



LE DÉPLOIEMENT DES COMPÉTENCES EN TÉLÉRÉADAPTATION EN CONTEXTE DE PANDÉMIE DE COVID-19 : LE VÉCU DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

Noémie Bonin^{1, 2}, Émilie Racette^{1, 2}, Perrine Vermeulen^{2, 3}, Aliko Thomas^{2, 4, 5}, Joseph Omer Dyer^{6, 7}, Marie-Christine Hallé⁸, Marjorie Gingras⁹, Anne Mingant¹⁰, Manon Parisien¹¹, Annie Rochette^{2, 12}

¹ Étudiante à la maîtrise professionnelle en ergothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal (Canada)

² Centre de recherche interdisciplinaire en Réadaptation de Montréal (CRIR) (Canada)

³ Ergothérapeute, MSc, candidate au PhD, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal (Canada)

⁴ Ergothérapeute, PhD, Professeure agrégée, School of physical & occupational therapy, McGill University (Canada)

⁵ Institute for Health Sciences Education, McGill University (Canada)

⁶ Physiothérapeute, PhD, Professeur agrégé, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal (Canada)

⁷ Groupe interdisciplinaire de recherche sur la cognition et le raisonnement professionnel (Canada)

⁸ Orthophoniste, PhD, Chargée de cours, Département d'orthophonie, Université du Québec à Trois-Rivières (Canada)

⁹ Physiothérapeute, Centre intégré de Santé et services sociaux Montérégie Centre – Clinique Azur Groupe de Médecine Familiale (Canada)

¹⁰ Orthophoniste, Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM) du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Canada)

¹¹ Cheffe de service de la recherche, Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM) du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Canada)

¹² Ergothérapeute, PhD, Professeure titulaire, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal (Canada)

Adresse de contact : annie.rochette@umontreal.ca

Reçu le 06.05.2024 – Accepté le 28.08.2024

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v10n2.5949

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



RESUME

Contexte : La pandémie de COVID-19 a été un tournant dans le secteur de la santé, pendant lequel les professionnels ont dû s'adapter pour continuer d'offrir des soins de santé et des services de réadaptation. La téléadaptation a particulièrement pris de l'ampleur en ergothérapie.

Objectif : Comprendre le vécu des ergothérapeutes exerçant au Québec (Canada) quant au déploiement de leurs compétences en situation de téléadaptation, incluant le télétravail et la télépratique, en raison de la perturbation causée par la pandémie de COVID-19.

Méthode : Une recherche phénoménologique menée sur des analyses secondaires d'une étude qualitative impliquant des entrevues individuelles semi-dirigées d'ergothérapeutes ayant perçu des changements dans leur pratique dus à la pandémie de COVID-19. Le Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada (2012) a servi d'ancrage à l'étude. Les entrevues menées à l'automne 2022 ont été transcrites, puis le contenu concernant la téléadaptation a été extrait et analysé grâce au Framework Approach par deux membres de l'équipe. Les résultats ont été par la suite examinés en équipe jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Résultats : L'échantillon comprenait onze ergothérapeutes (âge moyen 42 ans, \pm 9,4, 10 femmes). Six thèmes ont émergé concernant l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le déploiement des compétences en téléadaptation : 1) l'accès ; 2) la qualité ; 3) le soutien ; 4) la gestion du travail ; 5) l'adaptation et 6) l'efficacité. Les thèmes décrivent les adaptations apportées favorables (ex. : tenue de dossier plus efficace et flexibilité de l'horaire pour l'ergothérapeute, meilleur accès aux différents ergothérapeutes pour le client) et défavorables (ex. : adaptation des évaluations et des interventions par manque de matériel, accès difficile aux collègues).

Conclusion : Les résultats soutiennent une intégration progressive du télétravail pour les tâches non cliniques et invitent à poursuivre la recherche sur la télépratique avant de l'implanter.

MOTS-CLÉS

Téléadaptation, Télétravail, Télépratique, COVID-19, Pandémie, Compétence, Ergothérapeute

OCCUPATIONAL THERAPISTS' USE OF TELEREHABILITATION DURING THE COVID-19 PANDEMIC: EXPERIENCES OF COMPETENCY DEPLOYMENT

ABSTRACT

Background: The COVID-19 pandemic was a turning point for the healthcare workers, who had to adapt to continue offering healthcare and rehabilitation services to the population. Telehealth experienced a resurgence in the field of healthcare, notably with the use of telerehabilitation by occupational therapists.

Objective: To understand the experience of occupational therapists practicing in Quebec (Canada), regarding the deployment of their competencies in situations of delivery of telerehabilitation (telework and telepractice) due to the context of the COVID-19 pandemic.

Methods: A phenomenological research design was used for a secondary analysis of a qualitative study involving semi-structured individual interviews with occupational therapists who perceived changes in their practice due to the COVID-19 pandemic. The study was anchored into the Profile of practice of occupational therapists in Canada (2012). Interviews conducted in the fall of 2022 were transcribed, then content related to telerehabilitation was extracted and analyzed via Framework Approach by two team members. Results were discussed among team members until a consensus was reached.

Results: Eleven occupational therapists took part in the study (mean age=42 ± 9.4, 10 women). Six themes emerged concerning the impact of the COVID-19 pandemic on the deployment of their competencies when using telerehabilitation: 1) access, 2) quality, 3) support, 4) work management, 5) adaptation, and 6) efficiency. The themes describe adaptations made, both favorable (e.g., more efficient documentation, occupational therapists' reachability, and more flexible schedule) and unfavorable (e.g., adaptation of assessments and interventions due to lack of equipment, colleagues' reachability).

Conclusion: Results support the gradual implementation of teleworking for non-clinical tasks and to continue research on telepractice before implementing it.

KEYWORDS

Telerehabilitation, Teleworking, Telepractice, COVID-19, Pandemic, Competency, Occupational therapist

INTRODUCTION

La pandémie de COVID-19 a été un tournant dans le secteur de la santé, et les professionnels ont dû s'adapter pour continuer à offrir des soins à leur clientèle, entre autres des services de réadaptation. Au Québec, le premier cas est survenu à la fin février 2020 et l'urgence sanitaire a été déclarée en mars 2020, suivie de la mise en place de mesures d'isolement volontaire. Ces mesures de confinement ont contribué à l'essor important de la télésanté au Québec. Ainsi, même si elle existait déjà auparavant, elle a pris de l'ampleur compte tenu des restrictions sanitaires, et ce, pour plusieurs professions incluant l'ergothérapie (Hoel *et al.*, 2021). Au Canada, la télésanté en ergothérapie apparaît dans les années 1990 pour permettre l'accès aux services dans les régions rurales, réduire les frais de déplacement ou réduire le temps d'attente avant d'être évalué (Liu, 2018). Avant la pandémie, la télésanté par les médecins exerçant au Québec était peu répandue et visait surtout à permettre un accès plus équitable aux soins et services de santé (Alami *et al.*, 2015). Elle a fait l'objet d'une position officielle de l'Association canadienne des ergothérapeutes en 2011 (Association canadienne des ergothérapeutes, 2011) et a été ajoutée officiellement en 2014 dans la pratique des ergothérapeutes (World Federation of Occupational Therapist, 2020), considérant ainsi la téléadaptation comme un modèle de prestation pouvant être offert (Hung et Fong, 2019). Il existe plusieurs définitions pour préciser les termes liés à cette pratique réalisée à distance (voir Tableau 1).

Mais quels sont les avantages et les inconvénients de ce type de prestation de service ? Un questionnaire en ligne (Sprianu *et al.*, 2022) rempli pendant la pandémie de la COVID-19 par 152 professionnels de la santé exerçant aux États-Unis (ergothérapeutes : n = 64, physiothérapeutes : n = 50 et orthophonistes : n = 37) et portant sur l'efficacité perçue de la télépratique révèle des avantages signalés par les participants, par exemple un accès accru aux soins (38,8 %), une réduction du temps de déplacement (53,3 %), une flexibilité des horaires (49,3 %) et une meilleure continuité des soins (26,3 %). Toutefois, il révèle également des désavantages : 77 % des participants n'avaient aucune expérience avec la télépratique avant la pandémie et 42,1 % indiquaient ne pas avoir reçu de formation adéquate sur l'utilisation de la télépratique ou encore une difficulté à utiliser la technologie. Malgré les avantages identifiés par les professionnels, seulement 17,8 % des participants percevaient la télépratique comme étant aussi efficace que les séances en personne, notamment en raison de l'implication des parents lors de séances pour leurs enfants (Sprianu *et al.*, 2022).

