

Les textes sacrés : Un examen sceptique des hypothèses qui sous-tendent les théories sur l'occupation

Karen Whalley Hammell

Mots clés

■ Théorie en ergothérapie ■ Modèles ■ Pensée critique ■ Culture ■ Théorie post-coloniale

Key words

■ Occupational therapy theory ■ Models ■ Critical thinking ■ Culture ■ Post-colonial theory

Résumé

Description. *Les ergothérapeutes ont des hypothèses de base sur l'occupation qui sont rarement contestées et qui sont tenues pour vraies. Ces suppositions sous-tendent nos théories sur l'occupation humaine. But.* Examiner certaines des hypothèses de base qui éclairent la théorie actuelle en ergothérapie et déterminer si ces hypothèses sont associées à des cultures spécifiques ou si elles sont appuyées par des données probantes. **Questions clés.** *Des faits scientifiques suggèrent que certaines hypothèses fermement ancrées en ergothérapie sont le reflet de perspectives spécifiques plutôt que de perspectives universelles; qu'un grand nombre d'occupations significatives ne peuvent être mises en correspondance avec les catégories d'occupations associées aux soins personnels, à la productivité ou aux loisirs; que le concept du loisir est un concept capacitiste, associé à certaines classes et cultures spécifiques; que les modèles actuels sur l'occupation ne tiennent pas compte des activités motivées par nos liens avec les autres; que la productivité n'est pas considérée universellement comme étant fondamentale pour trouver un sens à la vie et qu'elle n'est pas universellement perçue comme un déterminant positif de la santé; et que l'indépendance ou l'autonomie n'est pas valorisée universellement. Conséquences.* Les théories sur l'occupation en ergothérapie gagneraient à être appuyées par une base de données solides émanant de diverses perspectives culturelles.

Abstract

Background. *Occupational therapists share some basic assumptions about occupation that are rarely challenged and are held to be true. These assumptions underpin our theories of human occupation. Purpose.* To probe some of the core assumptions that inform current occupational therapy theory and to determine whether these are culturally specific or have supporting evidence. **Key issues.** *Evidence suggests that some of occupational therapy's entrenched assumptions reflect specific rather than universal perspectives; that many meaningful occupations cannot be categorized as self-care, productivity or leisure; that the concept of leisure is an ableist, class-bound, and culturally specific concept; that current models of occupation overlook activities motivated by connections to others; that productivity is not universally perceived to be central to life's meaning nor universally experienced as a positive contributor to health; and that independence is not universally prized. Implications.* Occupational therapy's theories of occupation would benefit from a sound evidence base derived from diverse cultural perspectives.

Il est reconnu que les ergothérapeutes, comme tous les professionnels, « ont certaines hypothèses de base qui, par définition, ne sont pas remises en question, mais qui sont plutôt tenues pour vraies. Ces hypothèses ne sont remises en question que lorsqu'une grande accumulation de données dominantes suggèrent qu'elles ne sont plus défendables » (Townsend et Polatajko, 2007, p. 20). Mais, ce manque de rigueur intellectuelle est-il acceptable? Comment pouvons-nous trouver ce genre de faits scientifiques si nous ne les cherchons pas? Et, notre base théorique doit-elle être éclairée par des suppositions incontestées ou par des faits scientifiques?

Les tenants de l'ergothérapie décrivent l'ergothérapie comme une discipline scientifique (Townsend et Polatajko, 2007). Une discipline scientifique est définie comme une discipline que l'on assume être « une culture de scepticisme sain; une aptitude à douter des présomptions et des suppositions quant à la « véracité de toute théorie ou intervention particulière » (Brechin et Sidell, 2000, p. 12). Outre le scepticisme sain essentiel à toute discipline scientifique, l'intégrité professionnelle exige aussi que nous remettions en question les croyances et les suppositions inhérentes à notre champ d'intervention, que nous soulevions des questions, que nous confrontions des dogmes,

que nous démasquions les idées conventionnelles et les idées reçues, que nous ne prenions rien pour acquis et que nous ne nous laissions pas diriger par « des demi-vérités ou des idées reçues » (Said, 1996, p. 23). Les professionnels, en particulier, sont appelés à se prémunir contre les idées reçues qui leur sont transmises au sein de leur propre profession (Said, 1979) et à refuser d'accepter ce que leur dictent le pouvoir établi ou les conventions (Said, 1996). En tant que théoricien post-colonial – c'est-à-dire un théoricien qui critique toute forme de domination coloniale ou impérialiste, comme la tendance à exposer des théories dérivées uniquement des valeurs et des normes d'un point de vue occidental (Young, 2003) — Said (1996) a revendiqué l'approche sceptique devant l'orthodoxie, en affirmant que : « l'intellectuel doit participer à un débat tout au long de sa vie avec tous les gardiens des visions ou des textes sacrés » (p. 88–89).

Cet article examine certaines des hypothèses de base qui sous-tendent les théories actuelles sur l'occupation – nos textes sacrés – en démontrant que ces textes sont contestables, culturellement spécifiques et qu'il n'y a pas suffisamment de données probantes pour les appuyer.

Hypothèses et théorie en ergothérapie

Les suppositions sont des idées que nous tenons pour vraies ou comme étant le sens commun ou des idées que nous prenons pour acquis. L'ergothérapie est soutenue par des suppositions communes concernant la nature de l'occupation et le rôle de l'occupation dans l'atteinte du bien-être chez les humains. Bien que ces suppositions ou hypothèses qui sont prises pour acquis constituent le fondement sur lequel les théories et les modèles de la profession sont construits, on a accordé peu d'attention à l'évaluation de leur validité. Mocellin (1995, p. 503) a observé que les connaissances professionnelles en ergothérapie consistent « principalement en un collage de « citations » déclamées par des ergothérapeutes distingués et respectés », comme si ces citations étaient correctes ou vraies. Mocellin a avancé qu'en raison de cette habitude, qui consiste à substituer l'autorité aux faits probants, les hypothèses relatives aux connaissances de base en ergothérapie se sont accumulées en l'absence de données probantes. Il n'est donc pas surprenant de constater que les efforts récents accomplis en vue de favoriser une approche centrée sur le client pour échafauder des théories ont mis en relief les hypothèses culturellement spécifiques et capacitistes qui sous-tendent les théories professionnelles existantes (Hammell, 2004a; Suto, 2004). Le capacitisme fait référence aux pratiques discriminatoires découlant de la supposition que les capacités physiques de toute personne peuvent se conformer à des normes valorisées culturellement.

