



## VALIDATION DE L'ÉCHELLE DE CONFIANCE À EXERCER LA PROFESSION D'ERGOTHÉRAPEUTE (ÉCEPE)

Raphaël Delorme<sup>1</sup>, Annabelle Blanchette<sup>2</sup>, Daphnée Fortin<sup>3</sup>, Élise Yim<sup>4</sup>, Éric Constantin<sup>5</sup>, Johanne Desrosiers<sup>6</sup>

- <sup>1</sup> Ergothérapeute, M. en ergothérapie, CISSS de la Montérégie-Ouest, Centre montérégien de réadaptation, Granby, Québec, Canada
- <sup>2</sup> Ergothérapeute, M. en ergothérapie, CISSS de la Montérégie-Est, Centre d'hébergement de Mgr-Coderre, Longueuil, Québec, Canada
- <sup>3</sup> Ergothérapeute, M. en ergothérapie, CISSS de la Montérégie-Ouest, Centre montérégien de réadaptation, Saint-Hubert, Québec, Canada
- <sup>4</sup> Ergothérapeute, M. en ergothérapie, Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys, St-Laurent, Québec, Canada
- <sup>5</sup> Ergothérapeute, M. Réad., École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada
- <sup>6</sup> Ergothérapeute, M.A en gérontologie, PhD en sciences cliniques, Professeure associée (titulaire retraitée), Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Adresse de contact : [johanne.desrosiers@usherbrooke.ca](mailto:johanne.desrosiers@usherbrooke.ca)

Reçu le 12.02.2017 – Accepté le 04.03.2019

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.v5n1.74

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



## RÉSUMÉ

**Introduction.** La confiance d'un étudiant en ergothérapie en ses propres capacités à accomplir les différentes activités d'un ergothérapeute, soit son sentiment d'efficacité personnelle (SEP) relativement à la profession d'ergothérapeute, influence son rendement et le développement de ses compétences. Ainsi, accroître le SEP concernant la profession d'ergothérapeute représente indéniablement un des effets désirés par tout programme de formation en ergothérapie, d'où l'intérêt de mesurer le SEP des étudiants. En l'absence d'un outil valide mesurant spécifiquement ce concept, l'Échelle de confiance à exercer la profession d'ergothérapeute (ECEPE) a été développée en 2014, mais n'avait encore fait l'objet d'aucune étude de validation empirique.

**Objectifs.** Étudier la fidélité test-retest, la cohérence interne et la validité de construit de l'ECEPE.

**Méthode.** Soixante-douze étudiants de 1<sup>re</sup> (n = 33) et 4<sup>e</sup> (n = 39) année d'un programme québécois d'ergothérapie ont participé à l'étude. Pour examiner la fidélité test-retest, chaque étudiant devait remplir l'ECEPE à deux moments. La cohérence interne ainsi que trois types de validité de construits ont été étudiés : groupes extrêmes, validité convergente et validité divergente.

**Résultats.** La fidélité test-retest est excellente chez les étudiants de 1<sup>re</sup> année (CCI : 0,92) et de passable à très bonne pour ceux de 4<sup>e</sup> année (CCI : 0,77). La cohérence interne de l'outil s'est révélée très élevée ( $\alpha$  : 0,86). Une différence statistiquement significative ( $p < 0,001$ ) a été observée entre les résultats des deux groupes d'étudiants (validité de groupes extrêmes). Les résultats à l'ECEPE sont associés à ceux d'un outil mesurant un concept similaire (Student Confidence Questionnaire) ( $Rho = 0,82$  et  $Rho = 0,66$  :  $p < 0,001$ ) (validité convergente). Aucune relation n'a été trouvée entre les résultats de l'ECEPE et la moyenne scolaire ( $Rho = 0,04$ ,  $p = 0,83$  et  $Rho = 0,02$ ,  $p = 0,92$ ) (validité divergente).

**Conclusion.** L'ECEPE permet de mesurer de façon stable dans le temps le SEP des étudiants relativement à l'exercice de la profession d'ergothérapeute et de différencier les étudiants selon leur niveau de formation en ergothérapie. Le rendement scolaire n'est pas associé aux résultats obtenus à l'ECEPE. Cette première étude de validation empirique permet de constater que l'ECEPE évalue de manière fidèle et valide le SEP relativement à l'exercice de la profession d'ergothérapeute chez des étudiants en ergothérapie. Ce nouvel outil pourrait être pertinent pour évaluer les effets d'un programme de formation en ergothérapie sur le sentiment d'efficacité personnelle des étudiants.

## MOTS-CLÉS

Sentiment d'efficacité personnelle, ergothérapie, étudiant, outil d'évaluation

## VALIDATION OF THE SCALE OF CONFIDENCE IN PRACTISING AS A PROFESSIONAL OCCUPATIONAL THERAPIST (SCPPOT)

### ABSTRACT

**Introduction.** Occupational therapy students' confidence in their ability to perform occupational therapists' various tasks, i.e. their self-efficacy in practising as a professional occupational therapist, affects their performance and professional development. Thus one of the desired outcomes of any occupational therapy training program is to increase students' self-efficacy in practising as a professional occupational therapist, hence the interest in measuring it. Because there was no valid tool specifically measuring this concept, the Scale of confidence in practising as a professional occupational therapist (SCPPOT) was developed in 2014 but as yet no empirical validation studies have been done.

**Goals/objectives.** To study test-retest reliability, internal consistency and construct validity of the SCPPOT.

**Method.** Seventy-two students in the first year ( $n = 33$ ) and fourth year ( $n = 39$ ) of a French-language occupational therapy program in Quebec participated in the study. To examine test-retest reliability, students completed the SCPPOT at two different times. The internal consistency as well as three types of construct validity were studied: extreme groups, convergent and discriminant.

**Results.** Test-retest reliability was excellent among first year students (ICC: 0.92) and very good among fourth year students (ICC: 0.77). Internal consistency for the tool was very high ( $\alpha : 0,86$ ). The difference between the scores for the two groups of students was statistically significant ( $p < 0.001$ ) (extreme groups validity). Results obtained on the SCPPOT were correlated with those obtained using a tool measuring a similar concept (Student Confidence Questionnaire) ( $Rho = 0.82$  and  $Rho = 0.66$ ;  $p < 0.001$ ) (convergent validity). No correlation was found between the SCPPOT and academic performance ( $Rho = 0.04$ ,  $p = 0.83$  and  $Rho = 0.02$ ,  $p = 0.92$ ) (discriminant validity).