Une enquête en ligne transversale mondiale ayant pour objectif de sonder l'opinion des ergothérapeutes (n = 114) sur le rôle de la téléadaptation pendant la pandémie de COVID-19 a révélé que celle-ci a engendré une utilisation de la téléadaptation pour 60,7 % des répondants comparativement à 36,1 % avant la pandémie (Ganesan *et al.*, 2021).

Les facilitateurs relevés proviennent d'une étude qualitative au Canada (Wittmeier *et al.*, 2022) ayant une approche descriptive et qui avait pour objectif d'explorer la perspective des ergothérapeutes (n = 4) et physiothérapeutes (n = 4) travaillant en pédiatrie sur leur expérience. Ainsi, les plus fréquemment cités étaient le fait de continuer à offrir des services malgré le confinement, la perception par les familles que la téléadaptation était utile et le fait de pouvoir voir l'enfant dans son environnement réel. Certaines stratégies ont été identifiées pour faciliter la téléadaptation, comme demander aux parents de préparer l'enfant et d'avoir le matériel utile à proximité, utiliser une poupée ou des images pour faire la démonstration des étirements et exercices ou éteindre la caméra dans le cas où cela distrait l'enfant (Wittmeier *et al.*, 2022).

Tableau 1 – Définitions des termes relatifs à la télésanté

Termes	Définitions
Télésanté	« L'application de services d'évaluation, de consultation, de prévention et de thérapie fournis par les technologies de l'information et de la communication » (American Occupational Therapy Association, 2018). « La télésanté se décline en autant de contextes cliniques, de professions ou de spécialités qu'on retrouve dans le domaine de la santé et des services sociaux » (Commission de l'éthique en science et en technologie, 2016).
Téléadaptation	« La prestation virtuelle de services de réadaptation clinique, notamment l'évaluation, le diagnostic et le traitement. [...] La téléadaptation utilise les technologies de télécommunication, notamment l'audio et la vidéoconférence en temps réel, entre les patients et les prestataires de soins de santé de manière synchrone » (traduction libre) (Kaur <i>et al.</i> , 2022) et parfois asynchrone (Riou <i>et al.</i> , 2021).
Télépratique	« La télépratique est l'exercice d'une profession à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle comprend la téléconsultation, la téléexpertise, la téléassistance, la téléimagerie, mais aussi des activités de formation et de supervision. [...] Elle inclut aussi l'utilisation de la téléphonie et d'internet. » (Conseil interprofessionnel du Québec, 2017).
Télétravail	« Un arrangement selon lequel une personne est autorisée à travailler hors de son lieu de travail, le plus souvent à son domicile, au moyen des technologies de l'information et des communications (TIC) » (Commission de la fonction publique, 2016).

Les obstacles relevés sont la perception que certaines évaluations et interventions sont limitées en raison de l'impossibilité d'effectuer des manipulations sur le patient (Wittmeier *et al.*, 2022), la constatation que la pandémie a engendré du stress et de l'anxiété chez plus de la moitié des répondants (52,8 %; n = 56 sur 106) et une baisse de revenus pour la majorité d'entre eux (76 %; n = 76 sur 100) (Ganesan *et al.*, 2021), l'accès limité aux technologies de communication (ex. : difficultés à accéder à internet, non-disponibilité du matériel informatique), le financement (ex. : remboursement des prestations), les changements lents pour adopter la télépratique dans les milieux de pratique (Hoel *et al.*, 2021), un manque de formation des praticiens,

des préoccupations concernant la qualité des traitements donnés par télépratique et les attitudes négatives des prestataires à l'égard de celle-ci (Hermes *et al.*, 2021).

Au Québec, l'Ordre des ergothérapeutes a émis des fiches thématiques sur la télépratique en ergothérapie afin d'assurer la plus grande continuité possible des soins et services en ergothérapie dans ce contexte sanitaire exceptionnel. Des principes directeurs concernant la télépratique ont été publiés (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2020). L'Ordre invitait les ergothérapeutes à utiliser leurs compétences et leur jugement professionnel et à respecter les règles déontologiques. Malgré tout, à notre connaissance, aucune étude n'aborde les différences entre les évaluations et interventions réalisées en téléadaptation comparativement à celles réalisées en personne et sur les adaptations qui ont été apportées par les ergothérapeutes lorsque les services étaient offerts en téléadaptation. Peu d'études abordant les changements concrets qui ont été nécessaires dans la pratique des ergothérapeutes au Québec ont été recensées, notamment concernant le déploiement de leurs compétences. Par ailleurs, la pandémie a surgi rapidement, propulsant la téléadaptation comme l'option privilégiée dans de nombreux milieux pour maintenir les services, amenant ainsi les ergothérapeutes à s'adapter sans préparation préalable. Ainsi, l'objectif de cette étude était de comprendre le vécu des ergothérapeutes exerçant au Québec quant au déploiement de leurs compétences en situation de téléadaptation, incluant le télétravail et la télépratique, en raison de la perturbation causée par la pandémie de COVID-19.

MÉTHODES

Cadre conceptuel

Le Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada (2012) a guidé l'étude et l'analyse du déploiement des compétences des ergothérapeutes. Il englobe les rôles attendus (expert en habilitation de l'occupation, communicateur, collaborateur, gestionnaire de sa pratique, agent de changement, praticien érudit et professionnel) des ergothérapeutes à leur entrée dans la pratique et tout au long de leur carrière. Ces rôles se développent continuellement durant le parcours d'un professionnel et sont sujets à des changements engendrés par une perturbation telle que la pandémie de COVID-19.

Contexte de l'étude

Il s'agit d'une analyse secondaire de données provenant d'une étude primaire qui avait pour objectif général de comprendre l'expérience de la pratique des professionnels de la réadaptation exerçant dans la province du Québec, au Canada, lors de la pandémie de COVID-19 (Rochette *et al.*, accepté pour publication). Les données primaires ont été recueillies à deux moments : au cours de l'automne/hiver 2021-2022 (T1) et à l'automne 2022 (T2). Dans le cadre de l'étude primaire, les participants (n = 32) devaient faire partie d'un Ordre professionnel du Québec (ergothérapie, physiothérapie/technologue en physiothérapie, orthophonie et audiologie). Ils devaient

également exercer dans leur milieu de pratique depuis au moins deux ans avant le début de la pandémie ainsi que vivre et expérimenter des changements dans leur pratique, qu'ils soient considérés comme des facilitateurs ou des obstacles.

Devis de l'étude

Nous avons adopté un devis phénoménologique qui favorise l'exploration des perceptions et du vécu des participants concernant une situation ou un phénomène et de les interpréter en profondeur (Fortin et Gagnon, 2015). Il permet de dégager l'essence d'un phénomène, soit dans ce cas l'utilisation de la téléadaptation dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, comme vécu par certains ergothérapeutes (Savoie-Zajc, 2007).

Participants

L'analyse portait sur les données recueillies auprès de l'échantillon cible, composé des ergothérapeutes ayant participé aux entrevues du T2 de l'étude primaire. Les ergothérapeutes qui rapportaient ne pas avoir utilisé la téléadaptation étaient exclus de cette étude secondaire. Le recrutement des participants s'est fait par un appel à la participation de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et par le biais des réseaux sociaux. Un échantillon allant de 5 à 20 participants est typique de l'approche phénoménologique (Fortin et Gagnon, 2016). Ainsi, l'échantillon final pour l'étude secondaire s'est arrêté à 11 participants. Parmi les 12 ergothérapeutes ayant participé aux entrevues du T2, un ergothérapeute a été exclu, car il n'a pas utilisé la téléadaptation.

Collecte des données

La collecte des données s'est faite grâce à des entrevues individuelles semi-structurées par un guide d'entrevue. Chacune d'elles était menée par une seule personne (PV) sur la plateforme de webconférence Zoom, était enregistrée par audio et durait maximum une heure. Elles ont été retranscrites intégralement par transcription automatique (Amberscript) et la qualité de la transcription a été vérifiée par une agente de recherche et par la chercheuse principale (AR).

Un guide d'entrevue semi-structurée incluant une relance spécifique à la télépratique et au télétravail a été utilisé : « Quelle est la place du télétravail (travail du domicile) et de la télépratique (offre de services à distance à la clientèle) en ce moment ? » De plus, des questions démographiques à des fins de description de l'échantillon ont été posées. Elles visaient les éléments suivants : profession, âge, genre, situation familiale, niveau du dernier diplôme obtenu, nombre d'années écoulées entre la diplomation et le droit à la pratique, nombre d'années travaillées dans le milieu de pratique actuel, clientèle de travail (enfants, adultes et/ou aînés) et type de milieu de pratique (public ou privé).