Les critiques observent que plus les croyances et les suppositions d'une personne deviennent ancrées, plus grande est la longévité de ces croyances et suppositions et plus grande sera leur capacité de survivre au contact de données

qui les contestent (Childs et Williams, 1997; Taylor, 1999). En outre, Mocellin (1996) a avancé que plutôt que de soumettre ses hypothèses de base à un examen critique, l'ergothérapie a mis de l'avant un langage et des modèles spécifiques et cela, non seulement pour faire avancer la base scientifique de la profession, mais pour se défendre contre ceux qui ont examiné en profondeur la rhétorique conventionnelle de la profession. Mocellin (1995) croit qu'il y a une équivalence entre ces croyances et suppositions et le dogme d'une foi fondamentaliste. La propension des ergothérapeutes à la ferveur théorique quasi-religieuse est également rapportée par Kelly et McFarlane, (2007), qui observent que le type d'adoration du héros manifesté par les dévots des théoriciens entraîne l'acceptation non critique de croyances et de dogmes particuliers. Ce sont les gardiens des textes sacrés (Said, 1996).

On a avancé que si les ergothérapeutes voulaient assumer leur but avoué de promouvoir la participation à des occupations significatives, ils devaient alors penser de manière plus critique et être conscients des schèmes de valeurs et des suppositions enfouis dans leurs théories et leurs modèles (Kronenberg, Algado et Pollard, 2005). Dans le même ordre d'idées, cet article cherche à démontrer que les suppositions courantes en ergothérapie dans le monde minoritaire (ou occidental) ne sont pas universelles, mais associées à des cultures spécifiques et, que la promulgation non critique de ces suppositions entraîne non seulement des théories inadéquates, mais elle constitue à la fois une forme d'éthnocentrisme (Iwama, 2003) et d'impérialisme théorique (Hammell, 2006). L'éthnocentrisme est la croyance que sa propre culture est supérieure aux autres et qu'elle constitue la norme selon laquelle toutes les autres personnes devraient être jugées (Leavitt, 1999). L'éthnocentrisme se manifeste souvent selon la supposition que les valeurs, priorités et perspectives d'une personne sont universelles plutôt que spécifiques. L'impérialisme théorique se produit lorsque les théoriciens développent et perpétuent des théories qui privilégient leurs propres perspectives tout en ignorant, en négligeant ou en gardant sous silence les perspectives des autres (Mann, 1995). L'impérialisme théorique se définit le mieux comme une forme de colonialisme intellectuel.

La réalité voulant que peu de personnes vivent maintenant dans des sociétés ayant une culture homogène nous a poussé à examiner des façons par lesquelles les ergothérapeutes pourraient faire leur travail d'une manière culturellement appropriée et respectueuse (Chiang et Carlson, 2003; Whiteford et Wilcock, 2000). Toutefois, avant de pouvoir comprendre et réagir adéquatement aux besoins des personnes d'autres cultures en tant qu'ergothérapeutes, nous devons d'abord remettre en question les suppositions, les valeurs et les croyances de notre propre culture ergothérapeutique.

Culture et ergothérapie

Le concept de la culture est utilisé pour décrire les connaissances, les croyances, les attitudes, la morale, les normes et les coutumes que les gens acquièrent par leur appartenance à une société particulière ou un groupe donné. Les anthropologues reconnaissent que la culture a deux composantes étroitement liées — la composante mentale et la composante du comportement — démontrant que les attitudes, les idées, les concepts, les croyances, les suppositions, les valeurs et les perspectives acquis dirigent nos actions et schèmes particuliers de comportement dans la vie de tous les jours (Ferraro, 1995; Peoples et Bailey, 1994). La transmission des valeurs et des croyances culturelles est si efficace que certaines idées acquièrent le statut de sens commun, ce qui semble à la fois normal et naturel. Bien sûr, on prétend que « notre culture nous enferme dans un sens commun » (Thomas, 1993, p. 3). Ce sens commun culturel prescrit le système de sens et de valeurs de chaque personne, sans que cette personne soit explicitement consciente de l'existence de ce système (Charmé, 1984; Sartre, 1956). L'ergothérapie est façonnée par la culture (Iwama, 2007) en absorbant le sens commun présent dans l'environnement social, politique, économique et juridique.

À titre de profession, l'ergothérapie est aussi une culture. Ses praticiens font l'acquisition de connaissances, de croyances, de concepts, de perspectives, d'idées, de normes, de suppositions et de valeurs spécifiques pendant des périodes prolongées de formation, qui influencent leur façon de penser et d'agir. De toute évidence, un grand nombre de suppositions sont transmises si efficacement qu'elles acquièrent le statut de sens commun. Ce processus d'enculturation est particulièrement efficace lorsque les initiés et les gens qui font partie de la profession partagent les mêmes traits personnels. Un ensemble particulier de traits constitue la position d'une personne.

La position sociale et les ergothérapeutes

Les théoriciens contemporains ont observé que les différentes positions sociales affectent inévitablement le point de vue d'une personne sur le monde et qu'il est ainsi impossible que le développement des connaissances soit purement objectif ou non associé à des valeurs (Collins, 1991; Swigonski, 1993). Said (1979, p. 10) a fait l'observation suivante:

Personne n'a jamais conçu une méthode pour détacher l'érudit des circonstances de la vie, du fait qu'il [sic] participe (consciemment ou inconsciemment) à une classe, à une série de croyances, à une position sociale ou à l'activité qui consiste à être un membre de la société.

