

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
NOÉMIE BEAUSÉJOUR

LA PERCEPTION DU LEADERSHIP CHEZ DES ERGOTHÉRAPEUTES
DÉTENTEURS D'UNE MAITRISE

DÉCEMBRE 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier les diplômés en ergothérapie de l'UQTR des trois premières cohortes finissantes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire. Sans leur contribution, un tel projet n'aurait pu être réalisé.

Ensuite, j'aimerais remercier la clinicienne Mélissa Laliberté (ergothérapeute) pour le temps qu'elle a pris pour m'initier à la plateforme de sondage électronique utilisée pour la réalisation de cette étude.

J'aimerais également remercier ma directrice d'essai, Mme Martine Brousseau, pour son support, ses conseils et sa rétroaction fortement appréciée qui ont contribué à l'amélioration d'un tel projet. Ses encouragements, son temps et son écoute furent des éléments précieux au processus ayant permis l'accomplissement de ce projet.

Finalement, j'aimerais remercier mes collègues de séminaire pour leur support et leurs conseils critiques qui ont également permis de bonifier le cheminement de ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	ii
Liste des figures	v
Liste des tableaux	vi
Liste des abréviations	vii
Résumé	viii
1. Introduction	1
2. Problématique	2
2.1 Constats et pertinence de l'étude.....	7
2.2 Question et objectif de la recherche	8
3. Cadre conceptuel.....	9
3.1 Leadership	9
3.2 Leadership en habilitation à l'occupation	9
4. Méthodologie	12
4.1 Devis de recherche	12
4.2 Méthode d'échantillonnage	12
4.3 Méthode de collecte de données	13
4.4 Déroulement de l'étude	14
4.5 Analyse des données	14
4.5.1 Données qualitatives	14
4.5.2 Données quantitatives	15
4.6 Considérations éthiques	15
5. Résultats	16
5.1 Caractéristiques des répondants	16
5.2 Le leadership en tant qu'individu.....	18
5.3 Le leadership de l'ergothérapie dans les milieux.....	23
5.4 Le leadership dans une approche de formation.....	27
5.5 Le leadership et la profession d'ergothérapeute.....	29

	IV
6. Discussion	33
6.1 La perception du leadership en tant d'individu.....	33
6.2 La perception du leadership dans les milieux	35
6.3 La perception du leadership dans une approche de formation.....	36
6.4 La perception du leadership et la profession d'ergothérapeute.....	37
6.5 Forces et limites de l'étude	39
7. Conclusion.....	40
Références	41
ANNEXE A Questionnaire électronique	44

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1.</i> Répartition des répondants selon l'expérience (cohorte) et les différentes sections du questionnaire.....	16
<i>Figure 2.</i> Répartition des répondants selon la clientèle et le domaine	18
<i>Figure 3.</i> Perception du leadership des répondants	19
<i>Figure 4.</i> Auprès de qui les répondants exercent leur leadership.....	21
<i>Figure 5.</i> Taux de participation à des causes sociales.....	22
<i>Figure 6.</i> Méthodes utilisées par les ergothérapeutes pour faire valoir le potentiel des occupations bienfaitantes à la santé	25
<i>Figure 7.</i> Recommandations d'améliorations pour augmenter l'efficacité des systèmes	27
<i>Figure 8.</i> La perception de l'importance du mentorat dans le développement du leadership	28
<i>Figure 9.</i> Stratégies pour le développement du leadership en ergothérapie.....	29
<i>Figure 10.</i> L'importance de faire preuve de leadership	31

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1.</i> Situation de travail des répondants.....	17
<i>Tableau 2.</i> Motivateurs à l'implication dans des projets novateurs.....	20
<i>Tableau 3.</i> Exemples d'influence d'ergothérapeutes auprès de leurs gestionnaires.....	21
<i>Tableau 4.</i> Apprentissages ressortis du mentorat.....	23
<i>Tableau 5.</i> Exercer de l'influence par l'intermédiaire des données probantes.....	26
<i>Tableau 6.</i> Actions pour revendiquer des possibilités pour l'ergothérapie.....	30