Analyse des données

Le logiciel d'analyse qualitative QDA Miner a été utilisé pour la gestion des données et le Framework Approach pour l'analyse des données qualitatives (Smith et Firth, 2011). Choisi pour son approche structurée et son processus flexible et itératif, ce dernier permet d'obtenir une bonne interprétation des données, notamment dans les situations où la quantité à traiter est importante (Hackett et Strickland, 2019). Cette approche permet de conserver une trace des décisions prises et des interprétations, ce qui contribue à la transparence du processus, ajoute de la rigueur et augmente la validité des résultats (Smith et Firth, 2011).

L'analyse des données a suivi des étapes préalables avant l'application du Framework Approach. Premièrement, les entrevues ont été lues individuellement par les deux premiers auteurs (NB et ER) afin de s'approprier les données. Deuxièmement, les passages concernant la téléadaptation ont été identifiés de manière indépendante par ces deux mêmes personnes, puis un consensus a été obtenu. Par la suite, les cinq étapes du Framework Approach ont été appliquées (Hackett et Strickland, 2019 ; Parkinson *et al.*, 2015).

Première étape – Familiarisation : Relecture des entrevues déjà retranscrites et des données concernant la téléadaptation déjà identifiées. Les idées et sujets pertinents et intéressants ont été notés dans un journal de bord.

Deuxième étape – Construire un cadre thématique : Les idées et sujets de la première étape ont été révisés par les deux premiers auteurs (NB et ER) pour s'assurer qu'ils répondaient à l'objectif de l'étude, puis ceux-ci les ont regroupés individuellement, pour évaluer leur pertinence et leur similarité. Pour finir, un consensus a été obtenu. Un codage mixte a été effectué en utilisant les idées ressorties par les participants afin d'établir le cadre thématique en se basant sur les compétences attendues des ergothérapeutes.

Troisième étape – Indexation et triage : Les transcriptions ont été relues pour les organiser selon le codage et le cadre établis à l'étape précédente.

Quatrième étape – Résumé des données et affichage : Un tableau à trois colonnes a été utilisé pour désigner les participants à l'aide d'un numéro, identifier les catégories du cadre et transcrire un résumé de l'entrevue de chaque participant, séparé en catégories selon le cadre. Cette étape a permis d'organiser les données recueillies pour mieux les interpréter.

Cinquième étape – Cartographie et interprétation : Les thèmes principaux et les sous-thèmes ont été identifiés en se basant sur le cadre thématique initial. Les données ont été révisées pour clarifier des informations, avoir des passages appropriés et interpréter les données. Les différents thèmes ont été définis et les relations entre ces derniers ont été explorées.

Chaque étape a été réalisée de manière indépendante par les deux premiers auteurs, puis un consensus a été obtenu. Si le consensus n'était pas atteint, la chercheuse principale (AR) était sollicitée pour trancher. L'ensemble des résultats a été revu par l'équipe de recherche et discuté jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche en réadaptation et en déficience physique (CER-RDP-2022-1369) et par le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé de l'Université de Montréal (CERSES-2021-1331). Le consentement libre et éclairé des participants a été obtenu par un formulaire rempli préalablement à l'entrevue au T1.

RÉSULTATS

Description des personnes participantes

Onze des ergothérapeutes de l'étude primaire répondaient aux critères de sélection de l'étude secondaire. La majorité des ergothérapeutes inclus (voir Tableau 2) travaillaient en milieu public (9 sur 11) auprès de diverses clientèles, étaient des femmes (10 sur 11), avaient un âge moyen de 42 ans, \pm 9,4 et avaient des enfants (7 sur 11).

Perceptions des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes interrogés ont pointé des changements dans leur pratique dus à la téléadaptation, qu'ils considéraient soit comme des facilitateurs, soit comme des obstacles, et qui ont eu un impact sur le déploiement de leurs compétences. Ces aspects ont été regroupés en six thèmes avec des sous-thèmes associés. En résumé, les thèmes (bulles colorées de la Figure 1) et sous-thèmes (encadrés ombragés de la Figure 1) qui ressortaient sont : 1) Accès : aux collègues, aux formations professionnelles, au matériel; 2) Qualité : des relations avec le client, des évaluations, des interventions; 3) Soutien : des collègues, des parents (en contexte pédiatrique); 4) Gestion : de l'horaire; 5) Adaptation : des évaluations, des interventions, des attitudes et comportements, de la pratique, de la communication, des savoirs, de la créativité; 6) Efficacité : au travail, dans la tenue de dossier, de la communication. La Figure 1 illustre ces thèmes et leurs interactions en y précisant des verbes comme mots de liaison et le Tableau 3 présente les thèmes avec leurs sous-thèmes, incluant leur définition, alors que le Tableau 4 inclut des extraits de verbatim soutenant chacun des thèmes et sous-thèmes.

Tableau 2 – Caractéristiques des participants (n = 11)

Numéro du participant	Âge	Genre	Situation familiale	Dernier diplôme obtenu	Nombre d'années depuis l'obtention du droit de pratique	Nombre d'années dans le milieu de pratique actuel	Clientèles auprès desquelles ils travaillent	Pratique privée ou publique
ERG 2 ^a	45	Homme	En couple avec enfant	Maîtrise	23	12	Adultes	Privée
ERG 3	46	Femme	En couple	Baccalauréat	9	12	Enfants	Publique
ERG 4	33	Femme	En couple avec enfant	Maîtrise	5	4	Enfants Adultes Personnes âgées	Publique
ERG 5	39	Femme	En couple avec enfant	Baccalauréat	11	2	Adultes Personnes âgées	Publique
ERG 6	28	Femme	En couple	Maîtrise	4	2	Personnes âgées	Publique
ERG 7	38	Femme	Famille monoparentale	Baccalauréat	18	18	Adultes	Privée
ERG 8	47	Femme	En couple avec enfant	Maîtrise	23	20	Personnes âgées	Publique
ERG 9	53	Femme	En couple avec enfant	Baccalauréat	31	25	Adultes Personnes âgées	Publique
ERG 10	33	Femme	En couple	Maîtrise	9	9	Enfants Adultes	Publique
ERG 11	41	Femme	En couple avec enfant	Maîtrise	19	9	Enfants	Publique
ERG 12	60	Femme	En couple	Maîtrise	34	24	Adultes Personnes âgées	Publique

a * ERG = ergothérapeute ; ERG 1 est exclu, car non exposé à la téléadaptation.

Tableau 3 – Résumé des facilitateurs et des obstacles perçus par les ergothérapeutes (n = 11) en situation de téléadaptation et qui ont impacté le déploiement de leurs compétences

Thèmes	Sous-thèmes	Définitions
Accès		Désigne le fait de pouvoir accéder, ou non, à une ressource, de pouvoir avoir un contact quelconque, ou non, à des personnes .
	Aux collègues	Avoir accès ou non à nos collègues lorsque l’ergothérapeute travaille depuis son domicile et que ses collègues le font également, ou non.
	Aux formations professionnelles	Désigne le fait de pouvoir accéder, ou non, aux formations en ligne grâce à un outil (ordinateur, portable, cellulaire...) et à une plateforme informatique (Zoom, Teams...).
	Au matériel	Avoir accès ou non au matériel ergo pour les séances d’intervention/d’évaluation.
Qualité		Être précis, bien choisi, applicable à la personne.
	Des relations avec les clients	Assurer que la relation thérapeutique soit présente, ou non.
	Des évaluations	Offrir des évaluations qui sont pertinentes, appropriées, en raison des facteurs qui le permettent.
	Des interventions	Offrir des interventions qui sont aussi efficaces, ou non, qu’avant la pandémie ; interventions précises, de qualité, efficaces.
Soutien		Désigne le fait de recevoir, ou non, un soutien émotionnel, physique ou une participation lors des prises en charge.
	Des collègues	Désigne le fait de recevoir, ou non, du soutien émotionnel, de l’écoute, de la compassion de la part des collègues de travail.
	Des parents	Désigne le fait de solliciter, ou non, la participation de l’aidant proche dans les prises en charge du client, en lui demandant de l’expertise, des informations qui sont manquantes en raison de la distance.
Gestion		Désigne le fait de pouvoir gérer soi-même quelque chose.
	De l’horaire	Désigne le fait de gérer et d’aménager, ou non, son horaire de travail en conciliant la rédaction de dossiers, les séances avec les patients et les réunions avec les collègues.