**Conclusion.** The SCPPOT produces stable results when assessing self-efficacy in practising as a professional occupational therapist and also differentiates between students at different stages in their occupational therapy training. Academic performance is not correlated with results obtained on the SCPPOT. This first empirical validation study suggests that the SCPPOT generates a reliable, valid assessment of occupational therapy students' self-efficacy in practising as a professional occupational therapist. Thus, this new tool could be used to assess the impact of an occupational therapy training program on students' self-efficacy.

### KEYWORDS

Self-efficacy, occupational therapy, student, evaluation

## INTRODUCTION

Selon Bandura (1977), le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) constituerait un prédicteur de rendement lors de la réalisation d'une activité, influençant les choix et les comportements humains à l'égard de cette activité spécifique. De nature cognitive, le SEP se définit comme une croyance/perception en ses propres capacités à accomplir une activité particulière (Bandura, 2007). Dans les écrits scientifiques, différents termes sont utilisés pour parler du SEP. Ainsi, en langue française, on parle d'auto-efficacité, de sentiment d'auto-efficacité, d'efficacité personnelle perçue ou de croyance d'efficacité (Bandura, 2007 ; Bouffard-Bouchard, Parent et Larivée, 1992), et en langue anglaise de *self-efficacy*, *personal efficacy*, *sense of personal efficacy*, *perceived efficacy*, *personal perceived efficacy* ou encore *beliefs in efficacy* (Bandura, 2007).

Du point de vue de l'apprentissage d'une profession, un meilleur SEP serait favorable à l'acquisition d'habiletés cliniques (Robb, 2012). En effet, le SEP, partie intégrante de la subjectivité du professionnel, est reconnu comme étant un indicateur de son développement professionnel (Lefeuve, Garcia et Namolovan, 2009 ; Marcel, 2009 ; Piot, 2009). D'ailleurs, il est admis que le SEP représente un facteur clé de la motivation et de l'engagement influençant l'apprentissage d'une profession et conditionnant les états émotionnels face aux défis professionnels (Bandura, 2007). Plus précisément, bon nombre d'auteurs avancent que le SEP influence positivement la carrière et le développement des professionnels de la santé en médecine (Opacic, 2001), physiothérapie (Utsey, 2006), radiologie (Kitching, Cassidy, Eachus et Hogg, 2011), sciences infirmières (Townsend et Scanlan, 2011) et ergothérapie (Bush, Powell et Herzberg, 1993).

Plusieurs études ont démontré que le SEP relativement à la pratique d'une profession se développe de manière logique et continue tout au long du programme de formation (Dahl et Hall, 2013 ; Payakachat, Gubbins, Ragland, Flowers et Stowe, 2014 ; Uraz, Sezgin Tocak, Yozgathgil, Cetiner et Bal, 2013). Selon une étude mixte de Chesser-Smyth et Long (2012), réalisée auprès de 435 étudiants universitaires en soins infirmiers, le SEP à l'égard de l'administration des soins augmente au cours de la première année de formation lorsque les étudiants vivent des expériences de succès lors des stages cliniques. Certaines études établissent un lien entre la durée de la formation et le développement du SEP à l'égard de la pratique d'une profession. Par exemple, dans l'étude transversale de Spek, Wieringa-de Waard, Lucas et Van Dijk (2013), les étudiants de maîtrise en orthophonie présentaient un SEP plus élevé quant à leurs capacités à agir selon les principes d'une pratique basée sur les données probantes que les étudiants de première année au baccalauréat de cette discipline.

Mesurer le SEP des participants pour évaluer l'effet d'une activité de formation est une méthode qui a été utilisée auprès de différentes populations, notamment auprès d'étudiants dans les professions de la santé (Hecimovich et Volet, 2011), de nutritionnistes (Lorenz, Davis et Gregory, 2000), d'infirmières (Stump, Husman et Brem, 2012), d'enseignants (Davis, 2014) ou de gestionnaires (Baron et Morin, 2010). Selon Baron et Morin (2010), utiliser un questionnaire auto-administré pour mesurer le SEP s'avère un moyen peu coûteux et simple pour évaluer l'effet d'une activité de formation.

Mesurer le SEP représente une méthode efficiente et valide pour évaluer l'effet d'une formation visant le développement des habiletés de communication du personnel d'un département de chirurgie orthopédique (Norgaard, Ammentorp, Kyvik et Kofoed, 2012). Par ailleurs, Bandura (2006) suggère que le fait de mesurer le SEP des étudiants favorise l'ajustement des programmes de formation. Dans le même sens, certains auteurs (Artino *et al.*, 2012 ; Robb, 2012 ; Stump *et al.*, 2012 ; Townsend et Scanlan, 2011) pensent que mesurer le SEP peut permettre d'ajuster la formation et faire revoir certaines méthodes d'enseignement afin d'influencer positivement le SEP des participants.

Puisque le SEP se développe de manière spécifique dans chaque profession et chaque contexte (Bandura, 2006), de nombreux outils mesurant le SEP relativement à l'exercice d'une profession en particulier ont été développés et validés au fil des ans. Une recherche documentaire (Constantin, 2014a) a d'ailleurs permis d'en relever quelques-uns : Counselor Self-Efficacy Scale (CSES) (Melchert, Hays, Wiljanen et Kolocek, 1996) ; Teacher Self-Efficacy Scale (TSES) (Tschannen-Moran et Hoy, 2001) ; Student Radiographer Self-Efficacy Scale (RSES) (Kitching *et al.*, 2011) ; Nursing Competence Self-Efficacy Scale (NCSES) (Kennedy, 2013) ; School-Based Occupational Therapist Survey (SBOTS) (Semple-Dormer, 2012) et OT Student Confidence Questionnaire (SCQ) (Derdall, Olson, Janzen et Warren, 2002). Bien que les deux derniers outils énumérés, le SBOTS et le SCQ, présentent un lien étroit avec l'ergothérapie, aucun d'eux n'a spécifiquement été conçu afin de mesurer le SEP d'étudiants en ergothérapie à l'égard de l'exercice de la profession d'ergothérapeute. Le SBOTS vise à mesurer le SEP d'ergothérapeutes pratiquant en milieu scolaire alors que le SCQ vise spécifiquement à mesurer la confiance des étudiants dans le cadre d'un stage en ergothérapie. C'est ainsi en l'absence d'un outil valide spécifique que l'Échelle de confiance à exercer la profession d'ergothérapeute (ECEPE) a été développée (Constantin, 2014a).