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AOTA	American Occupational Therapy Association
BAOT	British Association of Occupational Therapy
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
PICOM	Projet d'intégration communautaire
SIV	Suivi d'intensité variable (santé mentale)
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Problématique : Le leadership des ergothérapeutes est un domaine encore très peu étudié empiriquement et parmi les études empiriques recensées, celles-ci abordent principalement le leadership des gestionnaires en ergothérapie et non des cliniciens. De plus, à notre connaissance, depuis que le diplôme d'entrée de la pratique en ergothérapie a été rehaussé à une maîtrise, aucune étude auprès de diplômés au Canada n'a été recensée dans les écrits, alors que le rehaussement de formation en ergothérapie vise le développement de compétences avancées, dont entre autres, celle du leadership. Ainsi, l'objectif de la présente étude est de décrire la perception du leadership chez des ergothérapeutes détenteurs de maîtrise.

Cadre conceptuel : Le cadre conceptuel dirigeant la conceptualisation du leadership en ergothérapie pour la présente étude est inspiré du modèle du leadership en habilitation aux occupations de Townsend et Polatajko (2013).

Méthodologie : Le devis utilisé dans le cadre de cette étude est un devis descriptif simple de type sondage de nature mixte. Un sondage électronique comprenant des questions d'opinion associées à une échelle de type Likert et des questions ouvertes de nature qualitative a été administré. L'échantillon convenance, composé des diplômés des trois premières cohortes de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), est de type non probabiliste par réseau. Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu et les données quantitatives ont fait l'objet d'analyses descriptives simples.

Résultats : 22 répondants ont participé à l'étude. Ils travaillent depuis minimalement 12 mois et maximalement 48 mois. D'un point de vue quantitatif, les résultats révèlent que plus du trois quarts des répondants se considèrent des leaders dans leur pratique. Ils ont à 77,3% un mentor de leur entourage les aidant à développer leurs habiletés de leadership, notamment par le développement de leur pratique clinique, de leur confiance en soi et de leurs habiletés de communication et d'argumentation. Ensuite, plus du trois quarts des répondants indiquent que les ergothérapeutes de leur milieu se démarquent en étant des chefs de file telle que dans l'utilisation des données probantes. Les résultats révèlent également que plus de la moitié des répondants considèrent important de faire preuve de leadership en tant qu'ergothérapeute clinicien. D'un point de vue qualitatif, leurs motivateurs principaux à s'impliquer dans le développement de projets novateurs sont le désir d'améliorer les pratiques, des intérêts personnels et le désir de faire rayonner l'ergothérapie. Par la suite, les répondants affirment se démarquer de leurs collègues ergothérapeutes non détenteurs de maîtrise principalement au niveau de l'utilisation des données probantes, du désir de formation et de la remise en question des pratiques actuelles.

Discussion : Les résultats suggèrent à une perception que le rehaussement de la formation à la maîtrise atteint dans une certaine mesure l'objectif de former à un certain niveau de leadership. Ensuite, les résultats portent à croire que les ergothérapeutes détenteurs de maîtrise exercent leur influence à divers niveaux dans leur pratique. L'étude permet également de constater la perception de l'utilité d'un mentor dans le développement des habiletés du leadership.

Conclusion : Les résultats indiquent que les répondants se perçoivent comme exerçant une certaine forme de leadership dans leur pratique et qu'ils considèrent cette compétence comme

importante. Les répondants sont motivés à exercer leur influence et à faire partie de projets novateurs afin d'améliorer les soins et services donnés à la clientèle. Il y a lieu de poursuivre l'étude du leadership notamment auprès d'ergothérapeutes cliniciens compte tenu du peu de données empiriques sur le sujet et de la pertinence de celui-ci pour le développement de la profession.