Tableau 3 (suite) – Résumé des facilitateurs et des obstacles perçus par les ergothérapeutes (n = 11) en situation de téléadaptation et qui ont impacté le déploiement de leurs compétences

Thèmes	Sous-thèmes	Définitions
Adaptation		Désigne le fait que le praticien a dû modifier, ou non, sa façon de faire et de penser par rapport à avant la pandémie de COVID-19.
	Des évaluations	Désigne le fait d’avoir modifié, ou non, la façon de faire passer les évaluations aux clients par rapport à avant la pandémie de COVID-19.
	Des interventions	Désigne le fait d’avoir modifié, ou non, la façon dont les interventions sont réalisées par rapport à avant la pandémie de COVID-19.
	Des attitudes et comportements	Désigne le fait que le praticien a dû améliorer, ou non, son attitude et son comportement de façon adéquate pour solliciter la participation du client.
	De la pratique	Désigne le fait d’avoir eu recours, ou non, à des modifications dans la pratique d’ergothérapie en général contrairement à avant la pandémie de COVID-19.
	De la communication auprès des clients	Désigne le fait que le praticien a dû modifier, ou non, la façon dont il communique avec ses clients en prenant compte du contexte de la prise en charge.
	Des savoirs	Désigne le fait que le praticien a perçu, ou non, une différence dans son niveau de connaissances.
	De la créativité	Désigne le fait que le praticien a dû faire preuve de renouveau, ou non, en faisant appel à sa créativité pour pallier les obstacles dus à la pandémie de COVID-19 dans les évaluations ou interventions proposées.
Efficacité		Désigne le fait d’avoir amélioré, ou non, sa performance dans différents domaines.
	Au travail	Désigne le fait de remarquer, ou non, une amélioration dans la qualité du travail en général.
	De la tenue de dossiers	Désigne le fait d’avoir amélioré, ou non, sa performance dans la rédaction de dossiers.
	De la communication	Désigne le fait de communiquer de façon efficace : être disponible, répondre rapidement.

Tableau 4 – Extraits de verbatim des ergothérapeutes (n = 11) illustrant les facilitateurs et les obstacles perçus en situation de téléadaptation et qui ont impacté le déploiement de leurs compétences

Thèmes	Sous-thèmes	Numéros des participants auxquels s'applique le thème
1. Accès	1.1 Aux collègues	3 ; 7 ; 8 ; 10 ; 11 ; 12
	<p><u>ERG 7</u> : « C'est plus facile, parce que si je pense, par exemple, à des mouvements plus spécifiques qui doivent être travaillés en physio et que si ce n'est pas, si je ne vais pas voir sur le moment la personne en physio pour lui dire « bien, on dirait que ça traîne en longueur » et j'oublie ou bien je n'ai pas le temps ou on n'arrive pas à se parler. Donc, c'est [le suivi] juste plus allongé encore. »</p> <p><u>ERG 8</u> : « Ici, quand on est en temps de dossiers, ça arrive souvent que les mécaniciens viennent nous chercher en disant : [...] ton client, il est dans la salle d'attente, il lui est arrivé telle affaire. Est-ce que tu peux venir parce que j'aurais quelque chose à te montrer ? Mais si tu n'es pas présent au centre, tu ne peux pas faire ton intervention. »</p> <p><u>ERG 10</u> : « On a commencé à utiliser Outlook au travail. Donc [...] comme tout le monde partage [son] calendrier, [...] c'est beaucoup plus facile aussi d'organiser des rendez-vous, au moins parce que tu vois comme tout le monde quand [les gens] sont occupés. Et là, tu trouves le moment qui fonctionne pour tout le monde. »</p> <p><u>ERG 11</u> : « Tu sais, le Teams, c'est un canal direct pour discuter en ligne. [T]'as une question, tu peux te faire un groupe d'ergos, le premier qui rentre prend la question, te réponds. L'autre peut répondre à la question et ça alimente les pensées. [...] Donc ça, ça a permis de la collaboration énorme, un changement de pratique énorme. »</p> <p><u>ERG 12</u> : « [...] je vais écrire plus vite au lieu d'accumuler mes questions et de dire : mais ça ne vaut pas la peine de déranger pour ça. [...] Donc, ça a facilité la communication quand même avec les services spécialisés à [nom de la Ville], le fait qu'on a eu des visios, parce qu'avant, on n'interagissait pas du tout avec eux. [...] On communique plus facilement maintenant avec les services spécialisés. »</p>	
	1.2 Aux formations professionnelles	2 ; 3 ; 5 ; 6 ; 8 ; 9 ; 11
	<p><u>ERG 3</u> : « L'accès aux formations était plus simple pendant la pandémie [...], on avait des options d'être en Zoom. »</p> <p><u>ERG 5</u> : « J'ai eu accès à des formations à [nom de la Ville] que j'ai vraiment trouvé cool. Je ne serais jamais allé à [nom de la Ville] faire ces formations-là [...]. »</p> <p><u>ERG 8</u> : « [Il y] a deux gros congrès annuellement qui se font à l'extérieur du Québec [...], ça n'a pas été accessible pendant trois ans. »</p>	
	1.3 Au matériel	3 ; 12
	<p><u>ERG 3</u> : « Quand tu veux planifier de faire une intervention, une évaluation par exemple, puis ta batterie n'est pas là parce qu'il y en a deux autres qui l'ont pris avant toi... faut être créative et puis changer des choses. Chose qui n'arrivait pas quand j'étais toute seule chez nous. Tu sais, j'avais mes choses, mes choses étaient planifiées. »</p> <p><u>ERG 12</u> : « Il faut qu'ils [les clients] se déplacent parce qu'ils n'ont pas l'internet chez eux. [...] Puis ça prend absolument quelqu'un d'autre pour faire le lien pour les équipements, tu sais, l'ordinateur et tout. »</p>	

Tableau 4 (suite) – Extraits de verbatim des ergothérapeutes (n = 11) illustrant les facilitateurs et les obstacles perçus en situation de téléadaptation et qui ont impacté le déploiement de leurs compétences

Thèmes	Sous-thèmes	Numéros des participants auxquels s'applique le thème
2. Qualité	2.1 Des relations avec les clients	12
	<p><u>ERG 12</u> : « Si t'es en Zoom, t'en as un peu plus, mais tu n'as pas [tout]. Il faut être conscient qu'on n'est pas à 100 %. On ne voit pas tout le langage corporel, on voit juste le visage, les épaules. Ça paraît beaucoup moins si la personne est nerveuse, si la personne est mal à l'aise. Ça se peut qu'on ne le voie pas. »</p>	
	2.2 Des évaluations	2 ; 5 ; 11 ; 12
<p><u>ERG 5</u> : « Ça ne sera pas aussi précis que la personne qui fait ça toute sa vie. J'essaie, puis lui [le client], il me regarde à travers la tablette. [...] Je pense que c'est une perte de qualité de service pour le patient. »</p> <p><u>ERG 11</u> : « Des fois, j'envoyais un petit peu plus de questionnaires aux parents pour poser des questions sur des choses que moi je n'avais pas vues et qu'ils pouvaient faire du pouce là-dessus. Tu sais, ça a permis d'améliorer un peu le processus d'entrevue, d'aller chercher plus, beaucoup plus d'informations par le parent que juste par les observations ergo. »</p> <p><u>ERG 12</u> : « Je crois que le contact humain est primordial. [...] Donc, par exemple, voir une personne dans son milieu réel au lieu de la sortir, puis de la faire aller dans un service, dans un soin de santé ou une clinique ou quelque chose comme ça, et essayer d'évaluer comment cette personne-là est autonome dans sa maison. [...] C'est quoi ses barrières à la maison ? Pourquoi elle ne mange pas ? Pourquoi elle ne fait pas ses repas, ces choses-là ? Ça a vraiment validé qu'il faut voir la personne dans son vrai milieu. »</p>		
3. Soutien	2.3 Des interventions	5 ; 7 ; 8
	<p><u>ERG 7</u> : « Mais il y a des fois [où] ce n'était juste pas possible de faire un exercice que je faisais auparavant. Il fallait que je laisse tomber et je n'avais pas l'impression d'être aussi efficace. Donc, l'exercice de la profession se fait vraiment mieux quand on a accès à tout notre matériel. »</p>	
	3.1 Des collègues	4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 10 ; 11 ; 12
<p><u>ERG 4</u> : « On a un beau réseau de soutien d'ergothérapeutes en communauté ici. »</p> <p><u>ERG 4</u> : « Mais je pense que juste du télétravail [...], des fois, ça éloigne un petit peu l'équipe. »</p> <p><u>ERG 10</u> : « Je dirais définitivement le soutien des collègues [...]. Tu sais, on avait créé [...] des groupes sur Teams. On avait des groupes sur WhatsApp, où [...] on se soutenait beaucoup. »</p> <p><u>ERG 11</u> : « Clairement. J'ai quitté, donc clairement, il y avait des gens qui ne voulaient pas créer de précédent – [par exemple] que je puisse démontrer que ça se faisait, de la pratique en télétravail –, mais [qui] ne voulaient pas aller là. Puis, on ne voulait pas donner ça à temps plein. Ça a créé un clash qui n'aurait pas dû être là. Tu sais, si tu vois que t'as un employé qui est en train de faire des choses qui ont l'air intéressantes, au lieu [de lui] mettre des bâtons dans les roues, essayes de voir comment tu peux [lui] donner du vent dans les voiles. »</p> <p><u>ERG 12</u> : « Il y avait des vidéos en ligne, l'employeur me disait : allez voir telle vidéo, mais nous, notre superviseure, elle disait : non, non, ça, ce n'est pas suffisant. Donc, elle a fait des petits ateliers avec [...] nous en présentiel dans une réunion pour passer à travers de la technique, faire une démonstration de la technique, [puis] nous, on pratique et tout. Donc, moi j'ai eu un très bon soutien. [...] Je trouve qu'on a eu un très bon soutien des supérieurs immédiats [...]. Puis, ils nous remerciaient, des trucs comme ça. Comme ça, c'était bien. »</p>		

