins et des habiletés fonctionnelles d'un client pour le guider dans le développement de stratégies de soins afin de permettre de maintenir une certaine qualité de vie malgré le déclin continu de ses fonctions. Durant la démarche ergothérapique, les facteurs suivants sont à retenir : 1) la nature de la maladie et le pronostic, 2) la personnalité prémorbide du client, 3) la nature de la relation aidant/client et 4) l'environnement de vie de l'ensemble aidant/client. La relation aidant/client est souvent imprégnée d'anciens patrons d'interactions, de biais culturels ou personnels qui rendent difficile l'adaptation de l'aidant face aux comportements du client. Des exemples de relation aidant/client seront donnés : relation enfant-parent, frère-soeur, employé-client ainsi que leurs complications spécifiques. Le rôle de l'ergothérapeute est celui d'éducateur et la méthode doit être centrée sur l'ensemble aidant/client. L'ergothérapeute doit aider à comprendre les quatre facteurs sus-mentionnés. Elle doit aussi faire prendre conscience à l'aidant de ses propres biais personnels et culturels dans sa façon d'interagir avec le client et ainsi favoriser de bonnes stratégies de soins.

La démence est un terme général décrivant une maladie dégénérative, dont les causes sont diverses et qui touchent à la fois le fonctionnement cognitif et le fonctionnement moteur et ce de façon chronique (Cutler Lewis, S., 1989). En psychogériatrie, l'ergothérapeute doit aider les personnes âgées et leurs aidants naturels à faire face à la longue dégénérescence associée à cette maladie. Puisqu'il n'existe pas d'approche curative de la démence, le traitement doit être centré autour d'une évaluation continue des habiletés fonctionnelles de la personne démente, autour de l'éducation des aidants et de l'adaptation de l'environnement dans lequel le client vit (Patterson, M. et Whitehouse, P., 1990).

Les symptômes de dégénérescence centrale chez la personne âgée peuvent inclure une détérioration intellectuelle comme des troubles de la mémoire, de l'orientation et du jugement ainsi qu'une détérioration de l'affect qui a tendance à devenir labile et superficiel (Zgola, J. 1987). A cause du déclin des fonctions intellectuelles et affectives du client, l'ergothérapeute doit non seulement traiter le client chez qui les capacités à répondre aux stimuli externes sont diminuées, mais aussi traiter la personne aidante ainsi que travailler sur l'environnement. Le traitement est un processus de longue durée qui durera habituellement plusieurs

années, et la personne aidante doit recevoir de l'aide afin de développer des stratégies pour assister le client dans un environnement sûr afin de lui permettre de continuer à mener une vie satisfaisante durant le déclin de ses habiletés (Zgola, J., 1990). Lorsque l'ergothérapeute cherche à éduquer l'ensemble client-aidant, elle doit considérer les facteurs suivants (le féminin sera utilisé lorsqu'il s'agira de l'ergothérapeute):

1) La nature de la maladie et le pronostic du client, 2) La personnalité prémorbide et les valeurs du client, 3) La nature de la relation client-aidant, 4) Les habiletés et la reconnaissance de l'aidant, 5) L'environnement de vie de l'ensemble client-aidant.

### Nature et pronostic de la démence

La démence est un terme qui décrit la maladie et peut provenir de différentes causes. Les démences les plus communes sont celles reliées à la maladie d'Alzheimer et aux déficits cérébro-vasculaires. Chacune de ces démences présente un développement différent et une constellation de symptômes quelque peu différente aussi. La maladie d'Alzheimer est caractérisée par un déclin graduel commençant en général par une perte de mémoire à court terme, et ce n'est que durant les stades les plus avancés de la maladie qu'apparaissent les déficits moteurs (Cutler Lewis, S., 1989). Par contre, la démence vasculaire est caractérisée par un déclin soudain suivi par des périodes stables et les déficits sont plus spécifiques et plus distincts. Ainsi le jugement pourrait être très affecté suite à un déficit dans le lobe temporal du cerveau, alors que la mémoire pourrait demeurer encore fonctionnelle (Lewis, S., 1989).

Dans la planification d'un traitement, l'ergothérapeute doit prévoir un objectif de développement des connaissances chez la personne aidante en regard à la nature du cerveau et aux conséquences de l'atteinte cérébrale. On explique à la personne aidante, à l'aide d'un dessin, le fonctionnement du cerveau et on explique comment le mouvement et certaines fonctions mentales comme la mémoire, le langage et le jugement sont contrôlés par des régions cérébrales spécifiques. La plupart des aidants peuvent comprendre en théorie l'explication mais ne peuvent saisir les conséquences quotidiennes des atteintes cognitives. Par exemple, une personne aidante pourra dire: "je comprend que ma femme a des troubles de mémoire mais pourquoi doit-elle me demander sans cesse les mêmes questions?" (Zgola, J., 1987).

Les atteintes cérébrales ont des conséquences dans plusieurs domaines. Ainsi, la mémoire à court terme a un rôle sur le jugement et la logique parce que les causes d'une situation doivent être mémorisées afin d'en comprendre les conséquences. La mémoire à court terme a un impact sur les nouveaux apprentissages, parce qu'apprendre est basé sur le rappel de nouvelles façons de réagir à une situation. La désorientation et les pertes de mémoire peuvent causer chez la personne démente, des angoisses, de la paranoïa et de l'agressivité, moyens de défense face à un environnement ou une situation devenue hostile car rendue non familière (Zgola, J., 1987).

Le questionnement ou les comportements répétitifs sont souvent perçus chez la personne aidante comme non acceptables ou preuve d'entêtement quand, en fait, ceci est une façon pour le client de se réorienter ou de fonctionner dans ses activités familières et rassurantes.

### **La personnalité prémorbide du client**

Lorsque l'ergothérapeute tente d'évaluer une personne atteinte de démence et de planifier des objectifs de traitement, elle doit considérer la personnalité prémorbide et les valeurs du client. L'ergothérapeute doit obtenir l'histoire par l'entremise de la personne aidante ou des membres de la famille afin de connaître ce qui était important pour le client, afin d'être conscient des activités les plus appréciées. Une femme qui a aimé faire du jardinage voudra encore sortir au jardin pour y faire ses plantations de fleurs, alors qu'elle n'a jamais été intéressée à aider dans la cuisine (Weaverdyke, S., 1990). Les intérêts particuliers d'une personne ont tendance à se maintenir dans les premières phases de la démence même si on décèle une certaine difficulté à exécuter cette activité.

Les traits de personnalité ont tendance à s'exagérer par besoin de s'accrocher à un mécanisme de défense déjà connu et qui était autrefois efficace (Zgola, J., 1987). Par exemple, une personne qui avait l'habitude de fuir les situations difficiles dans un langage agressif deviendra encore plus agressive car elle est confrontée à d'autant plus de situations difficiles que sa désorientation augmente. Ces mécanismes de défense peuvent cacher la désorientation du client et la famille peut encore trouver cette personne plus ou moins compétente. Une personne timide et passive va généralement le rester tout au long de la maladie. Ce type de personnalité rendra la l'individu de plus en plus dépendante et s'accrochera à la personne aidante. Notez que, suite à un trouble cérébro-vasculaire il peut exister un changement radical de personnalité (Weaverdyke, S., 1990). Ceci provient d'un déficit spécifique d'une région cérébrale. Par exemple, une personne timide et

gênée peut devenir desinhibée et impulsive suite à une atteinte cérébro-vasculaire du lobe temporal. Ce changement soudain et radical peut être très déconcertant pour les membres de la famille et les pousser à changer leurs façons habituelles d'interagir avec la personne atteinte. Le système familial devient alors effiloché.

### **La nature de la relation client-aidant**

Les relations qui se sont maintenues sur une longue période de temps ont tendance à se stabiliser dans des patrons bien établis (Zgola, J., 1987). Sur l'ensemble d'une vie, les gens présentent des comportements habituels et adoptent des rôles qui tendent à se rigidifier et devenir inflexibles. Il existe un système de relation créé dans une famille et les membres ressentent un sens de sécurité dans les règles connues (Gwyther, L., 1990). Les membres de la famille peuvent trouver que le système est inconfortable ou désagréable mais connu. Ce système tend à persister bien après qu'un des leurs, alors devenu dément, ne remplisse plus ses rôles. Il existe beaucoup d'exemples cliniques de ce phénomène. Par exemple, deux soeurs qui ont toujours vécu ensemble trouvent leur relation très frustrante. La soeur aînée était celle qui prenait les décisions et était responsable des finances. La cadette déléguait tout à sa soeur. Maintenant que l'aînée est devenue peu à peu démente, la soeur cadette présente de grandes difficultés à prendre en charge la maison. Ne pouvant prendre de décision, elle cherchait continuellement l'accord et l'approbation de sa soeur même si celle-ci ne comprenait plus les problèmes. De son côté l'aînée était très fâchée de recevoir des ordres de sa soeur.

Les enfants de parents dominateurs ont souvent beaucoup de difficulté à prendre en charge la situation et à prendre les décisions pour leurs parents qui ont toujours imposé leurs idées. En effet, il est très difficile pour ces adultes d'apprendre de nouveaux comportements et d'agir au nom de leurs parents âgés par exemple de 80 ans et plus.

Dans d'autres types de relations client/aidant, le système n'est pas dérangé par la maladie d'un des leurs. Un exemple de cette situation pourrait être celui d'un homme de 80 ans, indépendant et qui aime prendre soin d'une épouse passive. Avec la maladie, sa femme est devenue de plus en plus dépendante de lui. La dépendance de sa femme renforce l'ego du mari et les soins à prodiguer donnent à ce dernier un sens à sa vie.

Les attitudes culturelles influencent la façon d'entrer en relation avec les autres et si on les oublie, elle peuvent causer des conflits. Par exemple, l'infirmière travaillant en institution est souvent appelée à prendre l'ensemble des décisions.

Cette attitude peut engendrer des difficultés chez un résident qui se perçoit indépendant même s'il est dément. Dans certaines cultures, il est acceptable de toucher ou d'embrasser quelqu'un alors que dans d'autres cultures, cela est mal vu. Ainsi un résident réservé vivant dans un centre d'accueil pourrait être très contrarié lorsqu'un membre du personnel hospitalier l'embrasse et pourrait interpréter ce comportement comme une agression ou comme des avances sexuelles.

Dans une situation particulière où l'ergothérapeute était consultante, plusieurs employées étaient des femmes des îles Caraïbes. Il existait beaucoup de ressentiments entre ces employées et quelques patients. Les patients étaient rendus particulièrement agressifs envers ces employées. A son tour le personnel était attristé d'être agressé lors de leur bonjour matinal. Après avoir évalué la situation, l'ergothérapeute a réalisé que ces soignantes étaient très joviales et parlaient assez fort. Ces comportements étaient mal perçus par certains résidents qui se croyaient être interpellés d'une façon hostile. Il existait une relation d'hostilité de part et d'autre, qui ne faisait qu'empirer les perceptions de chacun des partis. Les clients attaquaient verbalement le personnel. Les infirmières avaient de la difficulté à modérer leurs voix parce qu'il leur était culturellement normal de parler fort.

Dans la planification du traitement, l'ergothérapeute doit observer, avec attention, la relation entre le soignant et le soigné. L'ergothérapeute a le rôle particulier de faire prendre conscience à la personne aidante de la dynamique de la relation. Elle doit évaluer avec justesse la relation et supporter la personne aidante à travers les changements et adaptations qu'elle a à faire afin de répondre au niveau de fonctionnement du client (Zgola, J., 1987).

Les aidants trouvent souvent douloureux d'accepter la détérioration d'une personne proche et nient souvent l'ampleur du déficit. Toutefois, l'ergothérapeute ne peut s'attendre à un engagement adéquat de la personne aidante dans un traitement que lorsque celle-ci est prête à voir la personne démente d'une façon réaliste. L'évaluation du client doit être répétée périodiquement puisque son niveau de fonctionnement change et se détériore continuellement.

### **Les habiletés des personnes aidantes**

L'ergothérapeute doit enseigner à la personne aidante comment prendre soin de la personne démente et comment composer avec des comportements difficiles. Elle doit aussi promouvoir l'indépendance pour la personne démente et stimuler l'émergence d'un sens de sa vie (Mace, N., 1990).

Levy (1989) a proposé un modèle d'intervention appelé le "Model of Cognitive Disability". Cet auteur utilise trois patrons d'habiletés cognitives facilement observables et décrit comment le client qui présente la maladie d'Alzheimer pourrait manifester ces habiletés à chacun des six stages de la maladie. Levy donne alors des instructions sur lesquels s'ajustent des stratégies à prendre, et donne des exemples d'activités à utiliser lors des traitements. Le modèle de traitement proposé par Levy est utile car il est simple d'application, concis et direct. L'auteur donne des exemples concrets d'activités qui sont appropriées à chaque niveau du fonctionnement. Ce modèle facilite chez la personne aidante l'identification des changements à faire dans les comportements du client et propose des activités ajustées.

### **L'environnement de vie**

L'environnement de vie d'une personne est fondamental (Kielhofner, G., 1985). Il lui permet de recevoir des "feedbacks" sur son identité et sur son histoire de vie. C'est l'endroit où la personne exécute ses activités de la vie courante, ses activités sociales et ses activités de loisirs. Une maison ou un appartement rempli de meubles, d'objet d'art, papiers, etc. peut rendre l'expérience de vie de la personne cauchemardesque.

Ainsi, un environnement de vie est un endroit complexe. La personne y construit ses routines et ses habitudes de vie courante. Des activités sont faites sur une base temporelle comme par exemple: le paiement de factures, se nourrir etc. Toutes les activités demandent de l'équipement comme des pots, de la nourriture, des vêtements, du savon pour le bain etc. La personne qui vit chez elle doit reconnaître les ustensiles, se rappeler de leur utilité et de leur rangement. Un intérieur peut devenir un endroit dangereux pour la personne démente (Hiatt, L., 1990). Elle peut oublier des aliments sur la cuisinière et causer un incendie. Elle peut oublier de se vêtir pour le froid et déambuler dans la rue l'hiver, habillée inadéquatement.

L'ergothérapeute avec ses habiletés sur l'évaluation d'équipement et l'analyse de l'activité est qualifiée pour faire l'évaluation de la sécurité à domicile. Plusieurs évaluations relatives à la sécurité à la maison sont décrites dans la littérature ergothérapique. Le SAFER en est un exemple. Ces évaluations peuvent être utilisées comme outils pour rendre la personne aidante consciente des dangers communs dans un environnement de vie.

Compte tenu que le client se détériore avec le temps, l'environnement doit être adapté périodiquement. La personne aidante doit être sur ses gardes pour toutes situations de danger possible. Ainsi, il est parfois difficile pour l'aidant d'enlever les outils à une personne démentie qui aimait les manier et qui insiste à les utiliser, même si cela est dangereux. Il est aussi très difficile, voire douloureux, de retirer le permis de conduire à un client, pour qui le permis est un symbole de productivité, d'indépendance et de valeur de la personne. L'aidant doit aussi comprendre que le client devient désorienté dans des environnements nouveaux et lors de routines nouvelles. Le client dément restera plus autonome s'il peut suivre de vieilles routines et de vieilles habitudes (Zgola, J., 1987). La personne aidante ne devrait pas faire les choses à la place du client mais plutôt devrait apprendre à le guider par des signes positifs et une attitude respectueuse. Organiser un environnement qui renforce l'autonomie du client dément demande beaucoup d'habiletés. La personne aidante doit les apprendre car elles ne sont pas intuitives!

### Conclusion

La démence est une déficience qui a des effets très nombreux. Les familles sont dérangées, les environnements ne sont plus sécuritaires et les personnes aidantes doivent apprendre de nouvelles stratégies pour faire face à un état déficient de longue durée. Les personnes aidantes sont souvent submergées par les soins à donner à la personne aimée. Ils ont à apprendre de nouvelles habiletés. Les ergothérapeutes ne se rendent pas toujours compte de l'ampleur des apprentissages à faire par la personne aidante. Nous prenons pour acquis que si l'on aime quelqu'un, on peut s'informer et devenir une personne aidante adéquate. Le rôle de l'ergothérapeute est de permettre à la personne aidante de devenir thérapeute car c'est elle qui évalue, qui traite, qui supervise et soutient le membre de la famille déficient sur une base quotidienne de 24 heures.

### Références

- Gwyther, L. (1990). *Dementia Care*, chapter 8. John Hopkins University Press, Baltimore.
- Hiatt, L. (1990). *Dementia Care*, chapter 9, Design of the Home Environment for the cognitively impaired person. John Hopkins University Press, Baltimore.

- Kielhofner, G. (1985). *A Model of Human Occupation: Theory and Application*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Lewis, S., (1989). Dans S.C. Lewis (Éd.) *Elder Care in Occupational Therapy*, chapter 3. Slack International Books, Whitby Ontario.
- Mace, N. (1990). *Dementia Care*, chapter 4, Management of Problem Behaviors. John Hopkins University Press, Baltimore.
- Mace, Nancy (1990). *Dementia Care, Patient Family & Community*, chapter 1. John Hopkins University Press, Baltimore.
- Patterson, M. & Whitehouse, P. (1990). *Dementia Care, Patient Family & Community: Diagnostic Assessment of Patients with Dementia*. John Hopkins University Press, Baltimore.
- SAFER, C.O.T.A. Toronto Ontario Safety, Assessment of Functions and the Environment for Rehabilitation.
- Weaverdyke, S. (1990). *Dementia Care*, chapter 3, Intervention-based neuropsychological assessment. John Hopkins University Press, Baltimore.
- Zgola, J., (1987). *Doing Things: A guide to programming activities for persons with Alzheimer's Disease and related disorders*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.

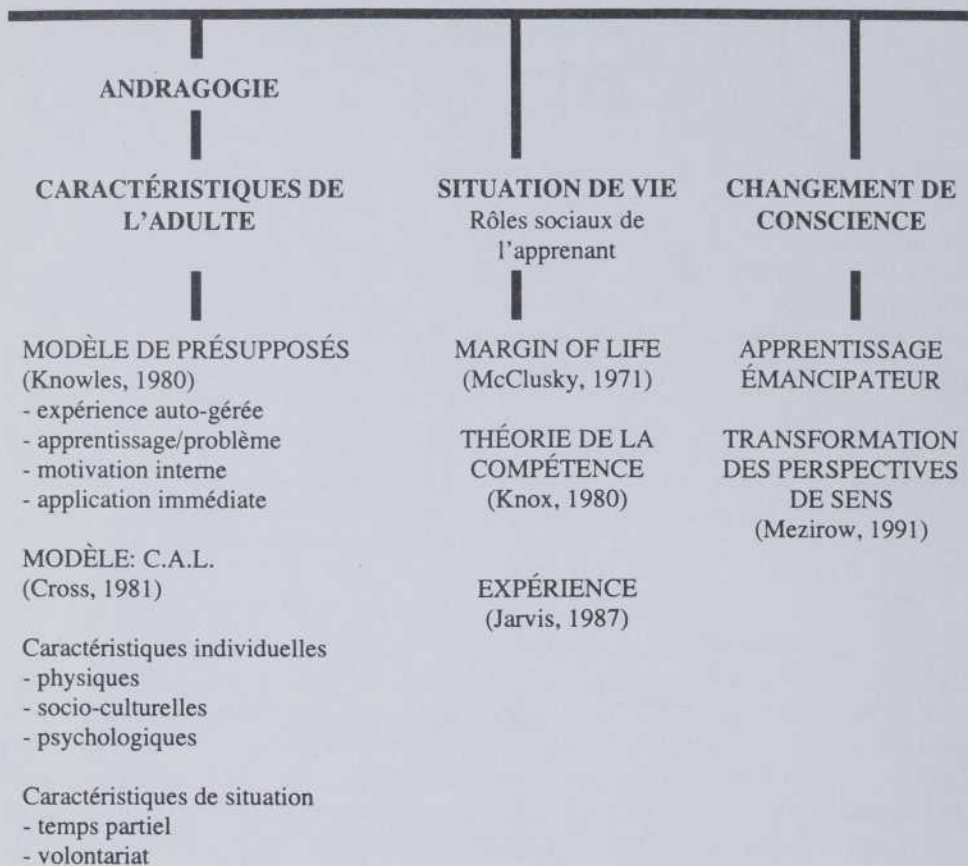
## L'APPRENTISSAGE TRANSFORMATEUR CHEZ LA PERSONNE ADULTE

Claire-Jehanne Dubouloz, Jacques Chevrier et Lorraine Savoie-Zajc

### Résumé

Les théories d'apprentissage des adultes sont classées par Merriam et Caffarella (1991) en trois catégories. Il y a les théories qui se basent sur les caractéristiques particulières de l'apprenant adulte (Knowles, 1980); celles qui se basent sur la situation de l'adulte où l'expérience est au centre de l'apprentissage (Kolb, 1984) et celles qui mettent l'accent sur le changement de conscience personnelle (Freire, 1972; Mezirow, 1990). Ce dernier courant s'attarde au domaine cognitif et plus particulièrement aux constructions mentales provenant de l'expérience de la personne et au sens qu'elle lui en donne. Mezirow est l'auteur qui a développé le courant d'apprentissage transformateur en éducation des adultes. Une brève présentation de ces catégories sera exposée. L'explication de l'apprentissage transformateur et la reconnaissance de sa pertinence quant au processus de changement du client traité en ergothérapie seront aussi présentées.

Les théories d'apprentissage des adultes sont classées par Merriam et Caffarella (1991) en trois catégories (Figure 1). Tout d'abord, il y a les théories andragogiques qui se basent sur les caractéristiques particulières de l'apprenant adulte, théories surtout émises par Knowles (1980) et Cross (1981), puis, les théories qui se basent sur la situation de vie de l'adulte où l'expérience est au centre de l'apprentissage (Jarvis, 1987; Knox, 1980; Kolb, 1984; McClusky, 1971) et enfin, celles qui mettent l'accent sur le changement de conscience (Mezirow, 1991). Ce dernier courant s'attarde au domaine cognitif et plus particulièrement aux constructions mentales provenant de l'expérience de la personne et au sens qu'elle lui en donne. Selon Merriam et Caffarella (1991), Mezirow est l'auteur qui a le plus développé le courant de l'apprentissage transformateur (transformative learning) en éducation des adultes. Dans cet article, la nature de ce type d'apprentissage, son processus et les concepts de base de perspectives de sens et schèmes de sens seront expliqués. Cette théorie sera ensuite intégrée dans le cadre général de l'intervention en ergothérapie afin d'en faire ressortir sa pertinence pour une clientèle adulte.



**Figure 1. L'apprentissage transformateur (adaptation de Merriam et Caffarella, 1991)**

### Nature de l'apprentissage transformateur

Mezirow (1981, 1985, 1989, 1990, 1991) a développé une théorie de l'apprentissage transformateur qu'il appelle théorie de la transformation des perspectives de sens. Cette approche ou orientation éducative, retrouvée plus particulièrement durant un apprentissage chez l'adulte, favorise des changements fondamentaux chez les gens. Ainsi, les personnes suivies en ergothérapie ont souvent à opérer des changements importants dans leur style de vie; que l'on parle par exemple de rééquilibrage du fonctionnement occupationnel suite à une déficience ou d'une adaptation à un handicap. Ces changements sont provoqués

par des événements traumatiques vécus par la personne. Il s'agit ainsi d'une situation favorable pour un apprentissage transformateur chez les clients en ergothérapie car selon Mezirow (1991), un événement traumatique personnel ou social est un facteur déclencheur pour la transformation des perspectives de sens. Mezirow (1978) suggère, qu'il existe des situations problématiques chez l'adulte où il n'est pas suffisant de chercher à accumuler davantage de connaissances sur une situation nouvelle ou de chercher l'efficacité d'une résolution de problème, mais où il faut plutôt s'engager dans une réflexion critique sur ses présupposés culturels et personnels qui dirigent ses propres agissements. L'ergothérapie donne un contexte thérapeutique particulièrement intéressant pour ce type de démarche réflexive. En effet, la personne doit remettre en question sa façon de fonctionner afin de trouver dans l'expérience même de l'activité les principes fondamentaux qui gouvernent ses choix d'engagement dans ses activités personnelles, sa façon habituelle de faire. Ainsi, le changement souhaité par le client et guidé par l'ergothérapeute sera possible si le client s'engage durant son traitement en ergothérapie dans une réflexion critique de ses présupposés.

Pour Mezirow (1990), le processus d'un apprentissage transformateur passe par l'interprétation d'une expérience. En ergothérapie, le client est amené à vivre des expériences concrètes à partir d'activités thérapeutiques spécifiques ou d'activités de la vie courante afin de se pencher sur sa façon de s'organiser et de s'engager dans ses actions quotidiennes. L'interprétation permet de donner un sens nouveau ou révisé à l'expérience, sens qui guidera la personne dans ses démarches futures (Mezirow, 1990). En effet, en menant une réflexion critique des présupposés qui parfois contribuent à une vision déformée ou biaisée de la réalité, la structure des perspectives de sens se transforme. Ce changement se produit lorsque la signification de cette perspective change. Cette signification se compose de dimensions cognitives et émotionnelles et de dimensions reliées à la volition. Elle provient de la personne elle-même qui propose une interprétation existentielle et non intellectuelle de son expérience (Mezirow, 1978). Cette dynamique invite les clients suivis en ergothérapie à effectuer une réflexion critique de leurs présupposés personnels. Pour ce faire, ils devront les percevoir, les comprendre et les reformuler dans une définition appropriée à leur nouvelle réalité.

### **Nature d'une perspective de sens**

Une perspective de sens est un grand principe qui guide la personne dans ses actions quotidiennes (Mezirow, 1990). Les perspectives déterminent comment nous voyons et pensons, comment nous nous sentons et comportons (Mezirow, 1981). Mezirow ajoute au terme perspective le complément sens (meaning) et

choisit de parler de perspectives de sens (meaning perspectives). Celles-ci sont des ensembles composés de dimensions cognitives, affectives et comportementales qui donnent un sens à l'expérience vécue. Elles permettent à la personne de se comprendre et sont organisées en un système ou un cadre de référence stable et cohérent sur lequel se base notre approche à la vie (Taylor, 1989, p. 144). Leur structure est faite de présupposés culturels dans lesquels s'assimile une nouvelle expérience et où se retrouvent les éléments de l'expérience passée. Mezirow suggère que le concept de perspective de sens se rapproche du concept de paradigme de Kuhn (1970) qui décrit un cadre de référence où il y a une méthode, des valeurs, des croyances et des attitudes spécifiques et communes à un ensemble de personnes. Les perspectives de sens déterminent le niveau d'attention et le type de perception et "nous entraînent arbitrairement à la catégorisation d'événements et à l'interprétation de ce qui nous entoure" (Mezirow, 1991, p.50). Chaque perspective de sens contient un certain nombre de schèmes de sens.

### **Nature d'un schème de sens**

Un schème de sens est une règle de conduite basée sur une connaissance particulière, une croyance spécifique, un jugement de valeur ou un sentiment. Ces schèmes de sens s'articulent dans une interprétation (Mezirow, 1991) et sont une manifestation concrète de nos perspectives de sens et guident nos actions spécifiques. Ces règles guident les choix quotidiens et sont en accord avec les grands principes appris c'est-à-dire les perspectives de sens. Par exemple, Carpenter (1992) rapporte que ses clients, suite à un traumatisme de la moelle épinière, ont eu à faire une réflexion critique sur certaines valeurs véhiculées par la société américaine et qui étaient devenues les leurs, comme la jeunesse, la force, l'attrance physique et la productivité. En effet, ces clients rendus dépendants d'un fauteuil roulant souffraient d'un manque d'estime personnelle ne pouvant plus répondre à ces grands principes généraux reliés au succès. Il existait une nette contradiction entre les principes directeurs de leurs actions (perspectives de sens) intégrés dans le passé et la situation d'incapacité chronique nouvellement acquise (quadriplégie), qui ne leur permettait plus d'effectuer les rôles et les fonctions habituelles (schèmes de sens). Afin de permettre un changement au niveau de leur fonctionnement par l'apprentissage de nouvelles façons de faire, ces patients ont eu à faire la critique de certaines des valeurs exposées ci-haut afin de les transformer en leur donnant un sens nouveau et approprié à la situation d'handicap.

### **Cycle de la transformation d'une perspective de sens**

Les perspectives de sens sont apprises et sont transformables à partir d'une réflexion critique de nos présupposés (Mezirow, 1989). Selon cet auteur (1991), pour qu'une transformation de perspectives de sens soit complète, la personne doit suivre une démarche réflexive en trois phases: 1) la reconnaissance des rôles imposés par la société, 2) la restructuration des conceptions de la réalité ("reframing, restructuring one's conception of reality") et 3) le réinvestissement dans son milieu. La reconstruction des conceptions de la réalité exige une redéfinition des problèmes, des besoins d'action, des critères de valeur et de jugement. C'est aussi une période dans laquelle la personne reconnaît que c'est par son initiative personnelle qu'elle créera le changement désiré. La troisième phase consiste en un réinvestissement dans son milieu d'un nouveau sens ou d'un sens modifié donné à une perspective qui permettra le changement d'action.

En résumé, une perspective de sens est un système global de principes et d'attentes générales (orientations, paradigme personnel). Elle génère des schèmes de sens pour la réalité concrète de tous les jours. Un schème de sens est une attente habituelle spécifique (connaissance, croyance, jugement de valeur et sentiment) qui devient une règle pour l'action de tous les jours. Ces deux termes développés par Mezirow, influencent notre façon de définir, de comprendre et d'agir sur notre expérience.

### **Distorsion des perspectives de sens**

Une distorsion est définie comme une perspective de sens produite par une assimilation non réfléchie chez la personne qui entraîne une vision de la réalité parfois erronée, arbitrairement limitée, qui empêche l'individu de voir autrement ou d'intégrer une nouvelle expérience afin de changer. Une perspective de sens peut incorporer dans sa structure des expériences incomplètes et fragmentées qui auront tendance à ne pas être significatives (area of meaningfulness). Ces distorsions peuvent être socio-linguistiques ou culturelles, épistémiques ou psychiques (Mezirow, 1989). Les paragraphes suivants vont décrire les éléments généraux qui se rapportent à ces trois types de distorsions.

Les croyances socio-linguistiques ou culturelles influencent nos propres croyances; si elles sont basées sur de fausses hypothèses, elles créeront une distorsion socio-linguistique ou culturelle des perspectives de sens (Mezirow, 1990). En ergothérapie, il s'agit de faire émerger des discours des clients engagés

dans un processus ergothérapique comme les croyances de la personne rattachées au système socio-culturel sur la maladie, la santé ou l'indépendance par exemple. En effet, la croyance du client qui pourrait s'énoncer comme "l'indépendance n'a de sens que lorsqu'on est mobile physiquement" pourrait rendre inefficace tout essai de l'ergothérapeute à une réadaptation du client lors d'un objectif général comme celui d'indépendance en fauteuil roulant.