Mots clés français (Canada) : Ergothérapie, Leadership, Détenteur de maîtrise, Perception

Mots clés anglais (Canada) : Occupational therapy, Leadership, Masters degree, Perception

1. INTRODUCTION

Dans leur travail, les ergothérapeutes ont des opportunités au quotidien pour exercer leur leadership (Zachry & Flick, 2015). La forme la plus classique de déploiement du leadership est d'influencer directement leur client dans le processus thérapeutique. Néanmoins, il est possible en tant qu'ergothérapeute d'exercer aussi une influence à divers niveaux. Il est pertinent de le faire en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire, en tant que personne-ressource auprès de ses collègues immédiats, ou encore en tant que personne-ressource auprès d'autres ergothérapeutes, et ce, d'autant plus en étant travailleur d'un réseau comme celui de la santé. Pour pouvoir prendre leur place comme groupe professionnel, les ergothérapeutes sont appelés à faire preuve de leadership (Lapointe, 2015). De ce fait, il s'avère intéressant de se pencher sur la perception de ce leadership du point d'ergothérapeutes cliniciens étant donné que cette compétence peut affecter directement les soins donnés à la clientèle.

Ainsi, dans le présent essai, la problématique et la pertinence de s'intéresser à la compréhension de la perception du leadership chez des ergothérapeutes détenteurs de maîtrise sont d'abord abordées. Ensuite, le modèle conceptuel sur lequel repose la vision du leadership en ergothérapie au Canada est décrit. Pour poursuivre, la méthodologie de la recherche de type sondage à devis mixte est détaillée, ainsi que la méthode d'échantillonnage de convenance est expliquée. Les résultats, ayant fait l'objet d'analyses quantitatives et qualitatives, sont présentés. Subséquemment, une discussion des résultats portant sur la perception du leadership en effectuant des liens avec les divers écrits recensés dans la problématique est effectuée en présentant les forces et faiblesses de la présente étude. En conclusion, les implications pour la pratique et des pistes de recherches futures sont exposées après avoir complété une brève synthèse du propos de l'étude.

2. PROBLÉMATIQUE

La présente section fait état de la pertinence sociale, professionnelle et scientifique de s'intéresser à l'étude du leadership en ergothérapie à travers un bref résumé de la littérature sur le sujet. Suite au déploiement des constats émergent de la littérature, la question et l'objectif poursuivi par la présente étude sont énoncés.

Exercer un leadership professionnel est d'autant plus important dans le contexte de soins actuel québécois en raison de la réorganisation des services de santé suite à l'adoption du projet de Loi 10 qui modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (Assemblée nationale du Québec, 2015). De ce fait, si les ergothérapeutes veulent « assurer un futur brillant pour [la] profession [cela va requérir] de faire preuve dès maintenant d'un leadership dynamique et proactif » (Lapointe, 2015, p.44). Les ergothérapeutes sont particulièrement interpellés à exercer leur influence dans un souci de services aux clientèles en ergothérapie (Townsend, Polatajko, Craik, & von Zweck, 2011). Le contexte de coupure est susceptible de créer des opportunités pour que les ergothérapeutes démontrent la pertinence de leur contribution au sein du réseau de la santé québécois. Ainsi, ces opportunités risquent de favoriser l'innovation et la modification des pratiques.

L'étude du leadership en ergothérapie d'un point de vue professionnel s'avère pertinente et d'actualité pour plusieurs raisons. Il s'agit d'une compétence hautement reconnue au niveau des instances en ergothérapie. Chaque année, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) remet un Prix pour le leadership en ergothérapie dans le but « de reconnaître et d'honorer les réalisations exceptionnelles d'un ergothérapeute qui a été à l'avant-plan d'activités ayant donné une direction stratégique à la profession et ayant favorisé son avancement » (ACE, 2016c). C'est-à-dire que la communauté ergothérapique canadienne valorise l'expression du leadership dans une orientation de faire valoir et faire rayonner la profession. De plus, l'ACE remet aussi annuellement le Prix du discours commémoratif Muriel Driver, l'un des prix les plus prestigieux qu'un ergothérapeute canadien peut se voir attribuer. Ce prix reconnaît les réalisations importantes du leadership qui s'affiche au sein de la recherche, de l'enseignement et de l'apport professionnel (ACE, 2016b). Des équivalences à ce prix sont remises dans les associations en ergothérapie à travers le monde. Les prix des discours Elizabeth Casson auprès