Les suppositions communes qui sous-tendent les théories en ergothérapie sont le reflet des systèmes de valeurs spécifiques des théoriciens qui partagent de nombreuses dimensions de la position associée à la classe, à la race, à

l'ethnicité, à l'âge, à la tradition religieuse, aux capacités physiques, au statut économique, à la langue, à l'éducation, au statut professionnel et à la situation urbaine. Toutefois, bien que les positions communes aient tendance à produire des valeurs, des suppositions et des modes de pensée courants (Collins, 1991), ces suppositions ne sont pas universellement partagées par les personnes dont la position diffère de ces normes culturelles. Ainsi, il faut comprendre que les suppositions communes en ergothérapie représentent des perspectives uniques plutôt que des vérités universelles.

Par ailleurs, bien que les théories les plus influentes en ergothérapie aient été élaborées dans les régions urbaines des pays occidentaux de langue anglaise, ces théories reflètent, par définition, les points de vue d'une minorité. Cette région du monde, souvent désignée par les termes monde occidental ou développé constitue seulement environ 17 % de la population mondiale et elle est désignée correctement par le terme monde minoritaire. Pour la même raison, les pays que l'on désigne souvent par le terme pays en voie de développement ou pays du tiers-monde constituent environ 83 % de la population mondiale et sont désignés plus précisément par le terme monde majoritaire (Penn, 1999). Au-delà de la sémantique, ceci permet de reconnaître que les ergothérapeutes et les théoriciens occidentaux sont membres d'une population minoritaire, ayant des valeurs et des hypothèses qui sont propres à une minorité de personnes. Certaines de ces valeurs et croyances sont révélées dans nos hypothèses sur l'occupation.

Toutefois, il est important de noter que le statut majoritaire n'est pas le résultat inévitable associé au fait d'être un membre de la majorité statistique. De toute évidence, la majorité du pouvoir peut être détenue par une minorité de personnes, aux échelles mondiales et nationales. Par exemple, lors de l'apartheid en Afrique du sud, la minorité blanche détenait la majorité du pouvoir, bien que l'on ait accordé le statut minoritaire à la majorité statistique de la population (Hammell, 2006).

Examiner les suppositions et hypothèses en ergothérapie

Dans cette section, nous examinerons brièvement quatre hypothèses de base en ergothérapie, soient les suivantes : les humains peuvent influencer positivement sur leur santé en utilisant leurs mains et leur volonté; les occupations contribuent à donner un sens à la vie; les humains participent à des occupations à titre d'agents autonomes; et les humains ont tendance à vouloir maîtriser l'environnement. Cet examen sera suivi d'une analyse sceptique de la supposition selon laquelle les occupations peuvent, ou devraient, être divisées en trois catégories – les soins personnels, la productivité et les loisirs — ce qui met en relief le fait que l'on néglige conséquemment certaines occupations fondées sur l'interdépendance humaine et la connexité humaine.

Les humains influent positivement sur leur santé en utilisant leurs mains et leur volonté

L'une des hypothèses les plus fréquemment citées en ergothérapie est la croyance de Reilly (1962, p. 2) selon laquelle « l'homme, par l'usage de ses mains dynamisées [sic] par son esprit et sa volonté peut influencer son propre état de santé ». Cette hypothèse, qui est ancrée dans les croyances des ergothérapeutes sur les relations entre l'occupation et la santé, peut sembler très logique; mais, une interrogation sceptique suggère qu'il s'agit d'une perspective unique. Premièrement, la supposition selon laquelle toute personne peut utiliser ses mains si elle en a l'idée et la volonté est un exemple de capacitisme, de même que la supposition normative selon laquelle toute personne a des mains et a la capacité de les utiliser si elle le désire. Les ergothérapeutes savent qu'il s'agit d'une supposition erronée.

Deuxièmement, la supposition selon laquelle toute personne a la possibilité d'influer positivement sur sa propre santé à travers ses occupations pose problème et trahit ses origines, c'est-à-dire la classe moyenne supérieure du monde minoritaire. En réalité, la majorité de la population mondiale n'a que peu de choix ou de contrôle sur sa vie ou peu de possibilité d'exercer sa volonté pour influencer sur sa vie. Le plus souvent, elle n'a aucun choix. De toute évidence, les actions personnelles de ces gens ne peuvent avoir que peu d'influence sur les circonstances de leur vie, qui est restreinte par les pratiques discriminatoires découlant de la patriararchie, du sexisme, du capacitisme, du racisme ou de facteurs comme la fermeture d'usines, les désastres naturels et les guerres, circonstances sur lesquelles on ne peut avoir aucun contrôle. Par ailleurs, les occupations quotidiennes de la majorité des gens à travers le monde – qui sont effectuées à l'aide de leurs mains – sont associées à un travail ingrat et sans relâche, à une pauvreté écrasante, à des risques élevés de blessures, à la maladie et à une mort prématurée (Mocellin, 1995).

Les occupations donnent un sens à la vie

De nombreux auteurs assument que les occupations contribuent à donner un sens à la vie (Townsend et Polatajko, 2007; Yerxa et coll., 1989) et il est fort probable que le genre d'occupations associées à des emplois rémunérés donnent un sens à la vie des personnes dont les emplois sont stables, gratifiants et bien payés. Cependant, les emplois enrichissants offrant des expériences gratifiantes comme la satisfaction de soi, l'attribution d'un sens, la fierté et l'estime de soi sont « le privilège de peu de personnes et une marque distinctive de l'élite » (Bauman, 1998, p. 34). Aucune étude n'a cherché à démontrer que la majorité des personnes appartenant au monde majoritaire, qui vivent dans une pauvreté désespérée, trouvent un sens à leurs occupations quotidiennes. En outre, les modes de pensée (Kupperman, 2001) et les résultats de la recherche du monde occidental (Clayton et Chubon, 1994;

Kelly et Kelly, 1994; Ville et Ravaud, 1996) démontrent que le travail n'est pas universellement perçu comme étant déterminant pour trouver un sens à sa vie ou pour augmenter sa satisfaction face à sa vie.

L'ACE affirme que : « les occupations sont significatives pour les personnes lorsqu'elles atteignent un but ou un objectif qui est important sur les plans personnel ou culturel » (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2002, p. 36), ce qui implique que le terme « significatif » est un terme positif et que les occupations ont toutes un sens pour les personnes qui les réalisent » (Hammell, 2004b, p. 297). Pourtant, le sens attribué aux occupations ou découlant des occupations pourrait être l'ennui, l'humiliation ou la frustration.