Le développement de l'ECEPE s'est fait en trois étapes : 1) la planification : définir la fonction et les objectifs de l'outil ; procéder à la recension des écrits ; 2) l'opérationnalisation : générer les items ; choisir l'échelle de réponse ; formuler les consignes ; et 3) la validation : examiner la validité de contenu et d'apparence (Constantin, 2014a, 2014b, 2014c). La validité apparente et de contenu de l'ECEPE a été démontrée. Premièrement, les items composant cet instrument de mesure ont été générés à partir des 25 énoncés de compétences clés du *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012) selon un processus systématique en trois étapes : étape 1) à l'aide d'une grille d'analyse, identifier les énoncés de compétences clés ayant un lien avec le sentiment d'efficacité personnelle ; étape 2) à l'aide d'une grille d'analyse, exclure les énoncés de compétences clés apparentés ; étape 3) transformer les énoncés de compétences clés retenus en items de questionnaire. L'identification, l'exclusion et la transformation des énoncés de compétences clés en items de questionnaire sont le résultat d'un consensus d'experts (n = 2). Deuxièmement, la clarté et la pertinence des consignes, de l'échelle de réponse et des 17 items du questionnaire, résultats des étapes précédentes, ont été validées lors de deux tours de consultation réalisés à deux semaines d'intervalle auprès d'un échantillon composé de 32 étudiants du programme d'ergothérapie de l'Université de Sherbrooke (4 étudiants de 1<sup>re</sup> année, 10 de 2<sup>e</sup>, 5 de 3<sup>e</sup> et 13 de 4<sup>e</sup>) et de 10 ergothérapeutes, soit 4 professeures de l'Université

de Sherbrooke et 6 coordonnateurs de la formation clinique des programmes de formation en ergothérapie québécois (Constantin, 2014b, 2014c). Pour valider le contenu de l'outil, les répondants devaient se prononcer sur la pertinence (1 = pas du tout pertinent à 5 = tout à fait pertinent) et la clarté de chacun des items (1 = pas du tout clair à 5 = tout à fait clair) et émettre leurs commentaires ou suggestions. À la suite des résultats du premier tour de consultation, le questionnaire a été réorganisé, des exemples ont été ajoutés, et les consignes et certains items ont été reformulés. Au final, tous les items (n = 15) retenus pour composer l'ECEPE ont été jugés par les personnes consultées comme présentant un haut degré de clarté et de pertinence, supérieur ou égal à 4/5, avec 50 % et plus de participants ayant attribué une cote de 5/5 (Constantin, 2014c). Le processus de développement de cette échelle lui confère une bonne validité de contenu. Toutefois, à ce jour, aucune étude empirique n'a été réalisée pour vérifier ses qualités métrologiques.

Ainsi, l'objectif général de l'étude présentée ici était de valider empiriquement l'ECEPE auprès d'étudiants en ergothérapie. Plus précisément, l'étude visait premièrement à examiner la cohérence interne de l'ECEPE, ainsi que sa fidélité test-retest en comparant les résultats obtenus par les étudiants lors de deux évaluations espacées dans le temps. Il était attendu que les résultats soient similaires lors des deux passations. Le deuxième objectif était d'examiner la validité de construit par groupes extrêmes en comparant des groupes d'étudiants de niveaux d'apprentissage différents. L'hypothèse était que les deux groupes obtiendraient des résultats statistiquement différents. Le troisième objectif était d'examiner la validité de construit convergente en corrélant les résultats de l'ECEPE avec ceux d'un outil de mesure apparenté ; il était attendu que les résultats des deux outils seraient de modérément à fortement corrélés. Le dernier objectif consistait à explorer la validité de construit divergente en comparant le lien entre la moyenne scolaire et le résultat à l'ECEPE. Malgré l'absence d'études comparables sur le sujet, l'expérience d'enseignants permettait d'émettre l'hypothèse que le lien serait faible.

## MÉTHODES

### Participants et procédures de recrutement

Au total, 53 étudiants francophones de 1<sup>re</sup> année (débutants) et 45 de 4<sup>e</sup> année (finissants) d'un programme de baccalauréat-maîtrise intégré en ergothérapie d'une université québécoise ont été invités à participer à cette étude. Les étudiants des deux cohortes ont été recrutés en personne par les auteurs lors du début d'un cours par une présentation PowerPoint d'une quinzaine de minutes qui exposait l'essentiel de l'étude et les exigences de leur participation potentielle. Par la suite, un courriel contenant un lien vers les questionnaires à remplir en ligne leur était envoyé. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) le 25 janvier 2016 (#2016-589).

## Procédure et collecte des données

La collecte de données s'est réalisée en deux temps via l'application Web de sondage et statistique LimeSurvey qui permet, entre autres, de mettre en ligne des questionnaires et d'y collecter directement les réponses. Dans un premier temps, les participants devaient remplir trois questionnaires : 1) l'ECEPE, 2) la version française du Student Confidence Questionnaire (SCQ) et 3) un questionnaire sociodémographique. Selon l'intervalle de temps suggéré par Corbière et Fraccaroli (2014), l'ECEPE devait être remplie de nouveau entre deux jours et deux semaines après la première passation pour évaluer la fidélité test-retest. Les étudiants étaient informés qu'ils recevraient l'ECEPE à deux moments. Le matricule étudiant permettait de jumeler les données des deux temps de mesure, en plus de donner accès à la moyenne scolaire de chaque participant. Les notes des étudiants ont été fournies par une personne extérieure à l'équipe de recherche. Afin de stimuler la participation des étudiants, un courriel de rappel a été envoyé deux jours après l'envoi des questionnaires, aux deux temps de mesure. Le média social Facebook a été utilisé parce qu'il apparaissait comme le moyen le plus efficace de rejoindre les étudiants en raison de leur consultation quotidienne de ce média.

## Instruments de mesure

### L'Échelle de confiance à exercer la profession d'ergothérapeute

L'ECEPE prend la forme d'un questionnaire auto-administré composé de 15 items, présentés à l'annexe 1, et d'une échelle de réponse graduée de 1 à 9 (1 = pas du tout confiant, 9 = tout à fait confiant) dont le score total varie entre 15 et 135 (Constantin, 2017).