Tableau 4 (suite) – Extraits de verbatim des ergothérapeutes (n = 11) illustrant les facilitateurs et les obstacles perçus en situation de téléadaptation et qui ont impacté le déploiement de leurs compétences

Thèmes	Sous-thèmes	Numéros des participants auxquels s'applique le thème
3. Soutien	3.2 Des parents	3 ; 11
	<p><u>ERG 3</u> : « Et j'ai vraiment insisté pour que les parents soient là et qu'ils prennent vraiment une part active, parce que j'avais besoin d'eux pendant la pandémie. »</p> <p><u>ERG 11</u> : « Quand on travaille avec les enfants, il faut que le parent soit l'instigateur de ce changement-là [...]. Et on est plus en coaching à distance [pour] mettre en place les moyens. »</p>	
4. Gestion	4.1 De l'horaire	2 ; 3 ; 4 ; 11
	<p><u>ERG 3</u> : « Donc, [c'est] une façon [d'être] plus autonome dans la gestion de notre horaire aussi, parce que moi, je viens d'un milieu où l'horaire est très rigide. Donc, la pandémie a amené un peu plus de flexibilité. »</p> <p><u>ERG 11</u> : « Ça m'a permis de passer plus de temps au niveau familial, puis d'être présente ici. Donc, quand je raccroche mon Zoom, j'ai fait mon plan d'horaire. Mettons, [...] j'ai deux Zoom, j'en ai un à telle heure, un [autre à] telle heure, mais je me mets une demi-heure entre les deux, je peux prendre cette demi-heure, faire quelque chose chez nous, puis là, oui, je gagne une heure le matin, puis une heure le soir, puis ça me permet aussi d'étirer ma semaine de travail, pas ma semaine. »</p>	
5. Adaptation	5.1 Des évaluations	3 ; 9 ; 11
	<p><u>ERG 3</u> : « C'était impossible d'avoir recours aux outils standardisés [...] qu'on utilisait avant. »</p> <p><u>ERG 3</u> : « J'avais revu mon canevas d'évaluation. [...] Parce que, en ne faisant pas de tests standardisés, il y avait des espaces vides dans mon canevas. [...] Puis, j'ai continué à utiliser ça, que j'ai bonifié un peu, parce que les tests sont revenus dans ma vie. »</p> <p><u>ERG 9</u> : « Ah, agent de changement, je me suis mis à utiliser aussi plus les téléphones des patients et des familles, en ce sens que maintenant je leur dis beaucoup : prenez des photos de votre salle de bain. Parce que je ne peux pas être à domicile. [...] Ça nous permet de voir une pièce d'équipement qu'on n'aurait pas pensé qu'ils utilis[ai]ent, mais qu'ils utilisent et c'est sécuritaire. [...] Mais souvent avec les photos, ça sauve du temps. »</p>	
	5.2 Des interventions	3 ; 7 ; 11
	<p><u>ERG 3</u> : « [Pour] les manipulations d'objets, on s'est servi de ce qu'il y avait à la maison, puis on a inventé des jeux, puis des choses comme ça. »</p> <p><u>ERG 11</u> : « Parce que je n'avais plus accès à ma salle, [...] je devais travailler avec ce que les gens avaient à la maison. Puis ça m'a permis de développer plein de grilles, puis d'ajuster plein de choses pour les aider à travailler à la maison. »</p> <p><u>ERG 11</u> : « [...] C'est là que j'ai appris à utiliser ce qu'il y a dans la maison, utiliser des alternatives à des choses qu'on aurait en thérapie [...], qui donnerait un effet similaire à ce qu'on cherche. »</p>	
	5.3 Des attitudes et comportements	2 ; 3
	<p><u>ERG 2</u> : « Exemple, une personne qui ne veut pas ouvrir sa caméra, une personne qui veut juste [se] joindre par téléphone vidéo, ça demande davantage d'affirmation [...]. À cet égard-là, [c'était différent], au niveau affirmation, communication, exigences pour assurer de meilleures interventions. »</p> <p><u>ERG 3</u> : « J'ai tendance à me faire un peu plus confiance et à me servir plus d'observations non formelles, pour avancer des choses ou cibler des objectifs, chose que je faisais un peu moins avant. »</p>	

Tableau 4 (suite) – Extraits de verbatim des ergothérapeutes (n = 11) illustrant les facilitateurs et les obstacles perçus en situation de téléreadaptation et qui ont impacté le déploiement de leurs compétences

Thèmes	Sous-thèmes	Numéros des participants auxquels s'applique le thème
5. Adaptation	5.4 De la pratique	2 ; 7 ; 8 ; 11 ; 12
	<p><u>ERG 8</u>: «[Il y avait] beaucoup d'anxiété de la part des cliniciens, mais des clients, aussi, au téléphone, qui [étaient] anxieux, qui [n'étaient] pas bien. Tu sais, c'était plus une intervention psychosociale qu'une intervention d'ergothérapeute, je trouvais, que je devais faire. »</p> <p><u>ERG 12</u> : «[C'est] plus la vidéoconférence qui demande beaucoup d'organisation, comme tout le temps : préparation, faire les contacts : est-ce que la personne à l'autre bout, [...] le patient à l'autre bout, [...] a accès à un ordinateur ? Est-ce qu'il a accès à internet ? Sinon, ou est-ce que la personne peut aller? »</p>	
	5.5 De la communication auprès des clients	2 ; 3 ; 7 ; 8 ; 11 ; 12
	<p><u>ERG 2</u> : « Je dirais [que] ce qui change, c'est plus dans les interventions ou [...] les individus avaient besoin de plus d'accompagnement concret à côté d'eux pour dire : OK, là, tu veux réaménager ton environnement, tu veux te reprendre en main ? Voici les actions qu'on va faire. Puis [...] là, on voyait l'évolution, [...] on était capable de [le] refléter à la personne [...].[...] Dans ce sens-là, il y avait cette opportunité. »</p> <p><u>ERG 3</u> : « Ça a été quand même plus difficile, d'enseigner un programme d'exercices en virtuel. »</p> <p><u>ERG 8</u> : « Après ça, il a fallu vulgariser beaucoup de documentation. Ça, c'est un effort qui a été différent par rapport à d'habitude. On le faisait déjà, mais dans une vraiment moindre mesure. »</p> <p><u>ERG 11</u> : « Quand on l'a en Teams, ou en Zoom, on peut partager [un] document, puis je pouvais le remplir en même temps sur le PDF avec les parents. Donc, ils sont là, ils me voient, ils voient les questions, ils sont capables. C'était très interactif. »</p>	
	5.6 Des savoirs	2 ; 3 ; 5 ; 8 ; 10 ; 11
	<p><u>ERG 2</u> : « Ergo : Au niveau du rôle d'érudit ? Intervieweur : Est-ce que ça [la téléreadaptation] a influencé vos connaissances ? Ergo : Non. »</p> <p><u>ERG 3</u> : « Quand tu ne t'y connais pas, tu patauges. Puis les plateformes ne sont pas les mêmes si on est sur un Android, sur un appareil Apple, si c'est une tablette ou un téléphone ou un ordinateur. Ou en tout cas, ce fut assez compliqué et ce n'est pas tous les parents qui étaient habiles avec ça. »</p> <p><u>ERG 5</u> : « Ah, sûrement, par exemple, c'est sûr que s'il faut se débrouiller toute seule tout le temps, on augmente notre savoir. »</p> <p><u>ERG 10</u> : « C'est sûr que d'apprendre à utiliser la télépratique, ça a été une nouvelle chose qu'on n'avait pas. »</p>	
	5.7 De la créativité	3 ; 8 ; 10
<p><u>ERG 3</u> : « Et puis on a vu toutes sortes de belles créativité, [...] démontrer avec des poupées, avec toutes sortes de choses. En même temps, d'enseigner à un parent de vérifier le tonus quand tu n'es pas là pour lui montrer et le faire avec lui, ce n'est pas la même chose. »</p> <p><u>ERG 10</u> : « Et aussi d'être flexible, puis d'être capable [d']inventer des choses, puis de faire des choses différemment, soit justement en ligne, ou des choses comme ça »</p>		