Les humains participent à des occupations en tant qu'agents autonomes

Une autre hypothèse, dont on a démontré qu'elle était spécifique aux groupes socio-économiques privilégiés de certaines régions politiques et géographiques, est la croyance de Yerxa (1992, p. 79) selon laquelle chaque individu est « un agent actif, capable, libre, autodirigé, intégré et utile, et qu'il est l'auteur d'activités influant sur sa santé ». La croyance selon laquelle la capacité de faire des relations de cause à effet réside en toute personne est fondamentale dans le Modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002), qui suppose une capacité universelle de maîtrise, de contrôle et d'autoefficacité. L'hypothèse selon laquelle « les humains participent à des occupations à titre d'agents autonomes » est réitérée par Townsend et Wilcock (2003, p. 253, 255) et peut, bien sûr, être une réalité pour les humains dont les occupations ne sont pas limitées par leur sexe, leur classe sociale, leur caste, leur race, leur religion, leur éducation, leur pauvreté, leur ethnie, leur âge, leur culture, leur situation géographique, leur orientation sexuelle ou par d'autres axes de différence ou d'accès au pouvoir. Cette supposition est probablement vraie pour les ergothérapeutes travaillant dans le monde minoritaire, mais elle ne tient pas la route par exemple, dans le cas des femmes et des filles incarcérées dans des bordels; des personnes handicapées confinées dans des établissements et des dictats des castes réalisant des occupations dégradantes particulières, des réfugiés ou des personnes vivant dans des conditions d'esclavage (Hammell, en voie d'impression).

Les humains ont besoin de maîtriser l'environnement

Une autre hypothèse stipule que les humains ont un besoin inné – c'est-à-dire universel – de maîtriser l'environnement (Kielhofner, 2002). En élaborant sur ce thème, Wilcock (1993, p. 20) a prétendu que l'une des principales fonctions de l'occupation est « de développer des habiletés, des structures sociales et des technologies dont le but est d'exprimer sa

supériorité sur... l'environnement ». Toutefois, la supposition selon laquelle les humains ont droit de domination et de maîtrise sur l'environnement – de contrôler et de régenter la planète – est propre aux systèmes de croyances judéo-chrétiens découlant de la Genèse 1:26–28 (Iwama, 2005a; Steger, 2003) et ces croyances sont contraires à celles des cultures qui valorisent une vie en équilibre et en harmonie avec l'environnement (Iwama, 2006; Kupperman, 2001). Comme les ergothérapeutes affirment que l'environnement a des dimensions sociales, culturelles, institutionnelles et physiques (ACE, 2002), ils doivent reconnaître les conséquences découlant de l'expression de la supériorité et de la maîtrise de la personne sur son environnement. Par exemple, le mauvais traitement domestique est en partie le reflet d'un droit perçu d'exercer un contrôle et une supériorité sur l'environnement domestique et social d'une personne (Hammell, en voie d'impression). Bien sûr, la maîtrise est un terme patriarcal transparent, dérivé du terme « maître », soit un homme qui a le contrôle sur des personnes ou des choses. En outre, le contrôle de l'environnement physique par les humains a entraîné une dégradation environnementale cataclysmique. La réalité selon laquelle 20 % de la population globale exploite actuellement (maîtrise et contrôle) 86 % des ressources physiques de la planète (Steger) nuit non seulement au bien-être et à la pérennité des personnes les plus pauvres de la terre, mais elle n'est pas durable sur le plan environnemental (Steger). Il est temps que les ergothérapeutes jettent un regard sceptique sur la supposition selon laquelle le droit de supériorité, de maîtrise et de contrôle sur l'environnement est une qualité humaine innée que les ergothérapeutes devraient mettre en valeur. Il ne s'agit pas d'une supposition inoffensive, mais bien d'une supposition qui témoigne de valeurs patriarcales et judéo-chrétiennes qui ne sont pas remises en question et de valeurs associées au capitalisme matérialiste et à la mondialisation, qui sont non seulement fondées sur l'exploitation, mais qui sont, d'une manière singulière, insoutenables (Hammell, en voie d'impression).

Les buts de l'occupation sont la réalisation des soins personnels, la productivité et les loisirs

L'une des hypothèses qui est fermement ancrée dans les modèles en ergothérapie est celle voulant que les occupations peuvent être divisées en trois catégories : les soins personnels, le travail et le jeu (Kielhofner, 2002) ou les soins personnels, la productivité et les loisirs (Creek, 2003; Townsend et Polatajko, 2007). De toute évidence, on a prétendu que ces trois catégories représentaient les « buts » de l'occupation (ACE, 2002, p. 37). Toutefois, Pierce (2001, p. 252) a fait l'observation suivante : « lorsque les scientifiques de l'occupation ont commencé à examiner ces catégories de plus près ... elles leur ont semblé simplistes,

fondées sur des valeurs, hors contexte et insuffisamment descriptives d'une expérience subjective ». On a affirmé à ceux d'entre nous qui ont suggéré que certaines des occupations les plus significatives dans la vie d'une personne – par exemple, la prière ou la méditation, la contemplation de la beauté de la nature ou de l'art, prendre soin de ses enfants, de ses parents ou de ses animaux de compagnie, faire l'amour ou être au chevet d'un ami mourant – ne correspondaient pas à cette triade privilégiée selon laquelle toutes les occupations peuvent être classées dans l'une des trois catégories. Mais, peut-on considérer qu'une théorie est juste si l'exposition des données doit se conformer à des catégories prédéfinies? Engel (1977, p. 130) a observé que « en science, un modèle est révisé ou abandonné lorsqu'il ne permet pas de trouver une correspondance pour toutes les données. Par contre, un dogme exige que les données divergentes soient forcées de correspondre au modèle ou qu'elles soient exclues ».

