

Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie



www.rfre.org

ISSN : 2297-0533

Avec le soutien de



SOMMAIRE

Éditorial

- Soutenir l'avancement de la justice occupationnelle par des considérations de justice épistémique** 3-7
Marie-Josée Drolet, Gail Whiteford
-

Articles de recherche

- Le déploiement des compétences en téléadaptation en contexte de pandémie de COVID-19 : le vécu des ergothérapeutes du Québec** 9-32
Noémie Bonin, Émilie Racette, Perrine Vermeulen, Aliko Thomas, Joseph Omer Dyer, Marie-Christine Hallé, Marjorie Gingras, Anne Mingant, Manon Parisien, Annie Rochette
- Les facteurs influençant la satisfaction et l'insatisfaction au travail des ergothérapeutes : une revue de portée** 33-86
Marie-Eve Bossé, Chloé Boulay, Ariane Bureau, Émilie Lemelin-Noël, Andrew Freeman
-

Lu / Vu pour vous

- L'article The Coin Model of privilege and critical allyship: implications for health** 87-91
Marie-Josée Drolet
-

Résumés du JOS

- Léa Nussbaumer 93-95
-



SOUTENIR L'AVANCEMENT DE LA JUSTICE OCCUPATIONNELLE PAR DES CONSIDÉRATIONS DE JUSTICE ÉPISTÉMIQUE

La thèse au fondement de cet éditorial est très simple. Il se peut fort bien que vous ayez déjà eu cette idée qui n'est finalement peut-être pas très originale. Il se peut également que cette thèse vous soit évidente depuis très longtemps. En ce qui nous concerne, celle-ci ne nous est apparue que récemment, à tout le moins dans sa forme et sa conceptualisation actuelle. Et cela, à force de réfléchir aux conditions qui rendent possible la justice occupationnelle, c'est-à-dire aux conditions qui doivent être mises en place pour en soutenir le respect. Cette thèse s'énonce ainsi : pour que l'ergothérapeute soit véritablement en mesure de faire avancer la justice occupationnelle et donc de soutenir les transformations sociales nécessaires à l'établissement d'un monde, de sociétés et d'organisations plus justes sur le plan occupationnel, nous sommes d'avis que celui-ci ou celle-ci doit préalablement avoir des préoccupations de justice épistémique, car le respect de la justice épistémique est une condition nécessaire au respect de la justice occupationnelle. Nous expliquerons plus loin ce que nous entendons par justice occupationnelle et justice épistémique.

Depuis que Ann Wilcock (1998) a conçu le concept de justice occupationnelle, en prenant appui sur la pensée de nombreux philosophes, incluant John Stuart Mill, Karl Marx et John Rawls, les écrits sur cette vision unique et singulière de la justice et les différents visages de l'injustice occupationnelle se multiplient (ex. Durocher, 2017; Durocher *et al.*, 2014; Gupta, 2016; Hocking, 2017; Larivière *et al.*, 2019; Stadnyck *et al.*, 2010; Townsend et Marval, 2013; Whiteford et Townsend, 2010). Bien qu'il n'existe pas à ce jour une définition universellement partagée et acceptée de cette vision occupationnelle de la justice (Hammell, 2017) ni de typologie claire et rigoureusement conçue des divers types d'injustices occupationnelles, il n'en demeure pas moins que la justice occupationnelle demeure un concept axiologique¹ phare de la profession d'ergothérapeute (Drolet, 2014). Elle constitue en effet une valeur inspirante et puissante au cœur de la vision éthique de l'ergothérapie (Drolet et Ruest, 2021) qui a le potentiel de faire de l'ergothérapeute un-e agent-e de changement social positif pouvant contribuer à renverser les injustices qui, encore de nos jours, caractérisent trop souvent la manière dont nos institutions sociales fonctionnent.

¹ L'axiologie est la science des valeurs.

Dans cet éditorial, nous considérons que la justice occupationnelle peut être définie comme une valeur ou encore un principe éthique qui reconnaît (par-delà les différences qui se présentent de fait entre les personnes) et promeut le droit de toute personne (peu importe ses caractéristiques) d'accéder de manière équitable à des conditions de vie lui permettant de s'engager dans des activités variées et porteuses de sens pour elle, lesquelles sont susceptibles de contribuer à sa santé, son bien-être et son inclusion sociale (Larivière *et al.*, 2019).

Comme spécifié plus haut, pour que l'ergothérapeute soit en mesure de travailler à l'établissement d'un monde, de sociétés et d'organisations plus justes sur le plan occupationnel, nous considérons qu'elle ou il doit d'abord mettre en place des espaces de justice épistémique (Fricker, 2007). Autrement dit, nous sommes d'avis que si nos sociétés et nos organisations sociales sont encore de nos jours injustes à maints égards, c'est parce que subsistent des injustices épistémiques entre les personnes et que ces injustices sont à la base de toutes les autres injustices sociales, incluant celles qui sont occupationnelles.

Mais qu'est-ce qu'une injustice épistémique? Le concept peut sembler complexe, mais en réalité il n'en est rien. C'est la philosophe britannique Amanda Fricker (2007) qui a popularisé le concept d'injustice épistémique, prenant appui sur les nombreuses revendications et expériences de femmes, de personnes et de communautés marginalisées. Dans son excellent ouvrage, Fricker explique qu'une injustice épistémique en est une reliée à la production et l'application des connaissances (*episteme* étant la racine grecque du mot *connaissance*).

Bien qu'il existe plusieurs types d'injustices épistémiques, Fricker en distingue deux principaux dans son ouvrage : l'injustice testimoniale et l'injustice herméneutique. Elle explique qu'une injustice testimoniale correspond au fait pour une personne d'être indûment privée de crédibilité en raison de caractéristiques qui lui sont propres (ex. son âge, son sexe, son identité de genre, son groupe ethnique, sa classe sociale, son orientation sexuelle, son handicap, sa religion, etc.). Pour donner un exemple concret, il y a injustice épistémique de nature testimoniale lorsqu'une équipe professionnelle donne peu de crédibilité et de valeur à la parole d'un·e client·e en raison de la présence d'un trouble cognitif, mental ou de consommation ou encore en raison de sa neurodiversité. Un autre exemple pourrait être le suivant : il y a injustice épistémique de nature testimoniale lorsqu'une équipe professionnelle ne donne de crédibilité qu'aux parents d'un enfant sans considérer la parole de ce dernier, qu'à la parole du mari sans considérer celle de son épouse, ou qu'à la parole de la famille sans considérer celle de la personne aînée.

Pour sa part, une injustice herméneutique correspond au fait pour une personne d'être privée de connaissances à même de rendre justice à ses expériences. Par exemple, plusieurs personnes ont vécu du racisme avant que le mot « racisme » ne soit créé. Or ces personnes vivaient des expériences racistes sans pouvoir mettre de mots dessus. Il leur était dès lors difficile de les expliquer. Simone de Beauvoir a formulé pour la toute première fois le concept d'âgisme alors que cette réalité sociale existait depuis un moment déjà. Les personnes âgées étant à cette époque exclues de la production des connaissances, elles ne pouvaient pas participer à la conception de nouvelles connaissances. Un autre exemple est celui des femmes. Ces dernières ont été longtemps

exclues de la production des connaissances. Ainsi, plusieurs réalités vécues par elles étaient invisibilisées par les connaissances existantes. Cependant, à partir du moment où les perceptions des personnes en marge sont mises en lumière, de nouvelles connaissances émergent, incluant de nouveaux concepts qui rendent dès lors justice à leurs expériences. Mais avant que le concept ne soit créé, il peut être difficile pour elles de rendre compte de certaines de leurs expériences (ex. la ménopause et le viol, incluant le viol conjugal, sont des concepts récents, alors que ce sont des expériences vécues depuis longtemps par un grand nombre de femmes).

Comme l'indique Fricker (2007), pour qu'une personne soit en mesure de rendre compte des expériences qu'elle vit et que ces dernières puissent éventuellement contribuer au développement des connaissances, elle doit être considérée comme une agente épistémique crédible et ses expériences doivent être estimées comme valables, pertinentes et importantes. Or, la plupart des personnes avec lesquelles l'ergothérapeute travaille dans son quotidien sont susceptibles d'être affectées par des injustices structurelles (Young, 1990), voire des systèmes d'oppression tels que l'âgisme², le capacitisme³, le classicisme⁴, la grossophobie⁵, l'hétérosexisme⁶, le racisme⁷, le sexisme⁸ et la transphobie⁹, pour ne donner que ces exemples. Étant donné que ces systèmes d'oppression traversent nos sociétés et nos organisations sociales, il n'est pas exclu que l'ergothérapeute perpétue, à son insu et, paradoxalement, en toute bienveillance, des pratiques discriminatoires et stigmatisantes. Autrement dit, en dépit de son désir d'être un·e agent·e de changement social travaillant à la justice occupationnelle, il se peut que l'ergothérapeute reconduise, dans ses pratiques professionnelles, les systèmes d'oppression qui, encore de nos jours, dévaluent injustement certaines personnes, tout en privilégiant d'autres (Nixon, 2017).

Pour éviter que de telles situations se produisent, nous estimons que l'ergothérapeute aura avantage à penser d'abord à la justice épistémique avant de s'engager dans des démarches visant plus de justice occupationnelle. Qu'est-ce que cela signifie concrètement? Simplement que l'ergothérapeute aura intérêt à donner la parole aux personnes qui sont directement touchées par des injustices occupationnelles et à valoriser celle-ci (justice testimoniale) afin de mieux comprendre leurs expériences et leurs perspectives afin de les mettre en lumière (justice herméneutique), plutôt que de présumer, possiblement à tort, quels sont leurs besoins occupationnels et de prendre la parole pour elles en leur nom, sans leur entière et pleine participation. Cela implique,

² Discrimination inique fondée sur l'âge, généralement l'âge avancé.

³ Discrimination inique fondée sur la capacité, généralement le handicap.

⁴ Discrimination inique fondée sur la classe sociale, généralement la pauvreté.

⁵ Discrimination inique fondée sur le poids, généralement l'obésité d'une personne.

⁶ Discrimination inique fondée sur l'orientation sexuelle, généralement l'orientation non hétérosexuelle.

⁷ Discrimination inique fondée sur la race, généralement la race noire.

⁸ Discrimination inique fondée sur le sexe, généralement le sexe féminin.

⁹ Discrimination inique fondée sur le fait qu'une personne soit transgenre, c'est-à-dire que son identité de genre est distincte de son sexe.

en d'autres mots, pour les clinicien·ne·s de ne jamais entreprendre d'activités de défense des droits sans avoir au préalable donné la parole aux personnes concernées, compris leurs besoins occupationnels et identifié avec elles des stratégies afin de faire avancer leurs droits occupationnels, si tel est leur choix et leur volonté. Cela implique aussi pour les chercheur·e·s de réaliser des projets de recherche coconçus, coconstruits et codirigés par et avec les personnes et les populations touchées, plutôt que de réaliser des recherches sur et pour les personnes et populations. Comme le résume bien le dicton populaire, « rien sans moi pour moi ».

Nous savons depuis longtemps en ergothérapie que l'approche centrée sur la personne est importante, mais il nous apparaît tout aussi important de mettre en exergue le fait que toute personne, incluant l'ergothérapeute, est porteuse de biais implicites potentiellement préjudiciables (Désormeaux-Moreau et Drolet, 2023; Whiteford, 2020), de sorte qu'elle doit reconnaître et gérer adéquatement ces biais pour éviter de reproduire au sein de ses équipes et dans ses pratiques les systèmes oppressifs qui traversent nos organisations sociales et, par extension, la profession.

De fait, nous estimons que l'un des défis contemporains importants de l'ergothérapeute est d'éviter de devenir un « fonctionnaire ou un agent de l'État » (Drolet, 2020), c'est-à-dire un acteur social qui est aveugle aux systèmes d'oppression et les reproduit, plutôt que de les combattre. Dans son désir de bien servir l'État, l'ergothérapeute peut avoir tendance à opter pour une posture complaisante à l'égard de l'État, voire de sa société, plutôt que pour une posture critique à l'affût des systèmes oppressifs qui perpétuent les systèmes d'iniquités, les inégalités et les injustices.

Comme chacun de nous, tout ergothérapeute est soucieux de s'adapter à son milieu et de respecter les normes au sein de son organisation, mais cela devient un problème lorsque cette volonté s'exprime au détriment du respect des droits de la personne les plus fondamentaux, incluant le droit au respect et à la dignité ainsi qu'à l'autodétermination. Car, à notre insu, il est possible de respecter des normes organisationnelles et sociales en pensant bien faire alors même qu'elles sont discriminatoires, dévalorisantes, oppressives et violentes pour certaines personnes différentes, en marge, précisément parce que ces normes ont été conçues pour répondre aux besoins d'autres personnes privilégié·e·s, dont l'ergothérapeute fait souvent partie. Ce faisant, l'ergothérapeute est susceptible d'être porteur d'aveuglement éthique (Drolet et Ruest, 2021; Whiteford, 2020).

Nous estimons donc que l'une des conditions pour réussir à faire avancer la justice occupationnelle est le respect de la justice épistémique, que celle-ci soit de nature testimoniale ou herméneutique. Car aucun·e ergothérapeute ne saurait ni ne devrait parler pour les client·e·s (injustice testimoniale) ni présumer que ses connaissances, valeurs et croyances correspondent à leurs expériences et réalités (injustice herméneutique). Respecter la justice épistémique implique de mettre en place au sein de son organisation et de ses pratiques des espaces de justice épistémique, laquelle présuppose l'adoption d'une humilité épistémique fondamentale. Si l'ergothérapeute peut être considéré·e comme un·e expert·e, il ou elle ne saura jamais être l'expert·e de la condition de la personne accompagnée, car seule celle-ci détient

cette expertise. Telle est, en toute humilité, l'idée qui nous est venue ces dernières années en réfléchissant aux manières dont notre profession peut promouvoir la justice occupationnelle au quotidien. Nous espérons que cette idée pourra faire avancer la vision de la justice occupationnelle au sein de notre profession.

Marie-Josée Drolet, professeure titulaire, Département d'ergothérapie,
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), Canada

Gail Whiteford, professeure retraitée de Charles Stuart University, Port
Macquarie, Australie

RÉFÉRENCES

- Désormeaux-Moreau, M. et Drolet, M.-J. (2023). Le piège des biais implicites préjudiciables: comment les éviter pour assurer la pertinence de l'évaluation ergothérapique (p. 123-146). Dans Julie Criquillon-Ruiz, Fanny Soum-Pouyalet et Sylvie Tétreault (dir.), *L'évaluation en ergothérapie. Concepts, méthodologie et application*. Éditeur De Boeck Supérieur.
- Drolet, M.-J. (2014). The axiological ontology of occupational therapy: A philosophical analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 2-10.
- Drolet, M.-J. (2020). Conflits de loyautés multiples en ergothérapie : quatre défis contemporains de l'ergothérapeute (p. 39-77). Dans J. Centeno, L. Bégin et L. Langlois (dir.), *Les loyautés multiples : Mal-être au travail et enjeux éthiques* (tome 2). Groupe Nota Bene.
- Drolet, M.-J., et Ruest, M. (2021). *De l'éthique à l'ergothérapie : un cadre théorique et une méthode pour soutenir la pratique professionnelle*. Presses de l'Université du Québec, 296 p.
- Durocher, E. (2017). Occupational justice: A fine balance for occupational therapists. Dans D. Sakellariou et N. Pollard (éd.), *Occupational therapies without borders. Integrating justice with practice*, 2^e édition (p. 8-18). Elsevier.
- Durocher, E., Gibson, B. E. et Rappolt, S. (2014). Occupational justice: A conceptual review. *Journal of Occupational Science*, 21(4), 418-430.
- Fricker, A. (2007). Epistemic injustice. Power and the ethics of knowing. Oxford Scholarship Online.
- Gupta, J. (2016). Mapping the evolving ideas of occupational justice: a critical analysis. *Occupation, Participation and Health*, 36(4), 179-194.
- Hocking, C. (2017). Occupational justice as social justice: The moral claim for inclusion. *Journal of Occupational Science*, 24(1), 29-42.
- Larivière, N., Drolet, M.-J., et Jasmin, E. (2019). La justice sociale et occupationnelle (p. 123-153). Dans E. Jasmin (dir.), *Des sciences sociales à l'ergothérapie. Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation*. Les Presses de l'Université du Québec.
- Nixon, S. A. (2019). The coin model of privilege and critical allyship: implications for health. *BMC Public Health*, 19(1), 1637.
- Stadnyck, R., Townsend, E., et Wilcock, A. (2010). Occupational Justice. Dans C.H. Christiansen et E. Townsend (éd.), *Introduction to occupation: The art and science of living* (2^e édition, p. 329-358). Pearson Education.
- Townsend, E. A. et Marval, R. (2013). Can professionals actually enable occupational justice? *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 21(2), 215-228.
- Whiteford, G. et Townsend, E. (2011). Participatory Occupational Justice Framework (POJF 2010): Enabling occupational participation and inclusion. Dans F. Kronenberg, N. Pollard et D. Sakellariou (éd.), *Occupational therapies without borders: Towards an ecology of occupation-based practices* (vol. 2, p. 65-84). Elsevier.
- Wilcock, A. A. (1998). *An occupational perspective of health*. Slack.
- Young, I. M. (1990). *Justice and the politics of difference*. Princeton University Press.



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.