Les distorsions épistémiques sont celles qui se rapportent à la nature et à l'utilisation de la connaissance. Mezirow (1989) rapporte plusieurs exemples concrets comme celui de croire qu'il existe une bonne solution à tout problème. En ergothérapie, il s'agira une fois de plus d'identifier ces distorsions en faisant exprimer au client durant les sessions de thérapie ce qu'il connaît par exemple de la réadaptation, de l'ergothérapie et/ou de son handicap. Ses connaissances peuvent être erronées dans la nouvelle situation où il se trouve. Ainsi, le client qui applique les connaissances qu'il a acquises lors d'un séjour en orthopédie pour une opération d'un fémur cassé à son séjour en réadaptation cardiaque suite à un infarctus du myocarde expérimenterait ce genre de distorsion. En lui demandant ce qu'il connaît de son état cardiaque, il pourrait répondre que son coeur comme son fémur antérieurement va se calcifier rapidement et qu'il pourra reprendre ses activités de travail. En comparant son coeur à un os, ce client très probablement aura de la difficulté à entrer dans une démarche de réadaptation basée sur la modification en profondeur du style de vie de la personne.

Les distorsions psychiques sont celles qui proviennent des interdits parentaux et bien que loin dans la conscience, resurgissent durant l'âge adulte sous forme d'anxiété lorsque nous transgressons ces interdits (Mezirow, 1989). Elles ont pour effet d'empêcher la personne d'agir à certains niveaux du fonctionnement (Mezirow, 1990). Ces distorsions peuvent être rapportées par nos clients lors d'expressions sur le concept de soi ou dans leurs croyances au succès personnel quant à la réadaptation par exemple. Ce type de distorsions est plus connu de l'ergothérapeute car il se rattache à la psychologie, science que l'on relie spécifiquement aux dimensions psycho-sociales de la personne. L'ergothérapeute peut se pencher par exemple sur les valeurs et les croyances reliées à l'expérience de jeunesse chez son client durant laquelle se sont définis des énoncés personnels sur le concept de soi, sur l'identité personnelle et/ou ses forces et ses faiblesses.

En résumé, c'est à partir d'un malaise ou d'une situation critique que l'adulte s'engagera dans le processus de transformation de ses perspectives de sens. Ce processus de transformation est activé par une réflexion critique sur les distorsions acquises (Mezirow, 1990). L'apprentissage transformateur déclenche, par la

réflexion, une transformation des croyances, des attitudes, des opinions et des réactions émotionnelles que sont les perspectives de sens.

### **Exemples de recherches portant sur la théorie de transformation des perspectives de sens**

Plusieurs études qui ont été menées auprès de personnes adultes prises dans des périodes de changements radicaux et profonds s'attardent à l'étude du processus de transformation des perspectives de sens ou à l'étude d'identification de certaines perspectives de sens transformées.

Mezirow (1978) a été le premier à s'attarder à ce phénomène dans une étude portant sur 83 femmes retournées aux études collégiales. L'événement déclencheur de ce retour était d'origine externe comme un divorce, le décès d'un époux, la perte d'un emploi, etc. Ces désorientations ont apporté chez ces femmes des questionnements sur leur identité personnelle, sur la direction et le sens qu'elles donnaient à leur vie. Suite à des entrevues, Mezirow a conceptualisé un processus de transformation en dix phases qui organisent dans le temps l'ensemble du phénomène: 1) un dilemme qui désoriente, 2) l'auto-examen des sentiments de culpabilité et de honte, 3) l'évaluation critique des présupposés sociaux (épistémiques, socioculturels et psychologiques), 4) l'identification de l'insatisfaction et du processus de transformation partagés par d'autres, 5) l'exploration d'options pour de nouveaux rôles, relations et actions, 6) la planification du plan d'action, 7) l'acquisition de connaissances et d'habiletés nouvelles pour l'implantation de plan d'action, 8) l'essai de nouveaux rôles, 9) la construction de compétence et de confiance personnelle dans les nouveaux rôles et relations, et 10) l'intégration des réflexions et des actions dans la vie personnelle sur la base des nouvelles perspectives.

Une autre étude portant sur le processus de transformation a été entreprise par Hunter (1980). Dans une thèse doctorale sur l'exploration d'un changement de style d'alimentation, Hunter a examiné la théorie de la transformation des perspectives de sens de Mezirow. Chez un groupe de douze sujets qui présentaient des déficiences physiques (arthrite, maladies du coeur, cancer), Hunter a décrit un processus de changement de leurs habitudes et leurs croyances alimentaires en regard de la théorie de l'accumulation de toxines. À l'aide d'une méthodologie qualitative, l'auteure a situé rétrospectivement des phases de changement de structure, de changement de sens et d'acquisition de nouvelles façons de penser et de se comporter. Les données ont été recueillies lors d'entrevues et l'analyse des

données a été faite selon la méthodologie de la théorie enracinée développée par Glaser et Strauss (1967). L'auteure a identifié un processus de changement en sept phases: 1) l'intérêt pour une bonne alimentation, 2) le déni d'un problème de santé, 3) la reconnaissance du problème de santé, 4) l'intérêt à changer, 5) la période de changement critique, 6) le temps réel du changement et 7) le développement spirituel. Sept construits théoriques décrivant le processus de transformation de perspectives ont été définis. Ces construits sont reliés aux phases de changement et l'auteure les a nommés de la façon suivante: 1) la révélation (exposition) d'un lien entre le régime alimentaire ancien et le régime alimentaire sain, 2) la connaissance (inoculation) de la théorie des toxines plusieurs années avant d'être malade, 3) le déni de la maladie, 4) la reconnaissance du problème, 5) l'engagement à faire le changement, 6) la satisfaction générale d'avoir changé, et 7) la foi dans des croyances différentes.

Plus tard, Morgan (1987) a étudié le processus de transformation des perspectives de sens chez 30 femmes au foyer qui avaient perdu leur rôle suite à un changement de statut social: divorce, veuvage ou séparation. Elle a analysé le processus de changement de ces femmes retournées aux études et a défini sept phases de transition: 1) choc et colère, 2) douleur et rejet, 3) passivité et dépression, 4) gain de confiance, 5) exploration d'option, 6) prise de décision, et 7) établissement d'indépendance.

En conclusion, Hunter (1980), Mezirow (1978) et Morgan (1987) ont tenté de systématiser un processus de transformation des perspectives de sens dans une démarche de recherche inductive. Ces études se sont surtout attardées à faire ressortir les phases de transition par lesquelles la personne passe. Ces phases décrivent par exemple, des états affectifs communs comme le "déni" (deuxième phase de Hunter), ou la "douleur, le rejet" (deuxième phase de Morgan). Mezirow (1978) signale une troisième phase qu'il appelle l'évaluation critique des présupposés sociaux (épistémiques, socioculturels ou psychologiques).

Une seule étude a porté sur l'identification des perspectives de sens transformées et elle se situe justement dans le domaine de la santé. Tel qu'abordé plus tôt, Carpenter (1992) décrit, dans une recherche qualitative, certaines perspectives de sens que dix personnes quadriplégiques avaient vécues durant leur période de réadaptation physique. La quadriplégie entraîne une perte quasi totale de force musculaire et crée des déformations musculo-squelettiques importantes. Les perspectives de sens associées aux valeurs socio-culturelles de force et d'attraction physique ont été identifiées comme des obstacles pour le client quadriplégique à entrer dans une démarche de réadaptation et à y être productif.

Ces valeurs socio-culturelles acquises durant le développement de la personne ont été relevées par l'auteure comme des distorsions pour ce groupe de personnes. En effet, lors d'une incapacité majeure (quadruplégie), ces valeurs ne sont plus adéquates car elles n'ont plus de sens dans la situation actuelle de ces personnes. L'auteure suggère même qu'elles limitent l'évolution de la personne et minimisent l'effet des efforts thérapeutiques du milieu de réadaptation. Ces personnes ont eu à porter une réflexion critique sur ces valeurs intériorisées afin de trouver d'autres perspectives de sens compatibles à leur nouvelle situation. Cette étude met bien en évidence que les distorsions sont des perspectives de sens qui doivent être critiquées et changées pour permettre un changement d'action chez la personne. L'intérêt de cette étude est de suggérer que la connaissance des distorsions de perspectives de sens d'un groupe de personnes chez qui un changement est essentiel à la survie, permettrait de délimiter les domaines de réflexions à engager durant la période d'intervention en ergothérapie.

### **Conclusion**

L'apprentissage transformateur chez l'adulte passe par une réflexion critique de ses présupposés socio-linguistiques ou culturels, épistémiques et psychiques. Ces présupposés structurent les perspectives de sens (valeurs, croyances, connaissances et sentiments) de la personne et ont tendance à automatiser les actions par l'intermédiaire des schèmes de sens ou attentes habituelles spécifiques. Pour un véritable changement, il faut passer par une transformation des perspectives de sens. La réflexion critique portée sur ces perspectives de sens entraîne de nouvelles et engendre un changement d'action chez la personne. Trois études ont porté sur la démarche de la personne en transformation et une autre s'est attardée à identifier certaines perspectives de sens de personnes suivies en réadaptation.

Il apparaît donc important de concevoir dans les traitements ergothérapeutiques des objectifs de traitement où est identifiée une démarche de réflexion critique chez les clients afin qu'ils prennent conscience des principes qui ont dirigé leur action, jusqu'au moment de leur traumatisme. Pour qu'une réadaptation soit efficace, les ergothérapeutes se doivent de prendre le temps durant leur traitement pour favoriser une réflexion critique chez leurs clients afin que cette réflexion favorise une transformation des perspectives de sens qui est nécessaire au changement en profondeur et essentiel à l'adaptation d'un nouveau mode de fonctionnement.

### Références

- Carpenter C. (1992). The experience of spinal cord injury as transformative learning. In Editor Canadian Association for the Study of Adult Education (pp.61-67). Saskatoon, Saskatchewan, Canada: Publisher.
- Cross, P.K. (1981). Adults as learners. San Francisco: Jossey-Bass.
- Freire, P., (1972), Pedagogy of the Oppressed, Harmondsworth: Penguin.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research, New York, Aldine.
- Hunter, E.K. (1980). Perspective Transformation in Health Practices: A study in Adult Learning and Fundamental Life Change, University of California, Los Angeles, Unpublished thesis, 286 pages, No 8015987.
- Jarvis, P.(1987). Meaningful and meaningless experience: towards an analysis of learning from life. Adult Education Quarterly, 37, (3), 164-172.
- Knox, A.B. (1980). Proficiency Theory of Adult Learning. Contemporary Educational Psychology. 5, 378-404.
- Knowles, M.S. (1980). What is andragogy?. Ins. Editor, The modern practice of adult education. New York: Cambridge.
- Kolb, D. (1984). Experiential learning: The experience as the source of learning and development. City: Prentice-Hall.
- Kuhn, T. (1970). The structure of scientific revolutions (2nd edition). Chicago: University Press of Chicago.
- McClusky, H. Y. (1971). Education background. Report prepared for the 1971 White House Conference on Aging. Washington, D.C.
- Merriam, S. & Caffarella, R. (1991). Learning in adulthood, San Francisco: Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (1978). Perspective Transformation, Adult Education, 28, (2), 100-110.

- 
- Mezirow, J. (1981). A critical theory of adult learning and education. Adult Education, 32, (1), 3-24.
- Mezirow, J. (1985). Concept and Action in Adult Education. Adult Education Quarterly, 35, (3), 142-151.
- Mezirow, J. (1989). Transformation theory and social action: A response to Collard and Law. Adult Education Quarterly, 39(3), 169-175.
- Mezirow, J. (1990). How critical reflection triggers transformative learning, In Fostering critical Reflection in Adulthood, Mezirow and associates, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Mezirow, J. (1991). Transformative dimensions of adult learning. San Francisco: Jossey Bass.
- Morgan, J. H. (1987). Displaced Homemaker Programs: The transformation from Homemaker to Independent Person, Unpublished doctoral dissertation, Teachers College, Columbia University, 349 pages, No. 8804228.
- Taylor, J. A. (1989). Transformative learning: Becoming aware of possible worlds, Unpublished master's thesis M.A, University of British Columbia, 293 pages.



## L'ÉCLAIRAGE DES THÉORIES COGNITIVES DANS LA COMPRÉHENSION DE L'APPRENTISSAGE CHEZ L'ADULTE ET LEUR APPLICATION POSSIBLE EN ERGOTHÉRAPIE

Marie-José Durand, Pierre Durand, Pierre Loisel et René Hivon

### Résumé

L'habileté de l'être humain à apprendre est fondamentale pour assurer sa survie, sa reproduction et sa vie productive. L'ergothérapeute intervient fréquemment dans un contexte d'apprentissage pour faire cheminer ses clients vers une plus grande adaptation de l'individu à son environnement (Christiansen & Baum, 1991).

Cette présentation s'attardera au *comment on apprend* imbriqué dans une perspective cognitiviste. Le texte sera divisé en trois parties. Nous situerons d'abord les théories cognitives par rapport au contexte de la profession et par la suite, par rapport à des exemples concrets où l'ergothérapeute agit comme éducateur. Nous *aborderons* enfin, de façon très globale, l'origine des concepts de base et finalement, les phases d'enseignement stratégique telles que décrites par Jones, Palincsar, Ogle et Carr (1987).

### Contexte

L'Association canadienne des ergothérapeutes (1993) souligne toute l'importance de notre rôle d'éducateur. Dans un article récent, Tremblay et Chevrier (1993) constatent le manque de connaissance des ergothérapeutes sur les modèles éducatifs pour fonder la relation éducation-apprentissage auprès des clients. Pour tenter de nous outiller par rapport à ce rôle d'éducateur, nous aborderons la question suivante: quel éclairage la perspective cognitiviste apporte-t-elle pour comprendre les phénomènes reliés à l'apprentissage et faciliter les interventions auprès des clients?

Il existe un grand nombre de contextes d'intervention éducative en ergothérapie. Voici quelques exemples de situations où l'ergothérapeute intervient clairement comme éducateur:

1. Clients présentant des maux de dos: Enseignement de l'anatomie de la colonne et des principes de manutention de charges.
2. Clients présentant de l'arthrite: Enseignement des principes de protection articulaire et de gestion d'énergie.

3. Clients présentant une amputation d'origine vasculaire: Enseignement des principes de prévention de blessures et des principes de manipulation de fauteuil roulant.

Dans les quelques exemples cités, nous pouvons déjà constater que l'ergothérapeute doit être extrêmement polyvalent dans son rôle d'éducateur. En effet, il doit être habile tant dans les diverses méthodes d'enseignement (exposé, discussion, apprentissage individuel) que dans l'enseignement des différents domaines de l'apprentissage humain (affectif, psycho-moteur, cognitif). Ceci présente un défi important.

Pour tenter de répondre à notre question, nous aborderons d'abord les théories cognitives et les principaux concepts de base qui y sont attachés. Par la suite, les interventions pédagogiques seront décrites ainsi que les phases de l'enseignement stratégique.

### **Théories cognitives**

#### Origine

Le paradigme cognitiviste a émergé dans les années 1965 d'un amalgame de sciences. En particulier, les contributions de la théorie de la gestalt, les travaux de Piaget, les découvertes de la neurobiologie, l'avènement de l'intelligence artificielle ont fourni une perspective complètement différente dans la lecture des phénomènes reliés à l'apprentissage (Dubé, 1990; Gagné, Yekovich et Yekovich, 1993; Tardif, 1992a). Dans le domaine des sciences de l'éducation, les contributions intéressantes des théories cognitives dans la compréhension de l'apprentissage sont de plus en plus souvent décrites. En fait, les théories cognitives s'intéressent de façon spécifique à l'analyse, à la compréhension et à la reproduction du traitement de l'information. Elles s'intéressent également aux conditions optimales permettant de provoquer, faciliter l'acquisition, l'intégration et la réutilisation des connaissances (Dubé; Gagné et al; Tardif, a). Le cognitiviste se donne pour objet une explication scientifique de la connaissance, sans se cantonner dans une pure description du comportement et sans se priver de faire intervenir, par inférence à partir de ce comportement, les processus internes qui en contrôlent et en modulent l'expression (Legendre, 1993). Ainsi dans cette perspective cognitiviste, la conception de l'apprentissage prend un sens particulier.

### Apprentissage dans une perspective cognitiviste

L'apprentissage dans une perspective cognitiviste est identifié comme un processus actif et constructif. Il est une acquisition d'un répertoire de connaissances et de stratégies cognitives et métacognitives (Dubé, 1990; Gagné et al., 1993; Tardif, 1992a). Ainsi l'apprentissage englobe les connaissances et les façons (méthodes, stratégies) d'approcher l'information et tout le concept d'auto-régulation (conscience) de ces apprentissages en terme de stratégies (Legendre, 1993). Par conséquent, cette conception qui s'intéresse aux processus internes de l'organisme s'oppose à la vision behaviorale de l'apprentissage plus centrée sur les stimuli-réponses et sur l'étude des comportements externes. Par ailleurs, dans une perspective cognitiviste de l'apprentissage les connaissances antérieures ont un rôle extrêmement important. En effet, certains auteurs décrivent que l'apprentissage est le résultat des liens interactions entre les connaissances antérieures et les nouvelles informations. L'apprentissage est donc perçu comme un ancrage. Certaines études ont démontrées que lorsque l'enseignant ne tenait pas compte des connaissances antérieures d'un individu sur un sujet, ce dernier avait tendance à rejeter les nouvelles informations et à maintenir et réutiliser ce qu'il connaissait déjà sur le thème. Des exemples cliniques sont très fréquents où, après quelques semaines de thérapie, nos clients nous répètent exactement ce qu'ils ont dit au premier jour et ce, malgré l'enseignement reçu. Ceci met en lumière toute l'importance des connaissances antérieures.

Dans une perspective cognitiviste, l'apprentissage est intimement relié à la notion de mémoire de travail souvent appelée mémoire à court terme (Gagné et al., 1993; Tardif, 1992a). La mémoire de travail constitue l'espace de traitement de l'information entre l'environnement extérieur (stimuli externes) et la mémoire à long terme. Elle représente une interface pour l'apprentissage. Rappelons-nous trois caractéristiques importantes de cette mémoire: (a) elle a une capacité de traitement de l'information limitée; (b) elle a une durée de rétention courte et (c) elle ne peut traiter qu'une seule information par compartiment de mémoire.

Reprenons maintenant ces caractéristiques de façon plus détaillée et à l'aide d'exemples. D'abord, la mémoire de travail est comparable à un meuble de rangement qui posséderait au moins cinq tiroirs. Certains chercheurs postulent que les compartiments de cette mémoire pourrait aller jusqu'à sept. Dans chaque tiroir, une seule information peut être traitée. Par conséquent, si l'hypothèse que la mémoire de travail contient cinq compartiments est retenue, un individu pourrait traiter jusqu'à cinq informations simultanément. Dans chaque compartiment, il y

a une information. Celle-ci peut être simple comme le nom d'un client ou sous la forme plus complexe d'un schéma qui contient plusieurs informations comme par exemple: le nom du client, son diagnostic, la couleur de ses cheveux, son statut marital. Un schéma est une représentation évolutive de l'organisation et de la hiérarchie qui existent dans le système de traitement de l'information (Rumelhart, 1981). Par conséquent, plus les informations sont organisées en schéma, plus l'individu va pouvoir traiter d'informations à la fois. Plusieurs chercheurs identifient l'organisation des connaissances comme une des caractéristiques qui différencie le novice de l'expert. Un exemple typique est l'étudiant en ergothérapie qui apprend à faire un bilan articulaire. Chacun de ces compartiments est occupé par une étape (ou geste) du bilan articulaire. Par conséquent, l'étudiant a de la difficulté à traiter au même moment la présence ou non d'œdème, la posture générale du client ou encore le contenu du discours du client. Par ailleurs, les recherches décrivent que la durée de rétention d'une information dans un compartiment est d'environ 10 secondes si elle n'est pas rappelée.

Ces trois caractéristiques de la mémoire de travail ont des conséquences sur la façon de dispenser l'enseignement. D'abord, il faut être conscient, comme intervenant, de la courte durée de rétention d'une information (moyenne de 10 secondes); ainsi, si nous désirons qu'un client maintienne une information que nous jugeons pertinente à l'apprentissage, il faut rappeler l'information au client assez rapidement. Deuxièmement, étant donné la capacité restreinte de la mémoire, il faut faire attention de ne pas la surcharger, de ne pas bombarder le client de nouvelles informations. Comme nous sommes experts dans notre domaine, nos propres connaissances sont souvent organisées en schéma et nous traitons un grand nombre d'informations de façon simultanée. Par conséquent, il faut être particulièrement alerte et attentif à la complexité du message que nous envoyons. Il devient donc essentiel de s'ajuster au client en terme de capacité de gestion de l'information. Finalement, nous savons que l'organisation des connaissances est un facteur important permettant de traiter plus d'informations à la fois et pour les rappeler plus facilement. Par conséquent, intervenir directement sur la hiérarchisation des connaissances (identifier de l'important du secondaire, participer à l'intégration des connaissances) est donc un processus facilitant l'organisation des connaissances.

### Types de connaissances et stratégies d'intervention pédagogique

Dans l'étude sur le traitement de l'information, il est accordé beaucoup d'importance à la cohérence entre le type de connaissances et les stratégies d'intervention pédagogique. Ceci repose sur le postulat suivant: chaque type de

connaissances a une représentation de nature différente au niveau de la mémoire et chaque représentation commande une intervention pédagogique différente (Gagné et al., 1993; Tardif, 1992b). Par conséquent, plus la cohérence entre le type de connaissances à apprendre et le mode d'intervention pédagogique sera élevée, plus l'encodage et la réutilisation fonctionnelle des informations seront facilités: ceci favorisera la qualité de l'apprentissage. Il existe un grand nombre de classification des types de connaissances (Alexander, Schallert & Hare, 1991; Hoffmann, 1993; De Jong & Ferguson-Hessler, 1993). Celle qui sera présentée ici est largement utilisée dans le domaine des sciences cognitives. La figure 1 résume les interventions pédagogiques proposées.

<b>TYPE DE CONNAISSANCES</b>	<b>STRATÉGIES PÉDAGOGIQUES</b>
DÉCLARATIVES	ÉLABORATION ORGANISATION
PROCÉDURALES	PROCÉDURALISATION COMPOSITION
CONDITIONNELLES	GÉNÉRALISATION

**Figure 1. Résumé des types de connaissances et des stratégies pédagogiques correspondantes.**

#### Type de connaissances

Les connaissances peuvent être catégorisées en trois groupes: 1) connaissances déclaratives; 2) connaissances procédurales; et 3) connaissances conditionnelles.

Les connaissances déclaratives sont les connaissances théoriques, de faits: anatomie de la colonne, pièces d'un fauteuil roulant. Les connaissances procédurales correspondent au comment de l'action, donc la réalisation d'une action qui amène une séquence de gestes: faire un bilan articulaire, faire un transfert. Finalement, les connaissances conditionnelles sont les connaissances reliées aux conditions de l'action (le quand et pourquoi de l'action): décider des évaluations à faire pour un client, choisir la technique de transfert appropriée selon la situation (Jones et Idol, 1990; Tardif, 1992a).

### Interventions pédagogiques

#### Connaissances déclaratives: élaboration et organisation

D'abord, il est fondamental que l'intervenant active les connaissances antérieures de l'apprenant. A partir de ces connaissances activées, deux stratégies sont proposées: élaboration et organisation.

#### Élaboration

La stratégie d'élaboration est l'action de greffer, d'ajouter une nouvelle information aux connaissances déjà en place. Plusieurs éléments peuvent être utilisés pour faciliter l'élaboration, faire une inférence, donner un exemple, identifier une analogie (Tardif, 1992a). L'élaboration permet d'augmenter le nombre de voies d'accès d'un schéma. La ressemblance entre un schéma et la croissance d'un arbre peut être utilisée comme illustration. En effet, au départ un arbre est petit et ne possède que quelques branches. Ainsi, si l'individu a peu de connaissances d'un sujet, celles-ci peuvent être représentées par un jeune arbre. Plus les connaissances sur un sujet vont augmenter, plus l'arbre va élaborer de branches diverses. Les voies d'accès à un schéma sont représentées par le nombre de branches. Selon Gagné et al. (1993), plus il y a de voies d'accès plus cela permet aux connaissances d'être disponibles et réutilisées. Voici une illustration de tous les jours, il nous arrive fréquemment de parler à quelqu'un d'une autre personne et parfois nous sommes incapable de nous rappeler cet individu. Il est très fréquent de voir que notre interlocuteur va se mettre à énumérer des caractéristiques de la personne recherchée. Ceci illustre les différentes parties du schéma construit de la personne et de ses différentes voies d'accès. Et souvent, un détail énuméré va nous permettre d'avoir accès à notre propre schéma. Donc, plus il y a de voies d'accès, plus les connaissances sont faciles à rappeler.

#### Organisation

Nous avons déjà abordé l'importance de l'organisation des connaissances dans le traitement de l'information. Dans ce sens, l'intervenant devrait agir de façon très explicite dans la hiérarchisation des connaissances enseignées. Ainsi, il devrait identifier avec le client les éléments les plus importants et les éléments secondaires (Gagné et al., 1993; Tardif, 1992a). Dans la pratique, une tendance fréquemment rencontrée est de laisser au client cette responsabilité d'organiser ses connaissances et parfois nous sommes surpris des priorités que nos clients formulent! Peut-être faudrait-il être plus interventionniste dans cet aspect.

### Connaissances procédurales: procéduralisation et composition

Comme ergothérapeute, nous sommes des experts dans l'enseignement de ce type de connaissances. En effet, grâce à l'analyse de l'activité, nous avons appris à découper en séquences l'action à réaliser. En fait, la procéduralisation consiste à rendre explicites les séquences d'action à réaliser. Par exemple, pour un transfert, il faut d'abord s'approcher de la surface, deuxièmement mettre les freins, troisièmement s'avancer dans le fauteuil et ainsi de suite.... Dans une perspective cognitive, après la procéduralisation de l'action, vient la composition (Tardif, 1992a). La composition permet à l'apprenant d'ajouter peu à peu les séquences de gestes dans une même action. Différents contextes sont alors utilisés pour permettre à l'individu d'enchaîner le tout. Le but visé est l'automatisation de la connaissance. Certains auteurs suggèrent que la démonstration de la séquence d'action, associée à une verbalisation explicitant ce que l'individu est en train de faire, faciliterait l'apprentissage de ce type de connaissance. Cette stratégie pourrait vraisemblablement être exploitée plus à fond en ergothérapie. D'après les observations de cliniciens que j'ai réalisées, la démonstration est fréquemment utilisée mais est plutôt associée à un ensemble de consignes diverses et à l'ajout de nouvelles connaissances. Il est possible à ce moment que la mémoire de travail soit réellement bombardée, rendant ainsi l'apprentissage plus difficile.

### Connaissances conditionnelles: généralisation

La généralisation est également une intervention pédagogique qui s'inscrit dans notre pratique quotidienne. Il s'agit d'exposer l'individu ayant une certaine connaissance à un ensemble de situations nombreuses et variées afin qu'il se génère une connaissance conditionnelle, c'est-à-dire un ensemble de conditions essentielles de l'action (Gagné et al., 1993; Tardif, 1992a). Le processus consiste à construire une représentation dans la mémoire à long terme la plus exacte possible de la réalité, parce que cette représentation va être le chef d'orchestre des actions futures de l'apprenant dans des situations similaires. Le choix et la séquence des activités sont donc fondamentaux. Par exemple, un individu peut savoir faire ses transferts du fauteuil au lit et du fauteuil au bain. Mais s'il est exposé à une nouvelle situation, par exemple à un transfert dans une voiture de sport, il devra ajouter de nouvelles conditions à sa connaissance. Il pourrait ajouter: si les surfaces sont inégales, si la distance entre les deux surfaces est grande, alors je devrai utiliser un planche de transfert. L'ergothérapeute dans son choix d'activité vise fréquemment la généralisation de la connaissance. Cependant, nous devons nous demander si dans les interventions, nous insistons de façon

explicite sur la reconnaissance des conditions essentielles et distinctives de l'action par le client. Laissons-nous au client la responsabilité principale de gérer et de d'identifier les conditions essentielles de celles distinctives?

### Phases de l'enseignement stratégique

Afin d'optimiser l'apprentissage, Jones et al. (1987) proposent des stratégies d'interventions à privilégier selon les phases d'enseignement traditionnellement décrites. La préparation à l'apprentissage, la présentation du contenu et finalement, l'application et l'intégration des connaissances constituent les trois grandes phases. La figure 2 résume les phases et les interventions.

<p><b>PRÉPARATION À L'APPRENTISSAGE</b>  <i>DISCUSSION DES OBJECTIFS</i>  <i>SURVOL DU MATÉRIEL</i>  <i>ACTIVATION DES CONNAISSANCES ANTÉRIEURES</i>  <i>DIRECTION DE L'ATTENTION ET DE L'INTÉRÊT</i></p>
<p><b>PRÉSENTATION DU CONTENU</b>  <i>TRAITEMENT DE L'INFORMATION</i>  <i>INTÉGRATION DES CONNAISSANCES</i>  <i>ASSIMILATION DES CONNAISSANCES</i></p>
<p><b>APPLICATION ET TRANSFERTS DE CONNAISSANCES</b>  <i>ÉVALUATION FORMATIVE DES APPRENTISSAGES</i>  <i>ORGANISATION EN SCHÉMAS</i>  <i>TRANSFERT ET EXTENSION DES CONNAISSANCES</i></p>

**Figure 2. Phase de l'enseignement stratégique**

#### La préparation à l'apprentissage

A cette première phase, la discussion des objectifs de la tâche est abordée. Le pourquoi de l'activité et les retombées pour le client sont formulés. La deuxième étape consiste en un survol du matériel, en distinguant les points forts et les points faibles ainsi que leur utilité réelle. L'activation des connaissances antérieures tel que discuté précédemment suit. Il faut souligner également toute l'importance

d'agir rapidement sur les connaissances erronées afin d'éviter de fausses constructions. Il est fréquemment observé en clinique, que l'ergothérapeute n'intervient pas sur les connaissances erronées verbalisées par le client, mais préfère plutôt lui formuler directement toutes les bonnes connaissances. Ceci peut souvent avoir comme conséquence que l'individu invalide ce qui est dit et reste avec son bagage de connaissances antérieures inaltérées (Tardif, 1992a). Un exemple typique est le client qui, après dix heures d'enseignement sur l'anatomie de la colonne, refuse de se pencher car il croit fermement que la colonne vertébrale va se casser. Cet exemple illustre toute l'importance de l'activation des connaissances antérieures dans l'apprentissage et l'ancrage à ces dernières. Finalement, la dernière étape est la direction de l'intérêt et de l'attention, où doit s'amorcer la discussion sur la motivation et l'investissement dans l'activité.