En outre, l'hypothèse selon laquelle les loisirs et le travail sont divisibles est spécifique sur le plan culturel (Darnell, 2002; Primeau, 1996) et elle est peu familière pour les membres de certaines sociétés (Horna, 1994; Storman, 1989) et des communautés agricoles. Par ailleurs, on ne s'entend pas vraiment sur la définition des loisirs (Primeau) et il semble évident que le concept des loisirs est un capacitisme (Aitchison, 2003) et un concept lié à la classe (Suto, 2004), compte tenu du fait que de nombreux membres de la population mondiale n'ont pas de mot pour désigner le concept des loisirs (Kelly et Kelly, 1994). Suto (p. 30) a mentionné qu'il y avait « une supposition implicite voulant que les loisirs soient un concept pertinent pour la plupart, sinon pour tous les clients en ergothérapie. » Sa recherche sur les femmes immigrantes a remis cette hypothèse en question. Comme peu de recherches ont été entreprises en vue de définir le concept des loisirs en ergothérapie (Suto) et comme il y a peu de consensus concernant les paramètres de ce concept, il semblerait difficile de défendre la supposition selon laquelle il faut, pour atteindre un bien-être, que les loisirs figurent dans la gamme d'occupations d'une personne (Christiansen, 1996).

Ce qui est encore plus troublant, c'est le fait d'avoir décidé que ces trois catégories d'occupations (soins personnels, productivité et loisirs) étaient des priorités et d'en avoir fait la promotion, ce qui témoigne d'une doctrine propre au monde minoritaire sur l'individualisme (Young, 2003), qui exclut spécifiquement les activités motivées par l'amour et la préoccupation pour le bien-être des autres. Il est évident que l'activité qui consiste à prendre soin des autres ne se conforme pas facilement à l'une de ces trois catégories, parce qu'il ne s'agit pas de prendre soin de soi ou d'une activité reconnue comme étant socialement ou économiquement productive ou parce que cela n'est pas perçu comme un loisir. Comment un homme qui consacre la plus grande partie de son temps et

de son énergie à prendre soin de sa femme (qui est atteinte d'un trouble neurologique sévère) peut-il catégoriser ses occupations quotidiennes : soins personnels? productivité? loisirs? Ou, pourquoi pas « aucun des choix cités plus haut »? De toute évidence, plutôt que d'influer positivement sur sa santé, les occupations qu'il a choisies peuvent être néfastes pour sa propre santé physique, bien qu'elles puissent rehausser le bien-être de sa femme de façon significative et qu'elles puissent contribuer à sa qualité de vie et donner un sens à sa propre vie. Comme Bunting (2004, p. 322) le remarque, le fait d'accorder de l'attention aux besoins des autres ou de prendre soin des autres « est l'engagement le plus profond de notre vie ». Et comment cette femme pourrait-elle catégoriser ses occupations quotidiennes : parler avec ses amis, ses enfants et ses petits-enfants; écouter la radio, observer les oiseaux à la mangeoire; écouter son mari qui lui fait la lecture à voix haute et discuter de différentes questions avec lui? Bien que ses journées soient remplies d'occupations qui donnent un sens et un but à sa vie, la continuité de son rôle valorisant de confidente et de conseillère de famille, et son sentiment d'intimité avec des personnes spéciales ne sont pas des occupations qu'elle pourrait désigner facilement sous l'étiquette de soins personnels, de productivité ou de loisirs. Bien que l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE, 2002, p. 182) ait ajouté le sens de « connexité » dans sa définition de la spiritualité et qu'elle ait ensuite placé la spiritualité au centre du Modèle canadien du rendement occupationnel, les occupations associées à la connexité ne se manifestent pas dans la triade privilégiée.

Il est important de souligner que cette hypothèse de base—à savoir que les occupations peuvent être réparties en trois catégories spécifiques—ne découle pas de faits scientifiques; il n'est donc pas possible de déterminer si ces catégories sont le reflet d'expériences humaines universelles. Par ailleurs, comme les gens définissent leurs occupations différemment en des temps différents, selon des facteurs tels que l'humeur, les buts, le contexte et la présence d'autres personnes (Primeau, 1996; Shaw, 1984), la validité du classement des occupations en trois catégories est contestable (Erlandsson et Eklund, 2001; Persson, Eklund, et Isacson, 1999).

Individualisme et indépendance ou interdépendance et connexité?

D'importants théoriciens de l'invalidité prétendent qu'en priorisant les occupations liées aux soins personnels et les occupations productives, c'est-à-dire les occupations qui contribuent au tissu social et économique des collectivités (ACE, 2002), les ergothérapeutes dénigrent les occupations considérées comme étant non productives ou favorisant la dépendance et que cela renforce activement le statu quo économique et social (French et Swain, 2001). Ils affirment que la productivité est un « capacitiste insaisissable » (Devlin et Pothier, 2006, p. 18) et insistent pour dire que « nous

devons contester la 'productivité'... en tant que mesure de la valeur humaine » (Finger, 1995, p. 15).

Bien que la culture du monde minoritaire célèbre l'individualisme et acclame l'indépendance, de nombreuses autres cultures valorisent les obligations réciproques et les relations harmonieuses et, dans ces sociétés, « le contentement découlant du bien-être des autres constitue un aspect particulièrement caractéristique de la qualité de vie » (Ryff et Singer, 1998, p. 8). Bien sûr, les valeurs du monde minoritaire concernant l'indépendance et l'autonomie ne correspondent pas à celles des cultures qui valorisent les relations sociales, l'interdépendance, la réciprocité, l'obligation mutuelle et l'appartenance (Iwama, 2006; Lim, 2004). Au sein de ces cultures, les personnes se trouvant dans des positions de dépendance apparente ne sont pas dévalorisées (Katbamna, Bhakta et Parker, 2000); pourtant, au sein des cultures occidentales, les ergothérapeutes ont tendance à considérer la dépendance envers les autres comme « un état d'être devant être amélioré » (Iwama, 2005b, p. 131).

Plutôt que de rejeter l'individualisme et l'indépendance, Bunting (2004, p. 322) croit que nous devons reconnaître et affirmer que nous sommes tous interdépendants et que c'est dans cette toile de dépendance que nous éprouvons la plus grande satisfaction ». La recherche démontre que, contrairement à l'idéologie égocentrique occidentale, l'interdépendance est « une caractéristique indispensable de la condition humaine » (Reindal, 1999, p. 354). De toute évidence, même au sein des cultures du monde minoritaire, les faits scientifiques démontrent que la capacité d'aider les autres est associée à des degrés plus faibles de dépression, à une meilleure estime de soi et à une réduction des problèmes de santé (p. ex., Anson, Stanwyck et Krause, 1993; Schwartz et Sendor, 1999; Stewart et Bhagwanjee 1999), ce qui suggère que les occupations qui favorisent l'interdépendance contribuent positivement au bien-être. Cependant, les théories actuelles sur l'occupation offrent peu de possibilités pour considérer l'importance de favoriser l'interdépendance ou de contribuer au bien-être des autres.