Figure 1 : Illustration des thèmes et sous-thèmes et de leurs interactions

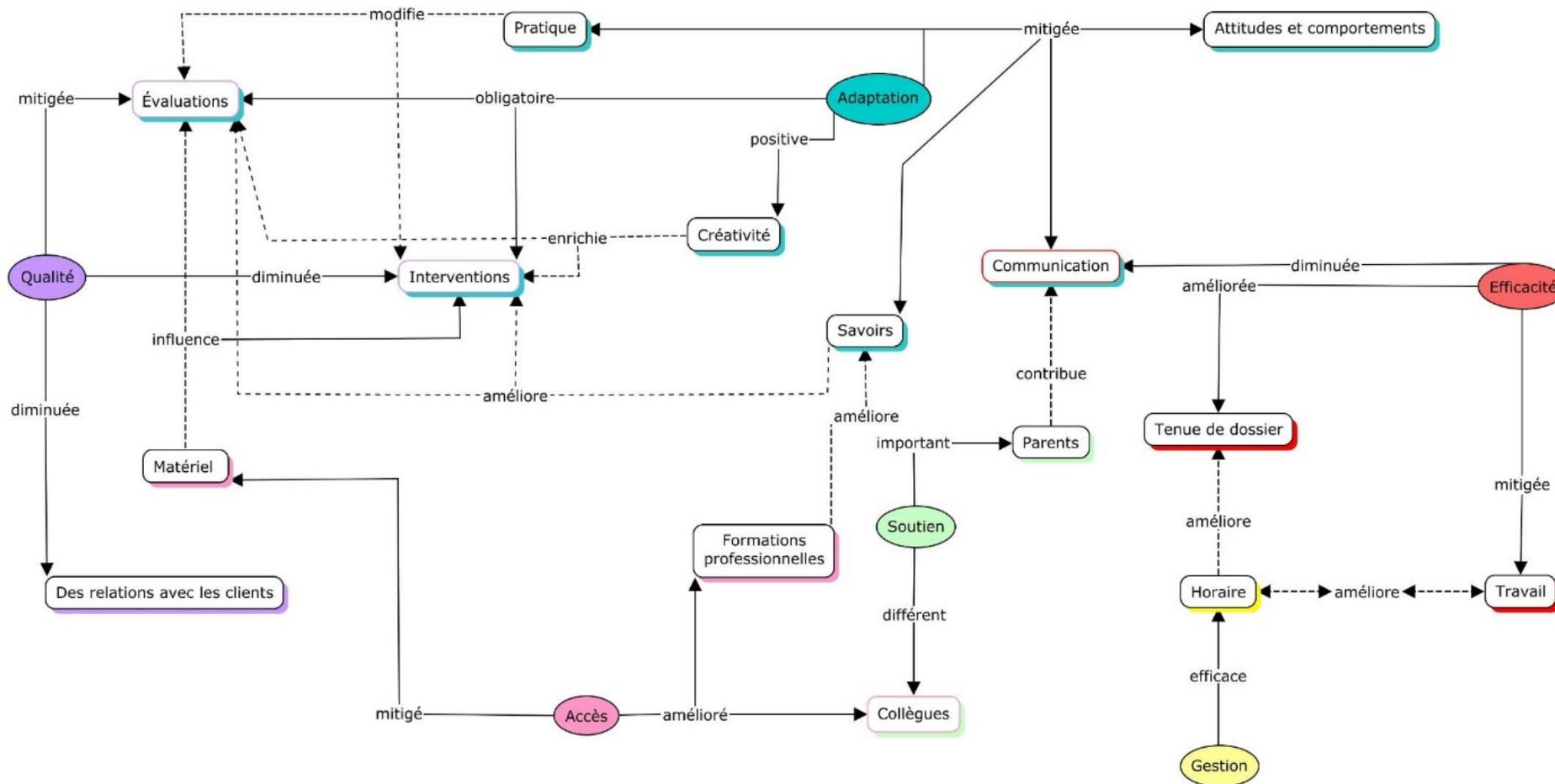


Tableau 3 – Résumé des facilitateurs et des obstacles perçus par les ergothérapeutes (n = 11) en situation de téléadaptation et qui ont impacté le déploiement de leurs compétences

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>		
<p>2.3 Des interventions</p>		
		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. Soutien	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 téléadaptation 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 téléadaptation] 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, J.O., Hallé, M.C., 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.



LES FACTEURS INFLUENÇANT LA SATISFACTION ET L'INSATISFACTION AU TRAVAIL DES ERGOTHÉRAPEUTES : UNE REVUE DE PORTÉE

Marie-Eve Bossé¹, Chloé Boulay¹, Ariane Bureau¹,
Émilie Lemelin-Noël¹, Andrew Freeman²

¹ Ergothérapeute diplômée à la maîtrise en ergothérapie, École des sciences de la réadaptation, Université Laval (Canada).

² Ergothérapeute, Ph. D., professeur agrégé, École des sciences en réadaptation, Université Laval, chercheur au VITAM : Centre de recherche en santé durable, Québec (Canada).

Adresse de contact : bossemarieeve@gmail.com

Reçu le 01.12.2023 – 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.v10n2.5969

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



RÉSUMÉ

Introduction. La satisfaction au travail est un élément essentiel pour favoriser la rétention du personnel à long terme. Au cours des prochaines années, avec le vieillissement de la population entre autres, cette rétention sera primordiale pour les professionnels de la santé, incluant les ergothérapeutes. Ainsi, il est important de s'attarder à leur satisfaction au travail afin qu'ils demeurent en poste et que les clients continuent de recevoir les services de réadaptation dont ils ont besoin.

Objectifs. Cette revue de portée vise à documenter les facteurs associés à la satisfaction et à l'insatisfaction au travail des ergothérapeutes.

Méthodes. Cette étude se base sur les étapes suggérées par Arksey et O'Malley (2005). Les bases de données MEDLINE, CINAHL et PsycINFO ont été utilisées pour la recension de la littérature scientifique et de la littérature grise. Les données des études incluses ont été extraites par deux évaluateuses de manière indépendante, puis vérifiées par l'ensemble des auteurs. Une analyse thématique a ensuite été réalisée.

Résultats. Les données de 28 études ont été extraites. Six thèmes en lien avec la satisfaction et l'insatisfaction au travail des ergothérapeutes sont ressortis, soit les conditions de travail, les relations avec les membres de l'organisation, l'autonomie professionnelle, la reconnaissance, la clientèle ainsi que les caractéristiques personnelles de l'ergothérapeute.

Conclusion. Divers facteurs contribuant à la satisfaction et à l'insatisfaction au travail des ergothérapeutes ont été identifiés à partir desquels des recommandations ont été fournies pour favoriser leur satisfaction ainsi que la rétention au travail.

MOTS-CLÉS

Ergothérapeute, Ergothérapie, Satisfaction au travail, Insatisfaction au travail

FACTORS INFLUENCING JOB SATISFACTION AND DISSATISFACTION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS: A SCOPING REVIEW

Introduction. Job satisfaction is a key factor in long-term staff retention. Over the next few years, as the population ages, among other reasons, job retention will be crucial for healthcare professionals, including occupational therapists. It is therefore important to focus on their job satisfaction to ensure that they remain in their jobs, and that clients continue to receive the rehabilitation services they need.

Objectives. The aim of this scoping review was to document the factors associated with job satisfaction and dissatisfaction among occupational therapists.

Method. This study followed the steps proposed by Arksey et O'Malley (2005). The databases MEDLINE, CINAHL and PsychINFO were used to identify the scientific and gray literature. Data from the included studies were independently extracted by two reviewers and verified by all the authors. A thematic analysis was subsequently carried out.

Results/Discussion. Data from 28 studies were extracted. Six themes related to occupational therapists' job satisfaction and dissatisfaction emerged: working conditions, relations with members of the organization, professional autonomy, recognition, clientele and the personal characteristics of the occupational therapist.

Conclusion. Various factors contributing to occupational therapists' job satisfaction and dissatisfaction were identified, and recommendations provided to promote job satisfaction and retention.

KEYWORDS

Occupational therapist, Occupational therapy, Job satisfaction, Job dissatisfaction

INTRODUCTION

À l'heure actuelle, il est essentiel que les professionnels de la santé demeurent en poste afin de permettre au système de santé de disposer de ressources humaines suffisantes pour traiter adéquatement la demande globale de services. De plus, cette demande tendra à croître au cours des prochaines années, entre autres en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques à l'échelle planétaire, ainsi que du nombre de personnes ayant un déclin fonctionnel (Heinemann *et al.*, 2020; Frontera *et al.*, 2023; Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2022; Statistique Canada, 2022b; World Health Organization (WHO), 2016). Une hausse du nombre de professionnels, dont les ergothérapeutes, sera donc nécessaire, vu leur contribution unique dans le domaine de la réadaptation (Heinemann *et al.*, 2020).

Pour ces raisons, la rétention du personnel est importante afin de limiter les bris de services en santé. Si la tendance actuelle se maintient en ce qui a trait aux postes vacants dans les soins de santé (Statistique Canada, 2022b), la difficulté à recruter de nouveaux employés pourrait continuer d'augmenter. De plus, le roulement du personnel est coûteux pour le système de santé, qui doit mettre davantage de ressources pour, par exemple, promouvoir les postes vacants, faire du recrutement, sélectionner et former les nouveaux employés, etc. (Jones, 2004; O'Brien-Pallas *et al.*, 2006).

L'insatisfaction au travail ressort inévitablement parmi les éléments qui expliquent que les professionnels de la santé quittent leur poste, et ce, peu importe leur domaine (Statistique Canada, 2022a). De plus, les personnes en épuisement professionnel ou insatisfaites par leur emploi ont plus de risque de commettre des erreurs et sont moins présentes pour les besoins de leurs clients (Aiken *et al.*, 2012). Ainsi, pour qu'une personne choisisse de conserver son poste, il faut que les éléments favorisant la satisfaction au travail surpassent les éléments défavorables (Scanlan et Still, 2013). En effet, la satisfaction au travail est reconnue comme le facteur réduisant au maximum le roulement de personnel (Kinjerski et Skrypnek, 2008; Lambert *et al.*, 2001).

Il est donc clair que la satisfaction au travail des professionnels de la santé est importante, puisqu'elle est associée à une rétention du personnel (Kinjerski et Skrypnek, 2008; Lambert *et al.*, 2001). Les écrits ne s'entendent pas actuellement sur la définition précise de la satisfaction au travail. D'un côté, certains auteurs la définissent comme étant la mesure selon laquelle les gens aiment leur emploi. En d'autres termes, il s'agit d'une évaluation subjective que le travailleur fait de son travail dans sa totalité ou en fonction de ses différents attributs (Fernandez-Macias et Muñoz de Bustillo Llorente, 2014). De l'autre, la satisfaction au travail peut être appréhendée selon deux facteurs, soit les facteurs intrinsèques, qui incluent l'autonomie perçue et l'estime de soi, ainsi que les facteurs extrinsèques, qui comprennent, par exemple, le salaire et les relations sociales (Jacobs, 1994). Dans le cadre de ce travail, la définition de Fernandez-Macias et Muñoz de Bustillo Llorente (2014) a été prise en considération.

Chez les ergothérapeutes, selon les résultats d'un sondage réalisé en 2009 par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), 14 % des répondants exprimaient l'intention de quitter leur emploi et leur taux de satisfaction au travail se situait entre 50 et 60 %. Toutefois, malgré cette découverte et d'autres similaires, dans l'état actuel des connaissances sur la satisfaction au travail des ergothérapeutes, il n'existe que peu ou pas d'études s'attardant aux facteurs qui influencent celle-ci, à l'exception d'une récente revue systématique de Mertala *et al.* (2022). Les principaux résultats de celle-ci démontrent que des facteurs intrapersonnels (bonnes compétences cliniques, formation continue, efforts fournis et satisfaction personnelle due aux récompenses), interpersonnels (présence d'un mentor fort, soutien social, rétroaction, approche pédagogique) et extrapersonnels (responsabilités et demandes cognitives des employés, récompenses, reconnaissance et rémunération) sont liés à la satisfaction au travail. Ces résultats ne sont toutefois pas exhaustifs puisque l'étude inclut seulement des articles à devis quantitatif qui n'abordent pas les facteurs associés à l'insatisfaction au travail.

Ainsi, il est nécessaire de s'attarder aux éléments pouvant influencer la satisfaction au travail afin d'amorcer une réflexion sur des pistes de solutions qui pourraient être utilisées pour augmenter cette satisfaction, et dans un deuxième temps, favoriser la rétention du personnel pour les années à venir. Cette recherche vise donc à documenter les écrits scientifiques ainsi que la littérature grise portant sur les facteurs impactant la satisfaction et l'insatisfaction au travail des ergothérapeutes.

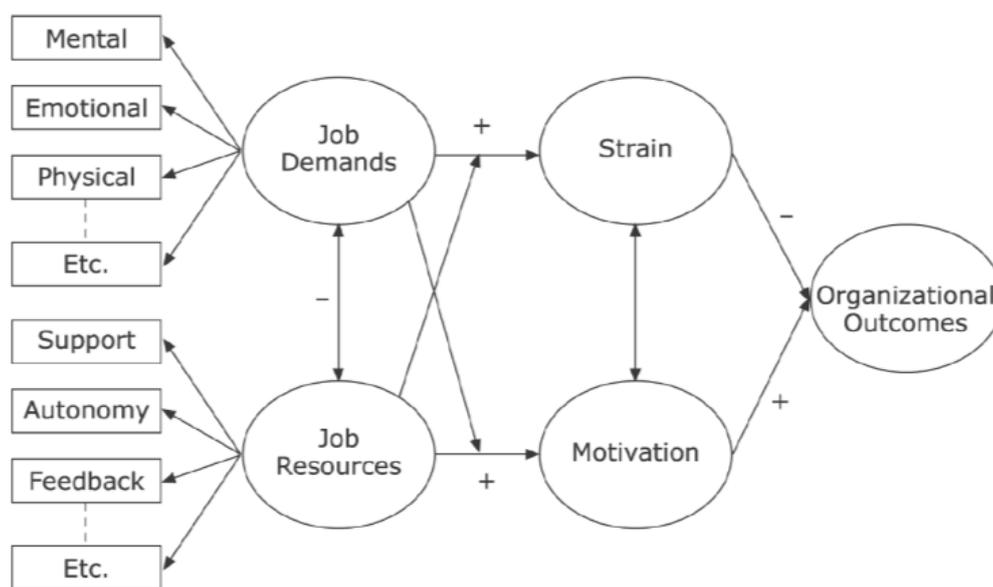
CADRE THÉORIQUE

Le modèle *Job Demands-Resources* (JD-R) (figure 1) (Bakker et Demerouti, 2007) est pertinent pour conceptualiser les facteurs associés à la satisfaction et à l'insatisfaction des ergothérapeutes. La satisfaction au travail est un résultat positif de l'interaction entre les ressources, les demandes de l'emploi, les contraintes au travail et la motivation, alors que l'insatisfaction est un résultat négatif. Dans ce modèle, les ressources et les exigences du travail réfèrent aux aspects physiques, psychologiques, sociaux ou organisationnels du travail. Ces ressources peuvent permettre d'atteindre les objectifs professionnels, de réduire les exigences du travail et de stimuler la croissance personnelle. Les ressources au travail ont un potentiel motivationnel pouvant déboucher sur un meilleur engagement des employés, à un cynisme plus bas et à une augmentation de la performance. Toutefois, les exigences requièrent des compétences physiques, cognitives et émotionnelles soutenues. Ainsi, elles sont liées à un certain coût physiologique ou psychologique. Elles peuvent être en lien avec une charge de travail élevée, un environnement professionnel néfaste et même des interactions difficiles avec les clients.

À partir de deux composantes (ressources, exigences au travail), le modèle présente deux processus différents menant au développement de tensions, de motivation ou des deux au même moment. En effet, l'exposition prolongée à de nombreuses exigences au travail qui ne sont pas compensées par les ressources ou qui les éreintent peut entraîner l'apparition de tensions telles que le stress ou l'épuisement

professionnel. Ces tensions peuvent par la suite faire naître une insatisfaction au travail ainsi qu'à un désengagement (Demerouti *et al.*, 2001). Elles peuvent toutefois être atténuées dans les situations où il y a davantage de ressources au travail. Effectivement, l'existence de ces ressources multiples peut avoir un potentiel motivationnel lorsqu'elle permet de répondre aux exigences de l'emploi ainsi qu'aux besoins de l'employé. Ce potentiel peut ensuite favoriser la satisfaction au travail. Cependant, il peut être diminué dans les cas où les exigences au travail sont plus élevées. La satisfaction au travail est donc présente lorsque les résultats organisationnels sont davantage influencés par les aspects motivationnels et les ressources au travail que par les tensions et les exigences au travail.

Figure 1 Modèle Job Demands-Resources (JD-R), tiré de Bakker et Demerouti (2007)



MÉTHODES

Devis de recherche

Une revue de portée a été réalisée afin de répondre à la question de recherche en adoptant le cadre méthodologique de Arksey et O'Malley (2005). Ce devis permet de faire un examen large et complet de la littérature existante et disponible sur un sujet en particulier ; il ne se concentre pas sur l'évaluation de la qualité méthodologique de la littérature (Peters *et al.*, 2015). Pour y arriver, les quatre étapes ci-dessous ont été suivies.

1. Identifier la question de recherche

Quels sont les facteurs associés à la satisfaction et à l'insatisfaction au travail des ergothérapeutes cliniciens pratiquant depuis plus de six mois ?

2. Identifier les études pertinentes

Afin de lancer la recherche documentaire, deux concepts ont été retenus, soit la satisfaction au travail et l'ergothérapeute. Le vocabulaire libre utilisé pour développer l'équation de recherche était : (*"Job satisfaction"* OR *"Work satisfaction"* OR *"Professional satisfaction"*) AND (*"Occupational therapist"*). Comme vocabulaire contrôlé, *"Job satisfaction"* et *"Occupational therapists"* ont été utilisés.