### Présentation du contenu

La première étape de cette phase est le traitement des informations c'est-à-dire l'espace où sont traitées les interactions entre les anciennes et les nouvelles connaissances. Jones et al. (1987) décrit l'importance de discuter des stratégies cognitives d'apprentissage de l'apprenant en le rendant conscient de celles-ci. Cette étape est suivie de l'intégration des connaissances. Elle est caractérisée par une intervention dirigée sur le pointage spécifique des informations importantes et sur les stratégies cognitives utilisées pour représenter un problème (aborder une information). Il est souligné ici toute l'importance de l'autorégulation de l'apprentissage. Finalement, l'assimilation des connaissances se centre sur la façon dont sont intervenus les changements de connaissances. L'intervenant a un rôle au niveau de l'organisation de ses nouvelles connaissances. Par exemple, ceci suggère qu'avec un client, il faut prendre le temps de rappeler de ce qu'il savait au départ et de la manière dont les connaissances se sont modifiées.

### Application et transfert de connaissances

Cette phase est abordée par l'évaluation formative des apprentissages. Il s'agit de faire le point face aux objectifs de départ et de se situer en fonction de ce qui a été acquis. L'organisation en schémas est l'étape suivante; il s'agit d'harmoniser les connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles sur un même sujet. Un accent est mis sur le développement des connaissances conditionnelles à savoir dans quelles situations s'appliquent ou ne s'appliquent pas les connaissances. Finalement, le transfert et l'extension des connaissances est

l'étape d'exposition de l'apprenant à un ensemble de situations complexes où il doit exécuter des transferts d'apprentissage. En accompagnant le client dans sa démarche, l'intervenant doit être très explicite par rapport à la reconnaissance des conditions dans lesquelles une connaissance s'applique. Pour reprendre le dernier exemple, l'intervenant devrait pointer les situations dans lesquelles le client devrait utiliser une planche de transfert. Ainsi dans notre pratique professionnelle, nous avons peut-être tendance à laisser une grande part de l'identification des conditions au client et à penser que l'exposition à un ensemble de situations est inhérente à une construction de connaissances conditionnelles. Dans une perspective cognitiviste de l'apprentissage, l'importance de la décontextualisation des apprentissages est abordée (Tardif, 1992a). Cette notion implique que l'apprenant peut extraire des diverses situations le gabarit de connaissances qui n'est pas spécifique à un contexte ou situation particulière. La décontextualisation de l'apprentissage facilitera la recontextualisation dans une nouvelle situation. Comme ergothérapeute dans le rôle d'éducateur, nous visons le transfert des connaissances dans le milieu naturel du client. Dans l'action ergothérapique, il va de soi d'exposer l'individu au maximum de situations variées et complexes. Mais exploitons-nous au maximum tous ces contextes? Mettons-nous un accent sur la décontextualisation des apprentissages? Laissons-nous à l'individu trop de place face au triage des informations?

*A noter que les phases de l'enseignement stratégique sont décrites intégralement dans l'ouvrage de J.Tardif (1992a) ainsi que la majorité des concepts discutés.*

### Conclusion

Comme ergothérapeute, nous agissons fréquemment comme éducateur auprès de nos clients. Dans ce cadre, la perspective cognitiviste de l'apprentissage peut fournir des pistes intéressantes de réflexion sur le traitement de l'information de nos clients et sur nos interventions pédagogiques. Les théories cognitives sont des connaissances jeunes qui ont encore à faire leur preuve. Toutefois, leur compréhension nous permettra de les utiliser avec discernement et nous apportera une perspective nouvelle dans notre rôle d'éducateur.

### Références

- Alexander, P.A., Schallert, D.L. & Hare, V.C. (1991). Coming to terms: How researchers in learning and literacy talk about knowledge. *Review of educational research*, 61, 315-343.

- Association canadienne des ergothérapeutes (1993). Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client. Toronto: CAOT Publications ACE.
- Christiansen, C. & Baum, C. (1991). Occupational Therapy. Overcoming Human Performance Deficits. Thorofare: Slack Inc.
- De Jong, T & Ferguson-Hessler, M.G.M. (1993). Types and qualities of knowledge. AERA Conference, Atlanta.
- Dubé, L. (1990). Psychologie de l'apprentissage. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gagné, E.D., Yekovich, C.W. & Yekovich, F.R. (1993). The cognitive psychology of school learning (2e éd.). New York: Harper Collins.
- Hoffman, R.R. (1993). The psychology of expertise. Cognitive research and empirical AI. New York: Spinger-Verlag.
- Jones, B.F., Palincsar, A.S., Ogle, D.S. & Carr, E.G. (1987). Strategic teaching and learning: Cognitive instruction in the content areas. Alexandria: VA: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Jones, B.F. & Idol, L. (1990). Dimensions of thinking and cognitive instruction. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Legendre, R. (1993). Dictionnaire actuel de l'éducation. (2e éd.). Montréal: Guérin.
- Rumelhart, D.E. (1981). Schemata: The building blocks of cognition. Dans J.T. Guthrie (Ed.), Comprehension and teaching: Research Reviews (pp. 3-26). Newark: International Reading Association.
- Tardif, J. (1992a). Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive. Montréal: Les Éditions Logiques.
- Tardif, J. (1992b). Un paradigme de recherche. Manuscrit non-publié, Université de Sherbrooke, Centre de pédagogie médicale, Faculté de Médecine, Programme de recherches, Sherbrooke.

Tremblay, M. & Chevrier, J. (1993). L'apprentissage expérientiel: Un modèle éducatif à intégrer au processus ergothérapique. Canadian Journal of Occupational Therapy, 60, 262-270.

*L'ÉTUDIANT-ERGOTHÉRAPEUTE  
COMME APPRENANT*



## RÉFLEXION SUR LA PRÉPARATION À LA PRATIQUE COMMUNAUTAIRE POUR LES ÉTUDIANTS EN ERGOTHÉRAPIE

Constance Vanier et Michèle Hébert

### Résumé

Le Programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa offre un cours de formation à la pratique communautaire. Les réformes des systèmes de santé au Québec et en Ontario et la place grandissante que tient le concept de promotion de la santé, ont suscité chez les enseignants du cours, une réflexion approfondie sur les fondements conceptuels et pédagogiques de cette formation. Les orientations actuelles dans le domaine de la santé, les connaissances et habiletés requises pour la pratique communautaire, les principes pédagogiques et la forme actuelle du cours, de même que les perspectives pour le cours et pour la recherche sont discutés.

En ergothérapie, une des nombreuses préoccupations des formateurs à la discipline est de bien préparer les étudiants à la pratique de la profession. Pour ce faire, une attention particulière est portée à l'adaptation du programme d'études à la réalité de la pratique. Les réformes des systèmes de santé et les champs de pratique nouveaux ou plus récents soulèvent une réflexion chez les formateurs qui s'actualise par des modifications et des ajustements aux cours existants et par l'ajout ou l'exclusion d'autres cours.

La pratique communautaire en ergothérapie, qui est définie par Trickey (1993) comme l'ensemble des services offerts aux personnes dans leurs milieux naturels de travail, de loisirs ou d'activités de la vie quotidienne, était qualifiée de non traditionnelle voilà quelques années. Elle est aujourd'hui considérée un champ de pratique courant et très actuel. Il est rapidement devenu impératif de préparer les étudiants à cette pratique (Hildebrand, 1992; Quinn, 1988; Townsend, 1988). À cette fin, le programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa offre un cours optionnel de deux crédits et qui s'intitule "Ergothérapie en milieu communautaire".

Tout au long des deux dernières années, les enseignants remettent en question la forme, l'organisation et le contenu du cours, afin de mieux préparer les étudiants à la pratique communautaire. Recherches bibliographiques, évaluations du cours et consultations auprès de cliniciens pratiquant en milieu communautaire et auprès d'autres milieux s'intéressant à la formation des étudiants, ont conduit à l'identification de quatre concepts clés qui influencent directement l'organisation et les contenus actuel et futur du cours.

## Concepts clés

### Orientations actuelles dans le réseau des Services de santé

Les provinces de l'Ontario et du Québec vivent actuellement des réformes de leurs systèmes de santé. Le concept de promotion de la santé et l'ensemble du secteur communautaire y ont gagné en importance, car ces réformes s'orientent sur un élargissement de la conception traditionnelle de la santé, reprenant une réflexion entreprise il y a plusieurs années sur les changements démographiques, sur les déterminants de la santé (conditions économiques, environnementales et sociales des populations), sur l'efficacité des services de santé en regard des besoins des populations et sur les coûts engendrés par ces services (Conseil du Premier ministre sur la santé, 1989, 1990; Côté, 1990, 1992). L'individu est reconnu comme l'élément le plus important du système des services de santé et il est fortement recommandé de lui offrir les services qu'il requiert le plus près possible, sinon dans son milieu naturel (Pineault, 1992; Rollin-Gagnon, 1992).

Les nouvelles politiques de santé et les restrictions budgétaires des années 1990 font de la pratique communautaire en ergothérapie un secteur en expansion (Hurff, Lowe, Ho et Hoffman, 1990; Madill, Townsend et Schultz, 1989; Picard-Grefte, 1992; Strickland, 1994). La révision du modèle du rendement occupationnel (Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 1991) souligne d'ailleurs ces nouvelles orientations par l'élargissement des concepts de l'environnement (incluant les facteurs collectifs, tels que les ressources communautaires, les politiques et les conditions socio-économiques), de client (incluant les aidants naturels, les intervenants, etc.) et de lieu de pratique (incluant certains secteurs non traditionnels communautaires).

### Concept de promotion de la santé

Si le concept de promotion de la santé plaît aux administrateurs pour une éventuelle réduction des coûts de la santé, il a une importance encore plus grande pour les intervenants ayant une vision sociétale de l'amélioration de la qualité de la vie. Green et Kreuter (1991) affirment que la promotion de la santé est la seule avenue qui puisse redonner l'espoir de voir un jour s'améliorer l'état de santé des populations. La promotion de la santé et les différentes approches qui s'y rattachent demandent un ajustement des rôles en ergothérapie qui, sans être divergent des rôles issus des fondements de la profession, nécessitent des connaissances et des habiletés particulières (Madill et al., 1989; Quinn, 1988; Rollin-Gagnon, 1993).

### Connaissances et habiletés nécessaires à la pratique communautaire

Une vision de l'individu qui émane d'un concept de santé, et de préservation de cette dernière, et qui est enchâssé dans une approche plus sociétale est aujourd'hui essentielle et primordiale. Les rôles d'analyste des besoins des populations, de planificateur de programmes, d'éducateur à la santé, de promoteur et d'acteur dans le développement communautaire sont autant de nouveaux rôles qui deviennent prioritaires dans un modèle de promotion de la santé et qui doivent être connus par les ergothérapeutes. Banks (1991), Madill et al., (1989), Quinn (1988) et Townsend (1986, 1988) suggèrent l'inclusion dans le programme d'études d'objectifs visant la connaissance des systèmes et services communautaires, la connaissance de la promotion de la santé, les connaissances et habiletés pour la consultation, la planification, l'éducation communautaire et finalement, les habiletés pour travailler avec une grande variété de professionnels, non-professionnels, bénévoles et autres. Ces connaissances et habiletés particulières sont indispensables à la pratique communautaire.

### Principes pédagogiques

L'organisation générale du programme d'études en ergothérapie à l'Université d'Ottawa établit trois grandes étapes dans la formation des étudiants: a) connaissance de l'être humain en interaction avec son environnement, b) connaissance de la personne handicapée et de ses limites d'action dans l'environnement, et c) connaissance de l'intervention ergothérapique qui remédie à ces limites dans l'action (Etienne, 1989). Il est admis, dans une approche cognitiviste de l'apprentissage, que les connaissances acquises servent de filtre aux informations subséquentes que reçoivent les étudiants (Goupil et Lusignan, 1993; Tardif, 1992).

Le cours "Ergothérapie en milieu communautaire" est offert aux étudiants dans la dernière étape de leur formation. Ils sont donc d'abord exposés à de nombreux cours portant sur les pathologies, handicaps, pratiques institutionnelles et autres. Puis ils doivent enchâsser à leurs savoirs, en fin de formation, une conception nouvelle de la pratique ergothérapique, hors des institutions et hors du modèle médical traditionnel, soit la pratique communautaire. Les étudiants démontrent certaines difficultés à s'éloigner des pratiques institutionnelles et à considérer la qualité de vie de l'être humain dans son milieu avant de considérer les pathologies qui l'affectent. Ceci se reflète particulièrement dans leurs travaux et dans la qualité de leurs réflexions lors des cours. On attribue ces difficultés au fait que le cours soit donné en fin de formation.

### **Contenu du cours "Ergothérapie en milieu communautaire" du Programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa**

Le but général du cours "Ergothérapie en milieu communautaire" est de familiariser et de préparer les étudiants à la pratique communautaire. En regard aux trois premiers concepts clés précédemment nommés, il est attendu des étudiants: (a) qu'ils approfondissent le concept de promotion de la santé et prennent conscience de l'orientation communautaire dans le domaine de la santé; (b) qu'ils connaissent les paramètres d'analyse des besoins biologiques, psychologiques et sociaux-culturels d'une population; (c) qu'ils approfondissent leur connaissance des programmes de santé et de services sociaux de l'Ontario et du Québec, et des ressources communautaires régionales; (d) qu'ils soient capables d'identifier les approches et les rôles ergothérapeutiques particuliers à la pratique communautaire; et (e) qu'ils associent les connaissances théoriques acquises à la réalité de la pratique ergothérapeutique communautaire.

Pour ce faire, les étudiants participent à vingt-quatre heures de cours théoriques, organisées en six rencontres. Souvent le contenu du cours est abordé sous forme d'échanges et de discussions, portant sur: (a) le concept de promotion de la santé et ses approches, lignes directrices, et applications en ergothérapie; (b) la population et l'analyse de ses besoins; (c) la santé et ses déterminants; (d) les facteurs organisationnels tels les politiques et les structures du réseau de la santé; (e) les programmes gouvernementaux et les établissements du réseau; (f) les organismes communautaires et les autres ressources communautaires, incluant les aidants naturels; et (g) les rôles spécifiques à la pratique communautaire tels ceux de planificateur, éducateur, intervenant, consultant, référant et membre d'une équipe interdisciplinaire ou intersectorielle.

Certaines discussions portent aussi sur les rôles et interventions particulières dans certains milieux, comme les Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.), quand l'ampleur de la pratique le justifie. Le cours se termine par une synthèse sur la pratique communautaire en ergothérapie. Quelques mises en situations et un travail permettent l'intégration des savoirs théoriques, savoirs-faire et savoirs-être qui sont générés dans le cours.

Finalement, les étudiants doivent compléter un travail écrit et le présenter en classe. Il leur est demandé de prendre contact avec un milieu ou un organisme communautaire pour y planifier une intervention ergothérapeutique pertinente et réaliste. Ils ont d'abord à déterminer les services déjà disponibles dans ce milieu et à cibler une population. La démarche de planification doit inclure l'identification

de la population retenue, le(s) but(s) d'intervention(s), une ou quelques activités privilégiées et les indices de mesure de la réussite de l'intervention. L'ensemble ainsi produit doit s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé et le rôle de l'ergothérapeute être défini selon les fondements de notre profession.

### **Prospectives pour le cours et pour la recherche**

Pour les sessions d'automne 1994 et 1995, le contenu du cours a été et sera globalement le même, si ce n'est de l'actualisation du contenu et une légère modification dans les attentes pour le travail écrit. Les changements que demandaient la reconnaissance et l'adoption des trois premiers concepts clés ont été faits au cours des deux dernières années et le cours ne requiert actuellement que la mise à jour des informations, principalement en regard de l'implantation des réformes, des développements communautaires et des nouvelles connaissances qui émanent des recherches actuelles dans le domaine de la promotion de la santé.

Auparavant, le cours "Ergothérapie en milieu communautaire" était offert aux étudiants en dernière année de formation (programme de quatre ans). Dès septembre 1994, il sera aussi offert aux étudiants de deuxième et de troisième années, en sa qualité de cours optionnel. Le quatrième et dernier concept clé, s'attardant aux préoccupations pédagogiques, a orienté ce changement. Il sera dorénavant possible que les étudiants participent à ce cours immédiatement après la première étape de leur formation, qui vise la connaissance de l'être humain en interaction avec son environnement. Les enseignants croient que ce changement permettra d'éviter que certains étudiants aient préalablement acquis une vision trop importante de l'individu handicapé et qu'il leur sera plus facile d'intégrer les concepts de santé et de promotion de la santé et de développer une approche plus communautaire de la pratique ergothérapique.

En septembre 1995, un projet de recherche prendra place pour évaluer les changements apportés au cours. Les savoirs, savoirs-faire et savoirs-être qui sont visés dans le cours seront examinés en regard du moment de sa formation où l'étudiant participe au cours. Selon une approche qualitative, dans un schème de recherche qui est à se définir, les étudiants, les professeurs et les cliniciens qui recevront les étudiants pour des stages en milieu communautaire, seront appelés à se prononcer sur la démarche de réflexion et d'apprentissage de ces derniers face à la pratique ergothérapique en milieu communautaire.

L'importance actuelle et l'expansion de la pratique communautaire poussent les enseignants du cours à questionner sa nature optionnelle et le nombre d'heures et de crédits qui lui sont accordés. Les connaissances et habiletés nécessaires à la pratique communautaire, étant d'une part génériques et, d'autre part, spécifiques à l'ergothérapie, sont difficiles à inclure dans un cours de deux crédits. Il semble souhaitable que le contenu générique, en regard des orientations actuelles et de l'organisation du réseau de la santé, du concept de promotion de la santé et des ressources communautaires, soit transféré dans un cours obligatoire du Programme ou de la Faculté (cours multidisciplinaire). Ainsi, le cours "Ergothérapie en milieu communautaire" pourrait être entièrement consacré à la spécificité de la pratique communautaire en ergothérapie et à l'acquisition de savoirs-faire et savoirs-être qui sont actuellement trop peu exploités dans le contexte du cours, comme pour les rôles d'éducateur, de consultant et de référant. Cette même considération nous laisse croire que le cours devrait être obligatoire.

### Références

- Banks, S. (1991). The Canadian model of occupational performance: its relevance to community practice. Canadian Journal of Occupational Therapy, 58. 109-111.
- Canadian Association of Occupational Therapists (1991). Occupational therapy guidelines for client-centered practice. Toronto: CAOT Publications ACE.
- Conseil du Premier ministre sur la santé. (1989). Passons à l'action. Toronto: Auteur.
- Conseil du Premier ministre sur la santé. (1990). Une vision de la santé - Les objectifs de santé de l'Ontario, Toronto: Auteur.
- Côté, M.Y. (1990). Une réforme axée sur le citoyen. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Côté, M.Y. (1992). La politique de la santé et du bien-être. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Etienne, A. (1989). Philosophie et structures du programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa. Ottawa: Université d'Ottawa, Programme d'ergothérapie.

- Goupil, G. & Lusignan, G. (1993). Apprentissage et enseignement en milieu scolaire. Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1991). Health promotion planning, an educational and environmental approach. Toronto: Mayfield Publishing.
- Hildebrand, D. (1992). Community occupational therapy - Are we prepared? National, 2 (3), 10.
- Hurff, J.M., Lowe, H.E., Ho, B.J., & Hoffman, N.M. (1990). Networking: A successful linkage for community occupational therapists, American Journal of Occupational Therapy, 44, 424-420.
- Madill, H., Townsend, E., & Schultz, P. (1989). Implementing a health promotion strategy in occupational therapy education and practice. Canadian Journal of Occupational Therapy, 56, 67-72.
- Picard-Greffe, H. (1992). L'avenir de l'ergothérapie: Naviguer au gré du courant ou à l'estime. Revue québécoise d'ergothérapie, 1, 68-73.
- Pineault, R. (1992). The reform of the Québec health-care system: Potential for innovation?, Health care - Innovation, Impact and Challenge, Kingston, Queen's University. p. 73-94.
- Quinn, B. (1988). National perspective - The importance of an expanded practice base. Canadian Journal of Occupational Therapy, 55, 239-241.
- Rollin-Gagnon, F. (1992). Acting on change. Revue québécoise d'ergothérapie, 1, 55-56.
- Rollin-Gagnon, F. (1993). Le rôle actif de l'ergothérapeute dans la promotion de la santé. Revue québécoise d'ergothérapie, 2, 81-84.
- Strickland, A. (1994). New year's predictions for occupational therapy in Canada, National, 11 (1), 10-11.
- Tardif, J. (1992). Pour un enseignement stratégique: L'apport de la psychologie cognitive. Montréal: Éditions logiques.

- Townsend, E. (1986). Undergraduate education for community occupational therapy practice, Paper presented at the Symposium, National Issues in Community Therapy Services, Calgary.
- Townsend, E. (1988). Developing community occupational therapy services in Canada, Canadian Journal of Occupational Therapy, 55, 69-74.
- Trickey, F. (1993). Regard sur la pratique en milieu communautaire et sur l'approche particulière en santé communautaire, Revue québécoise d'ergothérapie, 2, 86-93.

## **LES STRATÉGIES D'APPRENTISSAGE DANS LA PROBLÉMATIQUE DE LA RÉUSSITE SCOLAIRE CHEZ LES ÉTUDIANTS DU PROGRAMME D'ERGOTHÉRAPIE DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA**

Michèle Hébert

### **Résumé**

Les étudiants de première et de deuxième années au Programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa ont participé à une recherche visant à identifier des stratégies d'apprentissage qui semblent favoriser la réussite scolaire dans des contextes pédagogiques d'une part expérientiel et, d'autre part, magistral traditionnel. Les résultats montrent que les étudiants à succès dans les deux cours visés par la recherche semblent utiliser des stratégies d'apprentissage et des approches à l'apprentissage différentes pour chacun des cours. Ils s'adapteraient aux exigences des objectifs et des approches pédagogiques. Les implications pour l'enseignement de ces cours sont explorées.

La réussite scolaire préoccupe depuis longtemps les chercheurs du domaine de l'éducation. Les spécialistes de l'apprentissage et de la pédagogie ont développé un courant de recherche qui s'intéresse aux relations entre la démarche d'apprentissage et la performance scolaire. Les facteurs qui influencent la réussite scolaire sont multiples, mais nombreux sont les chercheurs qui accordent une importance particulière aux stratégies des étudiants et à leurs approches à l'apprentissage.

De Ketele (1994), Gagné (1985), Langevin (1992b), St-Pierre (1991), Smith (1979), Tardif (1992) et plusieurs autres, reconnaissent, à la lumière de leurs recherches, que non seulement la somme des savoirs de l'apprenant a un impact sur sa réussite, mais que les stratégies qu'il utilise pour intégrer et recourir à ses savoirs sont d'une importance majeure. Pour ces chercheurs, les stratégies d'apprentissage sont un facteur clé dans le processus d'apprentissage et dans la réussite scolaire. Langevin (1992a), dans un recensement des écrits sur les stratégies d'apprentissage, note que de nombreux chercheurs sont d'avis que les étudiants ayant de bons résultats sont plus sensibles aux exigences de la tâche, ont des méthodes d'étude plus efficaces, possèdent un répertoire de stratégies d'apprentissage plus vaste et plus sophistiqué qu'ils utilisent avec plus de flexibilité et plus habilement que les étudiants ayant des résultats plus faibles. Pour Nisbet et Shucksmith (1986), l'apprenant à succès est celui qui a développé une bonne quantité de stratégies qu'il sélectionne et adapte aux situations. L'étudiant en situation d'échec serait celui qui n'aurait pas adapté ses stratégies à la situation d'apprentissage vécue (Schmeck, 1988).

Certains facteurs externes à l'apprenant seraient aussi influents. Ouellet (1987) soulève que les structures du milieu scolaire, les approches pédagogiques utilisées pour l'enseignement et les enseignants eux-mêmes ont une influence sur le rendement scolaire.

### Contexte particulier des étudiants au programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa

L'Université d'Ottawa offre, depuis 1986, un programme de formation en ergothérapie qui relève de la Faculté des sciences de la santé. Chaque année, le programme accueille de 32 à 38 nouveaux étudiants. De façon générale, la formation est d'une durée de quatre ans en promotion par matière, et les étudiants quittent avec un Baccalauréat Ès Sciences en ergothérapie.

Un objectif fondamental du programme est de former des travailleurs de la santé ayant une vision holistique de l'être humain. Pour atteindre cet objectif, les étudiants reçoivent une formation dans des domaines variés, incluant les sciences médicales, humaines et ergothérapiques. Le programme d'études est composé d'une majorité de cours offerts par le programme même et l'étudiant complète sa formation par des cours hors-programme qui sont actuellement offerts par la Faculté de médecine, par l'École des sciences infirmières et par les Facultés des sciences humaines. Ces cours sont particulièrement nombreux à la première année du baccalauréat et ils revêtent une importance majeure dans la formation globale de l'étudiant (Etienne, 1991). Depuis 1986, les résultats scolaires des étudiants pour les cours offerts par le programme sont relativement élevés; les moyennes s'établissent de A - (80 à 84%) à A (85 à 89%). Dans les cours hors-programme, et particulièrement dans les cours offerts par la Faculté de médecine, les résultats sont plus faibles, les moyennes s'établissant à C+ (66 à 69%) et exceptionnellement à B+ (75 à 79%).

La comparaison des résultats scolaires dans deux cours illustre bien la situation. Le cours en ergothérapie ERG 1511 - "L'activité humaine en tant que processus", et le cours en anatomie ANA 1000 - "Anatomie générale", respectivement sous la responsabilité du programme d'ergothérapie et de la Faculté de médecine, sont tous deux offerts simultanément à la session d'automne de la première année, en français, par des professeurs de chacune des facultés. Les rencontres sont hebdomadaires et un travail de préparation est nécessaire avant chaque cours. Le cours ERG 1511 est un cours de trois unités offert selon une approche pédagogique expérientielle, et le cours ANA 1000 est un cours de cinq unités offert selon une approche pédagogique magistrale traditionnelle. Dans les

deux cours, le mode d'évaluation est semblable, incluant un examen final à choix multiples et des travaux pratiques. Le contenu des deux cours est cependant très différent et les résultats scolaires le sont aussi. Les différences dans les moyennes de groupe sont très grandes, de 9,4 à 25,4 points. De plus, aucun étudiant n'a, à ce jour, échoué dans ERG 1511, alors que de 3 à 23% des étudiants ont échoué dans le cours ANA 1000, selon les années (Tableau 1). Certains étudiants qui réussissent remarquablement bien dans ERG 1511 obtiennent des résultats très faibles dans ANA 1000.

**Tableau 1**  
**Moyennes des résultats scolaires et taux d'échec dans les cours**  
**ANA 1000 et ERG 1511, de 1988 à 1993**

		1988	1989	1990	1991	1992	1993
Moyennes / 100	ANA	72,5	66,9	63,1	69,2	75,4	67,1
	ERG	88,5	88	88,5	83,1	84,8	83,5
Taux d'échec %	ANA	11	13	23	11	3	16
	ERG	0	0	0	0	0	0

Il est à noter que le programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa a adopté, dès sa fondation, une approche pédagogique expérientielle inspirée du modèle structurel de Kolb (1984) qui convient aux valeurs humanistes que véhicule la profession et aux savoirs que les étudiants doivent acquérir dans leurs cours. Par contre, les cours hors-programme sont offerts selon une approche pédagogique magistrale traditionnelle. Etienne (1991) remarque d'ailleurs que les étudiants semblent s'adapter difficilement à ces deux approches pédagogiques si différentes.

### Objectifs de recherche et méthodologie

Pour mieux comprendre le phénomène observé dans les résultats scolaires des étudiants du programme d'ergothérapie, un projet de recherche est implanté pour explorer les stratégies d'apprentissage que les étudiants utilisent en regard des exigences des deux approches pédagogiques de leurs cours. La recherche ne veut pas établir un lien de causalité entre les différentes variables mais une corrélation

entre les résultats scolaires, les stratégies d'apprentissage et les contextes pédagogiques; elle est donc essentiellement descriptive. L'objectif principal est d'identifier des stratégies d'apprentissage qui semblent favoriser la réussite scolaire dans les contextes pédagogiques d'une part expérientiel et, d'autre part, magistral traditionnel.

Les étudiants de première et de deuxième années au programme d'ergothérapie complètent un inventaire adapté de l'Inventaire des stratégies d'étude et d'apprentissage des étudiantes et étudiants universitaires conçu par Boulet, Savoie et Chevrier (1993) et basé principalement sur la classification des stratégies d'apprentissage de St-Pierre (1991). À l'inventaire original sont ajoutées des stratégies caractéristiques de l'apprentissage expérientiel, décrites par Charbonneau et Chevrier (1990), Charbonneau, Chevrier et Grégoire-Dugas (1989), Freire (1973), Kolb (1984), Laliberté (1992) et Schön (1983) et des stratégies qui caractérisent les approches de surface, en profondeur et stratégique, extraites des écrits de Schmeck (1988). Finalement, l'inventaire se compose de 200 stratégies qui peuvent être utilisées par les étudiants dans différents contextes de travail scolaire. Elles sont regroupées ainsi:

- (1) les stratégies cognitives de travail et d'étude avant, pendant et après le cours,
- (2) les stratégies cognitives de travail scolaire régulier,
- (3) les stratégies cognitives pour la préparation des examens,
- (4) les stratégies cognitives pour le travail pendant les examens,
- (5) les stratégies métacognitives de travail et d'étude avant, pendant et après le cours,
- (6) les stratégies métacognitives de travail scolaire régulier,
- (7) les stratégies métacognitives pour la préparation des examens,
- (8) les stratégies métacognitives pour le travail pendant les examens,
- (9) les stratégies de gestion pour le travail et l'étude avant, pendant et après le cours,
- (10) les stratégies de gestion pour le travail scolaire régulier,
- (11) les stratégies de gestion pour la préparation des examens,
- (12) les stratégies de gestion pour le travail pendant les examens,
- (13) les stratégies affectives dans le travail et l'étude avant, pendant et après le cours,
- (14) les stratégies affectives dans le travail scolaire régulier,
- (15) les stratégies affectives pour la préparation des examens,
- (16) les stratégies affectives pour le travail pendant les examens,

- (17) les stratégies expérientielles pour le travail et l'étude avant, pendant et après le cours,
- (18) les stratégies expérientielles pour le travail scolaire régulier,
- (19) les stratégies caractéristiques de l'approche de surface,
- (20) les stratégies caractéristiques de l'approche en profondeur,
- (21) les stratégies caractéristiques de l'approche stratégique.