Les occupations favorisent la santé

L'hypothèse selon laquelle il y a une relation positive entre l'occupation, le bien-être et la santé est au centre des théories sur l'occupation, malgré le fait qu'il y a peu de données probantes dans la littérature en ergothérapie pour l'appuyer (Law, Steinwender, et Leclair, 1998; Piškur, Kinebanian et Josephsson, 2002; Rebeiro, 1998). Peut-être que ceci est dû, en partie, au fait que les hypothèses sur ce qui constitue la santé, le bien-être et l'occupation sont équivoques en elles-mêmes. Peu de recherches ont été menées dans le but de déterminer ce que ces concepts signifient dans la vie des gens dont la position comporte différentes expériences et perspectives. Kagawa-Singer (1993) a découvert que les personnes atteintes de cancer ont redéfini le sens conven-

tionnel de la santé et ont employé une définition « basée sur leur capacité de conserver leur intégrité en tant que personne productive, apte et valable au sein de leurs sphères sociales, en dépit de leur condition physique » (p. 295). Les participants à cette étude ont contribué à une définition de la santé qui incorpore leurs propres expériences, c'est-à-dire une définition qui semble refléter les tenants centraux de l'ergothérapie. Ceci soulève la question suivante : à quoi ressembleraient les théories et les modèles sur l'occupation et le bien-être s'ils étaient éclairés non seulement par celles des théoriciens de classe moyenne du monde minoritaire, mais aussi par celles des autres groupes culturels ou des personnes malades ou handicapées?

Dans cette section, nous avons brièvement remis en question certaines des hypothèses qui sous-tendent les théories sur l'occupation en l'ergothérapie. Bien que cet article ne prétende pas être exhaustif, nous espérons que les exemples choisis amèneront les ergothérapeutes à faire preuve d'un scepticisme sain envers les suppositions perpétuées au sein de notre profession. Lorsque l'on dit aux ergothérapeutes qu'un théoricien respecté a dit ceci ou cela, nous devons faire preuve d'intégrité intellectuelle en nous posant la question suivante : Quels sont les faits scientifiques qui appuient cette affirmation? Par qui les faits appuyant cette affirmation ont-ils été énoncés? S'agit-il d'une réflexion basée sur des faits scientifiques ou d'une opinion fondée sur des valeurs?

Conclusion

Malgré le fait que la profession de l'ergothérapie ait déclaré son allégeance envers la pratique centrée sur le client, on a fait peu d'efforts pour incorporer les perspectives de divers groupes de clients dans les théories sur l'occupation, et on a aussi fait peu d'efforts pour jeter un regard critique sur les hypothèses existantes, afin de déterminer si elles sont appuyées par des faits scientifiques. Ainsi, par exemple, *Enabling Occupation II* « est enraciné dans les valeurs et les croyances » qui ont éclairé la publication l'ayant précédé (Townsend et Polatajko, 2007, p. 3.). Tout en s'appuyant sur la diversité des perspectives, cet article a cherché à démontrer que certaines des croyances fermement ancrées en ergothérapie sont spécifiques plutôt qu'universelles. L'article soutient, par exemple, que les trois catégories d'occupations privilégiées, c'est-à-dire les soins personnels, la productivité et les loisirs, ne sont pas universelles et utiles; que le concept des loisirs est un concept capacitiste, associé à la classe et à la culture; que les modèles actuels sur l'occupation ne tiennent pas compte des activités motivées par un sens de la connexité ou des activités qui consistent à prodiguer des soins aux autres; que la productivité n'est pas perçue universellement comme étant essentielle pour donner un sens à sa vie ou qu'elle n'est pas perçue universellement comme un déterminant positif de la santé; que l'indépendance n'est pas valorisée universellement; que le contrôle est un concept

patriarcal; que le contrôle de l'environnement par les humains a entraîné des dommages catastrophiques; et que les humains ne vivent pas tous dans des situations dans lesquelles ils peuvent se servir de leurs mains ou exercer une influence positive sur leur santé.

Said (1979) a dit que les professionnels doivent se méfier des idées reçues qui sont transmises dans leur profession; qu'ils doivent éviter d'être trop suffisants, trop isolés, d'avoir trop confiance aux bien-pensants idéologiques et être contre la collusion avec des dogmes culturels et politiques. Toutefois, on a observé que « les arguments académiques robustes sont un nouveau phénomène en ergothérapie; jusqu'à maintenant, on avait observé un manque notable d'articles érudits présentant des arguments contraires aux idées théoriques » (Duncan, Paley, et Eva, 2007, p. 200). En outre, comme de nombreux ergothérapeutes ont investi beaucoup dans la répétition des idées reçues et des dogmes transmis par des personnes conventionnelles et en situation de pouvoir (Said, 1996), une approche plus rigoureuse envers les hypothèses qui sous-tendent notre profession n'est pas toujours inévitable. Comme Mocellin (1995, p. 502) l'a affirmé : « Lorsque les hypothèses de base, qui sont considérées comme étant essentielles à l'ergothérapie sont perçues par certains comme étant menacées, des efforts considérables sont faits pour renforcer la conformité professionnelle ».

Une bonne partie de ce que nous croyons et assumons sur les théories en ergothérapie peut être justifié. Toutefois, en cultivant un scepticisme sain dans notre profession, nous pourrions remettre en question la véracité de nos hypothèses, contester l'universalité de leur application et insister sur l'importance d'avoir une base de données probantes pour soutenir des théories qui proviennent d'une large gamme de perspectives. De cette façon, la théorie et la pratique deviendront plus pertinentes et plus englobantes.