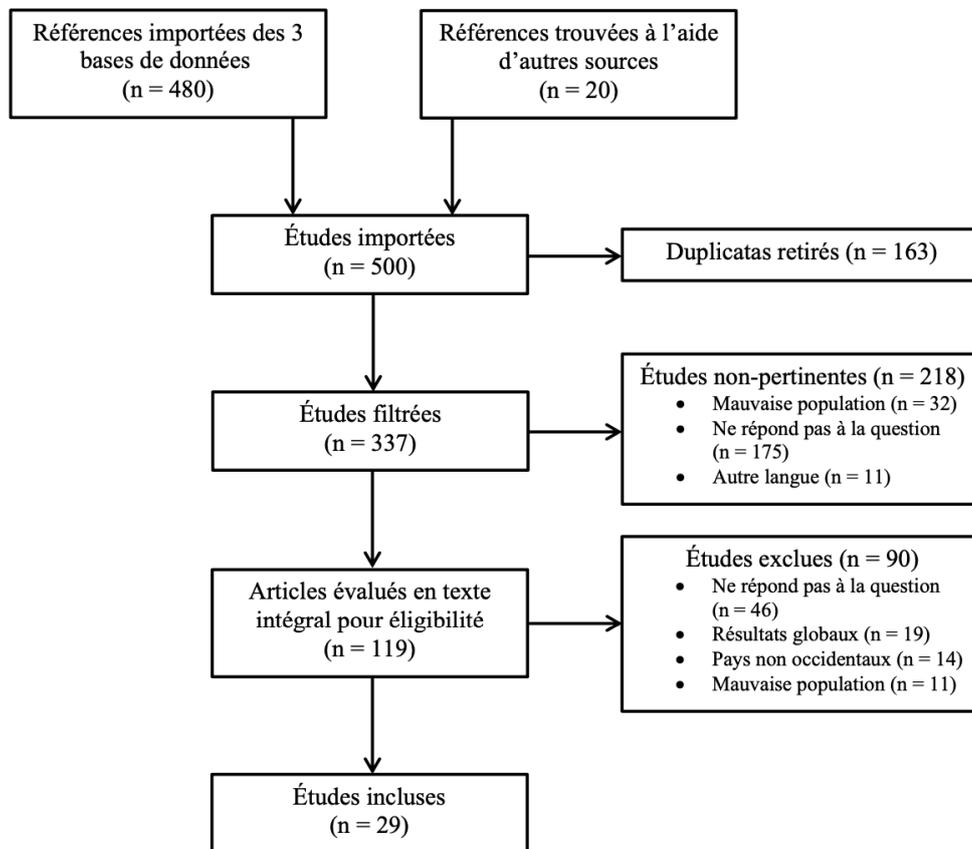
La recherche documentaire initiale a été réalisée le 15 novembre 2022 via les bases de données CINAHL, MEDLINE (EBSCO) et PsycINFO, et mise à jour le 15 octobre 2023. Les bases de données CINAHL et MEDLINE (EBSCO) ont été choisies en raison de leur exhaustivité dans le domaine des sciences de la santé. PsycINFO a été utilisée en complémentarité pour documenter le concept de *"Job satisfaction"*, car il s'agit d'une base de données qui se rattache aux sciences psychologiques.

3. Sélectionner les études

Les critères d'exclusion sont les suivants : (1) Les étudiants et stagiaires en ergothérapie étaient exclus, car les étudiants n'ont pas encore de contact réel avec la pratique et que les stagiaires ne vivent pas les mêmes conditions de travail que leur superviseur. (2) Les ergothérapeutes non cliniciens étaient exclus (ex. chercheurs) puisqu'ils n'expérimentent pas la même réalité que les cliniciens dans leur quotidien. (3) Les articles incluant plusieurs professionnels de la santé et dont les résultats n'étaient pas divisés par groupes de professionnels étaient exclus puisque chaque profession a une réalité différente, ce qui fait que les facteurs associés à la satisfaction au travail peuvent différer entre les différents professionnels de la santé.

Les articles recensés ont été importés dans le logiciel EndNote (www.endnote.com), puis dans le logiciel Covidence (Veritas Health Innovation Ltd., 2023). La première étape de la sélection consistait en l'analyse du titre et du résumé afin de déterminer s'ils étaient pertinents ou non à cette recherche en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Chaque article a été trié par deux membres de l'équipe sans consultation. En cas de désaccord, une troisième personne résolvait le conflit sans droit de regard sur la décision de ses pairs. La deuxième étape du tri des articles restants se résumait à la lecture intégrale des textes. Elle a été effectuée par deux coéquipières qui choisissaient indépendamment si celui-ci était inclus ou exclu. Les conflits ont été résolus par une troisième personne externe au conflit. Le processus de sélection des articles est présenté dans le diagramme PRISMA (figure 2).

Figure 2: Diagramme PRISMA du processus de sélection des articles



4. Effectuer l'extraction des données

Pour chaque document, les informations suivantes ont été recueillies : le nom des auteurs, l'année de publication, le pays, le devis de recherche, la population à l'étude, la méthode de collecte de données employée, les variables à l'étude dans le cas des articles quantitatifs et mixtes, ainsi que les résultats pertinents à notre question de recherche. Les données de chaque article retenu ont été extraites par deux évaluatrices de manière indépendante dans le but d'assurer une concordance interévaluatrice (Levac *et al.*, 2010). Si des différences étaient présentes dans l'extraction, toutes les auteures convenaient d'un accord. En fonction de la question de recherche, les résultats ciblés ont été classés selon une analyse thématique (Thomas et Harden, 2008).

RÉSULTATS

Comme démontré dans la figure 2, 500 études ont été initialement sélectionnées. À la suite du retrait des 163 duplicatas et de la vérification des titres et des résumés, 32 articles ont été rejetés puisque la population ne correspondait pas aux critères d'inclusion, 175 articles ne répondaient pas à la question de recherche et 11 articles étaient écrits dans une langue autre que le français ou l'anglais. La lecture du texte intégral des 119 articles restants a mené à l'exclusion de 90 articles, dont 46 qui ne répondaient pas à la question de recherche, 19 qui présentaient des résultats globaux incluant plusieurs professionnels, 14 qui portaient sur des pays non occidentaux et 11 qui ne correspondaient pas à la population d'intérêt. Pour finir, 29 articles ont été inclus. Parmi ceux-ci, les données de 28 articles ont été extraites (cf. tableau 1) ; deux articles (Bordieri, 1988; Davis et Bordieri, 1988) comportaient des résultats identiques. Pour ce qui est du 29^e article, soit celui de Mertala *et al.* (2022), les données n'ont pas été extraites puisqu'il s'agit d'une revue systématique.

Les études dont les données ont été extraites proviennent de neuf pays; la majorité des recherches ont été réalisées aux États-Unis (13; 46,4 %) et en Australie (6; 21,4 %). Les études ont été menées dans un éventail considérable de contextes de pratique. Parmi les plus fréquemment identifiés figuraient les contextes mixtes (19; 67,9 %) ; non spécifiques (6; 21,4 %) et les hôpitaux (3; 10,7 %). La clientèle avec laquelle les ergothérapeutes travaillaient variait beaucoup d'une étude à l'autre.

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Bonsaksen et al. (2023)	Norvège	<p>1. Examiner les niveaux de satisfaction au travail parmi les ergothérapeutes employés dans les services de soins primaires en Norvège</p> <p>2. Examiner les facteurs associés à la satisfaction au travail dans ce groupe d'employés</p>	Quantitative transversale	<p>N = 617 ergothérapeutes membres du Norwegian Association of Occupational Therapists et travaillant en services de première ligne</p> <p>Genre : Femmes : n = 575 (93,2 %) Hommes : n = 40 (6,5 %) Autre : n = 2 (0,3 %)</p> <p>Années d'expérience : 14,4 ans en moyenne (SD = 9,8 ans)</p>	<p>Collecte de données : Job Satisfaction Scale (JSS)</p> <p>Variabes à l'étude : <u>Indépendantes :</u> Âge, genre, années d'expérience, niveau d'éducation, nombre de postes d'ergothérapeutes dans la municipalité, travail avec d'autres ergothérapeutes, nombres d'heures travaillées, organisation du travail, expérience du gestionnaire, influence perçue, nombre de clients vus quotidiennement, temps passé avec les équipements, liste d'attente, travail d'équipe, participation à des activités de recherche et de développement</p> <p><u>Dépendante :</u> Satisfaction au travail</p>	<p>Associations entre les variables indépendantes et la satisfaction au travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge : $r = 0,13^{**}$, - Années d'expérience : $r = 0,18^{**}$, (valeur plus élevée sexe féminin) - Influence perçue : $r = 0,33^{**}$ - Proportion de temps passé à travailler avec des aides techniques : $r = -0,12^{**}$ - Travailler principalement seul ou en équipe (valeur plus élevée en équipe) : $r = 0,14^{**}$ - Participation aux activités de recherche et de développement : $r = 0,10^*$ <p>$p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$</p> <p>Résultats de l'analyse de régression linéaire entre les variables indépendantes et la satisfaction au travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Années d'expérience : $\beta = 0,16$ $p = 0,02$ - Travailler principalement en équipe : $\beta = 0,09$ $p = 0,05$

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Chang et Hasselkus (1998)	États-Unis	Comprendre la satisfaction et l'insatisfaction des ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle ayant eu un AVC	Descriptif qualitatif (phénoménologique)	<p>N = 32 ergothérapeutes provenant des États-Unis travaillant avec une clientèle ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC)</p> <p>Années d'obtention du diplôme : 1952-1989</p>	<p>Collecte de données : 37 verbatim récoltés d'une étude précédente via des questionnaires postaux et des entrevues téléphoniques</p> <p>Pour la présente étude, une seconde entrevue téléphonique a été faite avec 5 des 32 ergothérapeutes pour obtenir plus de données spécifiques aux AVC.</p>	<p>3 thèmes sont ressortis :</p> <p>Retrouver les fonctions du membre supérieur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction : clients maintenant capables d'utiliser leur main affectée dans les activités fonctionnelles • Insatisfaction : lorsque la diligence ne permet pas d'obtenir les changements attendus au niveau du membre supérieur, atteinte d'un plateau ou d'une limite chez le client, manque de réponse neuromotrice chez un jeune client, non-atteinte de la guérison ou du niveau attendu <p>Réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction : permettre aux clients de se réengager dans les activités de loisirs et soins personnels qui sont importantes pour eux, clients manifestant de l'enthousiasme envers les activités faites en thérapie, atteinte d'un niveau de récupération fonctionnelle menant le client à faire des tâches de façon indépendante • Insatisfaction : incapacité à aider un jeune client pour qui l'AVC a interrompu la carrière professionnelle (AVQ)

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Chang et Hasselkus (1998) (suite)						<p>Retourner au domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Satisfaction</u> : possibilité de visiter le domicile des clients et d'avoir un impact comme ergothérapeute, leur permettre de demeurer à domicile ou de retourner au collège • <u>Insatisfaction</u> : travailler avec des clients en sachant qu'ils vont être relocalisés dans une résidence <p>En général, d'autres éléments pertinents sont ressortis au travers des 3 thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Satisfaction</u> : bâtir des attentes partagées et les réaliser - <u>Insatisfaction</u> : non-réalisation des attentes, attentes divergentes avec le client, refus du client de participer à la thérapie

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Davis et Bordieri (1988)	États-Unis	Déterminer le degré d'autonomie perçue et de satisfaction au travail chez les ergothérapeutes et documenter la relation entre ces deux variables	Explicatif (descriptif corrélational)	<p>N = 249 ergothérapeutes américains provenant de six états sélectionnés aléatoirement de l'American Occupational Therapy Association (AOTA)</p> <p>Genre : Femmes : n = 236 (95,2 %)</p> <p>Années d'expérience : Moins de 10 ans : 78,2 %</p>	<p>Collecte de données : Questionnaire postal de 4 pages comportant 3 parties mesurées par une échelle ordinale allant de 1 à 5</p> <p>Variables à l'étude : Autonomie, facteurs liés à la satisfaction au travail, incitations et dissuasions spécifiques au travail</p>	<p>Moyenne des résultats de l'échelle des facteurs associés à la satisfaction au travail (un score élevé signifie une haute satisfaction : 1 = fortement en désaccord, 5 = fortement en accord) :</p> <p><u>Éléments impactant positivement la satisfaction au travail :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'accomplissement : 4,17 (SD = 0,74) - Travail en soi : 4,16 (SD = 0,61) - Relations interpersonnelles : 4,10 (SD = 0,54) - Avoir des responsabilités : 3,86 (SD = 0,85) - Politiques et administration de l'établissement : 3,73 (SD = 0,79) - Qualité de supervision : 3,70 (SD = 0,88) - Salaire : 3,68 (SD = 0,85) - Reconnaissance de la part des gestionnaires : 3,61 (SD = 0,86) <p><u>Éléments impactant négativement la satisfaction au travail :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conditions de travail : 3,20 (SD = 0,91) - Opportunités d'avancement : 3,01 (SD = 0,76) - Soutien pour la formation des employés : 2,92 (SD = 1,09)

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Davis et Bordieri (1988)	États-Unis	<p>1. Déterminer le niveau de satisfaction au travail des ergothérapeutes</p> <p>2. Corréler les différences entre la satisfaction au travail et la nature du rôle de l'ergothérapeute (ex. : supervision vs service direct)</p>	Explicatif (descriptif corrélational)	<p>N = 489 ergothérapeutes (en service direct avec les clients : n = 249, 50,9 %) sélectionnés aléatoirement à partir de l'American Occupational Therapy Association (AOTA)</p> <p>Genre : Femmes : n = 445 (91 %)</p> <p>Années d'expérience : 10 ans ou moins : n = 308 (63 %)</p>	<p>Collecte de données : Questionnaire comprenant 2 parties (40 items) notées sur une échelle ordinale allant de 1 à 5</p> <p>Variation à l'étude : Facteurs reliés à la satisfaction au travail (motivateur, hygiène, soutien à la formation, etc.)</p>	<p>Moyenne des résultats de l'échelle concernant les facteurs reliés à la satisfaction au travail des ergothérapeutes donnant un service direct (un score élevé signifie une haute satisfaction : 1 = fortement en désaccord, 5 = fortement en accord) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accomplissement : 4,17 - Travail en soi : 4,16 - Relations interpersonnelles : 4,10 - Responsabilités : 3,86 - Politiques et administration : 3,73 - Qualité de supervision : 3,70 - Salaire : 3,68 - Reconnaissance : 3,61 - Conditions de travail : 3,21 - Possibilités d'avancement : 3,01 - Soutien pour la formation : 2,92

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Eklund et Hallberg (2000)	Suède	Examiner la satisfaction au travail chez les ergothérapeutes travaillant dans le domaine des soins psychiatriques en Suède et étudier comment la supervision clinique, les aspects organisationnels et les caractéristiques démographiques contribuaient à leur satisfaction professionnelle	Explicatif (descriptif corrélationnel)	<p>N = 334 ergothérapeutes, enregistrés à l'Association suédoise des ergothérapeutes, travaillant en soins psychiatriques en 1996</p> <p>Genre : Femmes : 96 %</p> <p>Années d'expérience : 12 ans en moyenne (SD = 7 ans)</p>	<p>Collecte de données : Questionnaire comprenant 2 parties (40 items) notées sur une échelle ordinale allant de 1 à 5</p> <p>Variables à l'étude : Organisation, supervision et satisfaction au travail</p>	<p>Moyenne des résultats de l'échelle des facteurs associés à la satisfaction au travail (un score faible signifie une haute satisfaction : 1= fortement en accord, 4= fortement en désaccord) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La satisfaction générale au travail incluant des expériences stimulantes et enrichissantes : 1,51 (SD = 0,46) - Communication et coopération avec les membres de l'équipe : 1,81 (SD = 0,52) - Rétroaction de la direction sur le travail : 2,08 (SD = 0,66) - L'influence/l'impact des patients sur leurs soins : 2,10 (SD = 0,62) ; La satisfaction étant plus faible pour le travail en hôpital par rapport au travail en clinique externe. - L'influence des proches sur les soins donnés aux patients : 2,88 (SD = 0,69) ; Perçu comme insatisfaisant

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Hasselkus et Dickie (1990)	États-Unis	Recueillir des données qualitatives concernant la signification de la pratique satisfaisante chez les ergothérapeutes	Descriptif qualitatif (phénoménologique)	N = 32 ergothérapeutes américains provenant de divers milieux de pratique, dont santé mentale, gériatrie, réadaptation physique, réadaptation socioprofessionnelle, difficultés d'intégration sensorielle et troubles développementaux	Collecte de données : Sondages postés aux les membres de l'American Occupational Therapy Association (AOTA) incluant une page permettant de décrire une situation qui était vraiment satisfaisante pour l'ergothérapeute	<p>5 thèmes associés à la satisfaction sont ressortis :</p> <p>Faire une différence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Associé aux changements dans la vie quotidienne des clients, par exemple commencer à lire, prendre soin d'un bébé, obtenir un congé d'une institution pour retourner dans la communauté, retourner au travail et connaître un changement d'attitude face à des situations de la vie <p>Se sentir valorisé par les autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être valorisé par les autres professionnels et les clients • Recevoir de la rétroaction des clients et de leurs familles • Le fait que les clients reviennent visiter le thérapeute <p>Sentiment d'initiative :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'être l'initiateur primaire d'une modalité thérapeutique plutôt que de simplement répondre à une référence prescrite • Surmonter les barrières et la résistance du client, du personnel ou du système de santé • Assumer le rôle d'<i>advocacy</i>

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Hasselkus et Dickie (1990) (suite)						<p>Sentiment d'inventivité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concevoir une pièce d'équipement • Avoir des idées d'activités perçues comme nouvelles et différentes • Surmonter un défi d'une manière nouvelle et créative • Perception de succès face à une nouvelle idée ou une nouvelle approche thérapeutique <p>Agréabilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relation de réciprocité avec un client motivé, un traitement harmonieux et un résultat positif du traitement
Hasselkus et Dickie (1994)	États-Unis	Comprendre la nature des expériences satisfaisantes et insatisfaisantes dans la pratique en ergothérapie	Descriptif qualitatif (phénoménologique)	N = 148 ergothérapeutes de milieux de pratique variés sélectionnés aléatoirement à partir de l'American Occupational Therapy Association (AOTA)	Collecte de données : Courrier posté ayant une page pour chaque question phénoménologique, puis sondage téléphonique en raison du faible taux de réponse	<p>3 dimensions de la pratique ont émergé à travers le <i>storytelling</i> :</p> <p>Histoires de changement :</p> <p><u>Satisfaction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aider le client à regagner des capacités et le contexte social qu'il avait avant le handicap • Contribuer à un changement positif • Aider le client à avoir une « vie fonctionnelle ».