de l'Association britannique (BAOT, 2011) et le prix Eleanor Clarke Slagle de l'Association américaine (AOTA, 2016) en sont des exemples. Le leadership n'est pas reconnu uniquement à un niveau national, mais aussi provincial. En effet, annuellement l'OEQ remet un prix innovation à un ergothérapeute ou à un groupe d'ergothérapeutes ayant « démontré du dynamisme, de la créativité et du leadership dans le contexte actuel des services de santé » (OEQ, 2015). L'Ordre remet aussi le Prix d'excellence mettant en lumière le leadership d'un ergothérapeute d'expérience (OEQ, 2015). Ainsi, l'attribution de tels prix fait état que le leadership représente une compétence importante en ergothérapie

Un second élément qui démontre la pertinence professionnelle de la thématique du leadership en ergothérapie est l'abondance de texte dans les revues professionnelles, ainsi que de nombreux éditoriaux et discours en ergothérapie (Finlayson, 2013 ; Hunter, 2013 ; Rodger, 2012 ; Stewart, 2007 ; Stoffel & Lamb, 2014 ; Vrkljan & Gélinas, 2013; Zachry & Flick, 2015). Lorsqu'on parle de leadership en ergothérapie, la recension des écrits professionnels fait ressortir les onze éléments suivants : 1. l'importance de saisir les opportunités qui s'offrent aux ergothérapeutes d'exercer leur influence ; 2. l'optique que tous peuvent être des leaders ; 3. la nécessité de travailler les habiletés de communication pour être un leader efficace ; 4. l'attitude de visionnaire qui doit être partagée ; 5. l'efficacité de la collaboration et de la présence d'un réseau d'influence afin d'exercer son leadership ; 6. la variété de styles de leadership, mais dont le type transformateur cadre de très près avec la réalité des ergothérapeutes ; 7. la notion d'intelligence émotionnelle chez les bons leaders ; 8. la nécessité de comprendre le contexte de pratique pour pouvoir agir en tant qu'agent de changement ; 9. l'importance d'avoir une pratique actualisée et basée sur les données probantes pour être crédible en tant que leader ; 10. l'influence d'un mentor sur le développement du leadership chez les ergothérapeutes novices ; et 11. le renforcement de l'identité professionnelle par l'utilisation de vocables centraux, évocateurs et identitaires en ergothérapie, et ainsi démontrant du leadership. En somme, les auteurs font ressortir les éléments à mettre de l'avant pour que les ergothérapeutes fassent preuve de leadership dans leur pratique.

Le leadership en ergothérapie est largement abordé dans des textes d'opinion professionnelle, mais demeure peu étudié dans les études empiriques. Jusqu'à ce jour les études

empiriques recensées portent sur : 1. l'exploration des motivations des ergothérapeutes à obtenir des postes de leaders (Heard, 2014) ; 2. la perception de l'efficacité des styles de leadership des gestionnaires par les ergothérapeutes praticiens (Snodgrass, Douthitt, Ellis, Wade & Plemons, 2008) ; et 3. l'étude des caractéristiques du leadership des ergothérapeutes gestionnaires (Fleming-Castaldy et Patro, 2012).