Les étudiants indiquent leurs fréquences d'utilisation (toujours, souvent, parfois, jamais) des stratégies d'apprentissage qui sont présentées dans l'inventaire, pour les cours ERG 1511 et ANA 1000. Les informations sont recueillies puis analysées selon le modèle quasi-expérimental *The recurrent institutional cycle design* de Campbell et Stanley (1963). Ce modèle est retenu car il permet la vérification des facteurs pouvant porter atteinte à la validité des résultats, quand le contexte expérimental ne peut être confiné au laboratoire et qu'il est impossible de former un groupe témoin.

Des 71 étudiants de première et deuxième années invités à participer, 37 ont complété le processus, soit un taux de participation de 52,1 %. Parmi les sujets, 32 sont des femmes et 5 des hommes, ce qui représente assez justement la population des étudiants en ergothérapie à l'Université d'Ottawa. L'âge moyen est de 22 ans.

### **Analyse des résultats**

Les données recueillies auprès des étudiants sont analysées avec l'aide d'une statisticienne et du logiciel SPSS. Les facteurs pouvant influencer la validité des résultats sont vérifiés, de même que les degrés de signification des variations observées dans les fréquences d'utilisation des stratégies d'apprentissage, en fonction des résultats scolaires des étudiants dans leurs cours ERG 1511 et ANA 1000.

Les résultats obtenus, après vérification de l'influence des sources potentielles d'atteinte à la validité, permettent d'identifier des stratégies d'apprentissage utilisées significativement plus fréquemment par les étudiants à succès dans les deux cours, qui sont respectivement offerts selon des approches pédagogiques expérientielle et magistrale traditionnelle. L'étude des stratégies des étudiants à succès met aussi en lumière que les stratégies qui semblent favoriser la réussite sont très différentes dans les deux cours, donc différentes selon le contenu et selon les exigences des approches pédagogiques. Les approches à

l'apprentissage apparaissent aussi très différentes chez les étudiants à succès pour les deux cours ciblés (Tableau 2). Cependant, le contexte expérimental et le petit nombre de sujets ne permettent pas la généralisation des résultats à une population autre que celle ici étudiée.

**Tableau 2**  
**Groupes de stratégies d'apprentissage variant significativement en fonction de la réussite scolaire dans le cadre des cours ANA 1000 et ERG 1511**

Stratégies d'apprentissage	Cours	Résultats scolaires	Analyses statistiques	Résultats
(17) Stratégies expérientielles pour le travail et l'étude avant, pendant et après le cours.	ANA 1000	Faibles	Régression multivariée	f= 13,28 p= ,0009
(16) Stratégies affectives pendant les examens.	ANA 1000	Faibles	Régression multivariée	f= 4,61 p= ,0392
(13) Stratégies affectives dans le travail et l'étude avant, pendant et après le cours.	ANA 1000	Élevés	Régression multivariée	f= 8,01 p= ,0079
(19) Approche de surface	ANA 1000	Élevés	Analyse discriminante	p= ,009
(20) Approche en profondeur	ANA 1000	Faibles	Régression multivariée et analyse discriminante	f= 4,23 p= ,0473 p= ,005
(21) Approche stratégique	ERG 1511	Élevés	Régression multivariée et analyse discriminante	f= 8,98 p= ,0051 p= ,0049

Dans le cours offert selon une approche pédagogique magistrale, "Anatomie générale" (ANA 1000), où les objectifs d'apprentissage visent principalement la mémorisation de nombreuses informations, les étudiants à succès utilisent une approche de surface à l'apprentissage et des stratégies particulières qui favorisent la mémorisation (Tableau 3). Ils utilisent plus fréquemment des stratégies pour activer leur attention et leur concentration, ils révisent leurs notes de cours au jour le jour et se rédigent des questions et des commentaires sur la matière à apprendre.

**Tableau 3**  
**Stratégies d'apprentissage variant significativement en fonction**  
**de la réussite scolaire dans le cadre du cours ANA 1000**

Stratégies d'apprentissage	Cours	Résultats scolaires	Analyse statistique	Résultats C <sup>2</sup>
69 Lorsque j'étudie, je formule des questions et je rédige des commentaires.	ANA 1000	Élevés	"chi deux" pour tableau de contingence deux par deux catégories, à p < ,05	5,61
74 Lorsque j'étudie, je révise mes notes au jour le jour.	ANA 1000	Élevés		4,07
9 Pendant le cours, je m'implique activement dans les activités proposées	ANA 1000	Faibles		5,74
24 Pendant le cours, quand je ne comprends pas, je questionne mon voisin.	ANA 1000	Faibles		6,58
52 Lorsque j'étudie en vue d'une mémorisation, j'utilise des moyens mnémotechniques tels la méthode des associations, la méthode des lieux ou la méthode des mots clés.	ANA 1000	Faibles		8,75
81 Lorsque j'étudie, je questionne ma façon d'étudier.	ANA 1000	Faibles		4,86
114 Lorsque j'étudie ou que je fais un travail, je limite mon sujet de sorte qu'il m'est plus facile de poursuivre les objectifs fixés et de les réaliser efficacement.	ANA 1000	Faibles		5,74
118 J'étudie avec des collègues.	ANA 1000	Faibles		4,92
119 J'étudie avec des amis.	ANA 1000	Faibles		7,87
133 Lorsque je prépare un travail, je tente de trouver exactement et uniquement les informations dont j'aurai besoin.	ANA 1000	Faibles		4,07
144 Je participe aux réunions de groupe prévues pour faire la révision de matière quand cela m'est offert.	ANA 1000	Faibles		4,66
193 Pendant un examen, je prends le temps de me demander si je suis efficace.	ANA 1000	Faibles		4,92
199 Après un examen, je me récompense de mes efforts avant d'avoir mon résultat.	ANA 1000	Faibles		6,48

Les stratégies utilisées fréquemment par les étudiants plus faibles sont plus nombreuses et semblent traduire un processus d'apprentissage plus difficile et l'utilisation de stratégies de compréhension qui seraient moins adaptées aux objectifs du cours. Ces étudiants utilisent plus fréquemment des stratégies caractéristiques de l'approche en profondeur à l'apprentissage et sollicitent plus souvent l'aide des pairs.

Dans le cours offert selon une approche pédagogique expérientielle, "L'activité humaine en tant que processus" (ERG 1511), les étudiants à succès adoptent une approche stratégique à l'apprentissage et utilisent plus fréquemment des stratégies d'auto-évaluation et de gestion du temps et des ressources (Tableau 4). Les étudiants ayant des résultats plus faibles utilisent plus fréquemment une stratégie visant la mémorisation et l'aide des pairs, par les révisions de groupe. Les stratégies d'apprentissage utilisées plus fréquemment par les étudiants à succès sont différentes dans les deux cours. Ils semblent donc adapter leurs stratégies aux exigences des approches pédagogiques et des contenus de cours. Les variations observées dans les deux cours et les analyses statistiques utilisées sont présentées dans les tableaux 2, 3 et 4. S'y retrouvent les groupes de stratégies ou les stratégies unitaires utilisées significativement plus fréquemment par un groupe de sujets (en fonction des résultats scolaires) dans un cours donné (ANA 1000 ou ERG 1511).

Même si la recherche ne visait pas la mesure de l'impact de la participation à des cours offerts selon des approches pédagogiques différentes sur les stratégies d'apprentissage des étudiants, les analyses statistiques mettent en lumière des observations intéressantes à ce sujet. Certaines stratégies d'apprentissage sont utilisées plus fréquemment après la participation au cours ERG 1511. Les stratégies cognitives, métacognitives, affectives et expérientielles dans le travail scolaire pour la préparation, pendant et après les cours sont significativement plus fréquentes chez les étudiants après avoir participé au cours ERG 1511. Les étudiants semblent donc s'être adaptés aux exigences de l'approche pédagogique expérientielle.

**Tableau 4**  
**Stratégies d'apprentissage variant significativement en fonction de la**  
**réussite scolaire dans le cadre du cours ERG 1511**

Stratégies d'apprentissage	Cours	Résultats scolaires	Analyse statistique	Résultats C <sup>2</sup>
90 Lorsque j'étudie, j'essaie d'identifier mes forces, mes faiblesses et mes lacunes.	ERG 1511	Élevés	"chi deux" pour tableau de contingence deux par deux catégories, à p < ,05	3,84
129 Avant d'entreprendre une session d'étude ou de travail, j'identifie les ressources disponibles (matériel, camarades, professeurs) que je peux consulter.	ERG 1511	Élevés		5,09
130 Au début d'une période de travail ou d'étude, je commence par planifier l'utilisation de mon temps par rapport à mes tâches les plus pressantes ou les plus importantes.	ERG 1511	Élevés		4,50
135 Lorsque je prépare un travail, je tente de faire mieux que les autres de ma classe.	ERG 1511	Élevés		5,15
185 Pendant un examen, j'identifie tous les mots clés qui peuvent orienter le choix de la bonne réponse.	ERG 1511	Élevés		4,01
49 Lorsque j'étudie, je répète l'information soit mentalement, soit à voix basse, soit à voix haute	ERG 1511	Faibles		7,49
144 Je participe aux réunions de groupe prévues pour faire la révision de matière quand cela m'est offert.	ERG 1511	Faibles		6,42

### Discussion

Les étudiants du Programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa utilisent certaines stratégies d'apprentissage qui semblent favoriser la réussite scolaire dans leurs cours "Anatomie générale" (ANA 1000) et l'"Activité humaine en tant que

processus" (ERG 1511). Les stratégies pour lesquelles une corrélation significative avec la réussite scolaire peut être démontrée sont relativement peu nombreuses et très différentes dans les deux cours visés. Si la réussite ne s'explique pas totalement par l'utilisation des stratégies d'apprentissage qui semblent la favoriser, les résultats de la recherche nous permettent de mieux connaître le profil de l'étudiant à succès dans les cours ERG 1511 et ANA 1000. Tel était d'ailleurs l'objectif de recherche.

Dans l'ensemble, les étudiants à succès ne semblent pas utiliser beaucoup plus fréquemment les stratégies d'apprentissage qui leur ont été soumises dans l'inventaire, que les étudiants ayant des résultats plus faibles. Cependant, ils semblent adapter leurs stratégies aux exigences des situations. Le contexte pédagogique serait donc important dans le choix que fait l'étudiant des stratégies d'apprentissage qu'il utilise, et l'étudiant qui s'adapte semble ainsi favoriser sa réussite scolaire, comme le faisait remarquer Schmeck (1988) et quelques autres chercheurs.

À la lumière de ces résultats, il semble important que les étudiants du Programme d'ergothérapie soient informés des conclusions de la recherche et qu'un suivi soit organisé. L'enseignement de stratégies d'apprentissage visant l'amélioration de la performance scolaire chez les étudiants du programme pour les cours ERG 1511 et ANA 1000, devrait se faire en lien étroit avec ces cours et non dans un contenu de cours indépendant. Les travaux de Romano (1992) et de Tardif (1992) les avaient d'ailleurs conduits à une conclusion semblable, soulignant que les stratégies d'apprentissage enseignées hors-contexte ne semblent pas être transférées et généralisées par les étudiants à leurs méthodes habituelles de travail dans leur quotidien scolaire.

### Références

- Boulet, A., Savoie, L. & Chevrier, J. (1993). Inventaire des stratégies d'études et d'apprentissage des étudiantes et des étudiants universitaires. Hull: Université du Québec à Hull.
- Campbell, D.T & Stanley, J.C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research, Chicago: Rand McNally College.

- Charbonneau, B., Chevrier, J. & Grégoire-Dugas, T. (1989). Essai d'opérationnalisation du savoir-apprendre chez l'adulte dans le contexte du modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb. Actes du 8e congrès annuel de l'Association canadienne pour l'étude de l'éducation des adultes (pp. 59-63). Cornwall, Ontario, Canada: Bédard René ed.
- Charbonneau, B. & Chevrier, J. (1990). L'apprentissage expérientiel, fondement théorique et cadre d'étude du savoir-apprendre chez l'adulte. Dans Stolze Clough (Éd.), Les actes du 9e Congrès annuel de l'Association canadienne pour l'étude de l'éducation des adultes. (pp. 91-95). Victoria, B.C., Canada: Department of University Extension and Community Relations, University of Victoria.
- De Ketele, J.-M. (1994). La situation en Europe. Actes du colloque international de l'Enseignement supérieur: Stratégies d'apprentissage appropriées, août 1994 (pp. 11-26). Hull, Québec, Canada : Université du Québec à Hull.
- Etienne, A.L. (1991). Du choix d'une approche pédagogique en fonction de la philosophie disciplinaire. Pédagogiques, 10 (1), 5-16.
- Freire, P. (1973). Education for critical consciousness. New York: Seabury Press.
- Gagné, R.M. (1985). The conditions of learning. New York: CBS College Publishing.
- Kolb, D. A. (1984). Experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice Hall.
- Laliberté, J. (1992). L'école et le développement de la pensée critique. Vie pédagogique, mars, 33-37.
- Langevin, L. (1992a). Stratégies d'apprentissage: Où en est la recherche?, Vie pédagogique, mars, 39-43.
- Langevin, L. (1992b). La formation aux stratégies d'apprentissage: Du cégep au secondaire et au primaire. Vie pédagogique, nov.-déc., 42-44.
- Nisbet, J. & Shucksmith, J. (1986). Learning strategies. New York: Routledge.

- Ouellet, R. (1987). Effet de l'organisation scolaire sur la réussite scolaire, Revue des sciences de l'éducation, 13 (1), 84-97.
- Romano, G. (1992). Comment favoriser le développement des habiletés de pensée chez nos élèves. Pédagogie collégiale, 6 (1), 17-21.
- St-Pierre, L. (1991). L'étude et les stratégies d'apprentissage. Pédagogie collégiale, 5(2), 15-21.
- Schmeck, R.R. (1988). An introduction to strategies and styles of learning. In Learning Strategies and Learning Styles. New York: Plenum Press.
- Schön, D. A. (1983). The reflective practitioner: How professionals think in action. New York: Basic Books.
- Smith, F. (1979). La compréhension et l'apprentissage. Montréal: Les Éditions HRW.
- Tardif, J. (1992). Pour un enseignement stratégique: l'apport de la psychologie cognitive. Montréal: Les Éditions Logiques.

## RÉFLEXION SUR LE POTENTIEL ET LES LIMITES D'UNE FORMULE PÉDAGOGIQUE INTÉGRATIVE

Claire Gosselin et Elisabeth Dutil

### Résumé

Afin de développer l'autonomie et la polyvalence des étudiants en ergothérapie, deux professeurs ont élaboré une formule pédagogique intégrative (F.P.I.). Après avoir évalué l'expérience de cette formule pédagogique selon la perception des étudiants et celle des professeurs qui l'ont vécue, il s'est avéré que la F.P.I. avait du potentiel pour être utile à l'ergothérapeute agissant dans un rôle de professeur. Cependant, les objectifs et les stratégies d'enseignement méritaient d'être raffinés à la lumière des connaissances en éducation des adultes. Le présent texte permet d'analyser la F.P.I. selon un modèle d'apprentissage systémique: le processus d'apprentissage fonctionnel conceptualisé par Patry (1993). Cette analyse permet de recadrer les objectifs, de mieux comprendre les deux stratégies d'enseignement et d'en ajouter une troisième.

La réalité de l'ergothérapie évolue avec le développement des connaissances scientifiques, l'intégration de nouveaux modèles théoriques, et l'intervention des ergothérapeutes auprès d'une variété croissante de clientèles et de milieux d'interventions. La formation universitaire des étudiants en ergothérapie évolue elle aussi. Durant la dernière décennie, les professeurs ont assisté à certains changements de valeurs et de pratiques éducatives. Par exemple, il devient important de former les étudiants à «être ergothérapeutes» plutôt qu'à «faire de l'ergothérapie» (Ferland, St-Jean & Weiss, 1984). Idéalement, il ne s'agit pas seulement d'assurer l'acquisition des connaissances, mais aussi de développer les habiletés et les attitudes professionnelles des futurs ergothérapeutes comme la polyvalence, l'autonomie, l'engagement social, et la réflexion intellectuelle. (Fidler, 1977; MacKinnon, 1987). Les professeurs se demandent souvent comment maintenir un enseignement rigoureux de l'ensemble des connaissances de base tout en développant ces qualités professionnelles qui favoriseront l'adaptation des futurs ergothérapeutes à l'évolution des connaissances et de la pratique.

Deux professeurs en ergothérapie ont développé une formule pédagogique intégrative (F.P.I.) afin de stimuler l'autonomie et la polyvalence des étudiants en plus d'atteindre les objectifs académiques dans un cours terminal en ergothérapie. L'originalité de la F.P.I. repose sur des stratégies d'enseignement qui utilisent l'environnement et l'activité d'apprentissage d'une façon particulière. Cette formule pédagogique intégrative a été évaluée selon la perception des étudiants (Gosselin et Dutil, soumis) à l'intérieur d'une étude exploratoire et selon la perception des

professeurs (Gosselin et Dutil, sous presse) par une analyse critique de l'expérience vécue à l'aide d'auteurs en éducation des adultes. Il est apparu que la F.P.I. avait du potentiel pour atteindre ses objectifs et que certaines limites restreignent les objectifs que l'on peut réalistement se fixer dans le contexte universitaire. Un des intérêts majeurs de la F.P.I. est d'ouvrir des perspectives pour "être ergothérapeute" dans le rôle de professeur et ainsi amorcer un apprentissage par modelage social. Cependant, plusieurs aspects de la F.P.I. mériteraient d'être repris après avoir été raffinés par les connaissances en éducation des adultes.

Le but de ce texte est d'analyser les objectifs et les stratégies d'enseignement de la F.P.I. à la lumière d'un modèle systémique de l'apprentissage: le processus d'apprentissage fonctionnel (P.A.F.) (Patry, 1989, 1993). Ce modèle permet d'outiller tant l'éducateur que l'apprenant pour atteindre l'objectif d'autonomie à apprendre. De plus, le P.A.F. présente des affinités importantes avec la culture des ergothérapeutes et est associé à l'identité fonctionnelle. Pour analyser les stratégies de la F.P.I. selon le processus d'apprentissage fonctionnel, la F.P.I. sera d'abord décrite de même que son évolution dans le temps. Ensuite, le P.A.F. sera brièvement décrit. Il sera utilisé pour explorer le potentiel et les limites de la F.P.I., de même que certaines pistes pour l'action éducative en ergothérapie.

### **Les objectifs de la formule pédagogique intégrative (F.P.I.)**

La F.P.I. vise à stimuler l'autonomie à apprendre, à stimuler la généralisation des apprentissages tout en atteignant les objectifs du curriculum pour un cours terminal en ergothérapie (Tableau 1).

L'autonomie est ici définie comme la capacité de l'étudiant à prendre en charge son apprentissage. La F.P.I. privilégie de responsabiliser l'étudiant et de stimuler le traitement de l'information scientifique, la résolution de problèmes et les habiletés de communication. En ce qui concerne la polyvalence, elle est définie comme la capacité de l'étudiant à travailler avec différentes clientèles dans différents types de milieux cliniques. La polyvalence repose sur une capacité d'autonomie dans l'apprentissage de la démarche ergothérapique qui pourra être généralisée dans différents contextes. Ces définitions se situent dans le cadre d'une description d'expérience et reflètent davantage les valeurs et perceptions des professeurs que le fruit d'une recension des écrits. (Gosselin et Dutil, sous presse).

**Tableau 1**  
**Résumé des objectifs de la formule pédagogique intégrative (F.P.I.)**

**AUTONOMIE À APPRENDRE**

- Responsabiliser l'étudiant
- Stimuler le traitement de l'information scientifique
- Stimuler la résolution de problèmes
- Stimuler les habiletés de communication

**POLYVALENCE**

- Généraliser à différentes clientèles
- Généraliser à différents milieux d'intervention

**OBJECTIFS DU COURS TERMINAL**

- Comprendre les tableaux cliniques
- Comprendre leurs impacts dans la vie du client
- Analyser les schèmes de référence pertinents
- Comprendre le rôle de l'ergothérapeute
- Connaître et analyser les modalités d'évaluation
- Connaître et analyser les modalités de traitement
- Faire une synthèse de la démarche ergothérapeutique

**Première stratégie: utiliser l'environnement d'apprentissage**

La F.P.I. postule que l'environnement d'apprentissage peut présenter des similitudes avec l'environnement de travail. Ces deux types d'environnement nécessitent d'apprendre dans un contexte qui demande de s'adapter aux exigences de la tâche, aux changements d'habitudes et au climat du groupe d'appartenance. En effet, la pratique ergothérapeutique implique souvent de gérer une surcharge de travail dans un contexte de pénurie d'ergothérapeutes et de rationalisation budgétaire qui entraîne des changements organisationnels. Les professeurs ont voulu utiliser ces ressemblances comme une simulation.

En informant les étudiants que le contexte d'apprentissage représente une simulation de leur future réalité d'ergothérapeutes, il est possible de leur offrir un terrain d'expérimentation pour leurs habiletés professionnelles. Par exemple, la

communication entre pairs pour faire face à la surcharge de travail peut préparer les étudiants à la coopération, à l'entraide, à la distribution des tâches, à l'identification de stratégies plus efficaces. La possibilité de demander un tutorat peut aussi préparer l'étudiant à consulter une personne ressource, un superviseur ou un consultant lorsqu'il rencontre une difficulté qu'il n'arrive pas à surmonter.

La F.P.I favorise aussi la communication par la présentation d'exposés oraux. L'étudiant peut se préparer à communiquer de l'information scientifique à des pairs, simulant la participation à un colloque. Ainsi, la relation avec l'environnement d'apprentissage est utilisée pour stimuler les habiletés professionnelles de communication et de résolution de problèmes qui seront utiles aux futurs ergothérapeutes.

Cette utilisation de l'environnement influence le processus d'apprentissage. En effet, dans sa relation avec l'environnement, l'étudiant est stimulé à réaliser les tâches d'apprentissage de façon autonome avec les stratégies d'apprentissage de son choix. Quoique cela soit exigeant et puisse stimuler l'apprentissage, cela peut aussi être confrontant, voire même menaçant, lorsqu'introduit dans un cours terminal pour la première fois. De plus, l'anticipation des exigences cliniques qu'ils auront à rencontrer dans les mois suivants lorsque diplômés peut être anxiogène en soi. Pour faciliter l'apprentissage, il apparaît important de s'assurer que l'étudiant est face à un défi stimulant sans accroître l'anxiété au point d'inhiber l'apprentissage. Une des pistes est d'ajuster le degré d'encadrement selon le degré d'autonomie de l'étudiant (Grow, 1991).

### **Deuxième stratégie: utiliser les activités d'évaluation comme activités d'apprentissage**

Un des points forts de la formule pédagogique se situe au niveau des activités d'évaluation utilisées comme activités d'apprentissage. Ainsi, l'évaluation normative devient formative. Cela est congruent avec la responsabilisation de l'apprenant (Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec [CPEQ], 1986). Trois modalités d'évaluation ont ainsi été conçues:

- Une présentation orale avec travail écrit.
- La préparation d'un "outil de travail". L'outil de travail est une tentative d'intégration des connaissances antérieures (préalables sur la normalité, pathologie, cadres théoriques) et des connaissances reliées au processus clinique (évaluation, intervention) appliquées dans différents milieux d'intervention.
- Une série de 12 histoires de cas.

Ces modalités s'insèrent à l'intérieur d'une variété de méthodes et techniques d'enseignement réparties en trois catégories: présentations, enseignement guidé et méthode des cas (Tableau 2).

**Tableau 2**  
**Activités d'apprentissage de la F.P.I.**

	<b>PRÉSENTATIONS</b>	<b>ENSEIGNEMENT GUIDÉ</b>	<b>MÉTHODE DES CAS</b>
<b>ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Exposé des professeurs</li> <li>◦ Conférence de cliniciens</li> <li>◦ Démonstrateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Guide pour les cinq modules</li> <li>◦ Documents en réserve</li> <li>◦ Outils de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Histoire de cas en classe pour chaque module</li> <li>◦ Histoire de cas pour chaque outil de travail</li> </ul>
<b>ACTIVITÉS D'ÉVALUATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Exposé des étudiants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ L'outil de travail pour une clientèle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Série de 12 histoires de cas</li> </ul>

L'utilisation des activités d'apprentissage s'effectue dans une relation professeur-étudiant qui est transformée par la responsabilisation de l'étudiant. Le rôle du professeur devient moins directif: il a surtout un rôle de guide, de facilitateur qui fournit des repères tant au niveau du contenu que du processus d'apprentissage. Dans l'expérimentation de la F.P.I., la responsabilité du formateur consiste à clarifier les connaissances requises, à guider la démarche d'apprentissage, à identifier des ressources pertinentes et à planifier une variété de modalités ou d'activités pour atteindre les objectifs académiques. Le professeur, étant moins sollicité par les exposés théoriques, reste disponible pour assurer un tutorat sur demande. De plus, l'évaluation des apprentissages doit pouvoir renseigner l'étudiant non seulement sur le résultat de son apprentissage mais aussi sur son processus. La notation demeure la responsabilité du professeur. L'étudiant, pour sa part, a comme responsabilité de participer aux activités éducatives, d'utiliser les ressources proposées de son choix, et de réaliser les tâches décrites dans les guides d'étude et d'évaluation fournis.

Selon la perception des professeurs qui ont vécu la F.P.I. (Gosselin et Dutil, sous presse), il est facile de sous-estimer les exigences d'adaptation requises pour

atteindre un objectif d'autonomie à apprendre. Cela implique une charge de travail importante, nécessite le développement de plusieurs habiletés et se réalise dans un changement de rôles qui n'est pas sans complications. Le rôle du professeur évolue de pourvoyeur de connaissances à un rôle de facilitateur.

Selon Cheren (1983), une des fonctions du facilitateur est d'évaluer le processus d'apprentissage et son déroulement pour pouvoir guider l'étudiant dans son projet éducatif. Patry (1989, 1993) propose un processus d'apprentissage fonctionnel qui peut servir à apprendre (enseigner selon le processus) ou servir à apprendre à apprendre (enseigner le processus).

### **Le processus d'apprentissage fonctionnel (P.A.F.)**

Selon Patry (1993), le P.A.F. touche la totalité et la complexité des expériences d'apprentissage susceptibles d'être effectuées par une personne. Il correspond à la manière spontanée, adaptée ou inadaptée, qu'a une personne pour apprendre lorsqu'elle interagit avec l'environnement, afin de satisfaire ses besoins (réaliser ses projets et résoudre ses problèmes). Le processus d'apprentissage fonctionnel décrit l'orientation majeure de l'organisme en regard des tensions dialectiques qui existent entre les modes fondamentaux de relations au réel; le concret et l'abstrait, l'action et la réflexion (Kolb dans Patry, 1989).

Le processus d'apprentissage fonctionnel est appris. Il met à contribution quatre modes fondamentaux qui sont distincts, successifs, cumulatifs et concomitants; **RESSENTIR, EXPLORER, COMPRENDRE ET AGIR**. Chacun de ces modes d'interaction avec l'environnement reposent sur quatre compétences préalables dont la dernière est une compétence charnière. Le processus inclut seize compétences préalables (Tableau 3). De plus, chaque mode fondamental du P.A.F. correspond à une super-compétence: la motivation, l'attention, la généralisation et l'application. Finalement la plus grande difficulté de chaque mode est identifiée: éviter, répéter, rationaliser et compenser. Lorsqu'une difficulté est vécue, le modèle propose des pistes pour restaurer le processus d'apprentissage.

Les fondements théoriques du P.A.F. reposent sur une synthèse intégrative réalisée par Arthur Staat nommée le behaviorisme social ou paradigmatique. Cette synthèse émerge des trois grands courants de pensée en psychologie de l'apprentissage, soit le behaviorisme, le cognitivisme et le mentalisme. Le cognitivisme inclut les approches de traitement de l'information, l'apprentissage social et cognitif, de même que l'interactionisme et constructivisme. Le mentalisme se réfère aux approches gestaltiques et de psychanalyse (Forget, Otis

& Leduc, 1988). Le behaviorisme social ou paradigmatique propose une théorie de l'apprentissage élaborée selon cinq niveaux hiérarchiques. Le P.A.F. tient compte des aspects fondamentaux du troisième niveau, soit celui de la personnalité incluant les répertoires de comportements émotif-motivationnel, cognitif-langagier et sensori-moteur. Les quatre modes du P.A.F. sont aussi en lien avec les caractéristiques de l'apprenant adulte mises à jour par la recherche andragogique: la motivation, la perception du temps et des événements, le concept de soi et l'expérience (Tableau 3).

Le P.A.F. est lié à un profil d'identité fonctionnelle (Patry, 1989) et les quatre modes d'apprentissage sont présentés en fonction de leurs principales caractéristiques, des compétences préalables, des difficultés fréquemment rencontrées et des pistes d'intervention pour restaurer le processus (Patry, 1989, 1993). À l'aide d'un petit nombre de concepts clés, le P.A.F. rend compte de nombreux phénomènes. Tenir compte du P.A.F., c'est reconnaître que la manière d'apprendre est aussi importante que ce que l'on apprend.

#### **Potentiel et limites de la formule pédagogique intégrative (F.P.I.) selon le processus d'apprentissage fonctionnel (P.A.F.).**

Les objectifs et les stratégies d'enseignement de la F.P.I. seront analysés selon le P.A.F.. Au niveau des objectifs de la F.P.I., on peut comprendre que «l'autonomie à apprendre» est «l'apprentissage du P.A.F.». En effet, il s'agit d'amener l'étudiant à prendre conscience de son propre P.A.F. et ensuite à s'instrumenter pour régulariser ce processus. Cela devrait permettre d'avoir des résultats plus efficaces et satisfaisants pour répondre à ses besoins, résoudre ses problèmes ou réaliser son projet éducatif. Le P.A.F. amène donc une nouvelle définition de l'objectif d'autonomie.

Pour atteindre l'objectif d'autonomie, la F.P.I. prévoyait initialement stimuler le traitement de l'information scientifique qui correspond au deuxième et troisième mode du P.A.F., soit EXPLORER et COMPRENDRE. Les compétences préalables de recueillir, sélectionner et organiser les données de même que porter des jugements et prendre des décisions ont été largement suscitées par les activités d'apprentissage de l'enseignement guidé (Gosselin & Dutil, sous presse). La compétence charnière de décrire des données est sollicitée lorsque l'étudiant doit présenter un exposé oral devant ses collègues. L'objectif de communication correspond dans cette situation à un AGIR (4<sup>e</sup> mode), un résultat du P.A.F.. Mais dans la situation où les étudiants partagent entre eux les difficultés rencontrées et

recherchent des solutions pour faire face aux contraintes de charge de travail, la communication est alors une modalité pour EXPLORER (2<sup>e</sup> mode) la situation afin de mieux la COMPRENDRE (3<sup>e</sup> mode).