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Hasselkus et Dickie (1994) (suite)				<p>Genre : Femmes : n = 139 (93,9 %) Hommes : n = 9 (6,1 %)</p> <p>Années d'obtention du diplôme : 1952-1990</p>		<p><u>Insatisfaction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Thérapeute se sentant ou étant incapable d'apporter un changement • Amener une amélioration qui disparaît par la suite ou un changement nuisible • Le changement est moins grand que celui espéré • Les politiques organisationnelles qui mettent de la pression sur les thérapeutes pour augmenter leur charge de patients <p>Histoires de communauté :</p> <p><u>Satisfaction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bien travailler ensemble • Partager des croyances et attentes similaires avec le client • Vision mutuelle du présent et espoirs pour le futur entre le thérapeute et le client • Surmonter des barrières (ex. : persuader un gestionnaire de considérer un point de vue différent) • Le sentiment de collaboration et d'engagement actif du client et sa famille

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Hasselkus et Dickie (1994) (suite)						<p><u>Insatisfaction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Désaccord entre les croyances et attentes du client et celles du thérapeute • Être contrôlé par les structures institutionnelles et par les politiques • Être bloqué et contrôlé par une personne en autorité • Ne pas être valorisé par les autres professionnels de la santé ou le système de santé <p>Histoires de création :</p> <p><u>Satisfaction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le thérapeute peut démontrer une expertise dans de multiples contextes en utilisant des compétences variées • Sentiment d'exhaustivité • Appliquer des compétences techniques tout en développant une relation avec le client <p><u>Insatisfaction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sentir inadéquat dans ses compétences • Manque de connaissances ou d'outils • Manque de compétences • Causer du tort à un client involontairement • Besoin de demander de l'aide à un gestionnaire ou à autre thérapeute pour résoudre un problème technique

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Hughes (2003)	États-Unis	Déterminer comment le but de la réadaptation affecte la satisfaction au travail des ergothérapeutes travaillant avec des clients ayant un diagnostic du DSM-IV	Recherche à méthodes mixtes	N = 51 ergothérapeutes ont répondu au questionnaire et à l'échelle de satisfaction au travail « Kunin's Face scale », et 11 ont participé à la partie qualitative de l'étude	Collecte de données : Entrevue et observation	<p>Fréquence des thèmes liés à la satisfaction au travail dans le département de réadaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail en soi : n = 41 - Responsabilité : n = 9 - Reconnaissance : n = 4 <p>Fréquence des thèmes liés à l'insatisfaction au travail dans le département de réadaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administration de l'organisation : n = 30 - Relations interpersonnelles : n = 6 - Supervision : n = 1
Jacobs (1994)	Non spécifié	Non spécifié	Résumé vulgarisé de la littérature	Non spécifié	Non spécifié	<p>La satisfaction au travail est associée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'autonomie perçue - Avoir un gestionnaire avec une influence ascendante dans l'organisation et qui est capable de négocier les conflits avec le personnel - Relations interpersonnelles positives avec les collègues - Leadership du directeur de l'hôpital : Facilité du directeur à intégrer le département et les membres, à accomplir les objectifs organisationnels et à influencer l'administration de l'hôpital pour le bénéfice et le développement du personnel

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Jacobs (1994) (suite)						Facteurs associés à l'insatisfaction au travail : <ul style="list-style-type: none"> - Volume de travail - La rémunération - Type de client (ex. psychiatrique vs atteinte physique) - Déséquilibre entre le temps passé avec le client et d'autres fonctions (supervision, formation continue)
Jenkins (1991)	Irlande	1. Établir les facteurs qui peuvent être responsables de la problématique de recrutement 2. Identifier des éléments positifs de l'ergothérapie qui peuvent contribuer à attirer des employés	Descriptif quantitatif	N = 25 ergothérapeutes travaillant en Irlande du Nord Genre : Femmes : n = 24 (96 %) Hommes : n = 1 (4 %)	Collecte de données : Sondage sous forme de questionnaire postal Variables à l'étude : Caractéristiques de l'emploi, détails sur la carrière (satisfaction au travail, raisons de démissionner et aspects de l'emploi)	Facteurs associés à la satisfaction au travail par ordre d'importance (pourcentage de participants ayant indiqué ce facteur comme étant « très important ») : <ul style="list-style-type: none"> - Travail en équipe multidisciplinaire : 92 % - Quantité suffisante de personnel qualifié : 84 % - Formation supplémentaire et requalification : 76 % - Implication dans la prise de décision : 64 % - Aménagements des départements : 48 %

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Jenkins (1991) (suite)						<p>Facteurs associés à la satisfaction au travail par ordre d'importance (pourcentage de participants ayant indiqué ce facteur comme étant « important ») :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opportunités de promotions : 72 % - Horaire de travail flexible : 68 % - Soutien et supervision : 56 % - Aménagement des départements : 48 % - Accès à des installations de garde d'enfants : 40 %
Lange et al. (2022)	États-Unis	Comparer les carrières et les profils personnels des ergothérapeutes et des physiothérapeutes pour mieux comprendre l'état actuel des choses dans ces professions.	Mixte transversal : descriptif quantitatif et descriptif qualitatif (phénoménologique)	<p>N = 214 participants, dont des ergothérapeutes (n = 101) membres de l'American Occupational Therapy Association (AOTA) en provenance de 31 états différents et des physiothérapeutes.</p> <p>Genre : Femmes : n = 96 (95 %) Hommes : n = 5 (5 %)</p> <p>Années d'expérience : 16,32, ± 12,21 ans d'expérience</p>	<p>Collecte de données : Un sondage postal comportant 5 sections a été envoyé aux participants. Le sondage comptait 30 questions ouvertes et fermées.</p> <p>Variables à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profil personnel - Profil sur l'éducation et le bagage - Profil de statut d'emploi (ancienneté, spécialité...) - Profil de satisfaction au travail - Profil de bien-être 	<p>Résultat de l'analyse MANOVA pour déterminer l'effet de la carrière sur la satisfaction au travail et le bien-être selon une échelle de 0 (= complètement en désaccord) à 7 (= complètement en accord) (basé sur 91 ergothérapeutes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction par rapport à leur carrière : 6,31 (SD = 0,84) - Considération des autres professions : 2,85 (SD = 1,95) - Compromission de la santé physique : 3,14 (SD = 1,61) - Compromission de la santé mentale : 2,96 (SD = 1,61) - Compromission des relations : 2,40 (SD = 1,54)

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
McCombie et Antanavage (2017)	États-Unis	Parmi les 4 objectifs présents au sein de cette étude, la suivante est en lien avec la satisfaction au travail : évaluer l'impact de la présence d'un mentor sur la satisfaction au travail et sur la transition positive d'étudiant à thérapeute	Mixte : approche d'enquête quantitative et descriptive interprétative	N = 202 ergothérapeutes américains membres de l'American Occupational Therapy Association (AOTA) Années depuis l'obtention du diplôme : 10 ans et moins : 35,5 %	Collecte de données : Sondage postal sous forme de questionnaire envoyé aléatoirement aux participants Variables à l'étude : Transition positive, satisfaction au travail, bon mentor, bonnes compétences cliniques, charge de travail réaliste, formation continue, établissement de relations professionnelles	Résultat de régression multilinéaire des prédicteurs de satisfaction au travail : - Présence d'un bon mentor : $\beta = 0,364$ (SD = 0,058) - Bonnes compétences cliniques : $\beta = 0,172$ (SD = 0,075) - Charge de travail réaliste : $\beta = 0,196$ (SD = 0,061) - Opportunités de formation continue de la part de l'employeur : $\beta = 0,130$ (SD = 0,051) - Mise en place de relations professionnelles avec le personnel non ergothérapeute : $\beta = 0,128$ (SD = 0,081)

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (*suite*)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Meade <i>et al.</i> (2005)	Australie	Comparer le niveau de satisfaction au travail d'un groupe d'ergothérapeutes hommes et femmes de Queensland en Australie	Descriptif quantitatif et inférentiel	<p>N = 113 ergothérapeutes australiens ayant participé sur une base volontaire</p> <p>Genre : Femmes : n = 67 (59,3 %) Hommes : n = 46 (40,7 %)</p> <p>Années d'obtention du diplôme : 1972-1981 : 2 % femmes, 1 % hommes 1982-1991 : 23 % femmes, 16 % hommes 1992-2001 : 42 % femmes, 29 % hommes</p>	<p>Collecte de données : Instrument standardisé sur la satisfaction au travail, soit les échelles du Job Descriptive Index (JDI) et du Job in General (JIG).</p> <p>Variables à l'étude : La satisfaction au travail en lien avec le travail actuel, le salaire actuel, les possibilités de promotion, la supervision et les collègues de travail</p>	<p>Facteurs contribuant le plus à la satisfaction au travail chez les ergothérapeutes (pourcentage F ; pourcentage H) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contact avec les clients : 31,3 % ; 26,1 % - Travail d'équipe : 26,9 % ; 17,4 % - Succès vécus par les clients : 25,4 % ; 23,9 % - Bonnes relations avec les collègues : 20,9 % ; 28,3 % - Respect des autres professionnels et du public : 14,9 % ; 19,6 % - Avoir des défis au travail : 6,0 % ; 19,6 % <p>Facteurs contribuant le plus à l'insatisfaction au travail chez les ergothérapeutes (H et F) (pourcentage H ; pourcentage F) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de reconnaissance et de respect des autres : 35,8 % ; 19,6 % - Excès de rédaction de rapports/ administration : 22,4 % ; 13,0 % - Ressources limitées : 19,4 % ; 15,2 % - Possibilité d'avancement limitée : 16,4 % ; 6,5 % - Faible supervision au travail : 14,9 % ; 13,0 % - Charge de travail et nombre de clients à sa charge élevés : 13,4 % ; 19,6 % - Mauvaises relations avec les collègues : 10,4 % ; 13,0 % - Limite du potentiel d'augmentation de salaire : 9,0 % ; 21,7 %

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Moore <i>et al.</i> (2006a)	Australie	Décrire les facteurs qui contribuent à la satisfaction et l'insatisfaction au travail des ergothérapeutes	Descriptif qualitatif (phénoménologique)	<p>N = 14 ergothérapeutes australiennes travaillant dans le secteur public</p> <p>Genre : Femmes : 100 %</p> <p>Années d'expérience : De 6 mois à plus de 20 ans</p>	<p>Collecte de données : Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès des participantes afin qu'elles puissent discuter des sources de satisfaction et d'insatisfaction au travail pour permettre ainsi aux participants d'exprimer leurs expériences personnelles.</p>	<p>4 thèmes décrivant le phénomène de satisfaction au travail chez les ergothérapeutes :</p> <p>Carrière satisfaisante : Les participantes sont satisfaites de leur choix de carrière, apprécient leur rôle et l'étendue de leur travail. Des périodes d'insatisfactions sont toutefois présentes (ex. conflit spécifique), mais s'estompent avec le temps.</p> <p>Travailler avec des clients pour faire une différence : Le sentiment d'accomplissement lorsque les clients atteignent les objectifs, ainsi que les relations significatives développées avec les clients</p> <p>La diversité de l'ergothérapie : Le développement de compétences diversifiées et une participation à divers rôles professionnels. Chaque journée au travail comporte des défis et de la variété.</p> <p>L'autonomie en tant que cliniciennes : La liberté dont elles disposent pour planifier leur journée de travail et les séances d'intervention elles-mêmes, ainsi que pour trouver des solutions de manière indépendante</p>

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Moore <i>et al.</i> (2006a) (suite)						<p>2 thèmes décrivant le phénomène d'insatisfaction au travail chez les ergothérapeutes :</p> <p>Profession inconnue : Profession et rôle mal compris des collègues de travail, des clients et parfois des ergothérapeutes eux-mêmes. Les collègues et les gestionnaires non ergothérapeutes ont peu de considération pour le rôle de l'ergothérapeute. Le rôle des ergothérapeutes travaillant en santé mentale est difficile à définir et à expliquer aux autres.</p> <p>La nécessité de plus d'argent dans le système de santé : Budget du système de santé insuffisant pour répondre aux besoins du personnel ou des patients, ayant pour conséquence la suppression de postes d'ergothérapeutes ainsi que du retard dans le recrutement pour des postes vacants</p>
Moore <i>et al.</i> (2006b)	Australie	Déterminer par le biais des ergothérapeutes les comportements de leurs gestionnaires qui exercent une influence positive ou négative sur leur satisfaction au travail	Descriptif qualitatif (phénoménologique)	N = 14 ergothérapeutes australiennes du secteur public qui ont déjà eu un gestionnaire ergothérapeute	Collecte de données : Entrevues individuelles et semi-structurées sur les expériences des participantes jusqu'à ce que la saturation des données soit atteinte (14 entrevues)	<p>3 thèmes ont émergé en lien avec la satisfaction au travail :</p> <p>De bons gestionnaires se soucient de ceux qu'ils gèrent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité : Un gestionnaire que les employés peuvent aller voir pour des conseils sans crainte, à l'opposé d'un gestionnaire intimidant • Constance : Un gestionnaire constant dans ses comportements et son humeur

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Moore <i>et al.</i> (2006b) (suite)				<p>Genre : Femmes : 100 %</p> <p>Années d'expérience : De 6 mois à plus de 20 ans</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Encourageant : Un gestionnaire qui encourage les employés à se dépasser et qui leur donne la confiance de réussir <p>Il n'y a pas de place pour du favoritisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un gestionnaire doit fournir le même niveau d'attention et de considération à tous les employés. Les employés ayant une relation sur le plan personnel avec le gestionnaire ne sont pas traités équitablement aux yeux des autres, ce qui peut mener à de l'insatisfaction. <p>Un gestionnaire doit savoir ce qu'il fait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratique clinique : Il doit avoir les capacités de faire du travail clinique et de réduire la charge des employés au besoin en prenant des dossiers • Advocacy : Il doit faire valoir les besoins de son département à ses supérieurs dans l'organisation • Communication : Il a une communication efficace et une capacité à résoudre les conflits entre les employés • Développement de politiques : Il établit les règles et s'assure que leur application est équitable

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Okerlund et al. (1995)	États-Unis	Identifier les facteurs clés potentiels pour le recrutement et la rétention des employés dans l'Utah en évaluant la satisfaction au travail, le recrutement et les besoins de rétention des ergothérapeutes	Sondage	N = 43 ergothérapeutes Genre : Femmes : n = 38 (88,4 %) Hommes : n = 5 (11,6 %)	Collecte de données : Questionnaire Variables à l'étude : Questions démographiques, recrutement, rétention, l'histoire du travail, satisfaction au travail, choix de carrière, formation professionnelle	5 facteurs les plus souvent mentionnés par les participants : - Le degré de liberté au travail - La possibilité de développer des compétences - Le salaire et les avantages sociaux - La possibilité de participer aux décisions organisationnelles - Le traitement positif par les collègues
Oven et Domajnko (2021)	Slovénie	Explorer des facteurs internes et externes du travail qui peuvent contribuer à la satisfaction professionnelle des ergothérapeutes travaillant en Slovénie	Mixte séquentielle exploratoire	N = 267 ergothérapeutes membres de la Slovenian Association of Occupational Therapists (SAOT)	Collecte de données : <u>Qualitatives</u> : Entrevues de 4 groupes de discussion (22 participants) <u>Quantitatives</u> : Creativity in Occupational Therapy Questionnaire (COTQ) en ligne (250 participants)	Résultats de l'analyse de régression pas à pas entre la satisfaction au travail et deux variables indépendantes : - Influence de la créativité sur la satisfaction au travail : $\beta = 0,472$, $p < 0,01$ - Routine de travail : $\beta = -0,167$

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Oven et Domajnko (2021) (suite)				<p>Genre :</p> <p><u>Quantitatif :</u> Femmes : n = 194 (93,3 %) Hommes : n = 14 (6,7 %)</p> <p><u>Qualitatif :</u> Femmes : n = 21 (95,5 %) Hommes : n = 1 (4,5 %)</p> <p>Années d'expérience : 19,6 ans en moyenne (SD = 11,8, partie qualitative) et 14,4 ans en moyenne (SD = 11,0, partie quantitative)</p>	<p>Variables à l'étude :</p> <p>Dépendantes : satisfaction au travail, créativité des ergothérapeutes</p> <p>Indépendantes : créativité et routine, liberté et autonomie, environnement encourageant</p>	<p>Moyenne des résultats de l'échelle entre la créativité et la satisfaction au travail (1 = fortement en désaccord ; 5 = fortement en accord) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La créativité contribue à la satisfaction globale au travail (M = 4,4 ; SD = 0,7) - La créativité est plus importante que la routine (M = 4,0 ; SD = 0,9) - Quand la routine prend plus de place, la satisfaction au travail est réduite (M = 3,9 ; SD = 0,8) <p>Facteurs associés à la satisfaction au travail (données qualitatives) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir un plus grand degré de liberté (pouvoir prendre des décisions) - Avoir une créativité prononcée au travail <p>Facteurs associés à l'insatisfaction au travail (données qualitatives) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recevoir peu ou pas de rétroaction de la part du client sur l'effort et la créativité investis