La première thématique abordée dans les études empiriques est celle des motivations à s'engager dans des activités du leadership par Heard (2014). L'étude ayant pour but d'examiner les raisons amenant les ergothérapeutes à choisir la voie du leadership se veut une étude analytique phénoménologique interprétative. L'auteur a recruté 10 ergothérapeutes gestionnaires en Ontario ayant en moyenne 17,2 ans d'expérience (allant de 3 à 29 ans) qui ont répondu à une entrevue semi-structurée portant sur les questions suivantes : 1. quels facteurs les ont motivés à devenir des leaders? ; 2. quels sont les éléments qu'ils perçoivent clés pour les ergothérapeutes qui désirent occuper des rôles de leadership? ; et 3. à votre avis, comment le développement des leaders en ergothérapie peut être identifié et supporté?. Suite à une analyse codifiée des thèmes, plusieurs éléments ont été identifiés. Dans les facteurs de motivation résultants, il y a le désir d'influencer la profession ou la façon de donner les soins et services, le besoin de développement personnel ou professionnel, ainsi le questionnement entre assumer le mandat de leadership et le chercher. Au niveau des éléments clés pour occuper des rôles de leadership, les participants identifient : les habiletés de communication et d'interaction ; la confiance, la crédibilité ainsi que la compétence de l'ergothérapeute ; ainsi que l'esprit visionnaire et pratique. Finalement, les pistes de soutien aux nouveaux leaders sont identifiées comme étant l'ajout du leadership au curriculum de formation, le développement d'un soutien professionnel au leadership, ainsi que la mise en place d'une culture du mentorat. En somme, cette étude explore les motivations à devenir un leader gestionnaire de la part d'ergothérapeutes hautement expérimentés.

La seconde thématique abordée dans les études empiriques porte sur les perceptions des styles de leadership de Snodgrass, Douthitt, Ellis, Wade & Plemons (2008). À l'aide d'un sondage postal, le multifactor leadership questionnaire Rater Form (5X-Short) ayant obtenu un taux de réponse de 14,6% (73 d'un échantillon de 500 ergothérapeutes praticiens au Tennessee), les auteurs avaient pour but d'établir le profil actuel des ergothérapeutes cliniciens, ainsi que de

décrire l'association entre les styles de leadership transactionnels et transformateurs des gestionnaires et leurs résultats sur la satisfaction et l'efficacité. Les résultats ont permis d'identifier que les ergothérapeutes préfèrent grandement un style de leadership transformateur chez leurs gestionnaires. Le leader transformateur est un motivateur qui prend en considération l'individualité des membres de son équipe et qui les stimule intellectuellement. Le style transactionnel est quant à lui moins apprécié puisque dans ce style le gestionnaire agit plutôt à titre d'arbitre en faisant appel aux punitions et récompenses. En somme, cette étude fait ressortir le style de leadership transformateur est celui avec lequel les ergothérapeutes préfèrent travailler.

Enfin, la troisième thématique abordée dans les études empiriques porte sur les caractéristiques du leadership des ergothérapeutes gestionnaires par Fleming-Castaldy et Patro (2012). Les auteurs ont étudié cette thématique via un sondage non-expérimental, soit le Leadership Practices Inventory et un questionnaire démographique, envoyé aux 150 ergothérapeutes inscrits comme membre AMSIS (Administration and Management Special Interest Section) de l'Association américaine des ergothérapeutes. Le taux de réponse fut de 35,3% (n=53). Les résultats indiquent que les répondants perçoivent posséder les 5 qualités (modeler la voie, inspirer une vision à partager, défier le processus, amener les autres à agir, et encourager l'engagement) qui peuvent contribuer au succès de leur leadership en ergothérapie. De plus, le taux de répondants masculins (23%) est plus élevé que leur représentation dans la profession entière (8%), ce qui porte à croire que les hommes sont davantage attirés vers les postes de gestion et de leader. Enfin, aucune différence n'a été décelée dans les caractéristiques du leadership selon le niveau d'étude des ergothérapeutes ayant des postes de gestionnaire. En somme, aucune association n'a été démontrée entre les caractéristiques démographiques des ergothérapeutes gestionnaires et les caractéristiques de leur leadership.