TABLEAU 3 : LE PROCESSUS D'APPRENTISSAGE FONCTIONNEL : UN SYSTÈME

1 <sup>er</sup> MODE D'APPRENTISSAGE	2 <sup>e</sup> MODE D'APPRENTISSAGE	3 <sup>e</sup> MODE D'APPRENTISSAGE	4 <sup>e</sup> MODE D'APPRENTISSAGE
CARACTÉRISTIQUES : LES ÉMOTIONS → RESENTIR → JE RESSENS	CARACTÉRISTIQUES : LES PERCEPTIONS → EXPLORER → J'EXPLORE Je ressens	CARACTÉRISTIQUES : LES COGNITIONS → COMPRENDRE → JE COMPREND J'explore Je ressens	CARACTÉRISTIQUES : LES ACTIONS → AGIR → J'AGIS Je comprends J'explore Je ressens
PRINCIPALE DIFFICULTÉ: ÉVITER	PRINCIPALE DIFFICULTÉ: RÉPÉTER	PRINCIPALE DIFFICULTÉ: RATIONALISER	PRINCIPALE DIFFICULTÉ: COMPENSER
COMPÉTENCES PRÉALABLES: 1. Je peux vivre au présent [ ]. 2. Je peux être ouvert à l'expérience [ ]. 3. Je peux m'engager affectivement [ ]. 4. Je peux me lier à mes impressions à mon intuition ■ [ ].	COMPÉTENCES PRÉALABLES: 5. Je peux recueillir des données [ ]. 6. Je peux sélectionner des données [ ]. 7. Je peux organiser des données [ ]. 8. Je peux décrire des données ■ [ ].	COMPÉTENCES PRÉALABLES: 9. Je peux utiliser des mots et des concepts [ ]. 10. Je peux porter des jugements [ ]. 11. Je peux raisonner en présentant des arguments [ ]. 12. Je peux prendre des décisions et planifier mon action ■ [ ].	COMPÉTENCES PRÉALABLES: 13. Je peux courir des risques [ ]. 14. Je peux prendre des initiatives [ ]. 15. Je peux assumer des responsabilités [ ]. 16. Je peux évaluer mon efficacité et ma satisfaction ■ [ ].
SUPER-COMPÉTENCE : LA MOTIVATION	SUPER-COMPÉTENCE : L'ATTENTION	SUPER-COMPÉTENCE : LA GÉNÉRALISATION	SUPER-COMPÉTENCE : L'APPLICATION

LE PROCESSUS D'APPRENTISSAGE FONCTIONNEL EST APPRIS PAR CONDITIONNEMENT CE QUI DONNE LIEU A DES COMPORTEMENTS RÉPONDANTS [S<sub>2</sub>(S<sub>1</sub>) → R<sub>±</sub>] ET OPÉRANTS [R → S<sub>±</sub>] QUI SONT INDISSOCIABLES.

S = Stimulus R = Réponse

■ Compétences charnières

Tableau reproduit avec l'autorisation de l'auteur :

Paaty, J. (1993). Le processus d'apprentissage fonctionnel ou le P.A.F. en long et en large. Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, Direction de la formation générale des adultes (1993-9394-0315).

J.P.

L'objectif de polyvalence, défini par l'habileté à généraliser à d'autres clientèles et d'autres milieux, est centré sur la super-compétence du troisième mode du P.A.F.: la généralisation. D'ailleurs, la majorité des objectifs du cours terminal commencent par le verbe comprendre ou analyser. Ils se situent au niveau du troisième mode: COMPRENDRE. Or, Patry mentionne que sans le quatrième mode, il n'y a pas d'apprentissage fonctionnel, il n'y a qu'un apprentissage cognitif. Seul l'objectif de "faire une synthèse de la démarche ergothérapeutique" peut relever du quatrième mode: AGIR.

Pour atteindre cet objectif académique de synthèse de la démarche ergothérapeutique, la F.P.I. utilise une série de 12 histoires de cas pour l'examen oral. L'histoire de cas est un monde virtuel (Schön, 1983) et permet d'expérimenter une action virtuelle. L'action virtuelle correspond à l'actualisation du quatrième mode du P.A.F. De plus, le nombre d'histoires de cas permet d'amorcer un répertoire d'images, d'histoires pouvant poser les fondements au raisonnement clinique tant scientifique, narratif que pragmatique (Schell & Cervero, 1993). Avec un objectif explicite à ce niveau, il serait possible d'améliorer les apprentissages fonctionnels des étudiants et de mieux former les ergothérapeutes tant à l'art qu'à la science de l'ergothérapie.

La première stratégie d'enseignement consiste à utiliser l'environnement d'apprentissage comme simulation des milieux de pratique en ergothérapie. Cela est convergent avec les principes du P.A.F.. En effet, Patry (1993) insiste sur l'importance de placer l'apprenant en SITUATION d'exercer et de développer les compétences préalables. Il est intéressant de constater que Patry définit l'environnement tant social que privé. L'environnement social est constitué des personnes, des idées qui circulent, des événements et des choses; alors que l'environnement privé est constitué des potentialités biologiques de la personne, de ses sensations et ses émotions, de ses perceptions (cinq sens), de ses cognitions (pensées, images, schémas) et de ses actions. Cette définition enrichit cette stratégie d'enseignement et d'apprentissage car elle présente des affinités avec les éléments contextuels personnels et des milieux de pratique mentionnés par Schell et Cervero (1993) dans la définition du raisonnement clinique pragmatique.

La deuxième stratégie d'enseignement consiste à utiliser une variété d'activités d'apprentissage réparties en trois catégories avec une activité d'évaluation formative dans chaque catégorie. Il serait possible de faire des liens avec chacun des modes du P.A.F., concomitants, et les catégories d'activités (Tableau 4).

Les activités d'évaluation normative, utilisées comme activités formatives, offrent un potentiel puissant qui est à encourager et même à développer. Le P.A.F. peut aider à planifier une séquence d'activités. Dans le futur, on pourrait planifier les activités d'évaluation ainsi: la fin du premier semestre (automne), les étudiants présentent leur exposé sur une modalité d'évaluation; à la mi-session d'hiver les étudiants remettent leur outil de travail; et pour l'examen final, la série d'histoires de cas. D'autre part, il appert que rien n'est prévu au niveau de l'évaluation pour le premier mode. Il serait pertinent pour le futur de demander aux étudiants de se fixer un objectif individualisé significatif, soit par rapport au P.A.F. ou par rapport au contenu d'apprentissage. Afin de donner un contrôle réel à l'apprenant, cet objectif personnalisé serait auto-évalué (16<sup>e</sup> compétence) avec des critères pré-établis par l'étudiant (tableau 4).

Tableau 4

Les activités d'évaluation selon les super-compétences de chaque mode du Processus d'apprentissage fonctionnel.

4 MODES DU P.A.F.	1 <sup>er</sup> mode: MOTIVATION	2 <sup>e</sup> mode : ATTENTION	3 <sup>e</sup> mode : GÉNÉRALISATION	4 <sup>e</sup> mode: ACTION
<i>Catégories</i>  ACTIVITÉS ÉVALUATION DANS LA FPI		<i>Présentation</i>  Exposé des étudiants	<i>Enseignement guidé</i>  L'outil de travail	<i>Méthode des cas</i>  12 histoires de cas
AJOUT POUR LE FUTUR	Un objectif personnalisé			Auto-évaluation de l'objectif personnalisé

Déroulement  
dans le temps

----->

----->

----->

La force de la série d'histoires de cas pourrait être explorée davantage si l'histoire de cas est considérée comme un monde virtuel (Schön, 1983, 1987). Il est possible de viser un apprentissage fonctionnel pour un nombre plus grand d'objectifs en utilisant des activités d'apprentissage qui sont des mondes virtuels. En effet, les mondes virtuels permettent d'explorer le quatrième mode dans un contexte plus sécuritaire avec des conséquences moins importantes que l'exploration dans l'action réelle.

Pour les histoires de cas en classe, il est possible d'améliorer leur utilisation tout d'abord en s'assurant d'avoir assez de temps pour les réaliser adéquatement, secondairement en explorant explicitement le raisonnement clinique sous-jacent à l'étude du cas. Différents raisonnements cliniques peuvent être illustrés. Par exemple, l'application de la démarche ergothérapique peut être l'occasion pour poser les fondements du raisonnement scientifique alors que la constitution d'un répertoire d'histoires de cas à partir des vécus de stage peut permettre d'explorer le raisonnement narratif. Cela serait convergent avec les suggestions de Cohn (1989) au niveau de la formation clinique.

Pour atteindre l'objectif de généralisation, il serait particulièrement intéressant d'explorer ce qui influence l'intervention ergothérapique selon les milieux de pratique. Par exemple, une mosaïque de situations de stage (impliquant souvent le 1<sup>er</sup> mode: *RESSENTIR*) pourrait être construite pour une clientèle spécifique comme la clientèle déprimée dans différents contextes de pratique (soins aigus, réadaptation interne, externe, communautaire ayant un dysfonctionnement physique et/ou psychosocial). A partir de cette mosaïque, *EXPLORER* (2<sup>e</sup> mode) tant le point de vue du stagiaire que celui du client, mieux *COMPRENDRE* (3<sup>e</sup> mode) les similitudes et les différences de l'intervention d'un milieu à un autre, et ouvrir sur des pistes d'*ACTION* (4<sup>e</sup> mode) pour l'avenir.

D'autres mondes virtuels assez connus pourraient être utilisés. Le journal personnel offre des perspectives intéressantes pour explorer l'environnement privé de l'étudiant. Les jeux de rôles offrent des situations pour expérimenter les interactions tant par rapport aux clients, aux proches, qu'aux autres intervenants de l'équipe. Les films offrent également une histoire commune avec des personnages en interaction dans un contexte social, culturel, économique, politique et historique donné. Ils permettent d'explorer le sens de la déficience, de l'incapacité ou du handicap dans une perspective globale et non seulement bio-psychologique. Ces divers mondes virtuels peuvent participer à poser les fondements au raisonnement clinique narratif, à construire des répertoires d'histoires et d'images.

Dans l'expérience de la F.P.I. des limites ont été notées dans l'utilisation de l'outil de travail et semblent dévoiler une difficulté à intégrer les connaissances, à les lier entre elles de façon significative (Gosselin & Dutil, soumis). Il y a une accumulation de connaissances qui ne sont pas nécessairement organisées ensemble (7<sup>e</sup> compétence). Tout le reste du processus peut être compromis. Dans la F.P.I., la difficulté à réaliser l'outil de travail questionne la qualité du processus d'apprentissage fonctionnel des étudiants. Le P.A.F. peut guider le professeur dans sa réflexion à l'aide des principales difficultés reliées à chaque mode. Les étudiants répètent-ils souvent au lieu d'EXPLORER de nouveaux contenus d'apprentissage? Rationalisent-ils souvent au lieu d'accéder à de nouvelles COMPRÉHENSIONS? Peuvent-ils AGIR ou sont-ils limités à compenser ?

Les deux stratégies d'enseignement exposées jusqu'ici, soit utiliser l'environnement et l'activité d'apprentissage, ouvrent la perspective d'être ergothérapeute dans le rôle de professeur. Par mimétisme social ("social modeling"), il serait ainsi possible de former les étudiants à être ergothérapeute plutôt qu'à faire de l'ergothérapie. En effet, l'identité des ergothérapeutes se structurent autour de l'utilisation de l'activité et de l'environnement pour atteindre un objectif d'autonomie. Pour compléter la situation de mimétisme, il serait souhaitable d'ajouter une troisième stratégie à la F.P.I., soit d'utiliser la relation d'aide à l'apprentissage comme une simulation de la relation d'aide en ergothérapie. Cette troisième stratégie d'enseignement mérite quelques précisions à deux niveaux.

D'une part la F.P.I. vise à stimuler l'autonomie de l'étudiant dans l'apprentissage. La relation professeur-étudiant est transformée: de la transmission des connaissances, le rôle du professeur évolue vers un rôle de facilitateur et de guide. Ce changement est exigeant tant pour le professeur que pour l'étudiant. Selon les étudiants qui l'ont vécu, la responsabilisation de l'étudiant nécessite de réviser qui décide quoi par rapport à quoi (12<sup>e</sup> compétence) pour donner un contrôle réel à l'étudiant sur le P.A.F. Selon les professeurs, il est nécessaire de planifier, d'explorer, de mieux comprendre et d'expérimenter le rôle de facilitateur. Mais auparavant, quelle est la motivation des professeurs à apprendre ce rôle ? Sont-ils disponibles (1<sup>e</sup> compétence)? Sont-ils ouverts à l'expérience (2<sup>e</sup> compétence)? Le P.A.F. peut guider les professeurs dans l'apprentissage fonctionnel de ce nouveau rôle.

D'autre part, la relation d'apprentissage n'est pas une relation thérapeutique quoiqu'elle puisse favoriser la croissance. Il est important de ne pas dépasser l'implication souhaitée par l'étudiant et de pouvoir le guider vers des ressources

appropriées lorsque l'implication souhaitée dépasse les limites du contexte universitaire. C'est une stratégie qui nécessite des balises et un recul suffisant pour situer l'objectif d'apprentissage dans le temps: formation universitaire, formation clinique et formation continue. Le P.A.F. offre des repères clairs et peut être utilisé avec un instrument d'auto-évaluation, le test d'identité fonctionnel (T.I.F.) (Patry, 1989). Certaines modalités d'accompagnement peuvent être envisagées. Par exemple, chaque étudiant peut être pairé avec un mentor qui pourrait être tant un professeur, un clinicien, qu'un superviseur. Des groupes de pairs peuvent aussi être constitués, simulation des groupes d'entraide. Finalement, lorsque le besoin d'aide thérapeutique devient souhaitable, les services d'aide aux étudiants peuvent être recommandés.

### Conclusion

Les objectifs de la F.P.I. sont recadrés de sorte que l'enseignement de l'autonomie à apprendre se définit par l'apprentissage du processus d'apprentissage fonctionnel selon le P.A.F. qui est constitué de quatre modes et de 16 compétences. L'objectif de généralisation s'intègre au P.A.F. en étant associé à la super-compétence du troisième mode. Une attention particulière mériterait d'être apportée aux autres super-compétences, soit celle rattachée au premier mode (motivation) par un objectif individualisé et celle rattachée au dernier mode (application) par l'utilisation de mondes virtuels et l'auto-évaluation de l'objectif personnalisé. Certaines compétences comme la septième (organiser l'information), la onzième (raisonner) et la douzième (décider et planifier une action) nécessiteraient d'être davantage exercées. Il s'agit d'enjeux reliés à l'intégration des connaissances, au raisonnement clinique et au contrôle attribué à l'étudiant lorsqu'on le responsabilise.

Les deux stratégies d'enseignement initiales de la F.P.I. sont: utiliser l'environnement et l'activité d'apprentissage. Ces stratégies pourraient être enrichies d'une troisième. Il s'agirait d'utiliser la relation d'apprentissage pour atteindre l'objectif d'autonomie à apprendre comme une simulation de la relation d'aide en ergothérapie pour atteindre l'objectif d'autonomie. En utilisant ces trois stratégies d'enseignement, il est possible d'être ergothérapeute dans le rôle de professeur et ainsi contribuer à former les étudiants, par mimétisme ("modeling") social, à être ergothérapeute plutôt qu'à faire de l'ergothérapie.

Finalement, les stratégies de la F.P.I. pourraient être utilisées en formation universitaire, de même qu'en formation clinique et en formation continue. Le

P.A.F. peut aussi être utile au clinicien chaque fois qu'il est nécessaire de procéder à un enseignement visant des apprentissages fonctionnels, soit auprès des clients, des familles ou des stagiaires.

### Références

- Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec (1986). La formation continue en ergothérapie (Rapport du Comité de formation en ergothérapie). Montréal: Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec.
- Cheren, M. (1983). Helping learners achieve greater self direction. Dans R.M. Smith (Éd.) Helping adults learn how to learn: New directions for continuing education: No 19 (pp. 23-38). San Francisco: Jossey Bass.
- Cohn, E.S. (1989). Fieldwork education: Shaping a foundation for clinical reasoning. American Journal of Occupational Therapy, 43, 240-244.
- Ferland, F., St-Jean, M., & Weiss, R. (1984). L'ergothérapie auprès de l'enfant au Québec: d'hier à aujourd'hui. Canadian Journal of Occupational Therapy, 51, 192-196.
- Fidler, G.S. (1977). From plea to mandate. American Journal of Occupational Therapy, 31, 653-656.
- Forget, J., Otis, R. & Leduc, A. (1988) Psychologie de l'apprentissage. Théories et pratiques. Brossard, Behaviora.
- Gosselin, C. & Dutil, E. (soumis). Une formule pédagogique intégrative permettant de stimuler les habiletés d'autonomie et de polyvalence dans la formation en ergothérapie: perception des étudiants. Manuscrit soumis pour publication.
- Gosselin, C. & Dutil, E. (sous presse). Une formule pédagogique intégrative permettant de stimuler les habiletés d'autonomie et de polyvalence dans la formation en ergothérapie: description d'expérience et perception des professeurs. Canadian Journal of Occupational Therapy.
- Grow, G.O. (1991). Teaching learners to be self-directed. Adult Education Quarterly, 41, 125-149.

- MacKinnon, J.R. (1987). Educating for the future. Perspective nationale. Canadian Journal of Occupational Therapy, 54, 161-163.
- Patry, J. (1989). Test sur l'identité fonctionnelle. Brossard, Québec: Éditions Behaviora.
- Patry, J. (1993). Le processus d'apprentissage fonctionnel ou le P.A.F. en long et en large. Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, Direction de la formation générale des adultes. 1993-9394-0315.
- Schell, B.A. & Cervero, R.M. (1993). Clinical reasoning in occupational therapy: An integrative review. American Journal of Occupational Therapy, 47, 605-610.
- Schön, D.A. (1983). The reflective practioner: How professionals think in action. San Francisco: Jossey Bass.
- Schön, D.A. (1987). Educating the reflective practioner. San Francisco: Jossey Bass.



## **DÉVELOPPER SES HABILITÉS RELATIONNELLES EN ACCOMPAGNANT UNE PERSONNE EN DIFFICULTÉ**

Nicole Ebacher et Guylaine Vandal

### **Résumé**

Depuis plusieurs années, le Département d'ergothérapie de l'Université Laval préconise une méthode d'apprentissage de la relation d'aide centrée sur l'activité humaine. Inspirée de la psychologie existentielle-humaniste, cette démarche met l'accent sur l'expérimentation et permet ainsi une interaction dynamique entre la théorie et la pratique. Dans le cadre du cours "Accompagnement-parrainage", chaque étudiante et étudiant établit une relation aidante avec une personne vivant une difficulté. Lors de cet exposé, les objectifs pédagogiques et expérientiels, de même que la formule pédagogique incluant les activités d'apprentissage et les modes d'évaluation sont présentés. La collaboration qui prend place entre le Département d'ergothérapie et les organismes impliqués est également décrite. Finalement, une brève immersion dans l'expérience éducative des personnes supervisant et étant supervisées est proposée.

Un processus de remaniement du programme en 1984 a mis en évidence qu'il manquait, dans la formation des étudiants d'ergothérapie de l'Université Laval, un cours qui contribuerait à favoriser une meilleure formation pratique. Une autre visée reliée à un tel cours était de déplacer le focus de l'enseignement. Il apparaissait essentiel de dépasser le niveau de l'instruction (modèle pédagogique) pour mettre davantage l'accent sur un processus éducatif centré sur les besoins particuliers de l'étudiante et de l'étudiant et permettant l'intégration de l'expérience vécue (modèle andragogique). Les buts poursuivis étaient d'acquérir et de mettre en pratique des éléments de relation d'aide ainsi que de développer une attitude positive envers une personne vivant une situation marginalisante.

### **Les objectifs du cours**

Les buts poursuivis par le cours "Accompagnement-parrainage" rejoignent les objectifs d'ordre affectif du programme qui sont d'intégrer les implications affectives de la relation d'aide et de développer le potentiel éducatif de la future ou du futur ergothérapeute. Conséquemment pour ce cours, les objectifs généraux déterminés étaient: (a) développer une relation d'aide en milieu naturel; (b) considérer les implications affectives de la relation d'aide; (c) cerner les enjeux d'une situation marginalisante qui influence l'intégration sociale d'une personne et (d) développer une connaissance de soi approfondie en tant que personne aidante.

### **La formule pédagogique**

Afin de favoriser l'atteinte des objectifs, une orientation existentielle-humaniste fut privilégiée dans le choix des modalités d'apprentissage. Conséquemment, les modalités retenues et les interventions des personnes impliquées tendent à favoriser chez l'étudiante et l'étudiant la connaissance de soi et la croissance émotive, à la ou le responsabiliser dans son cheminement personnel et professionnel et à lui permettre de comprendre la relation qui s'élabore avec la personne qu'elle ou qu'il accompagne. Toutefois, ce choix n'exclut pas qu'une orientation didactique prenne place. Certaines situations exigent l'apprentissage de connaissances ou d'habiletés spécifiques chez la personne supervisée qui a besoin d'être guidée dans l'intégration des concepts théoriques à sa pratique. Mais l'emphase sur cette orientation demeure moindre puisque ce qui est visé relève davantage du développement d'une sensibilité et de certaines habiletés génériques à la relation d'aide plutôt que spécifiques à la situation ergothérapeutique.

### Activités d'apprentissage

Les activités d'apprentissage choisies mettent donc l'accent sur l'aspect expérientiel. Elles sont également sujettes à l'évaluation et se répartissent comme suit : 1) l'activité d'accompagnement-parrainage; 2) la supervision individuelle et de groupe; 3) le journal de bord; 4) l'analyse d'entrevue; et 5) le rapport synthèse.

L'activité d'accompagnement-parrainage s'avère la principale composante de ce cours. Les rencontres avec la personne aidée s'échelonnent sur 10 semaines à raison de trois heures/semaine. L'assiduité et l'exploration d'une activité lors des rencontres s'avèrent facilitantes pour la prise de contact. Une supervision est offerte aux étudiantes et étudiants afin de les aider à catalyser leur réflexion sur le processus relationnel vécu lors de l'accompagnement-parrainage et à prendre davantage conscience de la pratique qui a cours en relation d'aide. Les deux formes de supervision les plus souvent retrouvées dans la littérature sont offertes aux étudiants, soit la forme individuelle et la forme de groupe, toutes deux inspirées du modèle tuteur-apprenti. En 1985, Kadushin a mis en évidence qu'aucune étude n'a démontré jusqu'à maintenant la supériorité de l'une ou l'autre des méthodes pour l'atteinte des objectifs reliés à la formation pratique. Il recommande de les utiliser de façon complémentaire, en considérant leurs avantages et inconvénients selon la situation de supervision.

Il ressort que la forme individuelle a l'avantage de fournir un plus grand encadrement, de rencontrer les besoins particuliers de la personne supervisée et d'accroître l'intégration de la théorie à la pratique. Par contre, elle accentue le pouvoir et le rôle d'autorité de la personne superviseuse et peut inhiber l'autonomie et la responsabilité professionnelle chez la personne supervisée. La supervision de groupe, quant à elle, permet d'élargir le champ d'expériences, favorise l'apprentissage par les pairs et le développement de l'identité professionnelle. Par contre, elle exige une grande capacité de perception et d'adaptation chez la personne superviseuse et elle peut stimuler le développement d'une relation de compétition entre pairs.

Dans le cadre de ce cours, la supervision individuelle est toujours effectuée par une ou un ergothérapeute, en provenance du milieu clinique ou enseignant à l'université. Elle est offerte par période de 30 à 60 minutes, trois fois ou plus au cours du trimestre. Les exigences liées à cette modalité sont, de la part de l'étudiante ou de l'étudiant: une préparation des rencontres, une présentation claire de ses besoins, la manifestation d'un degré d'ouverture à l'aide pouvant lui être offerte ainsi que l'intégration de ses expériences dans une perspective de cheminement personnel. Si les besoins exprimés par l'étudiante et l'étudiant relèvent du domaine de la croissance personnelle avec cheminement individuel à investir, la personne superviseuse, fera une recommandation en ce sens avec référence possible aux divers centres d'aide disponibles aux étudiantes et étudiants sur le campus de l'université.

La supervision de groupe s'inscrit sous le volet soutien à l'étudiante et à l'étudiant. Les groupes sont fermés et comptent au maximum 12 personnes qui partageront ensemble 2 à 3 séances de 2 heures chacune. Une animatrice et une co-animatrice s'assurent d'un bon fonctionnement et sont attentives à ce que soient respectées les visées des rencontres, soit de permettre à chaque personne de s'exprimer sur la relation d'aide entreprise et de recevoir du soutien de ses pairs. De plus, des points de réflexion et des thèmes sont proposés aux étudiantes et étudiants qui auraient besoin d'être guidé(e)s afin de partager leur vécu de façon plus précise et concise.

L'étudiant est aussi aidé dans sa démarche par la tenue de son journal de bord. Ce journal est rédigé après chaque rencontre avec la personne aidée et suite à chacune des supervisions de groupe ou individuelle. Il permet une prise de distance face à la relation et représente un bon exercice de synthèse et d'analyse duquel doit filtrer un certain degré d'implication personnelle.

Une autre activité d'apprentissage utilisée est l'analyse d'une séquence d'entrevue textuelle enregistrée de 5 minutes. Cela permet à l'étudiante ou l'étudiant une analyse critique de ses interventions et de ses habiletés, en lien avec la particularité de la relation aidante qui se développe. Cette analyse écrite doit démontrer une qualité de réflexion et d'analyse de soi ainsi qu'un effort d'intégration des concepts théoriques au contexte relationnel.

La dernière exigence du cours est la rédaction d'un rapport synthèse qui permet à l'étudiante et à l'étudiant de faire un bilan à la lumière de certains concepts théoriques.

Il est possible de constater que les différentes modalités rejoignent le modèle de l'apprentissage expérientiel de Kolb (1984). Ce modèle est illustré par un cycle d'apprentissage comportant quatre phases qui sont à la fois distinctes et interreliées soit : 1) l'expérience concrète; 2) l'observation réfléchie; 3) la conceptualisation abstraite; et 4) l'expérimentation active. Ainsi, à l'intérieur du cours, l'étudiante et l'étudiant établit d'abord un contact avec la personne aidée et son environnement. Par le biais du journal de bord, des supervisions et de l'analyse d'une séquence d'entrevue, la personne apprenante est alors invitée à revenir sur cette expérience afin de mieux en saisir les multiples facettes. Ces activités, auxquelles s'ajoute le rapport synthèse, lui permettent ensuite d'induire des liens entre la théorie et la pratique et d'affiner sa compréhension de la dynamique relationnelle. Elle désire alors vérifier activement la pertinence des idées qui prennent forme en expérimentant un autre contact avec la personne aidée. Si cette expérimentation valide partiellement les concepts élaborés, il en résulte qu'une nouvelle expérience émerge et le cycle d'apprentissage de la personne apprenante se poursuit.

### **Les organismes collaborateurs**

Les milieux cliniques ou communautaires sélectionnés pour l'accompagnement-parrainage répondent habituellement aux trois critères suivants: (a) la clientèle est diversifiée en termes d'incapacités ou de strates d'âges; (b) le fonctionnement interne de l'organisme permet aux étudiantes et aux étudiants d'ergothérapie de s'ajouter à leur personnel bénévole pour une période de quatre mois; et (c) le niveau de communication verbale de la clientèle permet des échanges en vue de l'atteinte des objectifs du cours. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait un ergothérapeute sur place puisqu'il s'agit d'une activité pré-clinique en relation d'aide et non en ergothérapie.

Lors d'une première participation, une rencontre avec les responsables a lieu et des documents décrivant l'activité leur sont remis. Si l'expérience permet de démontrer que les critères de sélection sont effectivement présents et que la collaboration est bonne, une entente verbale est reconduite d'année en année.

## **L'évaluation du cours par les ergothérapeutes**

### Perception des ergothérapeutes

Quatre ergothérapeutes supervisant des stages cliniques depuis 10 ans et plus ont accepté de partager leur perception quant à l'intervention des stagiaires avant et après l'implantation de ce cours qui a eu lieu en 1985. Certaines constatations d'ordre général sont ressorties. Ainsi, avant 1985, lors de la formation pratique en milieu clinique, l'étudiante et l'étudiant était plus centré(e) sur la technique dans son approche thérapeutique. Le plan de soins était élaboré en fonction des déficits de la personne et la relation thérapeutique était une préoccupation de second plan.

Depuis 1985, l'approche thérapeutique de l'étudiante et de l'étudiant est davantage globale et centrée sur la personne. Ainsi, le plan de soins est établi avec cette dernière, en tenant compte de ses besoins et de ses objectifs. Un effort notable est observé chez l'étudiante et l'étudiant pour développer une relation thérapeutique, son attitude générale est plus souple et plus respectueuse. Cependant, l'étudiante et l'étudiant demeurent avec une difficulté, également présente avant 1985, à concilier les objectifs d'apprentissage reliés à la pratique de l'ergothérapie avec ses objectifs personnels de cheminement.

Quelques ergothérapeutes provenant de milieux cliniques collaborant à ce cours ont, quant à elles, exprimé leur perception concernant l'impact de cette expérience sur le cheminement de la personne aidée durant l'activité d'accompagnement-parrainage. Elles sont d'avis que ce cours s'intègre dans l'effort d'intégration sociale de la personne aidée en lui permettant d'explorer ses intérêts, de mettre en pratique de nouvelles habiletés et de se valoriser. De plus, l'activité d'accompagnement peut apporter aux cliniciens un éclairage nouveau et une compréhension plus affinée de la personne.

### Perception des étudiantes et des étudiants

A chaque année, la clientèle étudiante participante est invitée à formuler ses commentaires sur l'ensemble des activités pédagogiques et évaluatives inhérentes

à ce cours. En 1993, il est ressorti que ce cours aide l'étudiante et l'étudiant à mieux se connaître et à se sensibiliser aux besoins d'une personne en difficulté. L'implication exigée, l'autonomie permise et l'introspection favorisée par les activités d'apprentissage ainsi que le soutien et l'encadrement offerts lors des supervisions sont appréciés par les étudiantes et les étudiants. Cependant, ils considèrent que l'investissement et la quantité de travail requis sont trop élevés. De plus, le statut bénévole dans un organisme demeure pour eux une position ambiguë tout au long de l'accompagnement.