Tableau 4 (suite) – Extraits de verbatim des ergothérapeutes (n = 11) illustrant les facilitateurs et les obstacles perçus en situation de téléadaptation et qui ont impacté le déploiement de leurs compétences

Thèmes	Sous-thèmes	Numéros des participants auxquels s'applique le thème
6. Efficacité	6.1 Au travail	2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 10 ; 11 ; 12
	<p><u>ERG 2</u> : « On est capable de faire bien plus d'interventions que quand on se déplaçait. C'est normal, si je me déplace, puis ça me prend une demi-heure [d']aller chez quelqu'un, j'ai une demi-heure de plus pour faire une intervention. Donc, dans ce sens-là, ça donne accès à plus de gens d'avoir des services. »</p> <p><u>ERG 3</u> : « Tu sais, avant la pandémie, jamais je [ne] confirmais mes rendez-vous. [...] Là, maintenant, il faut que je lui [au client] envoie un courriel pour lui dire : t'as un rendez-vous telle date. Voici ton questionnaire. J'ai besoin de tes réponses. Si je n'ai pas les réponses, il faut que je le sollicite. Si, encore une fois, il se présente, il n'a pas répondu, il faut que je lui fasse répondre par écrit avant qu'il puisse rentrer dans le département. Pour moi, c'est toutes des petites étapes qui prennent beaucoup de temps et qui deviennent lourdes à la longue. »</p> <p><u>ERG 5</u> : « [L]es gens qui font du télétravail le disent tout le temps comment ils gagnent en efficacité, justement parce qu'ils ne jasant pas. »</p> <p><u>ERG 5</u> : « Les consultations en virtuel [...], ça m'est déjà arrivé de [les] utiliser parce que mon patient s'en va et je ne peux pas attendre [...] un mois [plus tard] quand il vient. Donc là, on le fait de façon virtuelle. C'est un ajout de service pour le patient, puis des réductions de délai. [...] Il y a plein d'autres [gens] qui utilisent le virtuel pour plein d'autres affaires. Et je vois des collègues qui font [...] des réunions [...]. J'imagine qu'avant, ils se déplaçaient et qu'ils perdaient du temps. Maintenant, ils [le] font en Zoom. »</p> <p><u>ERG 11</u> : « Donc, quand on a eu Zoom, ça a vraiment révolutionné les choses parce qu'on pouvait se booker quelque chose, une rencontre dans une école, puis tout de suite après, faire une entrevue en ligne avec un parent. Puis on remplissait notre plage horaire avec beaucoup plus de cliniques qu'auparavant. »</p>	
	6.2 De la tenue du dossier	3 ; 6 ; 9 ; 10 ; 11
	<p><u>ERG 3</u> : « Au niveau de la quantité de tenue de dossiers que je vais faire, j'ai tendance à mettre peut-être un peu moins de détails. Peut-être qu'avant, j'en mettais un peu trop. Ça, ça s'est [...] équilibré. »</p> <p><u>ERG 3</u> : « [Notre milieu de travail] est quand même très bruyant. Il y a beaucoup de va-et-vient [...]. Donc, pour me concentrer, pour faire ma rédaction par exemple, je suis beaucoup plus efficace de m'installer toute seule à la maison pour gérer cette partie de mon travail. Ce qui fait que mes dossiers sont à jour, mes choses sont à jour parce que quand j'investis du temps pour ça, [...] je réussis à passer à travers. Quand je suis au bureau, je me fais déranger continuellement, surtout que moi, je m'implique. »</p> <p><u>ERG 11</u> : « Quand on était en présentiel constamment, ça faisait que les gens rentr[ai]ent dans les bureaux, [venaient] jaser. Là, on perd[ait] du temps [...], il y a [une] efficacité qui est gagnée d'une autre façon [par le télétravail]. »</p>	
	6.3 De la communication	9
	<p><u>ERG 9</u> : « Moi, j'aime mieux être au travail parce qu'on reçoit des appels [...]. Quand tu es [...] sur place, tu peux répondre rapidement aux clients ou aux autres intervenants qui t'appellent. [...] J'aime mieux être sur place parce que si j'ai des échanges avec les collègues, [...], c'est sûr qu'on peut faire ça en Zoom [...]. Mais [...] mes patients, quand ils ont besoin d'appeler, je ne serai pas là pour répondre nécessairement. »</p>	

DISCUSSION

Le but de cette étude secondaire était de comprendre le vécu des ergothérapeutes exerçant au Québec quant au déploiement de leurs compétences en situation de téléadaptation (télétravail et télépratique) en raison de la perturbation causée par la pandémie de COVID-19. D'après nos résultats, les ergothérapeutes ont remarqué des changements globalement facilitateurs en ce qui a trait au déploiement de leurs compétences professionnelles et à la qualité de leur pratique, mais ces changements ont nécessité des adaptations pour pallier les perturbations rencontrées.

La pandémie a été un levier stimulant l'usage de la téléadaptation pour offrir des soins et des services en santé, obligeant les cliniciens, dont les ergothérapeutes, à en faire l'utilisation même si une majorité d'entre eux n'y avaient jamais été exposés auparavant. Effectivement, la téléadaptation permettait surtout la poursuite des services malgré la distance (Wittmeier *et al.*, 2022). Cependant, comme c'est une pratique récente, les professionnels indiquent un manque de formation et d'accompagnement dans cette nouvelle façon d'offrir des soins et services (Hermes *et al.*, 2021 ; Griesbrecht *et al.*, 2023; Sprianu *et al.*, 2022). Ce défi de formation a été confirmé par les participants de notre étude (d'âges variés), qui ont dû apprendre seuls à utiliser les différents appareils disponibles (ex. : tablette, ordinateur) et les nombreux logiciels existants et à s'approprier ce nouveau matériel. Leur rôle de praticien érudit s'est trouvé enrichi par la recherche de stratégies afin de réaliser leurs évaluations et d'en communiquer les résultats, impactant plusieurs autres rôles, dont celui d'expert en habilitation de l'occupation. Effectivement, pour poursuivre l'offre de services, les entrevues témoignent de la nécessité de faire appel à la capacité d'adaptation des ergothérapeutes. Certains ergothérapeutes interviewés ont indiqué avoir dû revoir leur façon de réaliser leurs évaluations et interventions avec les clients ou encore faire preuve de créativité pour communiquer. Leurs rôles de communicateur, d'agent de changement et d'expert en habilitation de l'occupation étaient très sollicités pour élaborer de nouvelles façons de communiquer avec les clients et adapter leur langage ou leur façon de transmettre l'information au travers d'un écran ou lors des évaluations et des interventions. La nécessité de s'adapter soulevée par notre étude peut faire référence à l'expertise adaptative décrite par Mylopoulos et Woods (2017). Ces auteurs indiquent que le concept central de l'expertise adaptative serait que les cliniciens doivent parfois utiliser la dimension de l'efficacité et parfois celle de l'innovation en utilisant leur raisonnement clinique et leurs connaissances pour répondre aux besoins du client. Cette adaptation optimale a lieu lorsque l'efficacité et l'innovation sont utilisées de façon adéquate au bon moment par les cliniciens selon la situation spécifique du client. Ainsi, l'expertise adaptative réfère à l'utilisation des savoirs des professionnels comme répertoire de solutions à appliquer – l'efficacité –, ou pour la création de nouvelles solutions – l'innovation (Mylopoulos et Woods, 2017). Toutefois, les thérapeutes d'autres études indiquent se questionner sur la qualité de leurs traitements à distance contrairement à ceux offerts en personne, les amenant à être moins confiants dans leurs interventions (Hermes *et al.*, 2021 ; Hoel *et al.*, 2021; O'Neil *et al.*, 2023; Wittmeier *et al.*, 2022). Les résultats de notre étude vont dans ce sens on