### Student Confidence Questionnaire

Le Student Confidence Questionnaire (SCQ), développé à l'Université de l'Alberta au Canada, a été conçu spécifiquement pour des étudiants en ergothérapie pour évaluer leur sentiment de confiance dans l'accomplissement des activités reliées à la pratique de l'ergothérapie lors de leur stage (Derdall *et al.*, 2002). Lors des phases de validation, un comité d'experts en enseignement clinique des universités de l'Alberta et de la Saskatchewan a été consulté afin d'obtenir un avis quant aux différentes dimensions que le questionnaire se proposait d'explorer. Le questionnaire a ensuite été rempli par 32 étudiants en ergothérapie de l'Université de l'Alberta qui devaient commenter sa structure et son contenu général. Finalement, la cohérence interne de l'outil ( $n = 41$  items) a été étudiée auprès de 29 étudiants et s'est révélée très élevée (alpha de Cronbach de 0,86). Malgré cette très forte homogénéité des items, les chercheurs ont retenu les 41 items. Chaque item est coté selon une échelle de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement d'accord), pour un score total variant de 41 à 205, un score élevé indiquant un haut niveau de confiance. L'outil étant disponible uniquement dans sa version originale anglaise, il a été traduit en français par deux traducteurs professionnels, mais n'a pas été validé dans cette version. La version finale en français a été élaborée par l'équipe de recherche en combinant les deux traductions.

### Données sociodémographiques

Un questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques des participants a permis de recueillir les éléments suivants : niveau au programme d'ergothérapie (1<sup>re</sup> année ou 4<sup>e</sup> année), âge, sexe, état civil, études effectuées dans d'autres domaines (diplôme d'études collégiales en techniques de réadaptation physique obtenu et/ou baccalauréat obtenu ou en cours dans un autre domaine) et nombre d'heures par semaine consacrées à un emploi à l'extérieur des études.

### Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée en fonction de chaque objectif. Pour l'étude de fidélité test-retest (objectif 1), un échantillon de 40 participants permettrait de détecter un coefficient de corrélation intraclasse supérieur à 0,80 avec un niveau de signification alpha fixé à 5 %, une puissance de 80 % et deux mesures (Donner et Eliasziw, 1987). Pour l'atteinte de l'objectif 2 (validité par groupes extrêmes), une taille de 29 étudiants par groupe (n = 58) permettrait de déceler une différence standardisée modérée (0,75), basée sur un niveau de signification alpha fixé à 5 % (test bilatéral) et une puissance de 80 % (Machin, Campbell, Feyes et Pinil, 1997). Pour l'étude de validité de convergence entre l'ECEPE et la version française du Student Confidence Questionnaire (objectif 3), une taille totale de 13 participants était requise pour déceler une corrélation de 0,70 comme significativement différente de « zéro », basée sur un niveau de signification alpha fixé à 5 % (test bilatéral) et une puissance de 80 % (Machin *et al.*, 1997). Enfin, pour le dernier objectif (validité discriminante), la taille de 58 participants, déterminée pour l'objectif 2, permettrait de déceler une corrélation de 0,35 comme différente de « zéro » (Machin *et al.*, 1997).

### Analyse des données

La première étape consistait à décrire les caractéristiques des participants par la moyenne et l'écart-type ou par la médiane et l'intervalle interquartile, selon la distribution des données, pour les variables continues et par le nombre et le pourcentage pour les variables catégorielles. Le coefficient alpha de Cronbach a été calculé pour évaluer la cohérence interne de l'outil. Pour estimer la fidélité test-retest, des coefficients de corrélation intraclasse (modèle à effets mixtes à deux facteurs) et leur intervalle de confiance à 95 % ont été calculés (objectif 1). Selon Cicchetti (1994), les coefficients de corrélation intraclasse (CCI) inférieurs à 0,40 sont faibles, ceux entre 0,40 et 0,59 sont qualifiés de passables, ceux se situant entre 0,60 et 0,74 sont bons et ceux supérieurs à 0,75 sont considérés comme excellents. De plus, l'équivalent non paramétrique du test t pour groupes appariés, le test de Wilcoxon, a été utilisé pour estimer la présence d'un biais potentiel entre les deux temps de mesure.

La validité de construit par groupes extrêmes (objectif 2) a été vérifiée par le test de Mann-Whitney qui compare les résultats à l'ECEPE des étudiants de 1<sup>re</sup> année à ceux des étudiants de 4<sup>e</sup> année. Le coefficient de corrélation de Spearman a été utilisé pour l'objectif 3 (lien entre les résultats à l'ECEPE à la première passation et ceux au SCQ) et pour l'objectif 4 (lien entre les résultats à l'ECEPE et la moyenne scolaire).

## RÉSULTATS

Au total, 72 étudiants (en 1<sup>re</sup> année, 33/53, pour un taux de participation de 62 %, et en 4<sup>e</sup> année, 39/45, pour un taux de participation de 87 %) ont participé à cette étude, sur une possibilité de 98 (taux de participation : 77 %), parmi lesquels 60 ont répondu aux deux temps de mesure (T1 et T2). Les étudiants étaient âgés en moyenne de  $22,3 \pm 2,9$  ans ( $20,3 \pm 1,3$  en 1<sup>re</sup> et  $24 \pm 2,9$  en 4<sup>e</sup>). Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont présentées au tableau 1.

**Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants (nombre et pourcentage)**

	Étudiants 1 <sup>re</sup> année (n = 33) n (%)	Étudiants 4 <sup>e</sup> année (n = 39) n (%)	Total (n = 72) n (%)
<b>Sexe</b>			
Féminin	28 (84,8)	38 (97,4)	66 (91,7)
Masculin	5 (15,2)	1 (2,6)	6 (8,3)
<b>État civil</b>			
Célibataire	31 (93,9)	32 (82,1)	63 (87,5)
Conjoint	2 (6,1)	5 (12,8)	7 (9,7)
Marié	0	2 (5,1)	2 (2,8)
Études dans d'autres domaines*	10 (30,3)	13 (33,3)	23 (31,9)
<b>Heures de travail par semaine</b>			
1 à 10	10 (30,3)	8 (20,5)	18 (25,0)
10 et +	6 (18,2)	1 (2,6)	7 (9,7)

\* Nombre d'étudiants qui ont fait des études collégiales en techniques de réadaptation physique ou universitaires dans un autre domaine avant de commencer leur formation en ergothérapie.

### Objectif 1 : Cohérence interne et fidélité test-retest de l'ECEPE

Les coefficients alpha de Cronbach sont de 0,93 et de 0,78 pour les étudiants de 1<sup>re</sup> et de 4<sup>e</sup> année respectivement. Plus spécifiquement, pour les étudiants de 1<sup>re</sup> année, les coefficients alpha varient de 0,56 à 0,84 lorsque chaque item est corrélé avec le score total et de 0,921 à 0,931 lorsque chacun des items est retiré. Pour les étudiants de 4<sup>e</sup> année, les coefficients alpha varient de 0,27 à 0,75 lorsque chaque item est corrélé avec le score total et de 0,701 à 0,723 lorsque chacun des items est enlevé. Les coefficients alpha par item sont présentés à l'annexe 2.