### **La supervision: quelques données expérientielles**

Les personnes superviseuses furent sollicitées afin qu'elles décrivent leurs expériences de supervision. Dix personnes (incluant les auteures) ont accepté de se recentrer sur leur vécu et leur perception et de les partager. Une analyse sommaire du contenu manifeste soumis fut ensuite accomplie. Cette analyse n'a aucunement la prétention d'une recherche à la méthodologie rigoureuse sur le processus expérientiel inhérent à l'acte de superviser. L'intention fut plutôt d'élargir l'angle de vision et de procurer un autre point de vue pour approcher cette expérience.

La méthode d'analyse proposée par l'Ecuyer (1987) fut utilisée pour faire ressortir et rassembler par affinités les unités d'informations significatives à l'expérience de supervision. Des six étapes définies par l'Ecuyer, les trois premières seulement furent effectuées, soit celles permettant de classifier puis de catégoriser les énoncés selon un modèle ouvert. Ce processus a permis de préciser certains aspects spécifiques de l'expérience, du rôle, de la relation et des exigences en lien avec l'acte de superviser. Ainsi, la pratique de la supervision est perçue comme une expérience personnelle et professionnelle à la fois impliquante, confrontante, introspective et valorisante, où la personne superviseuse partage et est témoin de l'évolution de la personne supervisée. Le rôle de la personne superviseuse est comparé à celui d'un guide, d'un modèle, et d'un sage lors de l'exploration et de la transmission des dimensions théoriques et pratiques reliées à la situation d'aide. Le lien relationnel établi entre les personnes superviseuses et supervisées est décrit comme étant personnalisé, authentique et émotif. Des exigences sont cependant associées à l'acte de superviser telles que disponibilité, perception aiguisée, qualité de présence et mise à jour du savoir professionnel.

## Conclusion

Le cours "Accompagnement-parrainage" procure une teinte particulière au programme d'ergothérapie de l'Université Laval. Il s'est avéré une expérience pédagogique riche et constructive tant pour la clientèle étudiante que pour le personnel enseignant. Ce cours n'a pas encore fait l'objet d'une recherche qui pourrait déterminer l'apport spécifique de cette formule pédagogique à la formation des étudiantes et des étudiants en ergothérapie. Cependant, il s'avère possible de cerner certains avantages et inconvénients constatés à ce jour. Contrairement à la méthode traditionnelle d'enseignement des habiletés relationnelles mettant l'accent sur le modeling et les jeux de rôles, cette formule pédagogique permet de responsabiliser davantage l'étudiante et l'étudiant dans son cheminement professionnel. De plus, en étant placée dans un contexte d'aide réel, la personne apprenante reçoit une rétroaction rapide de la personne aidée suite à ses interventions et est confrontée à la complexité d'une situation d'aide. Par contre, la formule retenue requiert l'implication de nombreuses personnes enseignantes et présente peu de possibilités d'observation directe de la personne apprenante en situation d'intervention. Conséquemment, les rétroactions offertes à l'étudiante et à l'étudiant sur ses interventions demeurent très limitées et peu précises. Également, le personnel enseignant peut difficilement juger si la personne apprenante a pu intégrer les rétroactions reçues et les différents éléments qui prennent place dans une relation d'aide. Malgré tout, cette formule pédagogique a contribué de façon notable à outiller les futurs ergothérapeutes dans le domaine de la relation d'aide. Cette relation thérapeutique est inhérente à l'intervention ergothérapique, c'est pourquoi il devient essentiel de porter attention à cette dimension lors de la formation des étudiantes et des étudiants d'ergothérapie.

## Références

- Kadushin, A. (1985). *Supervision in social work*. New York: Columbia University Press.
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential Learning Experience as the Source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- L'Ecuyer, R. (1987). L'analyse de contenu: Notions et étapes. Dans J.P. Deslauriers (Éd.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (pp. 49-65). Québec: Presses de l'Université du Québec.



## LE PSYCHODRAME PÉDAGOGIQUE : UN OUTIL POUR DÉVELOPPER LES ATTITUDES CHEZ LES ÉTUDIANTS

Micheline Saint-Jean et Huguette Picard-Greffé

### Résumé

Si le psychodrame d'orientation psychanalytique est bien connu dans le domaine de la thérapie, son utilisation en pédagogie l'est beaucoup moins. Pourtant, les quelques expériences rapportées dans la littérature tendent à démontrer la richesse de cette technique dans le développement des attitudes chez l'étudiant. Le stagiaire est souvent confronté à l'angoisse lorsqu'en situation réelle, connaissances et savoir-faire doivent s'étayer sur ses propres valeurs, ses propres émotions. Le psychodrame permet d'identifier ces angoisses, de les situer dans une trame organisée. L'expérience psychodramatique permet de comprendre une situation de l'intérieur, d'apprendre les perceptions reliées aux rôles. Afin de vérifier ces hypothèses, une expérimentation fut menée auprès d'étudiants de première année d'ergothérapie de l'Université de Montréal. Le texte qui suit portera sur la description de l'expérience et démontrera les éléments techniques de cette approche. L'analyse du contenu verbal et latent fera ressortir les principales sources d'angoisse de l'étudiant confronté à une première expérience de stage. Cette analyse tentera de démontrer comment le psychodrame pédagogique constitue un outil privilégié dans l'amorce d'un processus de croissance. En conclusion, les indications, les limites et contre-indications de cette méthode seront abordées.

Ils avaient tout prévu. La scène se déroulerait dans un grand centre hospitalier où les deux stagiaires se présenteraient au premier matin de leur stage. Les rôles avaient été assignés, l'espace de jeu délimité. Ils avaient tout prévu. Il y aurait le portier qui les accueillerait, l'infirmière qui serait à son poste, un médecin très affairé qui passerait par là et même l'agent de sécurité. L'action pouvait commencer.

Cependant, le premier dialogue entre les personnages les laissa perplexes.

"Non, dit le portier, je ne sais où est le service d'ergothérapie." "Ils ne savent jamais", rétorque le stagiaire. "L'ergothérapie, c'est pas connu", ajoute son collègue.

Bien décidés à ne pas se présenter en retard en ce premier matin de stage, les deux étudiants pressent le pas. Ils s'informent auprès de l'infirmière qui, elle non plus, ne sait pas où se situe le service d'ergothérapie. Le médecin ne le connaît pas non plus. Quant à l'agent de sécurité que l'infirmière a appelé en voyant l'énerverment grandissant des étudiants-stagiaires, il déclare:

"A ma connaissance, et je travaille à l'hôpital depuis dix ans, il n'y a pas de service d'ergothérapie ici."

Ils avaient tout prévu. Tout, sauf d'assigner un rôle d'ergothérapeute!

Cette scène tirée d'un psychodrame pédagogique permet de dépeindre le désarroi qu'éprouvent les étudiants devant faire l'expérience d'un stage d'une part et d'autre part la rapidité du psychodrame pour sa mise à jour.

Ils avaient tout prévu, tout sauf d'assigner un rôle d'ergothérapeute! Quel est le sens de cet oubli? Et surtout, que conclure de cette mise en scène supposément ratée? Contentons-nous de dire pour l'instant que les étudiants-stagiaires se sont sortis de l'impasse en déclarant d'une façon péremptoire que l'administration du Programme d'ergothérapie était vraiment irresponsable de les avoir affectés à un centre où il n'y avait pas de service d'ergothérapie. Alors, ils allaient de ce pas rencontrer immédiatement la directrice de la formation clinique et lui exprimer leur mécontentement!

La majorité des programmes de formation professionnelle, spécialement dans les domaines de la santé et des sciences humaines, ont régulièrement recours au stage considéré comme un moyen pédagogique nécessaire pour compléter l'apprentissage de l'étudiant. Ainsi voyons-nous, dans les différents cursus universitaires se côtoyer cours et stages. Ces stages surviennent à des moments divers de la formation et occupent une durée plus ou moins longue, selon le projet pédagogique de chacun des programmes. Pour l'ensemble des formateurs, la période de stage est ce moment privilégié où l'étudiant pourra mettre en pratique ses connaissances, harmoniser ses habiletés et ses attitudes dans des expériences concrètes qui viendront à leur tour susciter le désir d'en connaître davantage.

Il faut admettre que longtemps, il a été pris pour acquis que la transition entre les cours théoriques et l'apprentissage en milieu de stage allait de soi. Longtemps, on a cru que l'étudiant avait hâte de se retrouver enfin dans "le vrai" pour pouvoir mettre en pratique la profession qu'il avait choisie. Longtemps, on l'a cru disposé et ouvert à de nouvelles expériences. Pourtant, il faut bien admettre que, dans certains cas, le stage pouvait constituer pour les étudiants une source d'angoisse, qui pouvait nuire et quelquefois même entraver le processus d'apprentissage.

Voilà pourquoi la technique du psychodrame pédagogique comme moyen de préparation aux stages a été choisie comme méthode pédagogique. Si le

psychodrame est bien connu dans le domaine de la thérapie, son utilisation dans le domaine de la pédagogie l'est beaucoup moins. Pourtant, les quelques expériences rapportées dans la littérature tendent à démontrer la richesse de cette technique dans le développement des attitudes chez les étudiants (Ancelin-Schutzenberger, 1966; Roths, 1994). Dix années de pratique du psychodrame nous ont permis de constater que cette méthode pouvait permettre de dédramatiser l'expérience du stage et les angoisses qui y sont parfois reliées. Le psychodrame permet de situer les angoisses diffuses en trame organisée où sont offertes des solutions de dépassement et auxquelles l'on peut avoir accès par la symbolisation.

### Définition du psychodrame

S'il existe un lien de parenté entre le psychodrame et le jeu dramatique tel qu'utilisé au théâtre, il existe aussi entre eux de profondes différences. Ainsi, nous pouvons affirmer que le psychodrame ne constitue pas, à proprement parler, un jeu dramatique dans lequel les acteurs transposent sur scène des rôles fixés, créés au préalable par un auteur. Bien au contraire, le psychodrame tel que décrit par Moreno (1965), se définit comme "*une expérience émotionnelle vécue en groupe*". Etymologiquement, le mot "psychodrame" vient de "psychè" qui veut dire *âme* et de "drama" qui correspond au sens d'*action, d'accomplissement*.

Pratiquer le psychodrame:

- C'est "jouer une scène", c'est assumer un rôle dans un groupe où tous sont participants, certains à titre d'acteurs et d'autres comme spectateurs-participant
- C'est faire l'expérience d'une émotion commune pour la révéler au grand jour
- C'est comprendre de l'intérieur une situation donnée pour tenter de reconstruire les choses autrement
- C'est aussi comprendre comment on est perçu dans les rôles que l'on tient dans la vie et c'est ouvrir la porte à un éventail d'autres rôles.

Le jeu comme tel peut se situer dans le passé, le présent ou le futur. Le participant peut prendre le rôle d'un personnage humain, devenir un objet inanimé ou encore un animal. La situation peut permettre d'explorer des idées, des rêves, des fantaisies, des situations réelles ou hypothétiques (Moreno, 1965).

Trois types de psychodrames peuvent être définis correspondant à leurs objectifs. Ainsi, le psychodrame diagnostique et le psychodrame thérapeutique sont de loin les plus connus. Quant au troisième type, il se caractérise par sa valeur pédagogique.

Dans le psychodrame pédagogique, l'engagement dans le jeu permet à l'étudiant de découvrir ses sentiments, ses peurs, ses préjugés, ses valeurs face à une situation donnée. Le psychodrame permet aussi de comprendre l'autre de l'intérieur et de constater ce que son propre comportement peut induire chez l'autre et ainsi, de développer de nouvelles habiletés émotionnelles.

Mais pour exister, le psychodrame demande certains éléments essentiels et certaines caractéristiques. Le psychodrame doit être mis en place par le directeur ou psychodramatiste qui assume la responsabilité de la production du jeu de rôle. Tout au long du déroulement du psychodrame, le directeur veille au maintien de l'action dramatique. Il utilise diverses techniques psychodramatiques, dont les plus courantes sont le solliquo, l'inversement de rôle, le double, la chaise vide et le miroir. Il est aidé par une équipe psychodramatique constituée des égo-auxiliaires dont le rôle est de provoquer l'action ou de supporter le protagoniste. Le protagoniste ou sujet est le héros de l'action. Dans le cas précis du psychodrame pédagogique, le thème est élaboré par l'ensemble du groupe et fait l'objet d'un consensus et le sujet est celui qui le transforme en action dramatique. L'action dramatique se déroule dans un espace désigné, appelé la scène. Quant au groupe, il constitue l'auditoire qui agit comme un miroir, balisant le jeu.

Le psychodrame se déroule en trois phases. Le réchauffement est la phase dans laquelle les participants se préparent à l'action dramatique. Elle sert toujours à établir une relation de confiance entre le psychodramatiste et le groupe. Elle permet aux participants de se sensibiliser les uns aux autres, de se placer dans un climat relationnel, de découvrir, de choisir et de comprendre la situation à explorer.

L'action est la phase centrale du psychodrame. Elle peut impliquer un ou plusieurs individus. Le protagoniste principal devient le héros de l'action. Il choisit ceux qui vont lui donner la réplique. Dans le déroulement du jeu, il peut arriver que s'expriment des conflits personnels. Il revient alors au meneur d'encapsuler cette expression et de rediriger l'action vers l'expression de groupe. Tout comme dans toute autre activité pédagogique, il faut veiller à ne jamais transformer un psychodrame pédagogique en expérience thérapeutique.

Le partage constitue la troisième phase où chacun exprime ce qu'il a ressenti en commençant par ceux qui ont pris part à l'action. Le partage permet le feedback et même l'analyse, si nécessaire. Le but de cette activité est de permettre une identification entre l'auditoire et les protagonistes. Cette période revêt une grande importance car c'est l'étape où s'effectue l'identification de la problématique. Les étudiants deviennent conscients que leurs peurs et leurs appréhensions peuvent aussi être ressenties par les autres. Cette constatation a habituellement un effet libérateur et rassurant pour chacun des participants qui se croyait seul à être aux prises avec ce que les étudiants ont tendance à identifier comme des incompétences.

Si les trois phases sont nécessaires au déroulement du psychodrame, c'est dans la seconde, la phase de l'action, que s'opère le processus même du psychodrame. Il faut bien comprendre que c'est à travers la pratique du jeu lui-même que les étudiants seront amenés à trouver à l'intérieur d'eux-mêmes les moyens de surpasser leurs difficultés.

### **L'expérience du psychodrame pédagogique**

A l'Université de Montréal, le psychodrame pédagogique est utilisé depuis environ dix ans. Comme moyen de préparation au stage auprès des étudiants des trois années. Nous pouvons dire que quel que soit son niveau, l'étudiant envisage chaque stage comme une expérience nouvelle. C'est ainsi que, même en troisième année, le stage peut encore représenter pour l'étudiant une source d'appréhension et d'angoisse.

Si les étudiants choisissent des situations reliées au stage, comme c'était le cas dans l'exemple présenté en introduction, ils font montre d'imagination et sont capables d'en créer d'autres qui parfois étonnent. Quoique les situations de jeu présentent beaucoup de variété quant à leur contexte et à leur construction, le contenu latent qui s'en dégage se ramène presque toujours à quelques thèmes principaux: impuissance, agressivité, culpabilité, peurs.

Tel qu'illustré en introduction, devant l'angoisse suscitée par le stage, les étudiants vont souvent créer des jeux où le monde extérieur est semblable à leur monde intérieur, c'est-à-dire vide et sans repère les laissant dans un état d'impuissance. Cet état d'impuissance, qui les garde démunis pour une période plus ou moins longue selon les groupes, a tendance à se transformer rapidement en agressivité face à l'université qu'ils identifient comme étant responsable de cet

état de fait. Ainsi, ils en avaient construit le moindre détail, mais pourtant, dans la spontanéité du jeu, l'université était devenue très rapidement la cause de tous leurs malheurs. Ce scénario s'est déployé, au cours des années, sous toutes les formes inimaginables. En fait, n'est-ce pas l'université qui a la charge d'envoyer ses stagiaires se confronter au vaste monde?

Par ailleurs, face aux patients, les étudiants-stagiaires se sentent souvent coupables ... coupables d'être en bonne santé! Cette culpabilité peut parfois se manifester par une négation et une minimisation des problèmes du patient. Ainsi lors d'un jeu, cette étudiante qui devant une jeune paraplégique transformera son malaise en un discours positiviste où finalement être une personne handicapée devient presque avantageux. Le transport adapté, l'abolition des barrières architecturales, la possibilité de pouvoir jouer au ballon panier en fauteuil roulant, voilà autant de raisons mises de l'avant pour dire à la jeune paraplégique qu'elle n'avait pas à être triste! Dans d'autres cas, cette culpabilité pourra aussi se manifester par de l'agressivité. On en veut au patient que l'on ne comprend pas ou que l'on ne sait pas comment aider.

Et que dire des peurs? Elles sont de tout ordre et surgissent à l'improviste de façon massive: peur de la folie qui, souvent, est synonyme de violence, peur de la mort et de la souffrance, peur des situations de perte de contrôle. Ces peurs peuvent devenir suffisamment importantes pour amener certains stagiaires à s'en défendre par l'évitement. Ainsi, l'exemple du début illustre ce phénomène: en oubliant de créer un service d'ergothérapie et d'assigner un rôle d'ergothérapeute, les étudiants avaient construit une situation qui ne leur permettait plus, de toute évidence, de faire leur stage en ergothérapie. Jamais, croyons-nous, ces étudiants n'auraient pu exprimer de façon plus claire leur peur d'aller en stage.

Notre expérience et l'évaluation qu'en font les étudiants nous amènent à considérer le psychodrame pédagogique comme un outil tout désigné pour mettre en lumière la nature des peurs ressenties par les étudiants. De plus, cette technique semble les aider à aborder le stage avec plus de disponibilité intérieure et de sérénité. En effet, comme le dit Ancelin-Schutzenberger, (1966):

"Enseigner c'est donner de la sécurité, c'est répondre aux besoins d'appartenance, c'est libérer de la peur et de la culpabilité. Enseigner en somme, c'est être attentif aux obstacles et aux problèmes qui empêchent l'étudiant de s'épanouir" (p. 167).

**Références**

- Ancelin-Schutzenberger, A. (1966). Précis de psychodrame. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moreno, J.L. (1965). Psychothérapie de groupe et psychodrame. Paris: Presses Universitaires de France.
- Roths, L. (1994). What is teaching in Psychodrama and Sociodram in American Education. New York: Beacon House.



*L'ERGOTHÉRAPEUTE COMME APPRENANT*



## LE MODÈLE DE DÜRCKHEIM: UNE GRILLE DE RÉFÉRENCE POUR L'ERGOTHÉRAPEUTE-APPRENANT

Rachel Thibeault

### Résumé

L'ensemble de l'oeuvre de Karlfried Graf Dürckheim, psychologue et philosophe allemand mort en 1989, se fonde sur le concept du thérapeute en perpétuelle croissance. Convaincu de l'importance cruciale d'une constante évolution personnelle de la part du thérapeute, Dürckheim a dénoncé les postulats traditionnels qui présentent l'intervenant comme un élément statique et immuable du processus thérapeutique. L'intervenant se doit généralement d'être neutre et objectif et le processus thérapeutique se déroule presque, à la limite, à l'extérieur de son expérience propre. Pour Dürckheim, cette vision s'avère fautive: le thérapeute ne peut demeurer foncièrement indifférent à son client et les questionnements de ce dernier, si le thérapeute est attentif à lui-même, provoquent inévitablement une réaction. Dürckheim aborde cet aspect sous trois angles. Dans un premier temps, il veut sensibiliser le thérapeute aux apprentissages professionnels et humains qui naissent de toute relation thérapeutique pour l'intervenant. Dans un deuxième temps, il propose un modèle d'auto-analyse qui permet au thérapeute d'assimiler ces apprentissages et d'évoluer constamment vers une plus grande maturité et une plus grande empathie. Enfin, il suggère une définition de la maturité qui ne se fonde nullement sur les notions occidentales de performance ou d'autonomie fonctionnelle. Il quitte le domaine du *faire* pour explorer le domaine de *l'être*.

La tradition nous amenait autrefois à considérer le thérapeute diplômé comme un professionnel qui, après avoir acquis ses outils et ses lettres de noblesse, n'avait plus qu'à pratiquer son art auprès d'une clientèle choisie. Son apprentissage terminé, il n'était plus tenu d'avoir recours aux livres, aux revues scientifiques, aux congrès et aux débats qui auraient pu alimenter des formes nouvelles de réflexion et de pratique. Une telle fermeture choquerait de nos jours: la notion de formation continue, bien que relativement récente, est déjà ancrée dans nos moeurs professionnelles et fait figure de quasi-loi dans nos milieux cliniques. Il serait impensable qu'au sortir de l'école un thérapeute cesse tout développement et persiste dans les schèmes immuables appris lors de sa formation.

Le jeune thérapeute des années 90 conçoit donc aisément qu'une fois son diplôme en poche, il devra encore parfaire son éducation par de nouveaux apprentissages et ce, à quatre niveaux à savoir a) au niveau de la spécialisation de son choix; b) au niveau des développements généraux au sein de la discipline; c) au niveau de ses habiletés de gestionnaire; et d) au niveau de ses connaissances en recherche.

Presque tous les programmes de formation continue conçus pour et par les ergothérapeutes abordent l'un ou l'autre de ces aspects et couvrent ainsi, du moins le croit-on, le champ complet de nos besoins professionnels. Il est vrai que ces quatre domaines permettent une remise à jour en profondeur de nos instruments techniques et conceptuels mais ils n'en demeurent pas moins parcellaires: qu'en est-il, en effet, de notre outil premier, c'est-à-dire nous-mêmes? Il est frappant de constater que dans les modèles de pratique utilisés en ergothérapie, de l'occupation humaine (Kielhofner, 1992) aux lignes directrices centrées sur le client (ACE, 1993), un élément crucial brille par son absence: le thérapeute. Les différents auteurs ne mentionnent jamais le thérapeute comme élément intrinsèque au modèle conceptuel et passent aussi sous silence le rôle de la personne même de l'intervenant comme outil thérapeutique fondamental. Puisque le thérapeute n'apparaît dans aucun de nos modèles classiques, on pourrait en déduire qu'il se résume à une présence statique, neutre et objective pour qui le processus thérapeutique se déroulerait presque à l'extérieur de son expérience propre. Il semble réduit à n'être plus que le dépositaire d'une connaissance à transmettre et l'analyste du processus de réadaptation. On le croirait hors d'atteinte, insensible aux mouvements émotifs qui modulent sans cesse la relation thérapeutique. C'est faux. Quiconque a le moindre vécu clinique reconnaît d'emblée l'influence mutuelle qu'exercent l'un sur l'autre le client et le thérapeute. Nier cette interaction équivaut à nier la relation thérapeutique.

Comme toute autre relation humaine, la relation dite thérapeutique se bâtit d'abord et avant tout sur l'authenticité et croît à force de retours sur soi, de confrontations et de réflexions. La maturité, cet ingrédient de base indispensable qui devrait toujours distinguer le thérapeute, ne s'acquiert cependant qu'en partie lors de la formation: le reste, la part la plus profonde et la plus vitale, naît de l'expérience et de l'assimilation graduelle et consciente de cette expérience. Il existe donc, au-delà des devoirs professionnels traditionnels de compétence et de performance, une autre responsabilité qui ne figure sur aucune liste: celle qui a trait à la croissance et à la bonification de soi.

Pourtant, après la cérémonie de collation des grades et l'obtention du premier emploi, on ne souligne plus l'importance de travailler sur soi. L'expression ergothérapeute-apprenant qualifie dès lors l'ergothérapeute qui raffine ses apprentissages cognitifs ou qui expérimente des modalités d'interventions innovatrices. Le travail d'ouverture et de conscience est relégué à l'arrière-plan; seul demeure celui de l'intellect.

Cette perspective reflète indéniablement nos influences sociales: nous définissons l'homme par ses accomplissements et par sa capacité d'adaptation. Nos normes se fondent uniquement sur le faire: le faire physique, le faire cognitif, le faire émotif. Et cet acharnement à faire est particulièrement marqué chez les ergothérapeutes: notre philosophie célèbre, et la plupart du temps à juste titre, l'importance de l'activité, de la performance et de l'autonomie mais nous devons nous assurer que cette vision occupationnelle et fonctionnelle n'occulte pas la capacité d'être.

Selon Dürckheim (1987) cette course à l'efficacité et ce déni de l'être affectent de nombreux thérapeutes et contreviennent au déroulement harmonieux de la relation thérapeutique. Dans notre pratique actuelle, le thérapeute se situe derechef hors de lui-même, dans le besoin du client, et se coupe des résonnances personnelles que cette situation lui fait vivre. De plus, en tentant de provoquer chez son client une amélioration qui relève uniquement du domaine du faire, il l'oriente inconsciemment loin de son centre et lui bloque ainsi l'accès à ses énergies les plus profondes, celles de l'être. Il en résulte une dérive où thérapeute et client se retrouvent en surface, sans ancrage dans leur identité réelle. La tâche les définit, et non l'inverse, et la rencontre de leur être ne colore plus l'activité. Le lien se vide de sa substance: le processus achoppe.

Si la personne du thérapeute constitue effectivement son outil privilégié, il est logique de consacrer temps et efforts à son développement. Seul un thérapeute en pleine possession de lui-même arrive à maintenir une véritable efficacité thérapeutique. Pour Dürckheim, cet apprentissage de la profondeur exige que l'on revienne aux notions fondamentales de maturité et de travail sur soi. Fait important, il cautionne les concepts orientaux de maturité, par opposition à ceux que nous avons adoptés dans nos sociétés. L'Occident ne reconnaît plus, en effet, que trois étapes à la vie humaine: la petite enfance que marque l'éveil du monde perceptuel, moteur et émotif; l'adolescence qui voit s'établir l'identité et la vie conceptuelle et enfin l'âge adulte, caractérisé par la maîtrise fonctionnelle de l'environnement. Évidemment, la vieillesse existe aussi chez nous mais comme elle ne possède ni vertu ni fonction particulières, elle est dénuée de sens. On la repousse et on l'ignore; on vieillit, on le regrette et on tente d'en endiguer les ravages.

Dans l'optique orientale, l'aboutissement de l'existence humaine ne se résume pas aux pertes physiologiques associées à la vieillesse. La séquence développementale comporte quatre étapes: la petite enfance, l'adolescence, l'âge

adulte et une vieillesse qui demeure riche de rôles et de défis. L'homme oriental traditionnel voit la vie comme un passage conscient de l'existentiel à l'essentiel. À l'instar de l'Occidental, il devra franchir toutes les étapes existentielles: celle de l'enfant qui joue, celle de l'adolescent qui se définit et celle de l'homme mûr qui contrôle son univers. Mais, contrairement à ce que nous observons dans notre contexte culturel, il aspirera aussi à l'étape essentielle de la vieillesse qui lui permettra enfin de lâcher prise du monde et de ses exigences matérielles pour entrer dans l'univers de la sagesse et de la transparence. Son dernier rôle parmi les siens sera de témoigner de la profondeur en manifestant des valeurs qui transcendent la performance et la possession. Il ne fait plus, il est, et il parachève ainsi pleinement sa nature primordiale.

L'homme occidental, lui, a tronqué le processus de maturation propre à l'espèce en l'amputant de son dernier volet, volet normal qui devrait d'ailleurs constituer l'apogée même de la vie. Sans relâche, nous maquillons l'âge mûr d'airs de jeunesse pour mieux l'ignorer et l'oublier. Bien que notre société nie ainsi l'importance de l'âge et de sa sagesse, elle ne parvient pas à oblitérer complètement la pulsion naturelle à réaliser ce devenir. Au départ, nous tendons tous, de façon plus ou moins pressante, vers l'accomplissement normal de notre maturation. Nous éprouvons par moments le besoin impérieux de transcender les contraintes rigides de l'existence pour pénétrer dans le domaine d'une essence que nous pressentons intuitivement. Chez la majorité d'entre nous, cette pulsion est vite étouffée sous les multiples sollicitations à la consommation et au divertissement; nous interrompons alors notre processus de croissance pour demeurer à un niveau d'immaturation qui nous laisse insatisfaits.

### **Considérations cliniques**

Les ergothérapeutes en santé mentale ont tous rencontré dans le cadre de leur travail de ces clients qui ont tout pour être heureux et qui pourtant espèrent la mort. Ils sont riches, membres d'une famille chaleureuse et aimante et ils jouissent d'une grande reconnaissance dans leur milieu professionnel. Et, un bon matin, ils sont admis à l'unité de psychiatrie en proie à des idées suicidaires incontrôlables. Quel est donc leur dilemme? Qu'est-ce qui les pousse à renier les avantages que leur offre la vie et à s'enfoncer dans une dépression apparemment sans cause? Pour certains d'entre eux, la réponse est simple: ils ont atteint un seuil critique de croissance et se heurtent à ce mur qui sépare la maturité fonctionnelle que nous prônons et le lâcher-prise que préconisent les Orientaux. Des tensions conflictuelles plutôt nébuleuses naissent en eux et s'affrontent avec une force croissante. Humainement parlant, ces clients ont accompli ce qu'on attendait

d'eux: le succès, la sécurité financière, la stabilité émotive. Mais quelque chose demeure inassouvi. Ils éprouvent vide et désarroi devant leurs réalisations et se demandent avec angoisse: "La vie n'est-elle que ça?" Les forces d'inertie et de respect de la norme s'opposent alors à celles de croissance et de découverte. Tout comme à l'adolescence, il en résulte une confusion douloureuse marquant le passage d'une étape de maturation à une autre.

Si le processus suit son cours sans entrave, la connaissance à la fois instinctive et inconsciente de cette autre étape de maturation se manifeste alors par une forte pulsion vers un nouveau mode d'être. Malheureusement, au sein de notre culture, cette pulsion ne peut souvent prendre forme, faute de modèles adéquats. Le client devient semblable à une plante coincée dans un pot trop étroit: l'ordre naturel lui dicte encore un mouvement incoercible de croissance mais, dans l'exiguïté du pot, ce mouvement équivaut inévitablement à un étouffement graduel et à une mort certaine. La confusion et la souffrance atteignent leur paroxysme et la survie se résume à deux choix: se couper totalement de l'expérience et la renier, ce qui constitue la voie occidentale courante, ou opérer un changement radical de milieu. Ce dernier choix n'implique évidemment pas un changement de lieu mais plutôt un glissement subtil de la perspective du client.