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Painter <i>et al.</i> (1995)	États-Unis	Examiner le pouvoir prédictif des récompenses extrinsèques et intrinsèques sélectionnées collectivement et individuellement, en tant que déterminants de la satisfaction professionnelle globale chez les ergothérapeutes enregistrés travaillant à temps plein dans des établissements de soins ambulatoires	Explicatif (descriptif corrélational)	<p>N = 117 ergothérapeutes membres de l'American Occupational Therapy Association (AOTA) et travaillant à temps plein dans un établissement de soins ambulatoires en Caroline du Nord, en Caroline du Sud ou en Virginie</p> <p>Genre : Femmes : n = 106 (91 %) Hommes : n = 11 (9 %)</p>	<p>Collecte de données : Questionnaire posté constitué de 4 parties</p> <p>Variables à l'étude : - <u>Indépendantes</u> : Récompenses extrinsèques (conditions de travail, salaire, supervision et collègues) et intrinsèques (autonomie dans la tâche et implication dans la tâche) - <u>Dépendantes</u> : Satisfaction au travail</p>	<p>Résultats de l'analyse de régression multivariée entre les récompenses intrinsèques et la satisfaction au travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Total des récompenses intrinsèques : $\beta = 0,675^*$ (prédicteur significatif) - Signification de la tâche : $\beta = 0,482^*$ - Autonomie dans la tâche : $\beta = 0,235^*$ <p>Résultats de l'analyse de régression multivariée entre les récompenses extrinsèques et la satisfaction au travail</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conditions générales de travail : $\beta = 0,272^*$, soit le seul facteur extrinsèque significatif <p>La variance totale des variables indépendantes explique 57 % de la variance de la satisfaction au travail. *$p < 0.01$</p>

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Randolph (2005)	États-Unis	Vérifier quels sont les domaines intrinsèques et extrinsèques de la satisfaction au travail qui sont les plus prédictifs de la satisfaction professionnelle et du désir de demeurer en emploi des professionnels de la réadaptation	Explicatif (descriptif corrélational)	N = 328 ergothérapeutes membres de l'American Occupational Therapy Association (AOTA) (n = 102, 31 %), physiothérapeutes et orthophonistes, travaillant avec des clients plus de 60 % du temps Années d'expérience : 12 ans en moyenne pour tous les professionnels	Collecte de données : Sondage postal Variables à l'étude : Niveau de satisfaction au travail, désir de demeurer en emploi, facteurs extrinsèques et intrinsèques associés à l'emploi	Résultats de l'analyse de régression portant sur les prédicteurs de satisfaction au travail chez les ergothérapeutes : - Environnement en accord avec les valeurs professionnelles : $r = 0,449^*$ - Avoir des opportunités de croissance professionnelle : $r = 0,415^*$ - Proximité avec les collègues : $r = 0,262^*$ - Prodiger des soins de qualité : $r = 0,196^*$ $*p < 0.01$
Richardson et Rugg (2006)	Royaume-Uni	Explorer les subtilités du changement de spécialité du champ de pratique des participants	Descriptif qualitatif (phénoménologique)	N = 10 ergothérapeutes qui ont changé de spécialité dans les 10 dernières années Genre : Femmes : n = 9 (90 %) Hommes : n = 1 (10 %) Années d'expérience : 7 à 20 ans	Collecte de données : Entrevues semi-structurées d'une durée d'une heure. Les premières entrevues sont basées sur la littérature et l'expérience professionnelle des auteurs.	2 catégories en lien avec la satisfaction au travail : Raisons pour changer de spécialité : • Personnelles : Faire quelque chose de différent dans le but d'avoir de la satisfaction • Professionnelles : Augmentation de la satisfaction lorsque l'ergothérapie est valorisée et que la charge de travail, les besoins de développement et les besoins professionnels sont équilibrés

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Richardson et Rugg (2006) (suite)					Les entrevues subséquentes ont exploré des thèmes supplémentaires soulevés par les participants de l'étude.	Effets liés au changement de spécialité : <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la satisfaction au travail
Scanlan <i>et al.</i> (2013)	Australie	Explorer les facteurs associés au bien-être au travail et les associations entre celui-ci et l'intention de quitter son emploi dans un groupe d'ergothérapeutes en santé mentale au travail	Explicatif (corrélational prédictif)	N = 103 ergothérapeutes australiens, travaillant en santé mentale comme domaine clinique principal Genre : Femmes : n = 94 (91,3 %) Hommes : n = 7 (6,8 %) Non spécifié : n = 2 (1,9 %)	Collecte de données : Sondage La satisfaction au travail a été mesurée par la question : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre travail dans son ensemble ? », notée de 0 (complètement insatisfait) à 10 (complètement satisfait).	Résultats de régression linéaire entre la satisfaction au travail et différents facteurs : <ul style="list-style-type: none"> - Équilibre travail-vie : $r = 0,29^{**}$ - Revenu et avantages sociaux : $r = 0,32^{**}$ - Satisfaction personnelle : $r = 0,44^{***}$ - Reconnaissance et prestige : $r = 0,48^{***}$ - Intention de quitter son emploi : $r = -0,58^{***}$

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Scanlan <i>et al.</i> (2013) (suite)				Années d'expérience : Moins de 5 ans de pratique : 35 % 6-10 ans de pratique : 24,3 % 11-15 ans de pratique : 16,5 % 16-20 de pratique : 5,8 % 21-25 ans de pratique : 4,9 % Plus de 25 ans de pratique : 13,6 %	Variables à l'étude : Équilibre vie-travail, déséquilibre effort-récompense, satisfaction au travail, épuisement professionnel, engagement au travail, intention de démissionner	Résultats de l'analyse de régression multivariée entre la satisfaction au travail et différents facteurs : - Récompenses en termes de satisfaction personnelle : $\beta = 0,35^{***}$ - Récompenses en termes de reconnaissance et de prestige : $\beta = 0,33^{***}$ - Équilibre entre vie professionnelle et vie privée : $\beta = 0,20^{***}$ - Effort (compétences et énergie) : $\beta = -0,21^{***}$ La satisfaction au travail est le facteur le plus fortement associé à une faible intention de démissionner, prédisant 33 % de la variance. **p < 0.01; ***p < 0.001
Scanlan et Still (2013)	Australie	Examiner les facteurs liés à la satisfaction au travail, à l'intention de quitter son emploi et à l'épuisement professionnel auprès d'un groupe d'ergothérapeutes en santé mentale	Explicatif (corrélational prédictif)	N = 34 ergothérapeutes travaillant dans le service public de santé mentale d'une grande métropole en Australie	Collecte de données : Sondage dans lequel une question portait sur la satisfaction globale au travail : « Dans l'ensemble, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre emploi actuel ? », évaluée sur une échelle de 10 points, où 1 = très insatisfait et 10 = très satisfait.	Résultats du test de t entre la satisfaction au travail et différents facteurs : - Les ergothérapeutes rapportant des difficultés avec le questionnaire ont rapporté une plus faible satisfaction que ceux n'ayant pas de difficultés : $t_{32} = 3,53$; $p = 0.001$ - Les ergothérapeutes rapportant un stress ou de la fatigue ont rapporté une plus faible satisfaction que ceux n'ayant pas rapporté de stress ou fatigue : $t_{32} = 4,14$; $p < 0.001$

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Scanlan et Still (2013) (suite)				<p>Genre : Femmes : n = 27 (79,4 %) Hommes : n = 7 (20,6 %)</p> <p>Années d'expérience : 1-2 ans : 26,5 % 2-5 ans : 26,5 % 5-10 ans : 14,7 % 10-20 ans : 26,5 % Plus de 20 ans : 5,9 %</p>	<p>Variables à l'étude : <u>Dépendantes</u> : la satisfaction au travail, l'intention de démissionner, les deux éléments de l'épuisement professionnel (désengagement et épuisement)</p> <p><u>Indépendantes</u> : catégories d'exigences professionnelles et de ressources</p>	<p>- Ceux ayant été attiré par le bon salaire d'un poste de travail ont rapporté une plus faible satisfaction au travail que ceux qui n'ont pas rapporté ce facteur comme étant attrayant : $t_{32} = -3,40 ; p = 0.002$</p> <p>Résultats de l'analyse corrélacionnelle bivariée entre la satisfaction au travail et différents facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intention de démissionner : $r = -0,46^{**}$ - Désengagement : $r = -0,51^{**}$ - Épuisement : $r = -0,45^{**}$ - Rétroaction : $r = 0,44^{**}$ - Récompenses : $r = 0,50^{**}$ - Soutien social : $r = 0,36^*$ <p>*$p < 0.05$; **$p < 0.01$</p> <p>Résultats de l'analyse de régression multivariée entre la satisfaction au travail et différents facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les récompenses, soit par la rémunération et par la reconnaissance des gestionnaires et des collègues : $\beta = 0,50 (p = 0.003)$ - Les exigences cognitives, soit le fait d'avoir des défis au travail est un aspect positif du travail : $\beta = 0,31 (p = 0.002)$

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Scanlan et Still (2013) (suite)						<p>Résultats du sondage quant aux facteurs positifs associés au poste d'ergothérapeute :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une bonne équipe de soutien (n = 20, 69 %) - Travail intéressant et comportant des défis (n = 10, 34 %) - Les clients (n = 9, 31 %) - La variété (n = 7, 24 %) <p>Résultats du sondage quant aux facteurs négatifs associés au poste d'ergothérapeute :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise gestion de l'organisation (n = 6, 23 %) - Charge de travail (n = 6, 23 %) - Difficultés avec le gestionnaire/mauvaise gestion de l'équipe (n = 4, 15 %) - Mauvaise communication au sein de l'équipe (n = 4, 15 %) - Problèmes administratifs/travail de bureau (n = 4, 15 %)

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Shiri (2006)	Nouvelle-Zélande	Explorer les facteurs qui influencent la satisfaction au travail des ergothérapeutes qui œuvrent dans des établissements de soins aigus	Descriptif qualitatif	<p>N = 20 ergothérapeutes pratiquant en soins aigus en santé physique dans les hôpitaux en Nouvelle-Zélande</p> <p>Genre : Femmes : n = 18 (90 %) Hommes : n = 2 (10 %)</p> <p>Années d'expérience : 1-3 ans : 90 % 4 ans et plus : 10 %</p>	<p>Collecte de données : 4 groupes de discussion de 5 participants ont été réalisés.</p>	<p>Thèmes reliés à la satisfaction au travail :</p> <p><u>Soutien des autres membres de l'équipe :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Remplacement en cas d'absence, conseils professionnels donnés pour régler des problèmes, supervision formelle, références appropriées de l'équipe, collaboration avec des ergothérapeutes expérimentés et rassemblements/sorties sociales <p><u>Supervision :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reçue par des ergothérapeutes plus expérimentés <p><u>Travailler dans une équipe multidisciplinaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien reçu par l'équipe qui comprend d'autres professionnels, tels que des travailleurs sociaux, des physiothérapeutes et des orthophonistes <p>Thèmes reliés à l'insatisfaction au travail :</p> <p><u>Les réalités de travailler dans une équipe multidisciplinaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de compréhension du rôle de l'ergothérapeute : référence inappropriée par les médecins ou au mauvais moment • Manque de statut professionnel : manque de respect face aux connaissances et compétences en ergothérapie par les médecins et la direction • Obstacles à la communication : pauvre communication entre les ergothérapeutes et les médecins référents face aux soins des patients

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Smith (2000)	États-Unis	Déterminer comment les changements dans le style de gestion et dans le processus de planification des traitements traditionnels ont affecté les caractéristiques de la satisfaction au travail des ergothérapeutes	Descriptif quantitatif	N = 74 ergothérapeutes ou assistants en ergothérapie pratiquant aux États-Unis	<p>Collecte de données : Sondages distribués à 20 organisations qui consistent en 2 échelles de 5 niveaux</p> <p>Variables à l'étude : La structure de supervision perçue, le processus de planification du traitement du patient et les composantes du Job Diagnostic Survey (la rétroaction du travail, l'autonomie, la signification de la tâche et la variété des compétences)</p>	<p>Caractéristiques du travail ayant le plus grand impact sur la satisfaction au travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autonomie : la mesure selon laquelle le travail offre une liberté, une indépendance et une discrétion dans la planification du travail et dans la détermination des procédures à utiliser - Tâches significatives : la mesure selon laquelle le travail a un impact substantiel sur la vie d'autres personnes, qu'elles soient dans l'organisation immédiate ou à l'extérieur - La rétroaction sur le travail : la mesure selon laquelle la personne exécutant des activités de travail s'est fait fournir des informations directes et claires sur son efficacité et sa performance - Variété de compétences : la mesure selon laquelle le travail nécessite une variété d'activités dans l'exécution du travail, impliquant l'utilisation de compétences et de talents différents

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Taylor <i>et al.</i> (1995)	Canada	Décrire la méthode utilisée pour recueillir l'information, les avantages et les inconvénients d'un système de rotation par rapport à un système de non-rotation tels que décrits par les thérapeutes à travers le Canada, et les facteurs qui ont été pris en compte lors de la prise de décision concernant la rotation du personnel	Descriptif quantitatif	<p>N = 20 ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire 1 et N = 22 ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire 2</p> <p>Années d'expérience : 4,1 ans en moyenne</p>	<p>Collecte de données : 2 questionnaires</p> <p>Variables à l'étude : Attributs de carrière (qualité des soins, travail d'équipe, reconnaissance professionnelle et défis au travail), satisfaction au travail</p>	<p>La rotation pourrait diminuer la satisfaction au travail pour les thérapeutes ayant déjà travaillé dans un système avec rotation, mais qui veulent désormais se spécialiser.</p> <p>Pourcentage des facteurs importants en lien avec la satisfaction au travail des cliniciens et qui sont plus facilement applicables dans un système sans rotation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La qualité des soins (91 %) - Le travail d'équipe (86 %) - La communication (64 %) - La reconnaissance professionnelle (86 %) - Les défis (36 %) <p>Selon les cliniciens préférant un système sans rotation (73 %), ce dernier permettrait d'atteindre la satisfaction au travail.</p>

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
Wagner <i>et al.</i> (2014)	Canada	Développer et tester un modèle qui examine les relations entre la théorie de l'autonomisation sur le lieu de travail, l'état d'esprit au travail et le leadership résonnant, et mesurer les perceptions de l'état d'esprit au travail par les physiothérapeutes et les ergothérapeutes	Mixte : explicatif (descriptif corrélational) et descriptif qualitatif	<p>N = 270 participants ergothérapeutes (n = 101) et physiothérapeutes d'un échantillon stratifié travaillant dans le secteur public en Alberta</p> <p>Années d'expérience : Moins d'un an : n = 3 (4,2 %) 1-10 ans : n = 40 (41,7 %) 10-20 ans : n = 29 (23,6 %) 20-30 ans : n = 21 (20,8 %) Plus de 30 ans : n = 8 (9,7 %)</p>	<p>Collecte de données : Sondage envoyé par courriel, puis par la poste, combinant 6 questionnaires, dans lequel la satisfaction était mesurée avec une échelle de Likert allant de 1 à 7</p> <p>Variables à l'étude : L'autonomisation structurelle, l'autonomisation psychologique, le « <i>spirit at work</i> » (SAW), le leadership résonnant, la satisfaction au travail, l'engagement organisationnel</p>	<p>Résultats des coefficients de cheminement ayant un effet positif sur la satisfaction au travail des ergothérapeutes ($p < 0.05$) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direction présente, donc qui investit son temps et son énergie à développer des relations et à gérer les émotions au travail (0,43) - L'autodétermination, donc le sentiment de contrôle d'un employé par rapport à son travail (0,38) <p>Amélioration de la satisfaction au travail par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le soutien social et organisationnel - Du coaching de la part de la direction - Besoins d'opportunité de défis au travail incluant le développement de nouvelles compétences - Information sur les buts et valeurs des gestionnaires - Rétroaction régulière sur la performance de travail - La présence en quantité suffisante de personnel permettant de compléter adéquatement le travail incluant les notes et autre travail de bureau

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
de Wesley et Clemson (1992)	Australie	Identifier les thèmes de la satisfaction au travail dans un service d'ergothérapie dans le contexte du modèle de Herzberg	Descriptif qualitatif	N = 26 membres du département d'ergothérapie travaillant dans un hôpital universitaire à Sydney en Australie.	Collecte de données : 4 groupes de discussion ont été réalisés (les participants ont été aléatoirement attirés à un groupe).	<p>Les thèmes ressortis ont été divisés en facteurs de motivation et d'hygiène selon le modèle conceptuel utilisé :</p> <p><u>Facteurs motivationnels :</u></p> <p>Reconnaissance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction : Identité professionnelle (bon rapport entre l'équipe multidisciplinaire et l'ergothérapeute bien perçu par le personnel médical), identité au département (la reconnaissance de l'équipe multidisciplinaire est plus significative que celle du département d'ergothérapie) • Insatisfaction : Identité professionnelle (travailler seul et travail divisé entre ' secteurs), identité au département (travail seul, manque de soutien et de reconnaissance), reconnaissance du travail réalisé (inconscience du travail des autres et besoin de reconnaissance du travail accompli)

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
de Wesley et Clemson (1992) (suite)						<p>Le travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction : contact et soins du patient (sentiment d'efficacité, aider quelqu'un à s'améliorer), communication avec le personnel médical (l'étendue et la pertinence des références) • Insatisfaction : communication avec le personnel médical (lorsque l'identité professionnelle est moins considérée et lorsque l'équipe n'est pas bien définie) <p>Relations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction : bonne relation avec l'équipe multidisciplinaire (soutien, reconnaissance du rôle de l'ergothérapeute et opportunités de socialiser), développer une relation avec le patient • Insatisfaction : manque de réseautage informel dans le département d'ergothérapie <p>Responsabilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction : choisir ses propres buts et orientations, haut degré d'autonomie <p>Réalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction : obtenir de l'expérience et développer des compétences via la spécialisation

Tableau 1 : Extraction de données des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes (suite)