Les coefficients de corrélation intraclasse (CCI) sont élevés et les intervalles de confiance à 95 % sont étroits, lorsque calculés avec les résultats de l'ensemble des participants ainsi qu'avec ceux des étudiants de 1<sup>re</sup> année (tableau 2). Toutefois, les

CCI sont moindres lorsque calculés avec les résultats des étudiants de 4<sup>e</sup> année. L'intervalle moyen (écart-type) entre les deux temps de renseignement du questionnaire est de 8,2 (2,4) jours avec un intervalle variant de 4 à 12 jours. Finalement, les tests statistiques démontrent l'absence d'une différence significative des résultats entre les deux temps de mesure.

**Tableau 2. Fidélité test-retest de l'ECEPE : résultats obtenus par les étudiants de 1<sup>re</sup> année et de 4<sup>e</sup> année à l'ECEPE aux deux temps de mesure**

	Étudiants en 1 <sup>re</sup> année (n = 26)	Étudiants en 4 <sup>e</sup> année (n = 34)	Total (n = 60)
<b>Temps 1</b>			
<b>Mdn (min-max)</b>	56,0 (43,8 – 72,0)	120,0 (116,0 – 126,0)	113,5 (58,8 – 121,8)
<b>m (ÉT)</b>	58,2 (21,4)	120,9 (6,3)	93,7 (34,6)
<b>Temps 2</b>			
<b>Mdn (min-max)</b>	53,5 (42,8 – 71,8)	122,0 (114,8 – 127,0)	113,0 (55,0 – 123,0)
<b>m (ÉT)</b>	58,1 (20,8)	121,2 (6,8)	93,8 (34,7)
<b>CCI (IC 95 %)</b>	0,92 (0,83 – 0,96)	0,77 (0,58 – 0,88)	0,98 (0,97 – 0,99)
<b>p</b>	0,75	0,83	0,70

*Mdn* : médiane ; *m* : moyenne ; *ÉT* : écart-type ; *CCI* : coefficient de corrélation intraclasse ; *IC* : intervalle de confiance ; *p* : valeur p associée au test de Wilcoxon

## Objectif 2 : Validité par groupes extrêmes

Les résultats à l'ECEPE des étudiants de 1<sup>re</sup> année diffèrent significativement ( $p < 0,001$ ) de ceux des étudiants de 4<sup>e</sup> année.

## Objectif 3 : Validité de convergence

Le coefficient de corrélation entre les résultats à l'ECEPE et au SCQ est élevé pour les étudiants de 1<sup>re</sup> année et modéré pour ceux de 4<sup>e</sup> année, confirmant que les deux outils mesurent des concepts similaires (tableau 3).

**Tableau 3. Validité de convergence entre les résultats à l'ECEPE et au SCQ des étudiants de 1<sup>re</sup> année et de 4<sup>e</sup> année en ergothérapie**

	<i>Mdn</i> (min-max)	Rho de Spearman (IC 95 %)	Valeur <i>p</i>
<b>Étudiants en 1<sup>re</sup> année (n = 33)</b>			
SCQ (/205)	116,0 (91,0 – 126,5)		
		0,82 (0,62 – 0,91)	< 0,001
ECEPE (/135)	51,0 (37,0 – 65,5)		
<b>Étudiants en 4<sup>e</sup> année (n = 39)</b>			
SCQ (/205)	187,0 (181,0 – 195,0)		
		0,66 (0,41 – 0,82)	< 0,001
ECEPE (/135)	120,0 (116,0 – 125,0)		

*Mdn* : médiane ; IC : intervalle de confiance ; *p* : valeur *p* associée au test de corrélation de Spearman ; SCQ : Student Confidence Questionnaire

#### Objectif 4 : Validité divergente

Les coefficients de corrélation entre les résultats à l'ECEPE et les moyennes scolaires des étudiants sont presque nuls (tableau 4), indiquant l'absence de lien entre le SEP relativement à l'exercice de la profession d'ergothérapeute et la performance scolaire.

**Tableau 4. Validité divergente entre les résultats à l'ECEPE et la performance scolaire des étudiants de 1<sup>re</sup> année et de 4<sup>e</sup> année en ergothérapie**

	<i>Mdn</i> (min-max)	Rho de Spearman (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
<b>Étudiants en 1<sup>re</sup> année (n = 33)</b>			
Moy scolaire (/4,3)	4,03 (3,85 – 4,13)		
		0,04 (-0,31 – 0,40)	0,83
ECEPE (/135)	51,0 (37,0 – 65,5)		
<b>Étudiants en 4<sup>e</sup> année (n = 39)</b>			
Moy scolaire (/4,3)	3,55 (3,32 – 3,79)		
		0,02 (-0,33 – 0,37)	0,92
ECEPE (/135)	120,0 (116,0 – 125,0)		

*Mdn* : médiane ; IC : intervalle de confiance ; *p* : valeur *p* associée au test de corrélation de Spearman ; Moy : moyenne

## DISCUSSION

Cette étude visait à valider empiriquement un nouvel outil francophone de mesure du sentiment d'efficacité personnelle relativement à l'exercice de la profession d'ergothérapeute, l'Échelle de confiance à exercer la profession d'ergothérapeute, destiné aux étudiants en ergothérapie. Les résultats confirment que la cohérence interne est satisfaisante, que la fidélité test-retest de l'ECEPE est de très bonne à excellente, que le SEP diffère significativement selon le niveau de formation, mais qu'il n'est pas associé à la performance scolaire. De plus, les résultats à l'ECEPE sont corrélés avec ceux obtenus par un autre outil mesurant un concept similaire. Les résultats de cette première étude des qualités métrologiques de l'ECEPE permettent de considérer que cet outil évalue de manière fidèle et valide le sentiment d'efficacité personnelle des étudiants en ergothérapie.