Messages clés

- Les théories et les modèles en ergothérapie sur l'occupation humaine sont éclairés par des hypothèses et des affirmations énoncées par des théoriciens respectés qui ne sont pas remises en question, plutôt que par des faits scientifiques.
- Bon nombre des hypothèses de base en ergothérapie sont propre à une culture, à une classe ou elles sont teintées de capacitisme.
- L'intégrité scientifique et professionnelle exige une approche sceptique des hypothèses et des dogmes en ergothérapie ainsi qu'une base de données probantes grâce auxquelles il est possible d'élaborer des théories plus pertinentes et plus englobante sur l'occupation.

Références

- Aitchison, C. (2003). From leisure and disability to disability leisure: Developing data, definitions and discourses. *Disability and Society*, 18, 955-969.
- Anson, C. A., Stanwyck, D. J., et Krause, J. S. (1993). Social support and health status in spinal cord injury. *Paraplegia*, 31, 632-638.
- Association canadienne des ergothérapeutes (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie* (2^e éd.). Ottawa, ON: Auteur.
- Bauman, Z. (1998). *Work, consumerism, and the new poor*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Brechin, A., et Sidell, M. (2000). Ways of knowing. Dans R. Gomm C. Davies (Édits.), *Using evidence in health and social care* (p. 3-25). London: Sage.
- Bunting, M. (2004). Willing slaves. *How the overwork culture is ruling our lives*. London: Harper-Collins.
- Charmé, S. L. (1984). *Meaning and myth in the study of lives. A Sartrean perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Chiang, M., et Carlson, G. (2003). Occupational therapy in multicultural contexts: Issues and strategies. *British Journal of Occupational Therapy*, 66, 559-567.
- Childs, P., et Williams, P. (1997). *An introduction to post-colonial theory*. London: Prentice-Hall.
- Christiansen, C. (1996). Three perspectives on balance in occupation. Dans R. Zemke, F. Clark (Édits.), *Occupational Science: The evolving discipline* (p. 431-451). Philadelphia: F. A. Davis.
- Clayton, K. S., et Chubon, R. A. (1994). Factors associated with the quality of life of long-term spinal cord injured persons. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75, 633-638.
- Collins, P. H. (1991). Learning from the outsider within. The sociological significance of Black feminist thought. Dans M. M. Fonow & J. A. Cook (Édits.), *Beyond methodology: Feminist scholarship as lived research* (p. 35-59). Bloomington: Indiana University Press.
- Creek, J. (2003). *Occupational therapy defined as a complex intervention*. London: College of Occupational Therapists.
- Darnell, R. (2002). Occupation is not a cross-cultural universal: Some reflections from an ethnographer. *Journal of Occupational Science*, 9, 5-11.
- Devlin, R., et Pothier, D. (2006). Introduction: Toward a critical theory of dis-citizenship. Dans D. Pothier et R. Devlin (Édits.), *Critical disability theory: Essays in philosophy, politics, policy, and law* (p.1-22). Vancouver: University of British Columbia Press.
- Duncan, E. A. S., Paley, J., et Eva, G. (2007). Complex interventions and complex systems in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 70, 199-206.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Erlandsson, L-K., et Eklund, M. (2001). Describing patterns of daily occupations: A methodological study comparing data from four different methods. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, 31-39.
- Ferraro, G. (1995). *Cultural anthropology. An applied perspective*. (2nd ed.). St. Paul, MN: West Publishing.
- Finger, A. (1995). "Welfare reform" and us. *Ragged Edge*, Nov/Dec, 15 & 36.
- French, S., et Swain, J. (2001). The relationship between disabled people and health and welfare professionals. Dans G. L. Albrecht, K. D. Seelman, M. Bury (Édits.), *Handbook of disability studies* (p. 734-753). London: Sage.
- Hammell, K. W. (2004a). Using qualitative evidence to inform theories of occupation. Dans K. W. Hammell, C. Carpenter (Édits.), *Qualitative research in evidence-based rehabilitation* (pp.14-26). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- Hammell, K. W. (2004b). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 71, 296-305.
- Hammell, K. W. (2006). *Perspectives on disability and rehabilitation: Contesting assumptions challenging practice*. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone Elsevier.
- Hammell, K. W. (en voie d'impression). Contesting assumptions in occupational therapy. Dans M. Curtin, M. Molineux, J. Supyk (Édits.), *Occupational therapy and physical dysfunction* (6th ed.). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone Elsevier.
- Horna, J. (1994). *The study of leisure*. Toronto, ON: Oxford University Press.
- Iwama, M. (2003). Toward culturally relevant epistemologies in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 582-588.
- Iwama, M. (2005a). Occupation as a cross-cultural construct. Dans G. Whiteford, V. Wright-St. Clair (Édits.), *Occupation and practice in context* (p. 242-253). Marrickville, NSW: Elsevier.
- Iwama, M. (2005b). Situated meaning. An issue of culture, inclusion and occupational therapy. Dans F. Kronenberg, S. S. Algado, & N. Pollard (Édits.), *Occupational therapy without borders* (p.127-139). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone Elsevier.
- Iwama, M. (2007). Culture and occupational therapy: Meeting the challenge of relevance in a global world. *Occupational Therapy International*, 14, 183-187.
- Iwama, M. K. (2006). The Kawa model. *Culturally relevant occupational therapy*. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone Elsevier.
- Kagawa-Singer, M. (1993). Redefining health: Living with cancer. *Social Science and Medicine*, 37, 295-304.
- Katbamna, S., Bhakta, P., et Parker, G. (2000). Perceptions of disability and care-giving relationships in South Asian communities. Dans W. I. V. Ahmad (Édit.), *Ethnicity, disability and chronic illness* (p. 12-27). Buckingham, UK: Open University Press.
- Kelly, G., et McFarlane, H. (2007). Culture or cult? The mythological nature of occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 14, 188-204.
- Kelly, J. R., et Kelly, J. R. (1994). Multiple dimensions of meaning in the domains of work, family and leisure. *Journal of Leisure Research*, 26, 250-274.
- Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation: Theory and application* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kronenberg, F., Algado, S. S., et Pollard, N. (2005). Preface. Dans F. Kronenberg, S. S. Algado, N. Pollard (Édits.), *Occupational therapy without borders* (p. xv-xvii). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone Elsevier.
- Kupperman, J. J. (2001). *Classic Asian philosophy*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Law, M., Steinwender, S., et Leclair, L. (1998). Occupation, health and well-being. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 65, 81-91.