Psychologiquement, il doit se transplanter sur un autre plan: un plan plus vaste qui englobe à la fois le tangible et l'intangible. Le thérapeute averti, qui a travaillé sur lui-même et s'est éveillé à cet autre plan, discerne rapidement dans la douleur de son client les signes d'une poussée de croissance. Il peut le guider dans sa transition en le rassurant sur le caractère naturel de son état et en le situant dans son processus global de maturation. En expliquant clairement à son client qu'il négocie en fait le troisième virage de sa maturation et que son trouble n'a rien de pathologique, le thérapeute lui permet de s'ouvrir à une réalité supérieure qui ne le limite plus au monde existentiel et lui procure l'espace psychologique essentiel pour poursuivre son évolution. De toute évidence, cet accompagnement ne peut être fourni que par un thérapeute qui se laisse façonner par une autre vision de l'homme:

"La réalité vers laquelle on conduit quelqu'un est liée à celle dans laquelle on se trouve soi-même. Et ceci est valable tant pour la réalité théorique que pour la réalité pratique. Pour le patient seul aura du poids ce que le thérapeute prendra au sérieux pour lui-même, en théorie et dans son vécu. Seul ce que nous prenons au sérieux deviendra réalité et plus un individu se trouve dans notre sphère

d'influence, plus ce que nous prenons nous-mêmes au sérieux sera efficace et se réalisera en lui, agira comme un aimant qui ordonne tout autour de lui ou comme un tourbillon qui entraîne tout vers son centre."(Dürckheim, 1987, p.92)

Mais devenir ce thérapeute attentif et avisé sous-entend une longue chaîne d'apprentissages: se dire ergothérapeute-apprenant, dans cette optique, c'est s'engager dans une remise en question qui déborde des cadres strictement professionnels et qui s'échelonne sur toute une vie. Le thérapeute accepte de franchir la frontière séparant l'existential de l'essentiel: en fait, il choisit de poursuivre son développement naturel en dépit des messages sociaux qui imposent un arrêt de croissance. Pour découvrir enfin sa propre identité essentielle, il refuse la norme sociale matérialiste et fonctionnelle et aborde sa marginalité dans une transition unique à chacun mais néanmoins balisée d'éléments communs à tous.

### **Le processus de passage de l'existential à l'essentiel**

De façon générale, toute personne qui entreprend ce processus doit d'abord identifier les lieux, les moments et les gestes qui lui procurent une paix tranquille et lui permettent un retour vers sa nature la plus authentique. En effet, chacun possède une sensibilité particulière qui s'éveille selon ses schèmes propres et qui mène à la profondeur véritable. D'ailleurs, cette sensibilité relève presque d'un instinct semblable à celui des animaux qui savent retrouver infailliblement leur nid, leur terrier ou leur lieu de reproduction à des milliers de kilomètres. Chez l'homme, cet instinct ne guide pas vers un lieu physique mais bien vers une identité. Dans les mots de Marie-Madeleine Davy (1987), c'est le retour à la terre natale. Pour chacun, il s'agit donc de reconnaître et de répertorier les événements et les activités, toujours éminemment personnels, qui induisent ces plongées vers l'identité profonde. Ces situations deviennent alors des outils sur le chemin de la métanoïa, c'est-à-dire de la transformation complète de soi. Elles agissent comme points de repère mais non comme déclencheurs-réflexes d'ouverture et de transcendance; bien que l'on puisse répéter un geste ou tenter de recréer une atmosphère ou une activité, nous savons que le contact avec soi-même n'est pas automatique et ne peut être provoqué sur demande. Mais, en dépit de leur caractère privé et aléatoire, ces situations, ces instants de clarté sereine où la cohue du monde s'estompe et fait place à la transparence, appartiennent à notre héritage humain collectif et peuvent être cultivés. Dürckheim a puisé aux traditions orientales et occidentales pour déterminer quelles sont ces voies royales qui, depuis toujours, permettent aux hommes l'accès à la transparence. Il en a découvert quatre qui recourent la presque totalité des expériences transcendantales vers la maturité: il s'agit de l'art, de l'érotisme, de la nature et de la pratique religieuse.

L'acte créateur ou la rencontre fortuite d'une oeuvre émouvante peuvent amener la résurgence de l'être si la manifestation artistique est vécue de façon pleinement consciente dans le moment présent. Conscience ici n'égale pas analyse mais plutôt disponibilité, perméabilité totales. Je suis entièrement absorbé dans l'acte créateur quel qu'il soit et je dépasse ainsi les structures limitatives et étriquées de mon état habituel. Je suis parfaitement à l'écoute du son, à l'affût de la couleur, abandonné au rythme de la danse et je ne suis plus identifié au moi existentiel et à ses pulsions égocentriques; j'atteins alors la racine essentielle de mon être. Ce mouvement vers le centre aboutit à ce que Carl Jung (1933) nomme le Soi, l'identité la plus authentique ensevelie sous les besoins de l'égo et les conditionnements sociaux. Grâce à des percées opérées par l'art et l'émotion qu'il suscite, le Soi refait brièvement surface et me rappelle ma double origine, existentielle et essentielle. Mais pour cela, je dois d'abord me laisser toucher, mouvoir et émouvoir.

L'érotisme offre les mêmes possibilités d'ouverture et de transparence. Mais cela concerne un érotisme différent de celui prôné en Occident. Notre vision de la sexualité oscille entre le fonctionnel, l'émotif et le pornographique et rarement dans nos médias voyons-nous l'érotisme présenté comme une porte vers la connaissance de soi et l'expression d'une dimension transcendante. C'est le plus souvent le véhicule de l'assouvissement ou de l'asservissement mais l'érotisme dont parle Dürckheim évoque des potentialités tout autres. Il se fonde encore une fois sur le principe du dépassement des besoins primaires. Sans réfuter la nécessité de la pulsion sexuelle, au contraire, il l'accueille, l'intègre et la situe dans une globalité qui ne renie pas le Soi. La pulsion s'exprime mais dans une rencontre avec l'autre d'où les motivations égoïstes sont exclues. L'amour physique se métamorphose d'un moyen de conquête, de possession ou simplement de partage agréable en un acte qui fait éclater les structures restrictives du moi. Il devient le cadre d'une communion jaillie du Soi que n'entravent plus les considérations usuelles de rôle, de synchronisme et de techniques qui prévalent généralement en matière de sexualité. Les partenaires s'unissent dans leur ontologie et créent l'empreinte indélébile d'une expérience certes éphémère mais témoignant néanmoins d'une réalité sous-jacente permanente et accessible.

Tout comme l'érotisme, la nature possède le pouvoir de transcender l'existentiel: le thème d'une union profonde et revitalisante avec le milieu naturel existe de tout temps et l'histoire a vu de nombreuses époques qui en ont fait leur idéal. Que ce soit chez Rousseau ou chez les écologistes modernes, on pressent la nature comme un lieu propice à un retour aux sources et au développement des

qualités les plus hautes de l'homme. Le dépouillement, la sincérité et la santé sont autant de valeurs associées à ce qui est naturel mais on ignore souvent les autres aspects, négatifs ou dangereux, essentiels à l'équilibre. Les idéologies du Bon Sauvage et de la Mère Nature, qui connaissent encore des jours florissants, vénèrent uniquement le côté nourricier du monde naturel en oblitérant ses facettes cruelles ou impitoyables. Pourtant la nature, comme la vie elle-même, ne livre toute sa substance que lorsqu'elle est acceptée dans son intégrité. C'est dans le contact avec la nature sous tous ses aspects que la conversion à l'essentiel peut avoir lieu. Sans censure, sans idées préconçues, l'homme se fonde à la forêt, à la mer ou au désert, retrouvant peu à peu ses instincts oubliés, fragiles et puissants, sombres et clairs. Il découvre au-delà des contraires qu'il appartient à un tout, à la fois Soi et plus grand que Soi, qui le constitue et qui le dépasse. Dans la solitude des grands espaces ou dans le carré restreint d'un jardin de ville, il ressente son lien à l'éternité et saisit de façon fulgurante le paradoxe de la nécessité et de la futilité des choses. Transporté par la beauté mouvante du monde naturel, fasciné par la vie si brève des couchants et des levants, il touche aux extrêmes: rien ne dure et tout est immortel. Son identité sociale, professionnelle, amoureuse se dissout devant l'univers pour révéler en son centre l'être qui l'y relie.

Cette destruction du moi suivie de l'expansion du Soi peut aussi apparaître lors de l'extase religieuse et de l'expérience mystique. Au son d'un hymne, à la vue d'un rayon de lumière traversant un vitrail, au plus dense de la prière et de la méditation, il arrive que le moi se sente ébranlé et vacille. Les forces de l'égo s'écroulent entraînant à leur suite peurs et désirs. Même la perspective de la mort perd alors son emprise. Tout est dans l'ordre des choses puisque tout se déroule dans la centration parfaite du moment, si court fut-il. Ce n'est souvent qu'un éclair, un regard furtif sur le Divin mais cette brèche de la conscience est suffisante pour porter et nourrir le Soi aux heures les plus longues et les plus fréquentes de la contemplation égoïste.

Qu'est-ce qui, de la religion, de l'art, de l'érotisme ou de la nature convient le mieux pour libérer le Soi? C'est à chacun de répondre. Mais pour le thérapeute, la question a deux volets: il doit répondre pour lui-même et aussi tenter de guider son client vers la réponse qui est la sienne. Comment discerne-t-on la voie de sa transparence? Tout d'abord en faisant silence: l'union avec le fond ne peut s'effectuer que dans une atmosphère de calme et de paix. Les résonances intérieures que fait naître chacune des quatre voies sont parfois si faibles que la voix du monde, même à distance, l'assourdit et l'étouffe. Le retrait volontaire, ne serait-ce que quelques minutes par jour, crée un vide protecteur où les échos de l'être peuvent se répercuter et s'amplifier. Les sens s'affinent et la conscience du

centre devient plus aigue. Ce retrait peut prendre plusieurs formes: des exercices de yoga, une méditation, un bain pris dans la pénombre, une balade en campagne, quelques instants passés au piano ou au chevalet. Peu importe le choix: c'est la centration vécue au cours de ces moments et son pouvoir évocateur du Soi qui stimuleront peu à peu la perception juste de notre part la plus profonde. À force de temps et d'attention, les circonstances les plus propices à notre transparence émergeront d'elles-mêmes et nous saurons quelles voies nous nous devons de cultiver. Chose certaine, la connaissance de soi ne peut fleurir qu'en harmonie avec le corps. L'émergence de la profondeur ne se produit pas au détriment du charnel mais bien au coeur même d'une incarnation acceptée et célébrée. L'univers des sens recèle plus d'honnêteté et de pouvoir de transformation que les concepts purement intellectuels. Sans rejeter l'intellect, Dürckheim souligne qu'il faut se méfier des rationalisations souvent suspectes et faire place à la voix des sens dans l'ordre, dans l'unité et dans la plénitude.

### **Les trois modes d'être sous-jacents au travail**

Le travail sur soi ne se limite pas à la seule "voie royale" de l'art, de l'érotisme, de la religion ou de la nature que privilégie chacun mais il s'opère également dans les moindres événements de la vie courante. Afin de mûrir, en plus de cette voie royale propre à chacun, il est essentiel de développer a priori trois modes d'être, du corps et de l'esprit, qui prédisposent à l'ouverture fondamentale nécessaire au travail sur soi. Ces modes prévalent tout au long du processus et ce, sans négliger le corps qui demeure toujours le point d'ancrage incontournable de la découverte du Soi, le baromètre des états profonds.

Le premier mode d'être coïncide avec un sixième sens qu'il nous faut développer: celui de notre centration. Dürckheim insiste sur la nature à la fois psychologique et corporelle de la centration qui se manifeste certes dans une disposition d'esprit calme et posée mais aussi dans la fluidité du geste, le ton de la voix et la tension musculaire. Très tôt dans le processus, nous devenons subtilement conscients de nos écarts de centration: le geste se fait imprécis ou saccadé, la voix légèrement trop haute ou traînante, le muscle trop tendu ou trop flasque. Entre la tension induite et l'avachissement se situe un équilibre précaire mais juste qui correspond à notre état de centration. Dans cet équilibre, nous goûtons une intensité de présence et de conscience qui nous échappe lorsque nous sommes hors-centre et c'est là l'état qu'il nous faut cultiver par une constante attention aux glissements à peine perceptibles de notre façon d'être. Nous devons évaluer, dans nos moindres actions, si le geste émane de notre centre ou n'est que

la suite de notre dispersion intérieure. Par exemple, suis-je présent et centré dans le fait de marcher vers le métro ou suis-je complètement absorbé par ma hâte et coupé de l'expérience de marcher? Une vigilance fluide et souple permet alors le retour au centre lors des inévitables dérives.

Dans un deuxième temps, le discernement vient s'ajouter à l'attention. À travers les gestes et les lieux du quotidien, il faut apprendre à distinguer ce qui est propice à la centration. Il ne s'agit plus, dans les activités courantes, de porter uniquement attention à notre façon d'être mais bien de percevoir ce qui, dans le monde extérieur, tend à nous rapprocher ou à nous éloigner de notre centre réel. Un paysage, une mélodie, une odeur: tout peut concourir au retour vers soi mais encore faut-il être conscient de ses sensibilités particulières. Certains s'apaisent dans les effluves du repas qui mijote sur le feu; d'autres font la paix avec eux-mêmes sous la caresse d'une brise matinale. D'autres encore se retrouvent dans le rythme berceur d'une voiture qui file sur la route. Ce sont le plus souvent les balises simples de la vie de tous les jours qui portent en elles le pouvoir de nous faire remonter le courant pour revenir à la source première. Nous devons trier parmi cette pléiade d'expériences qui nous sont offertes celles qui, personnellement, nous mènent à l'essence.

Quant au troisième mode d'être, il découle naturellement des deux premiers: lorsque l'on sait reconnaître en soi la centration, lorsque l'on sait quelles sont les circonstances qui lui sont propices, il nous faut les rechercher et les cultiver. Dürckheim parle alors d'exercice dans le quotidien. "(Il faut) écarter, par l'exercice pratique, les obstacles qui nous séparent de l'Être et fortifier ce qui nous lie à lui. L'exercice tend donc à créer et établir une attitude de tout le corps qui permette à l'homme de rester en contact avec l'Être et aussi de le manifester dans le monde." (Dürckheim, 1991, p.142).

Mais qu'est-ce que l'exercice? Plusieurs auteurs le définissent comme un moment de la journée consacré au silence, à la réflexion, à la méditation. Dürckheim supporte et dépasse ce point de vue. Tout en soulignant l'importance fondamentale d'une période quotidienne de retour sur soi, il insiste sur l'exercice perpétuel, c'est-à-dire sur une ouverture constante à la conscience. Dürckheim réfute les cadres temporels de l'exercice: il le situe beaucoup plus dans un mode d'être qui peu à peu constitue la trame de la vie incarnée: "Le chemin initiatique n'est pas possible sans exercice constant. Et il n'y a pas d'exercice fécond sans la participation du corps." (Dürckheim, cité dans Goettmann & Goettmann, 1988). L'exercice comprend donc tout autant l'assise en silence de l'aube que la marche rythmée et consciente qui nous mène au travail ou à la banque. Il englobe le yoga

ou le tai-chi, tout comme la jouissance totale d'un mets, d'une couleur, d'une caresse. Tout peut se transformer en un exercice qui, en retour, nous transformera. Ainsi, au long du jour, sous l'action conjuguée du recul et d'une certaine immobilité, le Soi émerge et imprègne le corps; les gestes subséquents retrouvent leur fluidité et la centration redevient manifeste. Petit à petit, ces activités qui pour nous captent l'essentiel prennent une place grandissante dans le quotidien, reléguant à l'arrière-plan celles qui sont moins riches de profondeur. Les balades à pied remplaceront peut-être certaines heures passées devant la télé. Les conversations nourricières avec des amis très proches se substitueront peut-être plus souvent aux échanges superficiels de fonctions sociales parfois futiles. Des livres de grands maîtres viendront peut-être s'immiscer entre les lectures plus légères qui nous sont familières. Au fil des ans, une vie dense de substance se forge ainsi et nous entraîne toujours plus avant sur la voie de la maturation. Nous entrons enfin dans le domaine de l'Être, dans cette étape nécessaire de la vie où il nous faudra éventuellement guider nos clients.

### **Conclusion**

Nous, les ergothérapeutes, sommes les artisans du quotidien. Inlassablement, nous ancrons nos clients dans les activités de tous les jours et les aidons à en discerner le sens profond. Oui, nous parlons avec conviction d'activité significative mais comment la définissons-nous? Peut-être est-il temps d'élargir notre concept de sens pour y intégrer une dimension méditative et transcendante. Jusqu'à présent, peu parmi nous ont entrepris cette formation continue un peu particulière qui n'appartient plus strictement au monde du faire. Le plus souvent, dérivant loin de la conscience, happés par l'urgence des tâches à accomplir, nous perdons nous-mêmes le sens du geste et nous nous coupons de son pouvoir régénérateur. Centrés sur nos acquis professionnels, nous délaissions nos forces essentielles non seulement dans la pratique de notre art mais parfois dans notre quotidien aussi. Une réflexion s'impose: qu'est-ce qu'un thérapeute? Quelle est la véritable étendue de notre rôle? Et pouvons-nous vraiment limiter notre responsabilité aux champs de formation continue traditionnels qui ne font appel qu'à l'avoir et à l'agir? Ou serait-il plutôt de notre devoir de poursuivre plus loin, là où le client, centré dans son être, nous attend? Sans dogmatisme, sans véhémence, Dürckheim fournit quelques éléments de réponse:

"L'influence déterminante du thérapeute vient du rayonnement de son être. L'efficacité de son travail ne s'origine que rarement dans la théorie et la méthode "analytique" mais toujours au-delà du

psychologique dans la relation d'être à être. C'est là, touché dans sa profondeur ontologique, que le patient s'ouvre ou se ferme, se met en chemin vers sa guérison ou se maintient dans sa détresse." (Dürckheim, cité dans Goettmann & Goettmann, 1988).

La route "au-delà du psychologique" qui mène à la pleine réalisation de soi s'ouvre tôt ou tard devant chaque thérapeute. Combien la prendront? La question demeure.

### Références

- Association canadienne des ergothérapeutes (1993). Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client. Toronto: CAOT Publications.
- Davy, M.M. (1987). L'homme intérieur et ses métamorphoses. Paris: Épi.
- Dürckheim, K.G. (1987). L'expérience de la transcendance. Paris: Éditions du Cerf.
- Dürckheim, K.G. (1991). La voie de la transcendance: l'homme à la recherche de son intégralité. Monaco: Éditions du Rocher.
- Goettmann, A. et Goettmann, R. (1988). Graf Dürckheim: images et aphorismes. Paris: Dervy-Livres.
- Jung, C.G. (1933). Dialectique du moi et de l'inconscient. Traduction française 1964. Paris: Gallimard.
- Kielhofner, G. (1992). Conceptual Foundations of Occupational Therapy. Philadelphia: F.A. Davis Company.

## L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE: SÉLECTION DE MODES DE COMPORTEMENT PAR DES SUPERVISEURS DE STAGE EN ERGOTHÉRAPIE

Loredana Campanile et Dorothy Thomas-Edding

### Résumé

Une étude a été menée auprès de superviseurs de stage en ergothérapie travaillant dans des hôpitaux affiliés à des universités de la région de Montréal. Un questionnaire leur a été envoyé pour déterminer l'importance qu'ils accordent aux divers modes de comportement utilisés afin de faciliter l'apprentissage du stagiaire.

Les superviseurs devaient aussi indiquer s'ils avaient ou non assisté à des cours de formation continue sur l'enseignement clinique. Par la suite, la relation entre la participation à des cours de formation, le nombre d'années d'expérience clinique et l'importance accordée aux divers modes de comportement a été analysée. Les résultats de cette étude ont démontré que les thérapeutes bénéficieraient d'un atelier portant sur la supervision clinique afin d'améliorer leurs habiletés de superviseurs.

### Introduction

L'ergothérapeute a plusieurs rôles, entre autres, ceux de clinicien et d'éducateur (Schnelby, 1970). Dans le courant de sa pratique, il doit souvent s'impliquer dans la supervision de stage des étudiants et des internes. Les habiletés nécessaires pour faciliter l'apprentissage de l'étudiant ne sont pas développées au cours de formation de base en ergothérapie. En effet, le superviseur de stage avance souvent à tâtons et acquiert ses compétences en cours d'emploi (Christie et al., 1985; Peat, 1985).

La littérature démontre que la formation des superviseurs de stage n'est pas standardisée. Ceci peut être expliqué, entre autres, par un manque de compréhension des besoins de formation. Malheureusement, ce phénomène ne se produit pas seulement en ergothérapie mais aussi dans d'autres professions de la santé (Cohn et al., 1988; Stan, 1987).

Une étude a été menée auprès des superviseurs de stage en ergothérapie afin d'identifier les comportements jugés les plus importants pour faciliter l'apprentissage du stagiaire, et ainsi établir et prioriser les besoins de formation dans ce champ.

### Méthode

La collecte de données a été effectuée par courrier grâce à un questionnaire distribué aux ergothérapeutes qui supervisent des étudiants (ou stagiaires) en ergothérapie, dans 52 établissements affiliés aux universités de la région de Montréal. Des ergothérapeutes francophones et anglophones provenant de divers milieux cliniques (psychiatrie en soins aigus, médecine physique et santé communautaire) ont été contactés.

Initialement, le questionnaire incluait 52 énoncés provenant de différentes études qui décrivent les divers modes de comportement nécessaires à l'enseignement clinique. Puisque dans ces études, il existe de nombreuses variations au niveau de la définition des différents domaines (communication, enseignement, compétences professionnelles et relations interpersonnelles), les énoncés choisis n'ont pas été regroupés par domaines spécifiques dans le questionnaire.

Dans un premier temps, le questionnaire a été révisé par des spécialistes en éducation et en réadaptation afin de s'assurer de la clarté des énoncés. Il a été ensuite pré-testé auprès de 14 ergothérapeutes anglophones. Suite à ce processus, un questionnaire de 50 énoncés a été construit et traduit en français. Afin de s'assurer que les énoncés français soient vraiment justes, le questionnaire français a été retraduit dans sa langue de départ, l'anglais, et les deux versions anglaises ont été comparées. Elles se sont avérées similaires ce qui démontre que les questionnaires français et anglais étaient équivalents.

Les ergothérapeutes interrogés devaient évaluer l'importance de chacun des modes de comportement utilisés pour faciliter le processus d'apprentissage du stagiaire. De plus, on demandait certains renseignements généraux concernant le nombre d'années d'expérience en ergothérapie, le champ de pratique actuel, la participation à de la formation continue en enseignement clinique et finalement, l'intérêt suscité à participer à un futur atelier sur l'enseignement clinique. Des commentaires étaient aussi recueillis quant à la pertinence d'inclure certains principes pédagogiques reliés à la formation clinique dans le cadre des études en ergothérapie, que ce soit au premier ou au deuxième cycle.

### Résultats

Le questionnaire de 50 énoncés a été posté à 200 ergothérapeutes, 149 francophones et 51 anglophones, répartis dans 52 établissements. Le taux de

participation a été de 78.5%. Cent cinquante-quatre questionnaires ont été retournés, dont 117 provenaient d'ergothérapeutes francophones.

Dans le cadre de cette présentation, les résultats porteront spécifiquement sur les modes de comportement considérés par les superviseurs de stage interrogés comme étant les plus importants, dans le processus d'apprentissage du stagiaire. En ordre d'importance, les sept premiers modes de comportement choisis le plus fréquemment, appartiennent au domaine de la communication, à l'exception d'un seul relié au domaine de l'enseignement (Tableau 1, énoncé # 27).

**Tableau 1**  
**Modes de comportement évalués comme étant les plus importants**  
**dans le processus d'apprentissage du stagiaire**

Énoncé # 9:	Le superviseur donne du feedback constructif
Énoncé # 5:	Lorsqu'il critique la performance des étudiants, le superviseur identifie leurs forces et leurs limites.
Énoncé # 27:	Le superviseur aide les étudiants à trouver une solution au lieu de la leur fournir (i.e. encourage l'apprentissage basé sur la résolution de problèmes plutôt que le par coeur).
Énoncé # 23:	Dès le départ, le superviseur dit aux étudiants ce qu'il attend d'eux
Énoncé # 10:	Le superviseur met les étudiants à l'aise en se gardant de les critiquer devant d'autres personnes (par ex. patients, professionnels de la santé).
Énoncé # 37:	Le superviseur reconnaît les bonnes performances des étudiants.
Énoncé # 43:	Le superviseur donne du feedback au bon moment.

Par exemple, au niveau des modes de comportement reliés à la communication, on retrouve "le superviseur reconnaît les bonnes performances du stagiaire" et "le superviseur donne du feedback au bon moment". Les dix autres comportements

qui ont été fréquemment choisis relèvent généralement du domaine de l'enseignement, comme exemple, "le superviseur encourage les étudiants à poser des questions".

La compétence professionnelle et les relations interpersonnelles ont été considérées comme étant peu importantes par les interrogés, bien que la littérature démontre que ces deux domaines constituent des composantes cruciales dans la formation clinique des étudiants. Pour citer quelques exemples de modes de comportement reliés à ces deux domaines, on retrouve "le superviseur peut donner les raisons motivant ses actions et décisions aux étudiants (compétence professionnelle) ou "le superviseur est sensible aux réactions des étudiants face à leur expérience clinique, telle que "se sentir frustré ou inadéquat" et peut donc adapter son enseignement pour les accommoder"(relations interpersonnelles).

Si l'on compare les réponses obtenues en fonction des années d'expérience, les thérapeutes qui ont moins d'expérience semblent attacher de l'importance à plusieurs modes de comportement à l'opposé de ceux plus expérimentés puisqu'ils ont quantifié plus d'énoncés comme étant de grande importance. Par ailleurs, les thérapeutes avec plusieurs années d'expérience clinique ont évalué comme étant moins importants les modes de comportement qui étaient considérés dans cette étude les plus importants en enseignement clinique. Cette observation pourrait indiquer une méconnaissance des modes de comportement que le superviseur peut adopter pour faciliter le processus d'apprentissage (Tableau 2).

**Tableau 2**

Expérience clinique	Fréquence des énoncés Évalués comme étant "Très Important"	Explication de la fréquence
2 à 5 ans	25-38%	Manque d'expérience en enseignement clinique
20 à 31 ans	8-20%	Porte moins attention

Une analyse statistique, utilisant une tabulation croisée, n'a pas démontré de différences significatives entre la participation à une formation en enseignement clinique et l'importance accordée aux divers modes de comportement. Par contre, une inspection des données révèle qu'en fait les ergothérapeutes ayant bénéficié d'une formation en enseignement clinique évaluaient l'importance des modes de comportement de manière inférieure à ceux n'en ayant pas suivie.

L'analyse des réponses obtenues au niveau de la supervision et de la formation en enseignement clinique en fonction de l'expérience clinique démontre que les ergothérapeutes possédant le plus d'années d'expérience avaient supervisé un plus grand nombre de stagiaires; ils avaient, également, le plus grand taux de participation à une formation en enseignement clinique.

Trente-cinq pour cent (35%) des personnes interrogées ont participé à une ou plusieurs formations en enseignement clinique. De ce nombre, plus de 80% ont reçu une formation sur les objectifs pratiques des stages, alors que seulement 37% ont reçu une formation sur l'évaluation formative et sommative. Dans bien des cas, la formation démontre un contenu défaillant en pédagogie alors qu'elle est un préalable essentiel à un bon enseignement clinique (Tableau 3).

**Tableau 3**

**Les sujets abordés lors d'une formation portant sur la supervision clinique**

Établir des objectifs	83.3% (45/54)
Domaines d'apprentissage	51.8% (28/54)
Théories d'apprentissage	64.8% (35/54)
Évaluation formative et évaluation sommative	37.0% (20/54)
Développement d'une stratégie pédagogique	72.2% (39/54)
Sélection de matériel pédagogique	51.8% (28/54)

Quatre-vingt-cinq pour cent (85%) des interrogés croient que tous les ergothérapeutes devraient posséder certains rudiments de pédagogie et de méthodologie (Tableau 4). Les ergothérapeutes qui ont le moins d'expérience clinique répondent positivement en plus grand nombre à ce besoin (91.7%); chez les ergothérapeutes ayant le plus grand nombre d'années d'expérience, on retrouve le taux le plus bas.

Plus de 41.0% des interrogés désireraient qu'un cours portant sur la pédagogie et la méthodologie soit inclus au programme de baccalauréat (Tableau 4). Les ergothérapeutes avec le moins d'années d'expérience répondent positivement avec le taux le plus haut (47.9%), alors que les thérapeutes avec le plus grand nombre d'années d'expérience répondent avec le taux le plus bas (31.2%).

**Tableau 4**  
**Réponses à la section intitulée "Information additionnelle"**

1)	Les ergothérapeutes devraient connaître certains rudiments de la pédagogie et de la méthodologie	85.0%	(131/154)
2)	Un cours portant sur le sujet devrait être intégré au baccalauréat	41.6%	(64/154)
3)	Intéressé(e) à participer à un atelier	53.2%	(82/154)

Parmi les 154 ergothérapeutes interrogés, 82 désireraient participer à un atelier dans un avenir rapproché (53.2%). Les ergothérapeutes ayant le moins d'expérience ont répondu positivement avec le plus haut taux.

Parmi les commentaires recueillis, plusieurs ergothérapeutes ont suggéré recevoir la formation en enseignement clinique à même leur département.

### Discussion

Les résultats de cette étude s'avèrent similaires aux études antérieures, dans le sens où les modes de comportement considérés les plus importants dans le processus d'apprentissage du stagiaire appartiennent au domaine de la

Les ouvrages de Cohn et Frum (1988) et de Stan (1987) mettent l'accent sur la tendance à prodiguer de la formation en enseignement clinique sans pleinement comprendre l'importance des concepts pédagogiques. En offrant la formation à même le département, bien des chefs de service réaliseraient que la supervision de stages, bien qu'étant une tâche accaparante, demeure pertinente. De plus, la formation n'aurait pas à être nécessairement administrée en-dehors des heures de bureau et le taux de participation serait plus élevé.

Les résultats de cette étude ont démontré que les ergothérapeutes interrogés bénéficieraient d'une formation en enseignement clinique. Il semble qu'une formation sous forme d'ateliers serait plus propice à l'apprentissage et à la formation. Ces ateliers devraient être offerts à tous les ergothérapeutes, qu'ils aient beaucoup ou peu d'expérience et de préférence, dans leur milieu de travail. Afin d'assurer le succès des ateliers, les universités et les établissements de santé doivent démontrer leur volonté à participer. En mettant l'accent sur le besoin d'acquérir des habiletés pour former adéquatement les stagiaires, la profession reconnaît son implication pratique envers ses membres et ceux de l'extérieur (Cohn & Frum, 1988).

### Conclusion

L'enseignement clinique serait optimisé par l'introduction d'une formation plus standardisée où l'individu recevrait des concepts pédagogiques de base. De plus, on s'assurerait que les modes de comportement pertinents à la communication, à l'enseignement, aux relations interpersonnelles et à la compétence professionnelle soient adoptés envers le stagiaire dans une juste mesure afin de faciliter son apprentissage.