La cohérence interne de l'ECEPE chez les étudiants de 1<sup>re</sup> année, avec un alpha de 0,93, est presque trop élevée. En effet, des coefficients alpha de Cronbach entre 0,70 et 0,90 sont habituellement souhaitables. Toutefois, les coefficients alpha par item pour ce groupe d'étudiants se situent pour la plupart (9 sur les 15) dans cette étendue. Les étudiants de 1<sup>re</sup> année sont assez peu confiants en leur efficacité personnelle et ce, quel que soit l'item, conférant ainsi une bonne homogénéité au questionnaire. À l'opposé, le coefficient alpha global chez les étudiants de 4<sup>e</sup> année est dans les limites recherchées (0,78), mais les coefficients par item sont pour la plupart bien en deçà. Ces étudiants sont plus confiants en leur capacité d'exercer leur profession et leurs réponses d'un item à l'autre sont moins homogènes que celles de leurs jeunes collègues, d'où une cohérence interne inférieure. De plus, l'annexe 2 démontre très bien que les coefficients alpha sont très peu influencés par le retrait d'items plus faiblement corrélés avec le score total. Il sera intéressant de poursuivre ce type d'analyse avec les étudiants de niveaux d'étude intermédiaires (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année) pour mieux saisir la cohérence du questionnaire.

L'ECEPE permet de mesurer le SEP d'étudiants de façon stable dans le temps (fidélité test-retest). La différence des coefficients de fidélité entre les deux groupes d'étudiants peut être expliquée par une moins grande variabilité du SEP des étudiants de 4<sup>e</sup> année par rapport à ceux de 1<sup>re</sup> année. En effet, le calcul du coefficient de corrélation intraclasse est très sensible à la variabilité tant intersujet qu'intrasujet (Bravo et Potvin, 1991). La plus grande variabilité des résultats à l'ECEPE obtenus chez les étudiants de 1<sup>re</sup> année est probablement reliée à leurs profils initiaux différents, alors qu'en 4<sup>e</sup> année, cette différence de profil s'est estompée sous l'effet de la formation commune reçue. En effet, les étudiants amorçant leur formation arrivent à l'université avec des bagages de formation antérieure diversifiés, ce qui peut influencer leur SEP (Sitzmann et Yeo, 2013), tandis que la formation reçue dans le programme d'ergothérapie est identique pour tous. Le délai parfois court entre les deux temps de mesure (4 jours) peut avoir contribué aux CCI élevés en raison de la possibilité pour certains étudiants de se rappeler au temps 2 des réponses données lors de la première mesure.

Les résultats à l'ECEPE des finissants démontrent que l'accumulation de connaissances et d'expériences cliniques conduit à un SEP plus élevé, à l'instar de ce que rapportent plusieurs études (Dahl et Hall, 2013 ; Uraz *et al.*, 2013). La différence entre les

résultats obtenus à l'ECEPE par les deux groupes d'étudiants suggère aussi que le SEP se développe de façon logique, c'est-à-dire avec le nombre d'années de formation accumulées (Spek *et al.*, 2013). Toutefois, contrairement aux études de Dahl et Hall (2013) et de Uraz et collègues (2013), le développement continu du SEP n'a pas pu être vérifié, puisque les étudiants des niveaux intermédiaires (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année) n'ont pas été sondés.

Les résultats obtenus à l'ECEPE et au SCQ confirment que les deux outils mesurent un concept similaire, celui du sentiment de confiance des étudiants en ergothérapie, ce qui correspond à l'hypothèse initiale. Chacun des outils a toutefois des visées qui lui sont propres. Ainsi, le SCQ vise à mesurer le sentiment de confiance des étudiants lors de leur stage en ergothérapie. Les items de cet outil sont directement reliés au rôle de stagiaire ; par exemple, il s'intéresse à la relation entre l'étudiant et son superviseur. L'ECEPE, quant à elle, évalue le sentiment de confiance de l'étudiant quant à ses aptitudes à exercer la profession d'ergothérapeute. Les coefficients de corrélation plus faibles chez les étudiants de 4<sup>e</sup> année que chez ceux de 1<sup>re</sup> année pourraient justement permettre de mieux différencier les deux concepts. En effet, les résultats montrent que les étudiants de 1<sup>re</sup> année, qui ont très peu d'expériences pratiques vécues, font peu de distinctions entre le SEP concernant un stage en ergothérapie et celui concernant l'exercice de la profession d'ergothérapeute, les deux étant peu élevés chez ce groupe. Au contraire, les étudiants de 4<sup>e</sup> année, qui ont un plus grand nombre d'expériences vécues dans le domaine de l'ergothérapie, seraient en mesure de mieux distinguer le SEP relatif à la réalisation d'un stage en ergothérapie et le SEP relatif à l'exercice de la profession.

Dans cette étude, aucun lien n'a été démontré entre les notes et le SEP des étudiants. Autrement dit, un étudiant ayant un meilleur SEP quant à l'exercice de la profession d'ergothérapeute n'a pas nécessairement de meilleures notes. À notre connaissance, cette relation entre le SEP des étudiants et les résultats scolaires n'avait pas été étudiée précédemment. Toutefois, des études antérieures (Meral, Colak et Zereyak, 2012 ; Motlagh, Amrai, Yazdani, Abderahim et Souri, 2011) ont démontré une relation significative entre le SEP scolaire, concept différent du SEP concernant la pratique d'une profession, d'un étudiant et sa performance scolaire, soit ses résultats scolaires. D'autres études seront nécessaires pour mieux comprendre le lien entre le SEP et les notes.

Cette étude a permis le développement d'un premier outil francophone mesurant le SEP dans le domaine de la formation des étudiants en ergothérapie. Plusieurs épreuves de validation de l'outil ont été réalisées, augmentant la confiance dans ce nouvel outil. Le taux de participation à l'étude est très bon. Toutefois, le moment de la collecte de données coïncidait avec la période d'examens du 2<sup>e</sup> semestre des participants de 1<sup>re</sup> année, ce qui a pu nuire au taux de participation et expliquerait le nombre inférieur de participants lors de la deuxième passation de l'ECEPE. La version française du Student Confidence Questionnaire n'a pas été validée en raison des ressources et du temps que cela aurait impliqué. Par ailleurs, un biais de désirabilité sociale était possible puisque les participants sont des étudiants en formation ayant le désir de performer. Ce biais potentiel a toutefois été minimisé par l'anonymat du participant rendu possible grâce à l'utilisation du matricule étudiant : aucun lien entre les noms et les matricules ne pouvait être fait par les chercheurs. La taille de l'échantillon pour évaluer le lien entre

les résultats de l'ECEPE et les résultats scolaires n'est pas optimale puisque le calcul s'est basé sur une corrélation différente de 0. Il est ainsi possible que le nombre de participants soit insuffisant pour démontrer un lien significatif. Finalement, les participants proviennent d'une seule université québécoise, ce qui n'est pas nécessairement représentatif de l'ensemble des étudiants en ergothérapie francophones.