- Leavitt, R. L. (1999). Moving rehabilitation professionals toward cultural competence: Strategies for change. Dans R. L. Leavitt (Édit.), *Cross-cultural rehabilitation. An international perspective.* (p. 375-385). London: WB Saunders.
- Lim, K. H. (2004). Occupational therapy in multicultural contexts. Letter to the editor. *British Journal of Occupational Therapy*, 67, 49-50.
- Mann, H. S. (1995). Women's rights versus Feminism? Postcolonial perspectives. Dans G. Rajan, R. Mohanram (Édits.), *Postcolonial discourse and changing cultural contexts: Theory and criticism* (p. 69-88). Westport, CN: Greenwood Press.
- Mocellin, G. (1995). Occupational therapy: A critical overview. Part 1. *British Journal of Occupational Therapy*, 58, 502-506.
- Mocellin, G. (1996). Occupational therapy: A critical overview. Part 2. *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 11-16.
- Penn, H. (1999). Children in the majority world: Is outer Mongolia really so far away? Dans S. Hood, B. Mayall, et S. Oliver (Édits.), *Critical issues in social research. Power and prejudice* (p. 25-39). Buckingham, UK: Open University Press.
- Peoples, J., et Bailey, G. (1994). *Humanity. An introduction to cultural anthropology* (3rd ed.). St Paul, MN: West.
- Persson, D., Eklund, M., et Isacson, Å. (1999). The experience of everyday occupations and its relation to sense of coherence: A methodological study. *Journal of Occupational Science*, 6, 13-26.
- Pierce, D. (2001). Occupation by design: Dimensions, therapeutic power, and creative process. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 249-259.
- Piškur, B., Kinebanian, A., et Josephsson, S. (2002). Occupation and well-being: A study of some Slovenian people's experiences of engagement in occupation in relation to well-being. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9, 63-70.
- Primeau, L. (1996). Work and leisure: Transcending the dichotomy. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 569-577.
- Rebeiro, K. L. (1998). Occupation-as-means to mental health: A review of the literature and a call to research. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 66, 12-19.
- Reilly, M. (1962). Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. *American Journal of Occupational Therapy*, 26, 1-9.
- Reindal, S. M. (1999). Independence, dependence, interdependence: Some reflections on the subject and personal autonomy. *Disability and Society*, 14, 353-367.
- Ryff, C. D., et Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Said, E. W. (1979). *Orientalism*. London: Routledge.
- Said, E. W. (1996). *Representations of the intellectual*. New York: Random House.
- Sartre, J-P. (1956). *Being and nothingness* (H. Barnes, Trans.). New York: Washington Square. (Original work published 1943)
- Schwartz, C. E., et Sendor, M. (1999). Helping others helps oneself: Response shift effects in peer support. *Social Science and Medicine*, 48, 1563-1575.
- Shaw, S. M. (1984). The measurement of leisure: A quality of life issue. *Society and Leisure*, 7, 91-107.
- Steger, M. B. (2003). *Globalization*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Stewart, R., et Bhagwanjee, A. (1999). Promoting group empowerment and self-reliance through participatory research: A case study of people with physical disability. *Disability and Rehabilitation*, 21, 338-345.
- Storman, W. (1989). Work: True leisure's home? *Leisure Studies*, 8, 25-33.
- Suto, M. (2004). Exploring leisure meanings that inform client-centred practice. Dans K. W. Hammell et C. Carpenter (Édits.), *Qualitative research in evidence-based rehabilitation* (p. 27-39). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- Swigonski, M. E. (1993). Feminist standpoint theory and the questions of social work research. *Affilia*, 8, 171-183.
- Taylor, G. (1999). Empowerment, identity and participatory research: Using social action research to challenge isolation for deaf and hard of hearing people from minority ethnic communities. *Disability and Society*, 14, 369-384.
- Thomas, J. (1993). *Doing critical ethnography*. Newbury Park, CA: Sage.
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. (2007). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E., et Wilcock, A. (2003). Occupational justice. Dans C. Christiansen & E. Townsend (Édits.), *Introduction to occupation: The art and science of living* (p. 243-273). Thorofare, NJ: Prentice Hall.
- Ville, I., et Ravaut, J-F. (1996). Work, non-work and consequent satisfaction after spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 19, 241-252.
- Whiteford, G. E., et Wilcock, A. A. (2000). Cultural relativism: Occupation and independence reconsidered. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 67, 324-336.
- Wilcock, A. A. (1993). A theory of the human need for occupation. *Occupational Science*, 1, 17-24.
- Yerxa, E. J. (1992). Some implications of occupational therapy's history for its epistemology, values and relation to medicine. *American Journal of Occupational Therapy*, 46, 79-83.
- Yerxa, E. J., Clark, F., Frank, G., Jackson, J., Parham, D., Pierce, D. et col. (1989). An introduction to occupational science: A foundation for occupational therapy in the 21st century. *Occupational Therapy in Health Care*, 6, 1-17.
- Young, R. J. C. (2003). *Postcolonialism*. Oxford: Oxford University Press.

Auteure

Karen Whalley Hammell, PhD, OT(C), est associée de recherche honoraire, Department of Occupational Science and Occupational Therapy, Faculty of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada. Box 515, Oxbow, Saskatchewan, S0C 2B0, Canada. Téléphone/ Télécopieur : +306 483 2380 ik.hammell@sasktel.net



Le droit d'auteur des articles publiés dans la *Revue canadienne d'ergothérapie (RCE)* est détenu par l'Association canadienne des ergothérapeutes. Toute personne désirant photocopier ou reproduire (par impression ou sous forme électronique) tout matériel publié dans la *RCE* doit obtenir au préalable une autorisation écrite. Pour toute utilisation commerciale, des frais sont exigés, par page, par tableau ou par figure. Lors de la citation d'un article, utiliser le style APA, en citant la date où l'article a été téléchargé de notre site web ainsi que l'adresse URL. Pour de plus amples renseignements, s'adresser à : copyright@caot.ca.