considère, entre autres, que la standardisation de certaines évaluations ne pouvait pas être respectée en contexte de télépratique. Plusieurs adaptations ont été nécessaires pour pouvoir continuer à offrir des interventions de qualité, comme mentionné plus haut. Les entrevues soulèvent un autre défi demandant une adaptation de la part des ergothérapeutes, soit les problèmes techniques pouvant être engendrés par l'usage de la téléadaptation. Par exemple, l'accès à un réseau internet ou la disponibilité des technologies adéquates et sécuritaires (équipements) afin que les clients reçoivent les soins et services requis. Ces points de vue sont partagés par les différents thérapeutes interrogés dans d'autres études (Hoel *et al.*, 2021 ; Griesbrecht *et al.*, 2023; O'Neil *et al.*, 2023; Sprianu *et al.*, 2022), même si certains indiquent que l'accès à la technologie est toutefois approprié (Griesbrecht *et al.*, 2023).

L'utilisation de la téléadaptation peut amener une plus grande difficulté à créer une relation thérapeutique, notamment en raison de la perte de contact physique ou d'indices non verbaux associée à la modalité virtuelle (Griesbrecht *et al.*, 2023; O'Neil *et al.*, 2023). Ce même résultat est conforme à notre étude puisque certains ergothérapeutes disent avoir remarqué qu'il est plus difficile de cerner, et donc aussi de réagir, à l'état du client à distance. En plus de cette difficulté à créer une relation avec le client, la distance physique a entraîné un défi en ce qui a trait à la passation des évaluations standardisées ou encore à l'utilisation du matériel autrefois présent sur le lieu de travail, deux éléments importants dans leur pratique auxquels ils devaient s'adapter simultanément. Cependant, leur esprit critique et leur adaptabilité, soit leur expertise adaptative (Mylopoulos et Woods, 2017), leur ont permis de pallier cette distance, notamment en prenant davantage en considération l'environnement de leur client ou en demandant aux proches, particulièrement aux parents en contexte pédiatrique, de s'investir davantage, ce qui a engendré une meilleure implication et un meilleur soutien de la part de ces derniers (les proches), ainsi que l'obtention d'informations supplémentaires. Le rôle d'expert en habilitation de l'occupation a alors mené à une grande adaptation des ergothérapeutes, qui ont dû, entre autres, récolter de l'information de différentes façons afin de cibler les défis occupationnels de leurs clients et d'intervenir en conséquence. Ce faisant, le rôle de collaborateur s'est trouvé davantage sollicité pour impliquer, par exemple, les proches de l'environnement social du client.

La téléadaptation a permis aux thérapeutes d'avoir une plus grande flexibilité dans leur horaire de travail (O'Neil *et al.*, 2023 ; Sprianu *et al.*, 2022). Flexibilité dont les ergothérapeutes de notre étude ont également dû faire preuve en étant plus autonomes dans la gestion de leur horaire, permettant ainsi un meilleur équilibre occupationnel entre leur travail et leur vie privée. Leur rôle de gestionnaire de leur pratique s'est enrichi, puisque des adaptations facilitatrices leur ont permis de mieux planifier leur vie. Près de la moitié des ergothérapeutes ont remarqué une diminution des listes d'attente en raison de l'amélioration de la gestion de leur horaire. Cette amélioration est également due à la réduction des contraintes liées aux déplacements (ex. : temps de déplacement), idées partagées par les autres thérapeutes (O'Neil *et al.*, 2023) et par les ergothérapeutes de notre étude. Cette amélioration a aussi facilité le rôle de collaborateur des ergothérapeutes de l'étude en permettant la prise de rendez-vous grâce à l'Outlook partagé, mais elle a aussi apporté une meilleure efficacité dans la rédaction de leurs dossiers. Effectivement, les ergothérapeutes du Québec sont

reconnus pour une rédaction écrite exhaustive (Brousseau *et al.*, 2020) et 95 % des répondants (n = 230) d'un sondage (Dumas *et al.*, 2019) mentionnent que le temps passé à rédiger nuit à leur temps clinique. Les participants de notre étude ont par ailleurs mentionné qu'être en télétravail diminuait les distractions venant des stimuli présents au travail, leur permettant ainsi d'être plus efficaces et à jour dans leurs dossiers. Par contre, les occasions de discussions informelles enrichissantes entre collègues se faisaient plus rares.

Retombées anticipées

Considérant les résultats obtenus, il est recommandé d'instaurer une formation dans les milieux de travail pour que les professionnels puissent se familiariser avec les outils, les logiciels et les règles déontologiques et éthiques de la téléadaptation qui sont propres à chaque milieu de travail. Ce faisant, les professionnels seront plus à l'aise avec les différentes fonctionnalités de ces outils et pourront les utiliser lors des explications avec leurs clients, mais ils seront aussi à même de respecter la confidentialité, les règles de prises de notes et le consentement à la télépratique (ex. : signature de formulaires). Selon les avis, il serait intéressant d'intégrer la téléadaptation dans la pratique des ergothérapeutes, plus précisément le télétravail en temps clinique sans contact direct avec les clients, notamment pour la tenue de dossiers et pour la gestion des courriels, vu l'augmentation d'efficacité notée. Il ressort de notre étude que les ergothérapeutes sont mitigés quant à l'utilisation de la téléadaptation, et plus précisément de la télépratique. Toutefois, il serait intéressant de l'utiliser dans certaines situations, par exemple pour une personne qui réside loin du centre de soins, qui ne peut se déplacer, ou encore pour un suivi intensif (combinaison de rencontres en personnes et de sessions en télépratique) ou pour faciliter l'accès à l'environnement social. Considérant que certains professionnels souhaitent poursuivre la téléadaptation, une entente avec leurs collègues serait conseillée dans le but de faciliter notamment la prise en charge de clients en commun et la communication entre collègues. Un approfondissement des connaissances sur la téléadaptation par les ergothérapeutes exerçant au Québec est nécessaire pour une mise en place adéquate de celle-ci et pour pallier les obstacles relevés dans la littérature et dans notre étude, ce qui mènera ensuite à une meilleure efficacité de son utilisation.

Forces et limites de l'étude

Notre étude présente les résultats d'une analyse secondaire, la téléadaptation n'étant pas l'objectif principal de l'étude primaire. Bien qu'une question sur le sujet ait été rajoutée dans le guide du T2, d'autres aspects pertinents auraient pu être explorés avec des relances plus spécifiques à notre sujet d'étude secondaire. Il faut aussi prendre en considération, lors de l'interprétation des données, la petite taille de l'échantillon, bien que cette dernière soit conforme à ce qui est fréquemment rencontré dans les devis qualitatifs. Par ailleurs, la diversité de l'échantillon en termes d'âge, d'expérience clinique et de clientèle (pédiatrique, adulte et aînée) est une force de l'étude qui donne une perspective variée, quoique des données sur la clientèle précise (pathologies, domaines et natures des interventions) n'aient pas été recueillies.

CONCLUSION

La pandémie de COVID-19 a favorisé l'utilisation de la téléadaptation par les ergothérapeutes, modifiant leur pratique afin qu'ils puissent continuer à offrir des soins et des services. Ils ont dû adapter leurs compétences professionnelles pour faire face aux effets facilitateurs ou nuisibles causés par ce changement. Les ergothérapeutes de l'étude soulignent des facilitateurs à leur pratique, tels qu'une gestion de dossiers plus efficace donnant plus de temps clinique à la clientèle et un accès facilité aux différents ergothérapeutes de la part des clients pour répondre aux questions. De plus, une flexibilité dans l'horaire et une créativité accrue pour pallier les enjeux rencontrés ont été relevées comme facilitateurs à leur pratique. L'adaptation des évaluations et des interventions a été un défi en raison du manque de matériel et de l'impossibilité de réaliser des évaluations standardisées complètes à distance. Aussi, l'accès direct à leurs collègues travaillant habituellement à proximité ne pouvait plus se faire, ce qui a demandé davantage d'adaptation individuelle, accentuant ainsi le déploiement de leurs compétences professionnelles individuelles. La téléadaptation étant une pratique émergente, il serait instructif, lors des études futures, de comparer nos résultats aux pratiques cliniques précédant la pandémie de COVID-19 ainsi que quelques années après celle-ci, afin d'évaluer les éléments qui perdurent et la perception des ergothérapeutes une fois distancée de cette période de perturbations.