## CONCLUSION

La présente étude avait pour objectif de valider empiriquement un nouveau questionnaire visant à mesurer le degré de confiance dans ses aptitudes à exercer la profession d'ergothérapeute, l'ECEPE. Les résultats obtenus ont permis d'examiner la fidélité test-retest et diverses formes de validité de construit. Ils démontrent que, dans sa forme actuelle, l'ECEPE présente des qualités métrologiques suffisamment intéressantes pour être utilisé pour évaluer, chez des étudiants en ergothérapie, l'effet d'une formation sur leur SEP concernant l'exercice de la profession d'ergothérapeute, intérêt à l'origine du développement dudit outil. Il est attendu qu'une meilleure connaissance de l'évolution du SEP concernant l'exercice de la profession d'ergothérapeute des étudiants contribuera à mieux accompagner et soutenir leur développement professionnel en cours de formation. D'autres études seraient pertinentes pour examiner d'autres qualités métrologiques de l'ECEPE (p. ex. la sensibilité au changement et la progression lors des quatre années de formation). Par ailleurs, des études auprès d'ergothérapeutes cliniciens pourront éventuellement être menées pour examiner les liens possibles entre le SEP concernant l'exercice de la profession et d'autres variables comme l'épuisement professionnel ou le bien-être au travail.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Artino, A., Dong, T., DeZee, K., Gilliland, W., Waechter, D., Cruess, D. et Durning, S. (2012). Development and initial validation of a survey to assess students' self-efficacy in medical school. *Military Medicine*, 177(9), 31-37.
- Association canadienne des ergothérapeutes (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. Dans F. Pajares et T. C. Urdan (dir.), *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* (chap. 16, p. 307-337). Greenwich, CT : Information Age Publishing.
- Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck.
- Baron, L. et Morin, L. (2010). The impact of executive coaching on self-efficacy related to management soft-skills. *Leadership & Organization Development Journal*, 31(1), 18-38.
- Bouffard-Bouchard, T., Parent, S. et Larivée, S. (1992). Relation entre le savoir stratégique, l'évaluation de soi et le sentiment d'auto-efficacité, et leur influence dans une tâche de lecture. *Enfance*, 46(1-2), 63-78.
- Bravo, G. et Potvin, L. (1991). Estimating the reliability of continuous measures with Cronbach's alpha or the intraclass correlation coefficient: Toward the integration of two traditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(4-5), 381-390.

- Bush, J. V., Powell, N. J. et Herzberg, G. (1993). Career Self-Efficacy in Occupational Therapy Practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(10), 927-933.
- Chesser-Smyth, P. A. et Long, T. (2012). Understanding the influences on self-confidence among first-year undergraduate nursing students in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 145-157.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating norms and standardized assessment in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290.
- Constantin, E. (2014a). *Conception d'un outil mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à pratiquer la profession d'ergothérapeute. Étape 1 : Planification*. Manuscrit non publié. Université de Sherbrooke.
- Constantin, E. (2014b). *Conception d'un outil mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à pratiquer la profession d'ergothérapeute. Étape 2 : Opérationnalisation*. Manuscrit non publié. Université de Sherbrooke.
- Constantin, E. (2014c). *Conception d'un outil mesurant le sentiment d'efficacité personnelle à pratiquer la profession d'ergothérapeute. Étape 3 : Validation*. Manuscrit non publié. Université de Sherbrooke.
- Constantin, E. (2017). *Sentiment d'auto-efficacité des étudiants en ergothérapie : nouvel outil de mesure*. Affiche présentée au Congrès annuel de l'Association canadienne des ergothérapeutes, 21-24 juin 2017. Charlottetown, ÎPE, Canada.
- Corbière, M. et Fraccaroli, F. (2014). La conception, la validation, la traduction et l'adaptation transculturelle d'outils de mesure : des exemples en santé mentale et travail, chap. 24, dans Corbière, M. Larivière, N (dir.) *Méthodes qualitative, quantitative et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec, pp. 577-623.
- Dahl, J. R. et Hall, A. M. (2013). A scale to measure pharmacy student's self-efficacy in performing medication therapy management services. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 77(9).
- Davis, C. H. (2014). *Teacher Self-Efficacy and Cultural Proficiency: Program Evaluation for EL MAR Professional Development* (Ed.D.). Walden University, Minnesota, États-Unis.
- Derdall, M., Olson, P., Janzen, W. et Warren, S. (2002). Development of a questionnaire to examine confidence of occupational therapy students during fieldwork experiences. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 49-56.
- Donner, M. et Eliasziw, M. (1987). Sample size requirements for reliability studies. *Statistics in Medicine*, 6, 441-448.
- Hecimovich, M. et Volet, S. (2011). Development of professional confidence in health education: Research evidence of the impact of guided practice into the profession. *Health Education*, 3, 177.
- Kennedy, E. P. (2013). *The Nursing Competence Self-Efficacy Scale: An Instrument Development and Psychometric Assessment Study*. Consulté à <http://dalspace.library.dal.ca/handle/10222/27969>
- Kitching, J., Cassidy, S., Eachus, P. et Hogg, P. (2011). Creating and validating self-efficacy scales for students. *Radiologic Technology*, 83(1), 10-19.
- Lefevre, G., Garcia, A. et Namolovan, L. (2011). Les indicateurs de développement professionnel. *Questions vives*, 5(11), 277-314.
- Lorenz, R., Davis, D. L. et Gregory, R. P. (2000). Utility of a brief self-efficacy scale in clinical training program evaluation. *Evaluation & the Health Professions*, 23(2), 182-193.
- Machin, D., Campbell, M., Fayes, P. et Pinil, A. (1997). *Sample Size Tables for Clinical Studies*. 2<sup>e</sup> éd. Oxford : Blackwell Science Ltd.
- Marcel, J.-F. (2009). Le Sentiment d'Efficacité Professionnelle, un indicateur pour connaître le développement professionnel des « nouveaux » professeurs de l'enseignement agricole français. *Questions vives*, 5(11), 161-176.
- Melchert, T. P., Hays, V. L., Wiljanen, L. M. et Kolocek, A. K. (1996). Testing models of counselor development with a measure of counseling self-efficacy. *Journal of Counseling & Development*, 74(6), 640-644.