Auteur(es) et année	Pays	Objectif de l'étude	Devis	Population	Méthodologie	Résultats
de Wesley et Clemson (1992) (suite)						<p><u>Facteurs d'hygiène :</u></p> <p>Conditions de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction : rotation de travail (nouvelle énergie et enthousiasme du nouveau personnel) • Insatisfaction : environnement physique dans lequel le personnel travaille (manque d'espace, manque de fenêtres, isolation), perturbations dans le bureau (partage de bureaux et de téléphones), uniformes de travail, rotation de travail (amène pression et conflits), charge de travail fluctuante et problèmes organisationnels, manque de soutien pour la formation <p>Qualité de supervision :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction : la supervision et le soutien sont disponibles pour les thérapeutes plus jeunes lorsque nécessaire • Insatisfaction : le personnel plus vieux manque de supervision clinique formelle et de possibilités de développement professionnel <p>Politique et administration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insatisfaction : changements de la structure de l'organisation, faire les statistiques (qui ne reflètent pas tout le travail fait et prennent du temps à faire), rencontres d'équipe inefficaces <p>Salaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insatisfaction : salaire trop faible en fonction de la formation et des responsabilités professionnelles

1. Effectuer une synthèse des résultats : analyse thématique

L'analyse thématique a permis de faire ressortir six thèmes contribuant à la satisfaction et à l'insatisfaction au travail des ergothérapeutes : (1) les conditions de travail, (2) les relations avec les membres de l'organisation, (3) l'autonomie professionnelle, (4) la reconnaissance, (5) la clientèle, (6) les caractéristiques personnelles de l'ergothérapeute. Ces thèmes ainsi que leurs sous-thèmes sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : thèmes et sous-thèmes

Thèmes	Sous-thèmes
Les conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Les ressources au travail - L'organisation du travail - Les opportunités au travail
Les relations avec les membres de l'organisation	<ul style="list-style-type: none"> - Les relations avec les collègues - Les relations avec les gestionnaires et la direction
L'autonomie professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - La responsabilité - La liberté - Le sentiment de créativité - L'initiative
La reconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun sous-thème
La clientèle	<ul style="list-style-type: none"> - Les relations avec les clients - L'impact de l'intervention sur le client
Les caractéristiques personnelles de l'ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> - Le développement professionnel - Le sentiment face à la carrière - Les facteurs de santé

Les thèmes sont présentés en ordre décroissant d'importance, déterminée en fonction de notre interprétation de leur impact sur le travail, à savoir si les facteurs sont présents de manière temporaire ou continue dans le temps, ainsi que la gravité de leurs conséquences sur les ergothérapeutes. L'ordre a également été choisi en fonction de la force d'association entre les facteurs et la satisfaction ou l'insatisfaction au travail dans les articles à devis quantitatif et mixte. Finalement, l'importance des facteurs a été établie selon leur fréquence d'apparition dans les différents articles. En effet, certains facteurs étaient présents à ' reprises, et ce, dans ' articles. De plus, il est à noter qu'une traduction libre de certaines citations est incluse dans l'explication des thèmes. Dans les prochaines sections, les détails des thèmes et sous-thèmes seront fournis.

(1) Les conditions de travail : Celles-ci réfèrent aux éléments organisationnels et à tout ce qui touche de près ou de loin à l'accomplissement du travail des ergothérapeutes dans leur emploi. Trois principaux sous-thèmes sont ressortis. Le premier porte sur les ressources au travail. En effet, la satisfaction au travail des

ergothérapeutes est présente lorsque les milieux de travail ont à leur disposition des ressources humaines permettant d'avoir une quantité suffisante de thérapeutes en poste (Jenkins, 1991; Wagner *et al.*, 2014). De cette manière, ils peuvent terminer leurs obligations professionnelles dans le temps imparti. De plus, le fait que l'employeur fournisse des opportunités de formation continue ainsi qu'une aide financière pour celle-ci contribue à la satisfaction des ergothérapeutes (McCombie et Antanavage, 2017). À l'inverse, le manque de budget et les ressources limitées dans le système de santé pour répondre aux besoins des clients ainsi que des professionnels, par exemple en ce qui a trait au soutien et à la formation, sont associés à l'insatisfaction (de Wesley et Clemson, 1992; Meade *et al.*, 2005; Moore *et al.*, 2006a). Une autre conséquence de ce problème est présentée par un ergothérapeute dans l'article de Moore *et al.* (2006a) : « Au début, nous avons huit postes d'ergothérapeute et maintenant nous sommes tombés à quatre, et bientôt il y en aura trois... Nous sommes sous-financés et ils veulent retarder le recrutement pour économiser de l'argent. » (p. 24). Le deuxième sous-thème est l'organisation du travail; il ressort de cela que la satisfaction découle d'une charge de travail réaliste (McCombie et Antanavage, 2017; Richardson et Rugg, 2006), un horaire de travail flexible (Jenkins, 1991) et un équilibre entre le travail et la vie privée (Scanlan *et al.*, 2013). À l'inverse, une surcharge de travail (ex. : un nombre exagéré de clients à sa charge) (Jacobs, 1994; Meade *et al.*, 2005; Scanlan et Still, 2013), un déséquilibre entre le temps passé avec le client et les autres fonctions (Jacobs, 1994), une proportion supérieure de temps passé à travailler avec des aides techniques (Bonsaksen *et al.*, 2023) et le fait de devoir remplir des statistiques (de Wesley et Clemson, 1992) sont associés à l'insatisfaction au travail. Contrairement aux autres facteurs, il subsiste une incertitude entre les écrits à savoir si la rotation du personnel amène une satisfaction ou une insatisfaction au travail (de Wesley et Clemson, 1992; Taylor *et al.*, 1995). Le troisième sous-thème réfère aux opportunités au travail : le fait d'avoir des occasions de vivre des expériences diversifiées et stimulantes (Eklund et Hallberg, 2000) et de participer aux décisions organisationnelles (Okerlund *et al.*, 1995), les possibilités de promotion et de croissance personnelle (Bordieri, 1988; Davis et Bordieri, 1988; Jenkins, 1991; Randolph, 2005; Wagner *et al.*, 2014) ainsi qu'un salaire avantageux sont liés à la satisfaction au travail (Bordieri, 1988; Davis et Bordieri, 1988; Okerlund *et al.*, 1995). L'inverse de ces éléments est plutôt lié à l'insatisfaction au travail. Par exemple, de Wesley et Clemson (1992) mentionnent qu'après les quatre années d'études universitaires, le salaire d'un nouveau diplômé peut être plus bas que certains emplois ne nécessitant pas de formation.

(2) Les relations avec les membres de l'organisation : Ce thème porte sur les divers liens et interactions entre les différents acteurs faisant partie de l'environnement social au travail. Le premier sous-thème, les relations avec les collègues de travail, incluant les ergothérapeutes et les autres professionnels de la santé, comprennent des relations positives (Bordieri, 1988; Davis et Bordieri, 1988; de Wesley et Clemson, 1992; Jacobs, 1994; Hasselkus et Dickie, 1994; McCombie et Antanavage, 2017; Meade *et al.*, 2005), une communication adéquate (de Wesley et Clemson, 1992; Eklund et Hallberg, 2000; Taylor *et al.*, 1995), le travail d'équipe (Bonsaksen *et al.*, 2023; de Wesley et Clemson, 1992; Jenkins, 1991; Meade *et al.*, 2005; Shiri, 2006; Taylor *et al.*, 1995) ainsi qu'une bonne coopération avec les collègues (Eklund et Hallberg, 2000) et sont liés à la satisfaction au travail. De plus, le soutien offert par les autres professionnels de la santé

(Jenkins, 1991; Shiri, 2006), la présence d'un bon mentor (McCombie et Antanavage, 2017), la qualité de la supervision (de Wesley et Clemson, 1992; Davis et Bordieri, 1988), la supervision pour les jeunes thérapeutes (de Wesley et Clemson, 1992) et la supervision par des ergothérapeutes plus expérimentés (Shiri, 2006) sont tous des facteurs liés à la satisfaction. Toutefois, de mauvaises relations au travail avec les autres professionnels (Hughes, 2003; Lange *et al.*, 2022; Meade *et al.*, 2005) ainsi qu'une pauvre communication entre les ergothérapeutes, les médecins référents (Shiri, 2006) et les autres membres de l'équipe (de Wesley et Clemson, 1992; Scanlan et Still, 2013) sont associées à l'insatisfaction. De surcroît, une faible supervision (Meade *et al.*, 2005) et le fait que le personnel plus âgé manque de supervision clinique formelle (de Wesley et Clemson, 1992) mènent aussi à l'insatisfaction. En lien avec le deuxième sous-thème, les relations avec les gestionnaires et la direction, le fait d'avoir un gestionnaire compétent qui offre du soutien dans le quotidien et lors de la gestion de conflits (Moore *et al.*, 2006b) est un facteur de satisfaction, tout comme un gestionnaire qui donne une rétroaction régulière des performances de l'ergothérapeute (Smith, 2000) ainsi que la direction qui en donne sur son travail (Eklund et Hallberg, 2000). Il apparaît également qu'un gestionnaire qui ne fait pas de favoritisme envers les employés, c'est-à-dire qui fournit le même niveau d'attention et de considération à tous (Moore *et al.*, 2006b), contribue à la satisfaction. À l'inverse, un gestionnaire ayant des liens plus personnels, par exemple une relation d'amitié, avec certains employés, qui de ce fait ne seraient pas traités équitablement aux yeux des autres, crée de l'insatisfaction (Moore *et al.*, 2006b). De plus, une direction qui présente du leadership (Jacobs, 1994), prend le temps de développer des relations, fait du coaching et informe les ergothérapeutes sur les buts et les valeurs des gestionnaires (Wagner *et al.*, 2014) favorise la satisfaction au travail. Par ailleurs, le fait d'avoir des difficultés avec les gestionnaires (Scanlan et Still, 2013), une mauvaise gestion de l'équipe (Scanlan et Still, 2013), être bloqué par une personne ayant plus d'autorité (Hasselkus et Dickie, 1994) ou devoir demander l'aide d'un gestionnaire ou d'un autre thérapeute pour résoudre un problème technique (Hasselkus et Dickie, 1994) contribue à l'insatisfaction.

(3) L'autonomie professionnelle : Ce thème fait référence au contrôle que l'ergothérapeute perçoit par rapport à la réalisation de son travail. Le thème de l'autonomie, en soi, représente un facteur associé à la satisfaction au travail et ressort dans ' articles (de Wesley et Clemson, 1992; Jacobs, 1994 ; Meade *et al.*, 2005; Moore *et al.*, 2006a; Oven et Domajnko, 2021; Painter *et al.*, 1995; Smith, 2000). Les quatre sous-thèmes qui ont émergé, soit la responsabilité, la liberté, le sentiment de créativité et l'initiative, sont favorables à la satisfaction au travail. La responsabilité réfère au fait de pouvoir faire des choix (Bordieri, 1988; Davis et Bordieri, 1988; de Wesley et Clemson, 1992; Hugues, 2003). La liberté correspond au fait que l'ergothérapeute ait de l'autodétermination (Wagner et al, 2014), de l'indépendance (Smith, 2000), de la flexibilité face à la planification de ses interventions et de sa journée de travail (Moore *et al.*, 2006a), incluant le choix de l'horaire (Smith, 2000) et d'un degré de liberté à son travail (Oven et Domajnko, 2021; Okerlund *et al.*, 1995). Le sentiment de créativité est intimement lié au travail d'ergothérapeute et comprend le fait de concevoir une pièce d'équipement, de mettre en place des activités nouvelles et différentes, de surmonter un défi de manière créative (Hasselkus et Dickie, 1990) et d'être créatif en soi (Hasselkus et Dickie, 1990; Oven et Domajnko, 2021). L'initiative renvoie au fait d'aller au-delà de la demande de référence

prescrite, par exemple en entreprenant des modalités thérapeutiques et en introduisant d'autres services dont le client a besoin (Hasselkus et Dickie, 1990).

(4) La reconnaissance : Ce thème aborde les diverses façons de reconnaître les réalisations et les efforts fournis par les ergothérapeutes dans le cadre de leur travail, ainsi que la reconnaissance du rôle d'ergothérapeute. Le fait que la profession soit valorisée dans le milieu de travail, y compris par les autres professionnels et les clients, entraîne plus de satisfaction au travail (Hasselkus et Dickie, 1990; Richardson et Rugg, 2006). À l'inverse, un manque de reconnaissance de la part des collègues, de respect (Meade *et al.*, 2005; Shiri, 2006) et de compréhension du rôle de l'ergothérapeute, qui est souvent associé au seul fait de délivrer de l'équipement (Shiri, 2006) et un manque de valorisation par les autres professionnels ou par le système de santé (Hasselkus et Dickie, 1994) sont liés à l'insatisfaction. La reconnaissance professionnelle de la part des gestionnaires et des collègues de travail (de Wesley et Clemson, 1992; Davis et Bordieri, 1988; Hughes, 2003; Taylor *et al.*, 1995), le degré d'influence perçu par l'ergothérapeute dans son milieu de travail (Bonsaksen *et al.*, 2023) ainsi que les récompenses intrinsèques, comme l'implication dans la tâche (Painter *et al.*, 1995), sont tous des facteurs de satisfaction. Enfin, les récompenses, incluant la rémunération et le prestige, seraient liées à la satisfaction (Scanlan et Still, 2013; Scanlan *et al.*, 2013).

(5) La clientèle : Ce thème représente les interactions que l'ergothérapeute a avec ses clients ainsi que les effets qu'ont les séances d'ergothérapie sur eux. Le premier sous-thème porte sur la relation interpersonnelle qui se développe entre l'ergothérapeute et son client. L'évolution de cette relation est un processus qui comporte plusieurs éléments qui sont tous des facteurs pouvant améliorer la satisfaction, dont l'application de compétences techniques, le partage d'attentes et de croyances, la collaboration avec le client et sa famille ainsi que la rétroaction obtenue du client durant la thérapie (Hasselkus et Dickie, 1990 ; Hasselkus et Dickie, 1994). À l'opposé, les ergothérapeutes ressentent de l'insatisfaction lorsque les attentes et les croyances divergent entre eux et leurs clients (Hasselkus et Dickie, 1994) ainsi que lorsqu'ils font face à certains types de clientèle, par exemple en psychiatrie (Jacobs, 1994). Le deuxième sous-thème porte sur les conséquences des séances d'ergothérapie sur les clients. En effet, leur faire vivre des succès, avoir le sentiment d'impacter leur quotidien ou encore de leur permettre d'obtenir des résultats positifs, comme une amélioration de leurs capacités, de leur fonctionnement dans les soins personnels et les loisirs ou de l'utilisation de leur main affectée, augmentent la satisfaction au travail de l'ergothérapeute (Chang et Hasselkus, 1998; Hasselkus et Dickie, 1990; Hasselkus et Dickie, 1994; Meade *et al.*, 2005). C'est aussi le cas si la réadaptation permet aux patients de demeurer à leur domicile, à l'école ou au travail ou d'y retourner (Chang et Hasselkus, 1998; Hasselkus et Dickie, 1994). À l'inverse, l'insatisfaction au travail est présente lorsque les résultats obtenus ne sont pas ceux escomptés, par exemple la non-obtention des changements attendus par le thérapeute, la non-réalisation des attentes du client, la perte des gains et l'absence de guérison (Chang et Hasselkus, 1998; Hasselkus et Dickie, 1994). Les ergothérapeutes sont également insatisfaits lorsqu'ils ne sont pas en mesure de venir en aide au patient, par exemple lorsqu'un plateau est atteint ou lorsqu'ils ne peuvent pas aider un client à reprendre sa carrière ou à apporter un changement à son état (Chang et Hasselkus,

1998). Il y a également de l'insatisfaction lorsque le patient n'adhère pas à la thérapie, en raison d'attentes divergentes ou d'un refus de sa part de participer à la thérapie.

(6) Les caractéristiques personnelles de l'ergothérapeute : Ce thème représente les valeurs, les compétences, les éléments de la personnalité ou les sentiments présents chez les ergothérapeutes. Le premier sous-thème réfère au développement professionnel. On remarque que la satisfaction au travail est favorisée lorsque les ergothérapeutes progressent professionnellement, par exemple en acquérant de bonnes compétences cliniques (McCombie et Antanavage, 2017), en gagnant de l'expérience, en accroissant leurs compétences (Bonsaksen *et al.*, 2023; de Wesley et Clemson, 1992; Okerlund *et al.*, 1995), en participant aux activités de recherche et de développement (Bonsaksen *et al.*, 2023) et en faisant face à des opportunités et des défis au travail (Scanlan et Still, 2013; Wagner *et al.*, 2014). À l'opposé, un manque de connaissances ou de compétences, une absence de changement ou le fait de faire des erreurs sont considérés comme des causes de l'insatisfaction au travail (Hasselkus et Dickie, 1994). En ce qui concerne le sous-thème des sentiments face à la carrière, le fait d'avoir effectué un choix de carrière satisfaisant est associé à la satisfaction au travail (Moore *et al.*, 2006a). De plus, les sentiments d'exhaustivité (Hasselkus et Dickie, 1994) et d'accomplissement ainsi que l'atteinte de ses objectifs personnels sont liés à la satisfaction (Davis et Bordieri, 1988; Meade *et al.*, 2005). Les ergothérapeutes qui ont une préférence pour le mode instructeur rapportent une satisfaction au travail plus élevée comparativement à ceux qui préfèrent un autre mode (Carstensen et Bonsaksen, 2018). Le fait d'avoir du succès avec une nouvelle idée ou une nouvelle approche thérapeutique est également lié à la satisfaction (Hasselkus et Dickie, 1990). En revanche, l'intention de quitter son emploi est ressortie comme étant associée à l'insatisfaction au travail en lien avec le domaine de la santé mentale (Scanlan *et al.*, 2013; Scanlan et Still, 2013). Pour ce qui est du sous-thème touchant les facteurs de santé, la compromission de la santé physique et/ou de la santé mentale (Lange *et al.*, 2022), l'épuisement (Scanlan *et al.*, 2013), le désengagement, le stress ou la fatigue (Scanlan et Still, 2013) sont tous des facteurs qui peuvent nuire à la satisfaction au travail.