FINANCEMENTS

L'étude principale a été réalisée grâce à un soutien financier du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR – projet ciblé COVID-19).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alami, H., Gagnon, M. P., Fortin, J. P. et Kouri, R. P. (2015). La télémédecine au Québec : état de la situation des considérations légales, juridiques et déontologiques. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, 4(2), 33-43.
<https://doi.org/10.1016/j.eurtel.2015.04.004>
- Association canadienne des ergothérapeutes (2011). La télé-ergothérapie et les services d'ergothérapie en ligne. Position officielle de l'ACE. Ottawa, Canada. <https://caot.ca/document/4197/L%20>
- Brousseau, M., Dumas, C., Gauthier, M. P. et Valade, C. (2020). Pourquoi les ergothérapeutes écrivent trop dans les dossiers-patients ? *ERG-go ! Revue des ergothérapeutes du Québec*.
- Collège des médecins du Québec (2021, décembre). Télémédecine - Glossaire
<https://cms.cmq.org/files/documents/Fiches/p-1-2021-12-13-fr-glossaire-concepts-et-definitions.pdf>
- Conseil interprofessionnel du Québec (2017, juin). Outil d'aide à la décision : Télépratique et gestion du dossier numérique. https://odnq.org/wp-content/uploads/2021/09/Guide_telepratique_gestion_dossier_numerique_2017.pdf

- Commission de la fonction publique (2016, mai). Cadre de référence en matière de télétravail. <https://www.cfp.gouv.qc.ca/images/pdf/Document-joint--la-reponse---Cadre-de-rfrence-en-matire-de-tltravail.pdf>
- Commission de l'éthique en science et en technologie (2014, mai). La télésanté clinique au Québec : un regard éthique. https://www.ethique.gouv.qc.ca/media/hd5cjuyz/avis_accessible_vf.pdf
- Curtz, J., Mazariegos, J., Adeyemo, J., Smith, C., DiOrio, A., Logan, K. et Russell, H. (2021, Sep). Responding to an Emerging Need: Implementing Telehealth in Acute Hospital Rehabilitation. *Archives of Physical Medecine and Rehabilitation*, 102(9), 1840-1847. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.05.006>
- Demaerschalk, B. M., Berg, J., Chong, B. W., Gross, H., Nystrom, K., Adeoye, O., Schwamm, L., Wechsler, L. et Whitchurch, S. (2017, mai). American Telemedicine Association: Telestroke Guidelines. *Telemed J E Health*, 23(5), 376-389. <https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0006>
- Dumas, C., Valade, C. et Gauthier, M. P. (2019). Sondage en ligne auprès d'ergothérapeutes québécois sur leur perception de la tenue de dossiers dans le cadre du cours ERG-6020 : Pratique émergente en ergothérapie et interventions de groupe en réadaptation et en éducation de la santé.
- Fortin, M. F. et Gagnon, J. (2015). Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives, (3^e éd.).
- Ganesan, B., Fong, K., Meena, S. K., Prasad, P. et Tong, R. (2021). Impact of COVID-19 pandemic lockdown on occupational therapy practice and use of telerehabilitation - A cross sectional study. *European review for medical and pharmacological sciences*, 25(9), 3614-3622.
- Giesbrecht, E., Major, M. E., Fricke, M., Wener, P., Van Egmond, M., Aarden, J. J., Brown, C. L., Pol, M. et Van der Schaaf, M. (2023). Telerehabilitation Delivery in Canada and the Netherlands: Results of a Survey Study, *JMIR Rehabilitation and Assistive Technology*, 10. <https://doi.org/10.2196/45448>
- Hackett, A. et Strickland, K. (2019, Sep 21). Using the framework approach to analyse qualitative data: a worked example. *Nurse Researcher*, 26(2), 8-13. <https://doi.org/10.7748/nr.2018.e1580>
- Hermes, S. S., Rauen, J. et O'Brien, S. (2021). Perceptions of School-Based Telehealth in a Rural State: Moving Forward After COVID-19. *International Journal of Telerehabilitation*, 13(1). <https://doi.org/10.5195/ijt.2021.6370>
- Hoel, V., von Zweck, C., Ledgerd, R. et World Federation of Occupational, T. (2021). Was a global pandemic needed to adopt the use of telehealth in occupational therapy? *Work*, 68(1), 13-20. <https://doi.org/10.3233/WOR-205268>
- Hung Kn, G. et Fong, K. N. (2019, Jun). Effects of telerehabilitation in occupational therapy practice: A systematic review. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 32(1), 3-21. <https://doi.org/10.1177/1569186119849119>
- Kaur, M., Eddy, E. Z. et Tiwari, D. (2022, Oct). Exploring Practice Patterns of Pediatric Telerehabilitation During COVID-19: A Survey Study. *Telemedicine and e-Health*, 28(10), 1505-1516. <https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0506>
- Liu, L. (2018). L'ergothérapie à l'ère de la quatrième révolution industrielle. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(4), E1-E14. <https://doi.org/10.1177/0008417418817563>
- Mylopoulos, M. et Woods, N. N. (2017, Jul). When I say... adaptive expertise. *Medical Education*, 51(7), 685-686. <https://doi.org/10.1111/medu.13247>
- O'Neil, J., van Ierssel, J., King, J. et Sveistrup, H. (2023). Telerehabilitation Implementation: Perspectives from Physiotherapists Working in Complex Care. *Physiotherapy Canada*. <https://doi.org/10.3138/ptc-2022-0072>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2020). COVID-19 - Télépratique en ergothérapie. <https://www.oeq.org/a-propos-de-l-ordre/salle-de-presse/actualites/112-covid-19-telepratique-en-ergotherapie.html>
- Parkinson, S., Eatough, V., Holmes, J., Stapley, E. et Midgley, N. (2015). Framework analysis: a worked example of a study exploring young people's experiences of depression. *Qualitative Research in Psychology*, 13(2), 109-129. <https://doi.org/10.1080/14780887.2015.1119228>

- Riou, G., Cariteau, H., Biard, N. (2021). Ergothérapie et téléssoin : revue de littérature. *ergOTHérapies* 83(octobre), 11-26. <https://revue.anfe.fr/2021/10/14/ergotherapie-et-telesoin%E2%80%89-revue-de-litterature/>
- Rochette, A., Vermeulen, P., Dyer, JO., Hallé, MC., Gingras, M., Mingant, A., Parisien, M. et Thomas, A. Deployment of professional expertise during a period of disruption: A phenomenological study of rehabilitation clinicians. *Journal of Evaluation and Clinical Practice*. Accepté pour publication le 7 juillet 2024.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherche Qualitative – Hors-série - (5)*, 99-111.
- Smith, J. et Firth, J. (2011). Qualitative data analysis : the framework approach. *Nurse Researcher*, 18(2), 52-62. <https://doi.org/10.7748/nr2011.01.18.2.52.c8284>
- Speech Pathology Australia (2014). Telepractice in Speech Pathology. <https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/docs/Telehealth/0520150113PositionStatementTelepracticeinSpeech.pdf>
- Sprianu, C., Krpalek, D., Kugel, J., Bains, G. et Gharibvand, L. (2022). COVID-19 and Telehealth Use Among Occupational Therapy, Physical Therapy, and Speech-language Pathology Practitioners in the United States. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 20(2). <https://doi.org/10.46743/1540-580X/2022.2129>
- Telehealth in Occupational Therapy (2018). *The American Journal of Occupational Therapy*, 72(Supplement_2), 7212410059p7212410051-7212410059p7212410018. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.72S219>
- Wittmeier, K. D. M., Hammond, E., Tymko, K., Burnham, K., Janssen, T., Pablo, A. J., Russell, K., Pierce, S., Costello, C. et Protudjer, J. L. P. (2022). "Another Tool in Your Toolkit": Pediatric Occupational and Physical Therapists' Perspectives of Initiating Telehealth during the COVID-19 Pandemic. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 42(5), 465-481. <https://doi.org/10.1080/01942638.2022.2065898>
- World Federation of Occupational Therapists (2020). Communiqué public : La réponse de l'ergothérapie face à la pandémie de COVID-19.