### Références

- Christie, B.A., Joyce, P., Moeller, P.L. (1985). Fieldwork experience, part II: The supervisor's dilemma. *American Journal of Occupational Therapy*, 39, 675-681.
- Cohn, E.S., Frum, D.C. (1988). Fieldwork supervision: More education is warranted. *American Journal of Occupational Therapy*, 42, 325-327.
- Emery, M.J. (1984). Effectiveness of the clinical instructor. *Physical Therapy*, 64, 1079-1083.

- Peat, M. (1985). Enid Graham memorial lecture: Clinical education of health professionals. *Physiotherapy Canada*, 37, 301-307.
- Ryan, S.J. (1987). Instructor competencies required for effective fieldwork supervision of occupational therapy and physical therapy students. Unpublished Master's thesis, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia.
- Schnelby, M. E. (1970). From clinician to educator. *American Journal of Occupational Therapy*, 24, 329-335.
- Stan, L.J. (1987). Fieldwork. Whose job is it anyway? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 54, 233-234.

## **BILAN DES ACTIVITÉS DE FORMATION CONTINUE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (1992-1993)**

Colette Dion-Hubert, Sylvie Dubé,  
François Lamoureux et Nicole Mouffe

### **Résumé**

Le mandat du Comité de formation continue de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec se définit comme suit: "Valoriser et faciliter le processus de formation continue chez les ergothérapeutes, reconnaissant ainsi la responsabilité première de chacun au maintien et à l'amélioration de sa compétence" (1994). Dans une optique de valorisation et de reconnaissance des efforts fournis par les ergothérapeutes en matière de formation continue, et dans le but de mieux connaître leurs modes de mise à jour et de perfectionnement, le comité a effectué un recensement des activités de formation continue sur une période de douze mois. C'est à partir de cette vue d'ensemble de la formation continue chez les membres, que le comité a par la suite, fixé ses objectifs et priorisé ses actions. Ce texte présente les principaux éléments du bilan des activités de formation continue chez les ergothérapeutes. Les répondants, 665 sur 1700, ont reçu en moyenne, 25 heures de formation continue formelle pendant l'année 1992-1993. L'enquête a permis de constater l'importance des regroupements d'intérêt chez les ergothérapeutes.

### **Introduction**

En avril 1993, le Comité de formation continue de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec a réalisé une enquête auprès des membres, afin de connaître leurs activités de formation continue au cours des douze derniers mois. Cette enquête a été effectuée lors du renouvellement de l'adhésion des ergothérapeutes à leur ordre professionnel. Cette cueillette d'information visait plusieurs objectifs: dans un premier temps, valoriser la formation continue auprès des membres et les responsabiliser face à la prise en charge de leur propre formation continue. Dans un deuxième temps, l'enquête visait à orienter le comité dans l'élaboration d'une démarche structurée d'analyse des besoins de formation continue des ergothérapeutes. Enfin, elle a permis d'élaborer une liste de personnes-ressources, ayant développé des expertises particulières et intéressées à dispenser des cours, séminaires ou autres types d'activités de formation continue.

La présente enquête regroupe les activités formelles de formation continue (congrès, colloques, cours, etc.); elle n'inclut pas la lecture de revues scientifiques et professionnelles, les discussions interdisciplinaires, etc. En plus de s'impliquer dans des activités de formation continue, un grand nombre d'ergothérapeutes participent à des rencontres informelles d'échange professionnel, par le biais de groupes d'intérêts mis sur pied par des ergothérapeutes de certaines régions,

milieux de pratique ou secteurs d'activités. Quelques questions se rapportant à ces regroupements d'intérêts ont été incluses dans les questionnaires. Dans cette enquête, les études conduisant à l'obtention d'un diplôme (certificat, maîtrise), n'ont pas été répertoriées bien que le comité soit parfaitement conscient de leur importance au sein de la formation continue. L'Ordre des ergothérapeutes du Québec espère procéder bientôt à une collecte de cette information. Ce recensement ne se veut pas une étude scientifique mais bien un reflet de la réalité des pratiques de formation continue chez les ergothérapeutes, à un moment précis. Ce premier inventaire a également servi de canevas pour ultérieurement en élaborer un autre qui devait être informatisé et tenu à jour annuellement au dossier de chaque membre.

### **Méthodologie de l'enquête**

Une feuille-questionnaire a été envoyée par la poste, avec le formulaire de renouvellement de l'adhésion à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et la demande de paiement de la cotisation annuelle. Il a ainsi été possible de mettre en relation le milieu de travail du répondant, le nombre d'années d'expérience, etc. avec les activités de formation continue suivies au cours de l'année. Cette feuille-questionnaire avait pour titre: "Inventaire des activités de formation continue suivies entre le 1<sup>er</sup> avril 1992 et le 31 mars 1993" et demandait, pour chacune des activités suivies, d'inscrire le titre de l'activité, le type (congrès, colloque, etc.), le lieu, la durée et si l'activité avait donné lieu à une reconnaissance officielle sous forme de crédits, d'unités de formation continue ou d'attestation. Trois questions concernaient les regroupements d'intérêt, et deux autres la possibilité d'être inscrit sur la liste des personnes-ressources susceptibles de dispenser des activités de formation continue.

Sur une possibilité de 1700, 694 questionnaires ont été retournées, soit un taux de réponse de 41%. De ce nombre, 29 ont été rejetés et les 665 autres ont été analysés. La compilation et l'étude des données des questionnaires ont été effectuées par un des membres du Comité de formation continue.

### **Résultats et discussion**

#### Distribution

La très grande majorité des répondants (85,4%) occupe un poste de clinicien et travaille dans les régions de Montréal (40,65%), de Québec (13,5%), de la Montérégie (9,8%) et de la Mauricie-Bois Franc (6,8%). Si on met en parallèle la

répartition géographique des ergothérapeutes à travers la province et la distribution des répondants, il semble que les ergothérapeutes éloignés des grands centres manifestent plus d'intérêt pour la formation continue, puisqu'ils ont retourné leur questionnaire dans une plus grande proportion. Il est intéressant de noter que 55% des répondants avaient moins de 10 années d'expérience de travail.

Tous les types de milieux de pratique sont représentés, avec une prépondérance pour l'unité de réadaptation (23,5%), le maintien dans le milieu (15,8%), l'unité de soins prolongés (12,5%) et la clinique externe (10,7%), (Tableau 1).

**Tableau 1**  
**Répondants et regroupements selon les milieux de pratique**

MILIEUX DE PRATIQUE	N		N	
	Répondants	%	Répondants à des regroupements	%
Centre de jour	47	7,1	24/47	51
Clinique externe	71	10,7		
Hôpital de jour	31	4,7		
Laboratoire	5	0,8		
Maintien/soins à domicile	105	15,8	81/105	77
Scolaire	39	5,9	15/39	38,4
Unité d'évaluation gériatrique	31	4,7		
Unité de moyen séjour	21	3,2		
Unité de réadaptation	156	23,5	42/156	27
Unité de soins	48	7,2		
Unité de soins prolongés	83	12,5		
Privé	24	3,6		

La majorité des répondants (49%) oeuvrent auprès d'une clientèle multiple (Tableau 2). Les domaines de la neurologie, de l'orthopédie, de la rhumatologie et de la psychiatrie sont les caractéristiques des clientèles les plus fréquemment citées (Tableau 3).

**Tableau 2**  
Répondants et regroupements selon la clientèle-cible

RÉPONDANTS SELON CLIENTÈLE CIBLE	N	%	N	%
Enfant	54	8,1	14/54	26,0
Adulte	124	18,6	38/124	30,6
Multiple	315	49,0	146/315	46,3
Personnes âgées	146	23,0	59/146	40,0

**Tableau 3**  
Répondants et regroupements selon les caractéristiques des clientèles

CARACTÉRISTIQUES DES CLIENTÈLES	N Répondants	%	N Répondants/ Participants à des regroupements	%
Cardiothoracique	40	6,0	21/40	53
Déficiência intellectuelle	65	9,8	26/65	40
Déficiência visuelle	18	2,7		
Problèmes d'apprentissage	77	11,6		
Neurologie	385	57,9	159/385	41
Orthopédie	249	37,4	95/249	38
Plastie	32	4,8	19/32	59
Psychiatrie	129	19,4	39/129	30
Rhumatologie	149	22,4		
Soins palliatifs	23	3,5		
Traumatologie	52	7,8		
Troubles de la personnalité	40	6,0		
Autres	59	9,0		

N.B. Le chiffre indiqué en N, représente le nombre d'ergothérapeutes ayant coché la pathologie, chaque ergothérapeute pouvait choisir plus d'une caractéristique.

### Regroupements

A partir des réponses obtenues, trente-neuf (39) regroupements d'intérêt ont été répertoriés et ajoutés au guide accompagnant l'avis de cotisation 1993-1994. Dans cette enquête, un regroupement est défini comme suit: "groupe formel d'ergothérapeutes tel groupe de tâches, groupe d'entraide et de soutien entre pairs ou groupe d'intérêt, dont l'activité principale est liée directement à la pratique de l'ergothérapie, et qui implique une participation régulière des membres". Cette définition a été élaborée par les membres du Comité de formation continue.

Quarante pour cent (40%) des répondants appartiennent à des regroupements variés dont la majorité se retrouve dans la région de Montréal. L'enquête a permis de constater jusqu'à quel point l'appartenance à un regroupement d'intérêt est fréquente comme mode d'apprentissage chez les ergothérapeutes. Elle semble particulièrement privilégiée dans les secteurs de pratique en développement (plastie, santé communautaire, informatique, etc.). Il faut aussi réaliser son importance pour contrer l'isolement dans le milieu ou dans la région. Les cliniciens travaillant dans des grandes institutions semblent moins éprouver le besoin de se lier à d'autres groupes que celui de leur propre département.

### Types d'activités de formation

Dans cette enquête, les cours et les ateliers sont choisis deux fois plus souvent que les congrès et sont cinq fois plus fréquents que la participation aux conférences (Tableau 4). La tenue du VI<sup>e</sup> Congrès de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec en 1992, a pu contribuer à augmenter la fréquence de ce type d'activité. Dix pour cent (10%) des répondants n'ont pas participé à des activités formelles de formation continue.

**Tableau 4**  
**Types d'activités de formation**

	FRÉQUENCE
Congrès - colloque	436
Atelier cours	987
Séminaire	44
Conférence	187

N.B. Le chiffre indiqué représente le nombre de fois qu'une activité a été choisie pendant l'année, par les 665 répondants.

### Durée des activités de formation continue

Afin d'obtenir une idée du nombre moyen d'heures consacrées à des activités de formation continue annuellement, une pondération en unités a été effectuée selon les critères suivants: 1 à 3 heures = 1 unité; 1 journée = 2 unités; 2 jours = 4 unités; 3 à 5 jours = 8 unités. En moyenne, chaque répondant a reçu 8,4 unités de formation continue pendant l'année ce qui représente au moins 25 heures de formation formelle. Les activités d'une durée de un à deux jours sont les plus retenues par les répondants. Ici encore la tenue du VI<sup>e</sup> Congrès qui durait deux jours, peut avoir influencé ces résultats (Tableau 5).

**Tableau 5**  
**Durée des formations**

DURÉE DES FORMATIONS	FRÉQUENCE	UNITÉS
1 - 3 heures	128	128
1 journée	543	1086
2 jours	557	2228
3 - 5 jours	271	2168
<b>TOTAL</b>	<b>1499</b>	<b>5610</b>

N.B. Pondération de la durée des formations: 3 heures = 1 unité; 1 journée = 2 unités, 2 jours = 4 unités; 3 à 5 jours = 8 unités.

### Formation continue et fonctions de l'ergothérapeute

Afin de tenter d'établir un lien entre les activités de formation continue suivies et les principales tâches et fonctions des ergothérapeutes cliniciens, cinq (5) possibilités sont suggérées. Chaque formation a fait l'objet d'un jugement afin d'être associée à une ou plusieurs des tâches suivantes: évaluation, traitement, rédaction de rapports et documents, gestion et enseignement-recherche. Deux (2) suggestions d'objectifs poursuivis par les activités de formation continue s'ajoutent à cette liste. Ce sont le maintien et l'avancement des connaissances et le support aux activités professionnelles. Dans cette dernière catégorie, on retrouve surtout des activités reliées à la formation personnelle. L'interprétation était effectuée selon le titre de l'activité et selon l'information disponible au comité. Cette association des activités aux tâches des ergothérapeutes peut donc être discutable.

La plupart des activités choisies sont reliées à la fonction traitement et servent au maintien et à l'avancement des connaissances (Tableau 6). Il a été impossible d'établir une relation entre le nombre d'années d'expérience des répondants et le choix des activités formelles et de formation continue.

**Tableau 6**  
**Activités de formation, tâches et objectifs de l'ergothérapeute**

<b>TÂCHES</b>	<b>FRÉQUENCE</b>
Évaluation	124
Traitement	229
Rédaction des écrits	5
Gestion	47
Enseignement	26
<b>OBJECTIFS VISÉS</b>	<b>FRÉQUENCE</b>
Maintien et avancement des connaissances	531
Support aux activités professionnelles	207

#### Reconnaissance officielle des activités de formation continue

Très peu d'activités de formation continue ont donné lieu à une reconnaissance officielle sous forme de crédits, d'unités de formation continue ou d'attestation. Cependant plusieurs répondants ont mentionné sur leur questionnaire qu'ils souhaitent que l'Ordre des ergothérapeutes du Québec étudie la possibilité d'attribuer des unités de formation continue pour les activités auxquelles les membres participent.

### Formateurs

L'enquête a permis de recueillir les noms de 111 personnes prêtes à dispenser de la formation continue et dont 54% possèdent de l'expérience dans l'animation ou l'enseignement.

### **Conclusion**

Cette enquête semble avoir reçu un accueil favorable chez les ergothérapeutes si on en juge d'après les commentaires ajoutés au bas des questionnaires et ceux transmis directement aux membres du comité. La plupart des commentaires abondaient dans le sens "qu'enfin quelqu'un s'intéressait à leurs efforts pour améliorer leur compétence". L'enquête a également permis aux membres du comité de constater le rôle joué par les regroupements d'intérêt face à l'avancement des connaissances et au perfectionnement des ergothérapeutes. Les regroupements sont souvent à l'origine d'une activité formelle de formation continue.

Le questionnaire a connu d'importantes modifications pour l'année 1993-1994, en particulier pour que les données puissent être facilement informatisées. Un autre changement majeur fut de demander à chaque répondant d'établir lui-même le lien entre l'activité de formation et ses tâches professionnelles.

Cette enquête a beaucoup aidé le Comité de formation continue à établir des objectifs réalistes et à planifier des actions efficaces. Une des priorités du comité qui découle directement des résultats de cette enquête est d'élaborer un instrument d'auto-évaluation de besoins de formation continue, afin que chaque ergothérapeute puisse planifier son cheminement et son perfectionnement.

## **CONFÉRENCE DE FERMETURE**



---

## LES ORIENTATIONS FUTURES DU SYSTÈME ET RESSOURCES EN SANTÉ ET BIEN-ÊTRE: RÉFLEXION SUR L'APPRENTISSAGE EN ERGOTHÉRAPIE

Carole Mirkopoulos

### Résumé

Plusieurs tendances et réalités de notre milieu social, économique, politique et professionnel mènent à une réforme de la santé au niveau national et provincial. Le nouveau système de santé s'oriente vers une vision humaniste des soins primaires. Ces soins sont de nature ambulatoire, économique et préventif. La maîtrise du processus va remplacer la maîtrise du contenu et les guerres territoriales seront remplacées par des équipes coopératives de santé. Le défi est de créer une main-d'oeuvre ainsi qu'un système de santé répondant aux principes de l'Acte de santé canadienne (globalité, accessibilité, universalité, transférabilité et administration publique) ainsi que la Charte canadienne des droits et libertés guidées par les principes d'efficacité, de qualité et de responsabilité. Les compétences des futurs professionnels des services de santé seront basées sur le travail de "Pecs Health Professions Commission (US)" et le groupe de travail sur l'analyse fonctionnelle ergothérapique de l'Association canadienne des ergothérapeutes (A.C.E.). L'impact de ces directions futures sont discutées selon leur influence sur la formation des ergothérapeutes, la relation entre les ergothérapeutes et les consommateurs, ainsi que les questions de compétence pour les ergothérapeutes.

La mission première des programmes de formation en ergothérapie consiste à préparer les ergothérapeutes à assumer leur rôle d'intervenants pour assurer la santé et le bien-être des canadiens. Cette tâche est difficile car elle implique que l'on considère, dans le développement du curriculum, la portée et l'étendue de la pratique ainsi que les différents secteurs de pratique en ergothérapie. Les réformes et changements au système de santé, la prolifération des professions de la santé, les nouvelles technologies et une économie chancelante constituent un défi de taille. Les professeurs des programmes d'ergothérapie doivent s'inspirer des prédictions basées sur les objectifs gouvernementaux, les orientations actuelles et les informations concernant le marché de l'emploi. L'analyse de ces facteurs permet de définir le profil des compétences et des rôles requis du futur ergothérapeute et devient la base du développement, de l'ajustement et de l'enrichissement du programme de formation. A partir de l'information disponible actuellement, il faut donc considérer les exigences futures auxquelles doit répondre la formation en ergothérapie.

### Les nouvelles tendances

La préservation de la santé et du bien-être des canadiens est une priorité à Santé Canada. En effet, le mandat de ce ministère est d'aider les canadiens à développer, maintenir et améliorer leur santé et leur bien-être comme société et ce, par la promotion et le soutien de leur autonomie et de leur sécurité (Health and Welfare Canada, 1992). Ce mandat suggère de délaisser le modèle curatif de la santé pour adopter celui de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie. Dans chaque province et territoire du Canada, la refonte des programmes de santé a été entreprise pour définir des objectifs spécifiques de santé, encourager les initiatives inter-sectorielles et favoriser d'autres approches de gestion. Les principes fondamentaux incluent: (a) le désir d'améliorer l'état de santé des canadiens; (b) l'affirmation des principes de l'Acte de santé du Canada; (c) le désir d'avoir un système plus efficace au niveau des coûts; (d) la mise en place d'une continuité de services.

En réponse au message des gouvernements, plusieurs orientations se sont dessinées dont: (a) la régionalisation/ décentralisation de la planification de la santé; (b) la redirection des ressources vers des services en communauté; (c) la création de partenariats entre et inter-secteurs; (d) la redéfinition des rôles des prestataires de soins en santé; (e) le mouvement de participation du consommateur; et (f) les médecines douces (Health and Welfare Canada, 1993).

La "redéfinition des rôles" est une des tendances qui cause le plus de souci. En cherchant des solutions à la hausse vertigineuse des coûts des soins de santé, les gouvernements et administrateurs encouragent des approches alternatives aux soins traditionnels prodigués par les médecins. Nous sommes passés de la prestation de soins de santé par le médecin à la prise de décision par l'équipe multidisciplinaire qui inclut le client et sa famille. Les infirmiers, les pharmaciens, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes prennent de plus en plus de décisions autonomes par rapport aux soins. On constate une ouverture grandissante au partage de responsabilités reliées aux soins du client basé sur la connaissance et la capacité. Cette tendance contribue alors à redéfinir les rôles et à élargir la portée de la pratique des professionnels de la santé (Speechley, 1993). Dans un effort de trouver le meilleur modèle de pratique pour la prestation des soins de santé, cet examen du rôle du médecin a ouvert la porte à celui des rôles de tous les professionnels de la santé. L'Association canadienne des ergothérapeutes participe actuellement à une étude, initiée par l'Association des psychiatres du Canada, sur la définition d'un modèle de pratique pour la prestation de services à la population de schizophrènes chroniques. Plusieurs études semblables devront

être mises en place pour diminuer la tension toujours existante entre les différents partenaires. Il s'agira aussi de régler les conflits qui existe entre les professions et les besoins de l'employeur quant à la gestion de la qualité et la productivité. Les participants au forum nationale sur l'intégration des ressources humaines en santé qui a eu lieu à Saskatoon les 9 et 10 décembre 1993, ont facilement atteint l'unanimité sur les obstacles à une telle intégration. On retrouvait parmi les participants des planificateurs de la santé, des groupes de prestataires de soins en santé, des consommateurs et des administrateurs. Les responsables de ce forum nationale, l'Association canadienne des ergothérapeutes, l'Association canadienne des infirmiers et infirmières, l'Association canadienne de physiothérapie et l'Association canadienne de diététique ont défini ensemble les principes de base qui guideront leur partenariat dans ce projet. Il a aussi été entendu que les stratégies développées devraient répondre aux questions suivantes : a) les actions entreprises ont-elles amélioré ou maintenu la santé des canadiens? b) Ont-elles assuré l'efficacité du système de santé? c) Ont-elles atteint l'intégration et la coordination à l'intérieur et au delà du système de santé? d) Ont-elles donné plein pouvoir aux canadiens par leur implication dans le système de santé et par leur participation à la gestion? e) Ont-elles assuré l'équité? f) Ont-elles amélioré l'efficacité au niveau des coûts?

### **Profil des compétences**

Compte tenu des objectifs gouvernementaux canadiens et des orientations identifiés, quel message est donné pour la formation des ergothérapeutes afin qu'ils contribuent à l'atteinte des objectifs en santé? Dans son rapport, la Commission des professions en santé Peu (1993) a analysé les tendances qui ont un impact sur les soins de santé aux Etats-Unis et a développé une liste de 17 compétences que les futurs professionnels en santé devront posséder pour répondre aux besoins de la société. Les participants au forum national de Saskatoon ont développé une vision du futur prestataire de soins de santé qui est compatible avec celle de la Commission Peu. Parmi ces compétences il est fait mention que : a) les prestataires de soins devront avoir une bonne compréhension de toutes les composantes de la santé et travailler à l'intégration des services qui protègent et améliorent la santé et les comportements sains et en font la promotion; b) ils devront participer aux efforts pour assurer l'accès universel aux soins de santé tant aux personnes, aux familles qu'aux communautés; c) ils devront posséder des habiletés cliniques répondant aux besoins actuels de santé publique; d) ils devront travailler avec efficacité dans les nouveaux établissements de soins de santé et dans le cadre de d'équipes interdisciplinaires; e) ils devront travailler dans des

milieux où l'accent est mis sur la qualité et l'intégration des services au meilleur coût possible; f) ils devront compter sur la participation du client et de leur famille dans la prise de décision et l'évaluation des soins de santé; g) ils devront avoir une bonne compréhension de la technologie complexe et souvent coûteuse; h) ils auront une bonne compréhension des composantes et du fonctionnement du système de santé d'un point de vue global, c'est-à-dire politique, social, légal et économique et ils travailleront à l'améliorer; i) les prestataires de soins devront gérer et utiliser un grand volume d'informations scientifiques et technologiques; j) ils seront sensibles à l'évaluation de plus en plus minutieuse de la part du public, des gouvernements et des tiers partis sur la forme et la direction du système de santé; k) ils seront sensibles à la diversité grandissante de la population et envisageront les soins de santé du point de vue des valeurs culturelles différentes; l) ils devront anticiper les changements en matière de soins de santé et y répondre en réévaluant et en maintenant leurs compétences professionnelles tout au long de leur carrière.

Le travail entrepris sur l'analyse fonctionnelle de l'ergothérapie (CAOT, 1994) valide ces compétences pour les ergothérapeutes. En identifiant les compétences nécessaires à la pratique de l'ergothérapie, il faut constater que le réductionnisme devient impopulaire. L'emphase mise sur les spécialités est en perte de vitesse et la formation des ergothérapeutes vise toujours le développement de généralistes. Il est connu que la satisfaction au travail est faible parmi les groupes de professionnels de la santé. Hollis (1993) soutient que cela peut être relié au manque de concordance entre la formation et la pratique sur le marché du travail ainsi qu'aux opportunités d'avancement limitées pour le professionnel. Les changements en milieu de travail et dans le type de clientèles, la modification des perceptions et des attentes des ergothérapeutes ainsi que la révision des rôles et fonctions des ergothérapeutes par les professionnels et le public sont dictés par ce système de santé en constant développement. Ainsi, les pratiques de soins de santé sont remises en question. En conséquence une révision de la formation des ergothérapeutes est nécessaire, tant au niveau des études de premier cycle qu'au niveau des études supérieures ainsi que de la formation continue. Quels sont donc les modèles à explorer pour développer les compétences dites requises? Que penser d'un modèle de tronc commun composé de deux ans d'études générales dans une faculté qui forme tous les prestataires de soins avec des connaissances de base commune? Cette formation générale serait ensuite suivie d'un entraînement dans des sphères spécifiques. Pourquoi pas un modèle de formation interdisciplinaire où les professionnels formés dans une discipline reçoivent une formation additionnelle dans une autre discipline pour les rendre apte à donner ces services spécifiques? On parle aussi de modèles évolutifs ou modulaires.

### **Impacts sur le consommateur**

Comment ces orientations affectent-elles le consommateur? On attendra de celui-ci qu'il participe à des activités qui ont un impact sur la prestation des soins, comme par exemple, la définition des objectifs de santé, le développement et l'évaluation des services de santé ainsi que le développement du curriculum des programmes de formation des professionnels de la santé. Le modèle de santé sera centré sur la population ou la communauté plutôt que sur l'individu. On attend du consommateur qu'il joue un rôle actif dans le maintien de sa santé et qu'il adopte des comportements et un mode de vie plus sains. Nous considérerons probablement que le financement public pour des soins de santé ne sera appliqués qu'aux services essentiels. De plus, moins de fonds seront disponibles pour les soins curatifs et nous ferons face à un problème éthique quant aux interventions en début et en fin de vie. Subventionnerons-nous les soins pour les grossesses à risques élevés? Accepterons-nous l'euthanasie pour les malades incurables dont la fin est proche et qui souffrent trop? Quelles stratégies devraient-ils collectivement développer pour agir? Au moins quatre groupes professionnels ont commencé à se rencontrer pour identifier les valeurs communes qui peuvent servir de base à la discussion et à l'action. Les conseils administratifs de ces associations professionnelles ont adopté les principes de base et le concept d'intégration des ressources humaines en santé. Sont inclus, parmi les quelques stratégies possibles, les projets pilotes qui évaluent de nouvelles façons de dispenser des services, une commission de la santé qui examinerait et ferait des recommandations sur ces questions, un organisme régulateur national pour définir les champs de pratique du point de vue de l'intérêt du public, un forum réunissant les doyens des facultés des sciences de la santé. Pour terminer, voici une citation provenant de la table ronde nationale sur l'environnement et l'économie (National Roundtable on the Environment and the Economy, 1993): "Nous avons besoin d'un processus qui n'est pas adverse mais exploratoire, où le but n'est pas de gagner mais de résoudre, où la structure de prise de décision n'est pas hiérarchique mais collégiale, l'éthique n'est pas la compétition mais l'intégration, l'idéal n'est pas l'indépendance individuelle et institutionnelle mais le bien-être collectif, la pensée n'est pas linéaire mais kaléidoscopique, les décisions ne sont pas une prérogative des décideurs mais, fait partie d'un échange entre personnes égales et qui par conséquent exige des participants qu'ils soient responsables de leurs décisions."

### Références

- Canadian Association of Occupational Therapists. (1994). Occupational Therapy Functional Analysis. Toronto, ON: unpublished.
- Health & Welfare Canada. (1992). Mission 2000: Towards a New Understanding of our Mandate, Mission and Methods. Ottawa, ON: Author.
- Health & Welfare Canada. (1993). Planning for Health: Toward Informed Decision-Making. Ottawa, ON: Author.
- Hollis, V. (1993). Core skills and competencies: Part I: What is experience? The British Journal of Occupational Therapy, 56, 48-50.
- National Roundtable on the Environment and the Economy. (1993). Building Consensus. Ottawa, ON: Author.
- Peu Health-Professions Commission. (1993). Stratégies for State Health Workforce Reform. San Francisco, CA: Center for the Health Professions, University of California.
- Speechley, M. (1993). The last great health disciplines turf war, 1990-2020. Canadian Medical Association Journal, 148, 77-80.







Achévé d'imprimer en octobre 1995 chez.

 **VEILLEUX**  
IMPRESSION À DEMANDE INC.

à Boucherville, Québec

*Les cahiers scientifiques de l'Acfas  
sont publiés avec l'aide financière du:*

Ministère de l'Industrie, du Commerce, de la Science  
et de la Technologie (MICST)

Programme Sciences et Culture Canada  
du gouvernement du Canada

Conseil de recherches en sciences humaines  
du Canada (CRSH)

Conseil de recherches en sciences naturelles  
et en génie du Canada (CRSNG)

Conseil de recherches médicales du Canada (CRM)

**Données de catalogage avant publication (Canada)**

Vedette principale au titre :

L'ergothérapie comme source d'apprentissage

(Cahiers scientifiques de l'Acfas ; 82)

Textes présentés lors d'un colloque tenu à l'Université du Québec à  
Montréal, le 19 mai 1994.

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 2-89245-136-1

1. Ergothérapie - Congrès. 2. Apprentissage - Congrès. 3. Relation thérapeute-patient - Congrès. 4. Apprentissage expérientiel - Congrès. 5. Ergothérapeutes - Formation - Congrès. 6. Réalisation de soi - Congrès. I. Dubouloz, Claire-Jehanne, 1951 - . II. Sveistrup, Heidi, 1960 - . III. Université d'Ottawa. Programme d'ergothérapie. IV. Association canadienne-française pour l'avancement des sciences. V. Collection: Les Cahiers de l'ACFAS ; 82.

RM735.A3E73 1995

615.8'515

C95-941246-8

# *L'ergothérapie*

## *comme source d'apprentissage*

*L'ergothérapie est un art et une science qui se démarque du modèle médical. D'orientation biopsychosociale, cette profession dirige son intervention selon les besoins du client, lequel se retrouve au coeur des prises de décisions thérapeutiques et du processus de changement.*

*Les ergothérapeutes attachent de plus en plus d'importance à leur rôle d'éducateur tant en milieu clinique qu'en milieu de formation professionnelle et continue. L'enseignement de l'ergothérapie est facilité par un apprentissage expérientiel où, ici encore, la personne concernée par la démarche – l'étudiant – se situe au centre des apprentissages.*

*Cet ouvrage offre des pistes essentielles sur la notion d'apprentissage en ergothérapie.*

*Ont collaboré comme premiers auteurs :*

*Louise Aronoff, Lorenada Campanile, Jacques Chevrier,  
Colette Dion-Hubert, Claire-Jehanne Dubouloz,  
Marie-José Durand, Nicole Ebacher, Claire Gosselin,  
Michèle Hébert, Carole Mirkopoulos, Micheline Saint-Jean,  
Rachel Thibeault, Constance Vanier.*



9 782892 451368



000 197 245

ISBN 2-89245-136-1