DISCUSSION

À notre connaissance, cette revue de portée est la première de ce type à étayer les facteurs associés à la satisfaction ainsi qu'à l'insatisfaction au travail des ergothérapeutes cliniciens. Sa pertinence est soutenue par le fait que, comparés à la revue systématique de Mertala *et al.* (2022), les articles sélectionnés comprennent des recherches quantitatives, qualitatives, mixtes et de la littérature grise. De plus, comme les résultats présentent les facteurs associés à la satisfaction et à l'insatisfaction au travail, cela permet d'avoir une perception plus globale sur le sujet. Malgré les différences des approches utilisées par notre recension et par celle de Mertala *et al.* (2022), quelques liens existent entre les résultats. Par exemple, les facteurs extrapersonnels dans l'étude de Mertala *et al.* (2022) peuvent correspondre aux facteurs liés à la clientèle et aux conditions de travail, les facteurs interpersonnels correspondent aux facteurs de relations et de soutien avec les membres de

l'organisation ainsi que la reconnaissance, et les facteurs intrapersonnels correspondent aux caractéristiques personnelles de l'ergothérapeute ainsi qu'à l'autonomie professionnelle.

Quant au cadre théorique utilisé, soit le Job Demands-Resources (figure 1), une association existe entre les concepts de demandes et de ressources au travail de ce modèle et les thèmes de l'analyse thématique. Par exemple, le thème de l'autonomie professionnelle est associé aux ressources au travail, alors que les autres thèmes ressortis sont partagés au sein des deux catégories. Les facteurs impactant positivement la satisfaction au travail sont associés aux ressources au travail et privilégient l'obtention de résultats organisationnels favorables. À l'opposé, les facteurs impactant négativement la satisfaction au travail sont associés aux exigences du travail et contribuent à des résultats organisationnels défavorables. De plus, un même facteur peut être classé comme une ressource ou une exigence du travail, selon qu'il est formulé positivement ou négativement, ce qui est explicité dans les thèmes des conditions de travail et dans celui des relations et du soutien des membres de l'organisation. Les thèmes de la reconnaissance, de la clientèle ainsi que les sous-thèmes du développement professionnel et du sentiment face à la carrière présentent des facteurs associés à la fois aux concepts de ressources et des exigences du travail. Le sous-thème concernant la santé est quant à lui associé aux tensions du modèle en fonction des définitions établies précédemment. En effet, il représente des facteurs qui surgissent à la suite de l'exposition à d'autres facteurs négatifs et qui impactent à leur tour négativement la satisfaction au travail. Bref, l'utilisation du modèle a donc du sens, car celui-ci peut être perçu comme un balancier entre les différentes exigences et ressources au travail. En effet, c'est l'ensemble des facteurs présents dans un milieu de travail qui fait en sorte que le travailleur vit de la satisfaction ou de l'insatisfaction.

Étant donné que 11 articles (39,3 %) de notre étude ont été publiés avant les années 2000, il est possible que certains résultats ne reflètent pas nécessairement la réalité du contexte actuel concernant les facteurs associés à la satisfaction et l'insatisfaction au travail, car certains de ces facteurs ont pu changer depuis ce temps. Par exemple, la profession a évolué avec l'augmentation d'une pratique fondée sur les faits scientifiques (Law et MacDermid, 2014) et sur des concepts apportés par les sciences de l'occupation (Clark et Lawlor, 2009). De plus, dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, les ergothérapeutes ont dû adapter leur pratique pour continuer de pouvoir prodiguer des services à leurs clients, par exemple, par la télépratique (Abbott-Gaffney *et al.*, 2022), avec ses impacts potentiels sur la satisfaction au travail.

Dix-huit des études sélectionnées (64,3 %) comprenaient des ergothérapeutes travaillant dans des milieux de travail différents et neuf d'entre elles (32,1 %) présentaient un échantillon d'ergothérapeutes pratiquant avec des clientèles diverses. Il est donc difficile de généraliser les résultats à un contexte clinique spécifique. De plus, la grande majorité des ergothérapeutes ayant participé aux études pratiquaient dans le système public. Ainsi, comme le contexte dans le privé et en milieu scolaire était minoritaire, les résultats de l'étude ne reflètent possiblement pas les réalités de la satisfaction et de l'insatisfaction au travail de ces milieux. Également, certains facteurs mentionnés dans des articles n'ont pas pu être présentés puisqu'ils n'étaient pas reliés directement à la satisfaction au travail (ex. : un facteur associé à l'intention de quitter

son emploi). Il est à noter que ' articles présentaient de faibles qualités métrologiques, même si la méthodologie d'une revue de portée ne comprend pas l'analyse de celles-ci.

Cette revue de portée présente certaines forces, dont le fait qu'elle a été réalisée à partir de plusieurs types d'écrits scientifiques ainsi que de la littérature grise. Cette diversité de devis favorise la richesse de cette recherche. Par ailleurs, les bases de données dans le domaine de la santé et de la psychologie qui ont été consultées ont permis de trouver une plus grande variété de résultats. De plus, la précision des critères d'exclusion choisis a mené à l'obtention de résultats directement en lien avec le but de notre recherche sur les ergothérapeutes, les résultats combinés avec ceux d'autres professionnels étant exclus.

Les résultats de cette revue de portée pointent vers des changements tangibles qui peuvent être effectués à ' niveaux pour améliorer la satisfaction au travail des ergothérapeutes en clinique. Certains d'entre eux sont cohérents avec les stratégies identifiées ailleurs. Par exemple, celle qui préconise que les ergothérapeutes s'assurent d'être proactifs dans le développement de leur expertise et de leurs compétences en fonction de leur milieu et de leur clientèle, et ce, en allant chercher l'aide nécessaire au besoin afin de pouvoir donner des services de qualité aux clients (Adam *et al.*, 2013). De plus, ils doivent développer des stratégies afin de maximiser leur efficacité au travail, par exemple en ce qui concerne la rédaction. Les collègues devraient quant à eux leur offrir du soutien, de la reconnaissance face à leur rôle d'ergothérapeute et du mentorat devrait être offert aux nouveaux employés (Germeroth *et al.*, 2019 ; Jackson *et al.*, 2023 ; Simard et Brousseau, 2017). Pour ce qui est des gestionnaires, ils devraient faire preuve d'écoute et de considération face aux besoins de leurs employés, favoriser le travail en équipe multidisciplinaire, donner de la rétroaction positive sur le travail réalisé et offrir une certaine flexibilité aux employés, par exemple au niveau de la gestion de leur horaire de travail (Moores et Fitzgerald, 2017 ; Turpin *et al.*, 2021). De son côté, la direction devrait offrir des opportunités de formation afin de permettre l'acquisition de compétences spécifiques au domaine de pratique (Kim *et al.*, 2023), alléger le travail de bureau tel que les statistiques ainsi que s'assurer d'une répartition adéquate du personnel dans les postes de travail afin d'éviter une surcharge de travail. Il est à noter que des recherches sont nécessaires afin de valider l'efficacité de ces pistes de solutions pour améliorer la satisfaction au travail.

Il est recommandé que la recherche à l'égard de la satisfaction au travail des ergothérapeutes soit poursuivie afin de mettre à jour les connaissances sur ce sujet. En effet, la profession de l'ergothérapie ne cesse d'évoluer et est en constant changement. Par exemple, la nouvelle ère technologique peut représenter à la fois un défi et de nouvelles possibilités pour les ergothérapeutes (Liu, 2018).

Limites de l'étude

En raison des critères d'exclusion (ex. : pays), il est possible que quelques informations supplémentaires se trouvant dans les résultats des articles exclus aient pu être ajoutées à celles de la présente étude. La subjectivité utilisée lors de la classification des résultats représente une limite potentielle, étant donné que la perspective des auteurs sur l'interprétation de l'importance des thèmes ressortis pourrait différer de celle d'autres auteurs.

CONCLUSION

L'augmentation des besoins en réadaptation requiert que les professionnels de la santé comme les ergothérapeutes restent en poste afin de pouvoir répondre à la demande de services. Pour favoriser cette rétention du personnel, la satisfaction dans leur travail constitue un élément essentiel. Cette revue de portée a démontré qu'il existe divers facteurs pouvant contribuer à la satisfaction ou à l'insatisfaction au travail des ergothérapeutes. La mise en place des recommandations peut favoriser non seulement leur satisfaction, mais également la rétention au travail. Étant donné l'évolution continue de la profession et la possibilité d'apparition de nouveaux facteurs, la recherche se doit d'être poursuivie sur l'expérience contemporaine des ergothérapeutes pour qu'il soit possible dans le futur d'optimiser leur satisfaction au travail.

RÉFÉRENCES

- Abbott-Gaffney, C. R., Gafni-Lachter, L., Cason, J., Sheaffer, K., Harasink, R., Donehower, K. et Jacobs, K. (2022). Toward successful future use of telehealth in occupational therapy practice: What the COVID-19 rapid shift revealed. *Work*, 71(2), 385–394. <https://doi.org/10.3233/WOR-210789>
- Adam, K., Peters, S. et Chipchase, L. (2013). Knowledge, skills and professional behaviours required by occupational therapist and physiotherapist beginning practitioners in work-related practice: A systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 76-84. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12006>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L. et Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2009). Le maintien de la main-d'œuvre en ergothérapie. <https://caot.ca/document/4242/2009%2520Le%2520maintien%2520de%2520la%2520main-doeuvre%2520en%2520ergotherapie.pdf>
- Bakker, A. B. et Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bonsaksen, T., Høghagen, S., Arntzen, C., Gramstad, A. et Stigen, L. (2023). Job satisfaction among occupational therapists employed in primary care services in Norway. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph20065062>
- Bordieri, J. E. (1988). Job satisfaction of occupational therapists: Supervisors and managers versus direct service staff. *Occupational Therapy Journal of Research*, 8(3), 155-163. <https://doi.org/10.1177/153944928800800304>
- Carstensen, T. et Bonsaksen, T. (2018). Factors associated with therapeutic approaches among Norwegian occupational therapists: An exploratory study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 34(1), 75-85. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2017.1383220>
- Chang, L. H. et Hasselkus, B. R. (1998). Occupational therapists' expectations in rehabilitation following stroke: Sources of satisfaction and dissatisfaction. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(8), 629-637. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.8.629>
- Clark, F. et Lawlor, M. C. (2009). The making and mattering of occupational science. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn et B. A. B. Schell (éd.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (11^e éd., p. 2-14). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Davis, G. L. et Bordieri, J. E. (1988). Perceived autonomy and job satisfaction in occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 42(9), 591-595. <https://doi.org/10.5014/ajot.42.9.591>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., de Jonge, J., Janssen, P. P. et Schaufeli, W. B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27(4), 279-286. <https://doi.org/10.5271/sjweh.615>
- De Wesley, A. B. et Clemson, L. (1992). Job satisfaction issues: The focus group approach. *Australian Occupational Therapy Journal*, 39(4), 7-15. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.1992.tb01762.x>
- Eklund, M. et Hallberg, I. R. (2000). Factors influencing job satisfaction among Swedish occupational therapists in psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(3), 162-171. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2000.tb00579.x>
- Fernández-Macias, E. et Muñoz de Bustillo Llorente, R. (2014). Job satisfaction. Dans A. C. Michalos (dir.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (vol. 1, p. 3451-3454). Springer.

- Frontera, W. R., DeGroot, W., Ghaffar, A. et Health Policy & Systems Research for Rehabilitation Group (2023). Importance of health policy and systems research for strengthening rehabilitation in health systems: A call to action to accelerate progress. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 102(11), 951-952. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000002326>
- Germeroth, D., Murray, C. M., McMullen-Roach, S. et Boshoff, K. (2024). A scoping review of mentorship in allied health: Attributes, programs and outcomes. *Australian Occupational Therapy Journal*, 71(1), 149-174. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12903>
- Hasselkus, B. R. et Dickie, V. A. (1990). Themes of meaning: Occupational therapists' perspectives on practice. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 10(4), 195-207. <https://doi.org/10.1177/153944929001000401>
- Hasselkus, B. R. et Dickie, V. A. (1994). Doing occupational therapy: Dimensions of satisfaction and dissatisfaction. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48(2), 145-154. <https://doi.org/10.5014/ajot.48.2.145>
- Heinemann, A. W., Feuerstein, M., Frontera, W. R., Gard, S. A., Kaminsky, L. A., Negrini, S., Richards, L. G. et Vallée, C. (2020). Rehabilitation is a global health priority. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(4), 728-729. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.08.468>
- Hughes, M. J. (2003). *How the goal of rehabilitation affects job satisfaction among occupational therapists working with clients who have a DSM IV diagnosis* (publication n° 3090326) [thèse de doctorat, University of Massachusetts Lowell]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Jacobs K. (1994). Satisfaction in the workplace. *Rehab Management: The Interdisciplinary Journal of Rehabilitation*, 7(4), 158-159.
- Jackson, O., Villeneuve, M. et Millington, M. (2023). The experience and role of mentorship for paediatric occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 70(1), 86-96. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12839>
- Jenkins M. (1991). The problems of recruitment: A local study. *British Journal of Occupational Therapy*, 54(12), 449-452. <https://doi.org/10.1177/030802269105401203>
- Jones C. B. (2004). The costs of nurse turnover: Part 1: An economic perspective. *The Journal of Nursing Administration*, 34(12), 562-570. <https://doi.org/10.1097/00005110-200412000-00006>
- Kim, S., Rochette, A., Ahmed, S., Archambault, P. S., Auger, C., Battaglini, A., Freeman, A. R., Kehayia, E., Kinsella, E. A., Larney, E., Letts, L., Nugus, P., Raymond, M.-H., Salbach, N., Sinnige, D., Snider, L., Swaine, B., Tousignant-Laflamme, Y. et Thomas, A. (2023). Creating synergies among education/research, practice, and policy environments to build capacity for the scholar role in occupational therapy and physiotherapy in the Canadian context. *Advances in Health Sciences Education*, Early Online Edition. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10459-023-10298-9>
- Kinjerski, V. et Skrypnik, B. J. (2008). The promise of spirit at work: Increasing job satisfaction and organizational commitment and reducing turnover and absenteeism in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(10), 17-25. <https://doi.org/10.3928/00989134-20081001-03>
- Lambert, E. G., Hogan, N. L. et Barton, S. M. (2001). The impact of job satisfaction on turnover intent: A test of a structural measurement model using a national sample of workers. *The Social Science Journal*, 38(2), 233-250. [https://doi.org/10.1016/S0362-3319\(01\)00110-0](https://doi.org/10.1016/S0362-3319(01)00110-0)
- Lange, D. T., Thone, A. L., Duffin, G. T. et Ebben, W. P. (2022). A comparative study of the education, background, job satisfaction, and well-being of physical therapists and occupational therapists. *Journal of Allied Health*, 51(2), e45-e51.
- Law, M. et MacDermid, J. (éd.). (2014). *Evidence-based rehabilitation: A guide to practice* (3^e éd.). Slack.
- Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(69). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Liu, L. (2018). Occupational therapy in the fourth industrial revolution. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(4), 272-283. <https://doi.org/10.1177/0008417418815179>

- McCombie, R. P. et Antanavage, M. E. (2017). Transitioning from occupational therapy student to practicing occupational therapist: First year of employment. *Occupational Therapy in Health Care*, 31(2), 126-142. <https://doi.org/10.1080/07380577.2017.1307480>
- Meade, I., Brown, G. T. et Trevan-Hawke, J. A. (2005). Female and male occupational therapists: A comparison of their job satisfaction level. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(2), 136-148. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2005.00480.x>
- Mertala, S. M., Kanste, O., Keskitalo-Leskinen, S., Juntunen, J. et Kaakinen, P. (2022). Job satisfaction among occupational therapy practitioners: A systematic review of quantitative studies. *Occupational Therapy in Health Care*, 36(1), 1-28. <https://doi.org/10.1080/07380577.2021.1964146>
- Moore, K., Cruickshank, M. et Haas, M. (2006a). Job satisfaction in occupational therapy: A qualitative investigation in urban Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(1), 18-26. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00539.x>
- Moore, K., Cruickshank, M. et Haas, M. (2006b). The influence of managers on job satisfaction in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(7), 312-318. <https://doi.org/10.1177/030802260606900703>
- Moores, A. et Fitzgerald, C. (2017). New graduate transition to practice: How can the literature inform support strategies? *Australian Health Review*, 41(3), 308-312. <https://doi.org/10.1071/AH15240>
- O'Brien-Pallas, L., Griffin, P., Shamian, J., Buchan, J., Duffield, C., Hughes, F., Spence Laschinger, H. K., North, N. et Stone, P. W. (2006). The impact of nurse turnover on patient, nurse, and system outcomes: A pilot study and focus for a multicenter international study. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(3), 169-179. <https://doi.org/10.1177/1527154406291936>
- Okerlund, V. W., Jackson, P. B., Parsons, R. J. et Comsa, M. V. (1995). Job recruitment and retention factors for occupational therapists in Utah. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(3), 263-265. <https://doi.org/10.5014/ajot.49.3.263>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022, 1^{er} octobre). *Vieillesse et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Oven, A. et Domajko, B. (2021). Job satisfaction and creativity at work among occupational therapy practitioners: A mixed-methods study. *Work*, 69(4), 1351-1362. <https://doi.org/10.3233/WOR-213555>
- Painter, J., Akroyd, D., Wilson, S. et Figuers, C. (1995). The predictive value of selected job rewards on occupational therapists' job satisfaction in ambulatory care settings. *Occupational Therapy in Health Care*, 9(4), 21-37. https://doi.org/10.1080/J003v09n04_03
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D. et Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141-146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Randolph, D. S. (2005). Predicting the effect of extrinsic and intrinsic job satisfaction factors on recruitment and retention of rehabilitation professionals. *Journal of Healthcare Management*, 50(1), 49-60. <https://doi.org/10.1097/00115514-200501000-00011>
- Richardson, J. et Rugg, S. (2006). Changing practice speciality in occupational therapy: Exploring the experience. Part two. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 13(11), 492-502. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2006.13.11.22463>
- Scanlan, J. N., Meredith, P. et Poulsen, A. A. (2013). Enhancing retention of occupational therapists working in mental health: Relationships between wellbeing at work and turnover intention. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(6), 395-403. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12074>
- Scanlan, J. N. et Still, M. (2013). Job satisfaction, burnout and turnover intention in occupational therapists working in mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(5), 310-318. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12067>
- Shiri, S. (2006). Job satisfaction, physical acute care and occupational therapists. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 53(2), 5-11.