- Meral, M., Colak, E. et Zereyak, E. (2012). The relationship between self-efficacy and academic performance. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 46, 1143-1146.
- Motlagh, S. E., Amrai, K., Yazdani, M. J., Abderahim, H. A. et Sourai, H. (2011). The relationship between self-efficacy and academic achievement in high school students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 15(3rd World Conference on Educational Sciences – 2011), 765-768.
- Norgaard, B., Ammentorp, J., Kyvik, K. O. et Kofoed, P.-E. (2012). Communication skills training increases self-efficacy of health care professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(2), 90-97.
- Oethker-Black, S. L., Kreye, J., Underwood, S., Price, A. et DeMetro, N. (2014) Psychometric evaluation of the Clinical Skills Self-Efficacy Scale. *Nursing Education Perspectives*, 35(4), 253-256.
- Opacic, D. A. (2001). *The Relationship between Self-Efficacy, Outcome Expectation, Outcome Values and Physician Assistant Students' Clinical Performance: A Comparison to the Relationship with Traditional Academic Variables* (Ed.D.). Duquesne University, Pennsylvanie, États-Unis. Consulté à <https://search-proquest-com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/276208710/abstract/A08F7C0774A34643PQ/1>
- Payakachat, N., Gubbins, P. O., Ragland, D., Flowers, S. K. et Stowe, C. D. (2014). Factors associated with health-related quality of life of student pharmacists. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 78(1), 7.
- Piot, T. (2009). Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ? *Questions vives*, 5(11), 259-275.
- Robb, M. (2012). Self-efficacy with application to nursing education: A concept analysis. *Nursing Forum*, 47(3), 166-172.
- Semple-Dormer, Y. E. (2012). *The Role of Self-Efficacy and the Effects of Online Professional Development on the Competence of School-Based Occupational Therapists* (Ed.D.). University of Massachusetts Boston, Massachusetts, États-Unis. Consulté à <https://search-proquest-com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/1022640073/abstract/8391ED3B528D4FCDPQ/1>
- Shrout, P. E. et Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420-428.
- Sitzmann, T. et Yeo, G. (2013). A meta-analytic investigation of the within-person self-efficacy domain: Is self-efficacy a product of past performance or a driver of future performance? *Personnel Psychology*, 66(3), 531-568.
- Spek, B., Wieringa-de Waard, M., Lucas, C. et Van Dijk, N. (2013). Competent in evidence-based practice (EBP): Validation of a measurement tool that measures EBP self-efficacy and task value in speech-language therapy students. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(4), 453-457.
- Stump, G. S., Husman, J. et Brem, S. K. (2012). The Nursing Student Self-Efficacy Scale: Development using item response theory. *Nursing Research*, 61(3), 149-158.
- Townsend, L. et Scanlan, J. M. (2011). Self-efficacy related to student nurses in the clinical setting: A concept analysis. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8(1), 1-15.
- Tschannen-Moran, M. et Hoy, A. W. (2001). Teacher efficacy: Capturing an elusive construct. *Teaching and Teacher Education*, 17, 783-805.
- Uraz, A., Sezgin Tocak, Y., Yozgathgil, C., Cetiner, S. et Bal, B. (2013). Psychological well-being, health, and stress source in Turkish dental students. *Journal of Dental Education*, 77(10), 1345-1355.
- Utsey, C. J. (2006). *Differences in Motivational Beliefs and Learning Strategies of Physical Therapist Students in Classroom and Clinical Settings* (Ph.D.). University of Houston, Texas, États-Unis. Consulté à <https://search-proquest-com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/305325750/abstract/41231ACC8C0F4A24PQ/1>
- Watters, C., Reedy, G., Ross, A., Morgan, N. J., Handlip, R. et Jaye, P. (2015). Does interprofessional simulation increase self-efficacy: a comparative study. *BMJ Open*, 5(1), e005472.

## ANNEXE 1

### Items de l'Échelle de confiance à exercer la profession d'ergothérapeute (ECEPE)

1. Présentement, je me sens capable de procéder à une évaluation de la participation et du rendement occupationnel d'un client, même dans des situations complexes (p. ex. problèmes multiples, situation hors du commun, etc.).
2. Présentement, je me sens en mesure de démontrer un raisonnement clinique permettant d'intervenir adéquatement en ergothérapie, même dans des situations complexes (p. ex. problèmes multiples, situation hors du commun, etc.).
3. Présentement, je me sens en mesure d'utiliser l'occupation de façon judicieuse lors de mes interventions en ergothérapie.
4. Présentement, je me sens capable d'établir et de maintenir des relations thérapeutiques, même dans des situations considérées comme difficiles (p. ex. émotions intenses, conflits interpersonnels, situation de crise, etc.).
5. Présentement, je me sens en mesure de rédiger des documents professionnels (p. ex. rapports, notes, etc.) avec précision et rigueur.
6. Présentement, je me sens capable d'intervenir en ergothérapie auprès de personnes de cultures ou de perspectives (points de vue) différentes des miennes.
7. Présentement, je me sens en mesure de travailler en équipe, même dans des contextes considérés comme difficiles (p. ex. conflits de valeurs, divergence d'opinions, etc.).
8. Présentement, je me sens capable de gérer et de résoudre des conflits interpersonnels.
9. Présentement, je me sens capable de planifier et d'organiser mon travail d'ergothérapeute.
10. Présentement, je me sens en mesure de faire la promotion de la santé et du bien-être des populations via l'occupation.
11. Présentement, je me sens capable de consulter et de critiquer différentes sources d'informations (p. ex. articles scientifiques, sites web, forums, ouvrages de référence, etc.) afin d'appuyer mes décisions lorsque je pratique l'ergothérapie.
12. Présentement, je me sens capable de transmettre des nouvelles connaissances concernant la pratique de l'ergothérapie.
13. Présentement, je me sens en mesure de pratiquer l'ergothérapie en respectant les principes éthiques.
14. À ce jour, je me sens globalement en mesure de pratiquer l'ergothérapie de manière compétente.
15. À ce jour, je me sens globalement capable d'agir à titre d'expert en ergothérapie.

## ANNEXE 2

### Coefficients de Cronbach par item

Item	Première année		Quatrième année	
	Avec score total	Item enlevé	Avec score total	Item enlevé
1	0,678	0,757	0,536	0,709
2	0,773	0,752	0,654	0,707
3	0,767	0,749	0,536	0,711
4	0,881	0,748	0,365	0,718
5	0,590	0,755	0,433	0,714
6	0,795	0,744	0,280	0,723
7	0,693	0,747	0,490	0,712
8	0,620	0,750	0,497	0,710
9	0,840	0,744	0,506	0,712
10	0,808	0,745	0,605	0,703
11	0,558	0,753	0,267	0,723
12	0,810	0,747	0,599	0,707
13	0,774	0,741	0,379	0,720
14	0,761	0,756	0,747	0,702
15	0,643	0,757	0,617	0,706