- Simard, K. et Brousseau, M. (2017). Description du déploiement des compétences professionnelles durant la première année de pratique en ergothérapie : Perceptions d'ergothérapeutes novices. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 3(1), 13-29. <https://doi.org/10.13096/rfre.v3n1.52>
- Smith, V. (2000). Survey of occupational therapy job satisfaction in today's health care environment. *American & Management Special Interest Section Quarterly*, 16(4), 1-2.
- Statistique Canada. (2022a, 07 janvier). *Tableau 14-10-0126-01 : Raison pour avoir quitté l'emploi durant l'année précédente, données annuelles (x 1000)*. <https://doi.org/10.25318/1410012601-fra>
- Statistique Canada. (2022b, 18 novembre). *Tendances relatives à la pénurie de main-d'œuvre au Canada*. https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets-debut/travail_/tendances-penurie-main-oeuvre-canada
- Taylor, A., Andriuk, M. L., Langlois, P. et Provost, E. (1995). Staff rotation: Implications for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(4), 208-211. <https://doi.org/10.1177/000841749506200405>
- Thomas, J. et Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(45). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Turpin, M., Fitzgerald, C., Copley, J., Laracy, S. et Lewis, B. (2021). Experiences of and support for the transition to practice of newly graduated occupational therapists undertaking a hospital graduate program. *Australian Occupational Therapy Journal*, 68, 12-20. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12693>
- Veritas Health Innovation Ltd. (2023). *Covidence*. www.covidence.org
- Wagner, J. I., Warren, S., Cummings, G., Smith, D. L. et Olson, J. K. (2014). Workplace model for physical therapists and occupational therapists. *Journal of Health Organization and Management*, 28(3), 290-314. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2012-0070>
- World Health Organization (WHO). (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>



**LU POUR VOUS – L'ARTICLE *THE COIN MODEL OF PRIVILEGE AND
CRITICAL ALLYSHIP : IMPLICATIONS FOR HEALTH***

Marie-Josée Drolet¹

¹ Professeure titulaire, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR),
Canada

Adresse de contact : marie-josee.drolet@uqtr.ca

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.v10n2.5943

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



Pour ce « Lu pour vous », il m'apparaît important de participer à la diffusion francophone de l'excellent article de Stephanie Nixon – la Karen Whaley Hammell de la physiothérapie – qui est professeure au département de physiothérapie à l'Université de Toronto, dans lequel elle présente un modèle qu'elle a développé pour mieux comprendre et combattre les systèmes d'oppression au sein de toute société. Cet article (Nixon, 2019) est, à mon avis, le plus pertinent et utile que j'ai lu depuis plusieurs années sur la manière dont les professionnel-le-s de la santé, incluant les ergothérapeutes, peuvent collaborer à la déconstruction des systèmes d'oppression avec les personnes qui se situent à l'intersection de ces systèmes (ex. âgisme, capacitisme, cisgenrisme, classicisme, hétérosexisme, sexisme et racisme).

Cela dit, avant de poursuivre la lecture de ce texte et l'analyse de l'article de Nixon, je vous recommande de regarder [cette courte vidéo](#) de 1 minute 42 secondes (Simons, 2010). Cela me semble essentiel pour mieux comprendre les propos de Nixon.

Compte rendu de l'article

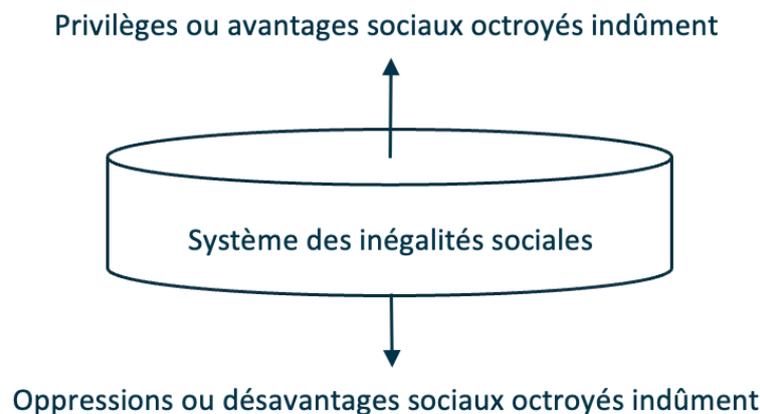
Dans cet article, Nixon commence par reconnaître que les inégalités de santé sont répandues et persistantes. Elle affirme que l'une des barrières au renversement de ces inégalités est due à la tendance généralisée des professionnel-le-s de la santé à percevoir ces injustices comme la conséquence de structures sociales qui systématiquement désavantagent indûment certains groupes au détriment d'autres groupes, sans considérer par la même occasion la manière dont elles avantagent indûment certains groupes au détriment d'autres groupes. C'est cet aveuglement éthique que Nixon entend mettre en lumière afin d'outiller les professionnel-les de la santé à, d'une part, mieux percevoir la manière dont les privilèges opèrent et, d'autre part, créer des alliances avec les personnes appartenant à des groupes injustement discriminés pour combattre, voire déconstruire ces systèmes d'oppression.

L'article a deux objectifs et comprend donc deux parties. Dans la première partie, Nixon présente et décrit le modèle qu'elle a développé. Dans la seconde partie, elle propose des pistes d'action pour soutenir les professionnel-le-s désireux de s'engager dans la lutte contre ces systèmes.

Pour mieux comprendre et percevoir la manière dont opèrent les privilèges et les oppressions au sein de toute société, Nixon a développé le *coin model* qui peut être traduit en français comme le modèle de la pièce de monnaie (Figure 1). Selon ce modèle, la pièce de monnaie représente le système des inégalités sociales, lequel distribue de manière injuste des privilèges à certains groupes de personnes (par exemple aux hommes, aux personnes blanches, cisgenres, hétérosexuelles, sans handicap ou problème de santé mentale, neurotypiques, nanties et jeunes) et des oppressions à d'autres groupes de personnes (par exemple aux femmes, aux personnes racisées ou autochtones, transgenres, non hétérosexuelles, handicapées ou ayant un problème de santé mentale, neuroatypiques, pauvres et âgées). Ni ces privilèges ni ces oppressions ne sont mérités. Une personne a accès à un ou des privilèges (ou à une ou des oppressions) seulement parce que le hasard a fait en sorte qu'elle a des caractéristiques identitaires qui correspondent aux normes sociales valorisées (ou pas).

Pour renverser ces systèmes oppressifs, il n'est pas suffisant de se concentrer sur les difficultés vécues par les personnes qui se trouvent au bas de la pièce de monnaie. Il faut plutôt adopter une approche anti-oppressive qui requiert de mettre fin aux privilèges, car il y a une interdépendance entre l'octroi de privilèges iniques et la mise en place de systèmes oppressifs. Considérant que les privilèges que détiennent les personnes qui se situent au haut de la pièce de monnaie sont difficiles à percevoir par les personnes qui les détiennent, car ils sont trop souvent tenus pour acquis ou même interprétés comme le résultat d'efforts déployés, il importe selon Nixon de les percevoir et de les reconnaître, tout en prenant la mesure de l'invisibilité des privilèges et de leurs conséquences sur les personnes qui se trouvent au bas de la pièce.

Figure 1 : Le modèle de la pièce de monnaie des privilèges et des oppressions (figure inspirée de la figure originale de Stephanie Nixon, traduite en français)



Pour rendre cette compréhension des choses plus concrète, Nixon donne plusieurs exemples éclairants. En voici un : plusieurs normes sociales structurent la société, notamment l'hétéronormativité, suivant laquelle il est en général estimé normal pour une personne d'être hétérosexuelle, c'est-à-dire d'être attirée sexuellement par les personnes de sexe opposé. Ainsi, les personnes qui correspondent à cette norme sociale parce qu'elles sont hétérosexuelles bénéficient des avantages que procure cette norme. Par exemple, ces personnes peuvent exprimer publiquement leur affection sans crainte d'être discriminées, stigmatisées ou violentées. Elles voient leur style de vie valorisé et validé par la culture populaire, de même que soutenu par la législation (ex. elles peuvent se marier, adopter des enfants, etc.). Pourtant, ces personnes n'ont pas choisi d'être hétérosexuelles, elles le sont tout simplement. Elles n'ont pas mérité ces avantages sociaux. Elles sont simplement chanceuses que leurs préférences naturelles correspondent à la norme sociale. Par ailleurs, elles n'ont pas non plus demandé de tels avantages, mais elles les ont reçus malgré tout. Aussi, elles sont bien souvent inconscientes qu'elles possèdent de tels privilèges non mérités. Car, alors que les avantages non mérités (privilèges) sont difficiles à percevoir par les personnes qui les détiennent (tout comme il est difficile de percevoir le gorille dans la vidéo suggérée précédemment), les désavantages non mérités (oppressions) sont faciles à percevoir pour les personnes qui les subissent. À contrario, bien que les choses changent, les personnes qui ne sont pas hétérosexuelles n'ont pas en général ces avantages, bien qu'elles n'aient pas choisi elles non plus d'être d'une orientation

sexuelle différente (ex. personne gaie, lesbienne, bisexuelle, asexuelle, pansexuelle, etc.). Il en est de même pour toutes les normes sociales qui structurent la vie collective et octroient injustement des privilèges à certains groupes au détriment d'autres groupes suivant des caractéristiques identitaires non choisies (ex. âge (âgisme), correspondance entre son sexe et son identité de genre (cisgenrisme), expérience de situation de handicap (capacitisme), classe sociale (classicisme), genre (sexisme), ethnie ou culture (racisme), etc.).

Nixon termine cette première partie en discutant du fait qu'en réalité, il n'y a pas une seule pièce de monnaie, mais bien plusieurs, qui correspondent chacune à une norme sociale oppressive. De fait, plusieurs personnes évoluent à l'intersection de différents systèmes d'oppression (ex. une femme racisée neurodivergente ou encore un homme trans ayant un problème de santé mentale). Elle explique ainsi la notion d'intersectionnalité qui rend compte de ce phénomène complexe et souvent mal compris. Ensuite, elle discute de deux émotions qui peuvent surgir lorsque les personnes qui bénéficient d'avantages injustifiés prennent la mesure de leurs privilèges : le sentiment que ce n'est pas leur faute ou au contraire qu'elles sont coupables. Elle identifie des avenues pour sortir de ces émotions peu constructives qui, bien souvent, nuisent à la mise en action visant la déconstruction de ces systèmes d'oppression.

Pour s'engager en tant que professionnel-le-s dans des pratiques non oppressives et participer à renverser ces systèmes d'oppression, Nixon discute des principes de la pratique de l'alliance critique. Elle commence par critiquer la manière usuelle de concevoir l'*advocacy* en santé, lorsqu'une équipe professionnelle, de manière souvent paternaliste, offre son appui pour aider des personnes en situation de vulnérabilité, étant donné son expertise. Nixon estime que cette vision des choses est liée à une confusion entre les personnes qui détiennent le pouvoir et celles qui détiennent l'expertise. Elle affirme que, bien que les équipes professionnelles détiennent souvent le pouvoir, elles ne possèdent pas l'expertise relative aux oppressions, ce qui est le cas par contre des personnes qui se situent au bas de la pièce de monnaie. La pratique de l'alliance critique requiert un recadrage drastique qui permettra à une personne de passer de « Je vais aider les moins fortunés et utiliser mon expertise pour réduire les inégalités pour les personnes marginalisées » à « Je souhaite comprendre mon rôle dans le maintien des systèmes d'oppression qui créent des inégalités en matière de santé, apprendre de l'expertise des personnes opprimées et m'engager dans des actions collectives sous le leadership des personnes au bas de la pièce de monnaie pour déconstruire les systèmes d'oppression ». Ce faisant, elle approfondit cinq principes qui découlent de ce recadrage.

Conclusion

Je recommande à l'ergothérapeute qui valorise la justice occupationnelle et qui tente d'adopter des pratiques qui soutiennent cette valeur de lire cet excellent article de Nixon. Il est incontournable pour l'ergothérapeute qui souhaite participer à la mise en place d'un monde plus juste.

Remerciements

Je remercie Sandrine Renaud et Valérie Lafond, deux doctorantes en éthique appliquée sous ma direction, qui m'ont fait connaître cet article lors du dernier congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes qui a eu lieu à Halifax/Kjipuktuk en mai 2024.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Nixon, S. A. (2019). The coin model of privilege and critical allyship: implications for health. *BMC Public Health*, 19(1), 1637. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7884-9>
- Simons, D. (2010, 28 avril). The Monkey Business Illusion [Vidéo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=IGQmdoK_ZfY



PRÉAMBULE

Le *Journal of Occupational Science* (JOS), la Société francophone de recherche sur les occupations (SFRO) et la *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie* (RFRE) collaborent à la diffusion des articles publiés par le JOS dans le monde francophone, par la traduction en français des résumés d'articles. Nous vous proposons dans cette rubrique les versions françaises des derniers résumés d'articles parus en ligne sur le site du JOS. Vous trouverez également les liens vers les articles originaux.

SÉLECTIONNÉ POUR VOUS PAR LÉA NUSSBAUMER¹

Depuis cet été, seulement cinq résumés ont été traduits en français et publiés dans le JOS. Pourquoi si peu ? Parce que les activités de traduction se sont en partie arrêtées durant mon congé de maternité. Une fois de retour à mon poste, une publication a spécialement retenu mon attention. Il s'agit d'un commentaire rédigé par deux collègues sur une publication parue dans le JOS en 2022 qui explorait l'impact des normes sociales sur les occupations des mères qui travaillent (un travail rémunéré hors du domicile). Par la mobilisation d'un cadre théorique intersectionnel et du concept de positionnalité, les autrices mettent en lumière certains enjeux autour du « retour au travail » des mères. Par exemple, elles mettent en tension une vision du travail encore trop répandue en sciences de l'occupation selon laquelle le travail permettrait aux individus de se réaliser (en termes de développement personnel ou encore de compétences). Elles rappellent que cette fonction du travail est réservée à une élite et que le travail peut également être un lieu d'exploitation et représenter un risque pour la santé.

Tout au long de leur commentaire, les autrices nous invitent à nuancer les résultats obtenus dans l'étude originale. Elles expliquent les dangers liés à la reproduction de certains discours et à l'absence de perspectives critiques (*i.e.* qui traitent des rapports de pouvoir). Enfin, elles nous montrent le chemin vers une compréhension des occupations des mères qui tient compte des contextes et de la positionnalité des individus. Autant de compétences réflexives et critiques utiles aux ergothérapeutes qui rencontrent tous les jours des mères qui travaillent.

¹ Ergothérapeute, M. Sc., assistante du Réseau occupations humaines et santé (OHS), Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), Suisse



COMMENTAIRE SUR BERGER ET COLLÈGUES (2022) : EXAMEN DE LA POSITIONNALITÉ, DE LA DYNAMIQUE DU POUVOIR ET DE L'INTERSECTIONNALITÉ DANS LES OCCUPATIONS DES MÈRES QUI TRAVAILLENT

Saara N. Bhanji et Anne-Cécile Delaisse

Ce commentaire prolonge la discussion entamée par Berger et ses collègues (2022) sur les normes sociales qui façonnent les attentes et les possibilités occupationnelles des mères qui travaillent, en examinant la manière dont elles façonnent non seulement les occupations liées à la maternité, mais aussi les occupations professionnelles de ces femmes. Nous discutons de manière critique des attentes sociétales concernant l'emploi des femmes et des inégalités raciales et de classe persistantes dans la sphère du travail féminin. Nous soulignons l'importance d'une approche intersectionnelle et réflexive de la position des participantes pour un examen véritablement critique des normes sociales qui façonnent les possibilités occupationnelles.

Bhanji, S. N. et Delaisse, A.-C. (2024). Comment on Berger and colleagues (2022) : Examining positionality, power dynamics, and intersectionality in working mothers' occupations. *Journal of Occupational Science*, 0(0), 1-7. <https://doi.org/10.1080/14427591.2024.2405181>

QUELQUES ARTICLES PARUS DANS LE JOS

- Bhanji, S. N. et Delaisse, A.-C. (2024). Comment on Berger and colleagues (2022): Examining positionality, power dynamics, and intersectionality in working mothers' occupations. *Journal of Occupational Science*, 0(0), 1-7. <https://doi.org/10.1080/14427591.2024.2405181>
- Blankvoort, N., Laliberte Rudman, D., van Hartingsveldt, M. et Krumeich, A. (2024). Reproduction of (un)-modernity at the site of the everyday: Knowledge production practices on "migrant families" in the Netherlands. *Journal of Occupational Science*, 0(0), 1-18. <https://doi.org/10.1080/14427591.2024.2437765>
- Margot-Cattin, I., Gaber, S. N. et Vrkljan, B. (2024). Defining and refining emplacement by deepening the understanding of embeddedness, situatedness, and enactedness. *Journal of Occupational Science*, 0(0), 1-12. <https://doi.org/10.1080/14427591.2024.2430376>
- Nussbaumer, L., Blankvoort, N. et Farias, L. (2024). Challenging the gender binary in occupation-based research: A feminist critical discourse analysis of sex differences. *Journal of Occupational Science*, 0(0), 1-16. <https://doi.org/10.1080/14427591.2024.2374309>
- Ramugondo, E. L. (2024). Occupational consciousness: Theorising to dismantle systemic racism and dehumanisation. *Journal of Occupational Science*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/14427591.2024.2429681>