Les études empiriques sur le leadership en ergothérapie renseignent principalement sur le fait d'exercer du leadership quand les professionnels sont en poste d'autorité, de gestionnaire et possèdent une certaine expérience clinique. Toutefois, l'exigence d'une maîtrise en ergothérapie, depuis 2008 au Canada, invite d'une certaine façon à préparer les étudiants en ergothérapie à exercer du leadership. Le rehaussement de la formation repose en autres sur la complexité de la pratique, sur le fait d'amener les futurs professionnels à démontrer l'efficacité de leurs

interventions, et sur les obligations liées aux changements dans le système de santé (ACE, 2016a). Une étude faite par Horth et Arsenault (2002) mentionne que l'un des objectifs du rehaussement à la maîtrise est que les ergothérapeutes seront aptes à remplir une diversité de rôles. Pour pouvoir exercer une variété de rôles, les ergothérapeutes doivent faire preuve de leadership. D'ailleurs, l'expression exercer une variété de rôles est traduit de l'anglais « practice leadership ». En ce sens, l'étude de Richardson, MacRae, Schwartz, Bankston et Kosten (2008), explorant les résultats d'une formation post-professionnelle en ligne de niveau de maîtrise, suggère l'influence possible d'une telle formation sur le leadership des ergothérapeutes. En effet, 96% (n=70/73) des participants ont répondu être satisfait ou très satisfait de leur habileté professionnelle à prendre un rôle de leadership et 98% (n=71/73) associent cette compétence comme une contribution du programme de maîtrise. De plus, près de 70% des participants rapportent être engagé dans activités professionnelles de leadership après leur graduation. Ces chiffres indiquent bien comment les ergothérapeutes détenteurs de maîtrise ont la perception d'être en mesure et qu'ils devraient faire preuve de leadership dans leur pratique.

Le passage d'étudiant à clinicien demande toutefois un temps d'adaptation pour transposer les apprentissages théoriques à la pratique, pour bâtir un sentiment de confiance et d'efficacité, pour être en mesure de gérer les ressources offertes dans leur milieu, ainsi que pour développer de nombreuses autres compétences (Nayar, Gray & Blijlevens, 2013 ; Tryssenaar & Perkins, 2001 ; Waite, 2013). Ainsi, avant même de mettre ses compétences de leader de l'avant, l'ergothérapeute débutant doit intégrer les nombreux défis que la pratique clinique lui envoie. Dans cet ordre d'idées, Stav et Roberts (2009) ont proposé une méthode afin d'établir des objectifs professionnels adaptés à la phase d'expérience des ergothérapeutes. Les auteurs avancent que les ergothérapeutes novices devraient avoir des objectifs visant le développement des connaissances pratiques, ainsi que des habiletés de communication avec les clients et les collègues, et les invitants ainsi à développer leurs compétences pour les amener à plaider pour leur client. Si l'on fait le parallèle avec le leadership, les objectifs ciblés pour les ergothérapeutes novices correspondent au développement des habiletés de base. Ensuite, toujours selon Stav et Roberts (2009), les ergothérapeutes d'expérience devraient avoir des objectifs professionnels ciblant l'intégration de nouvelles connaissances à la pratique, la création de relations de collaboration et la réponse au besoin de plaider pour les clients. Ainsi, cela correspond à une

première forme d'expression du leadership. Finalement, Stav et Roberts (2009) proposent que les ergothérapeutes experts favorisent les objectifs de faire preuve de leadership et d'agir en tant que mentor pour les praticiens moins expérimentés. En somme, le développement de l'expérience clinique des ergothérapeutes devrait les amener à pouvoir faire davantage preuve de leadership en raison des connaissances acquises, mais aussi en raison de l'augmentation de la confiance et du sentiment de compétence.

2.1 Constats et pertinence de l'étude

À ce jour, le leadership des ergothérapeutes est un domaine encore peu étudié empiriquement par les chercheurs tel qu'illustré précédemment. À la lumière des écrits recensés, les constats suivants peuvent être faits :

- le leadership en ergothérapie est abordée par divers auteurs à travers les éditoriaux et textes de conférence (Finlayson, 2013 ; Hinojosa, 2007 ; Hunter, 2013 ; Lapointe, 2015 ; Stoffel & Lamb, 2014 ; Stewart, 2007 ; Vrkljan & Gélinas, 2013 ; Zachry & Flick, 2015) ;
- peu d'études empiriques ont abordé le leadership en ergothérapie ;
- parmi les études empiriques recensées, celles-ci abordent principalement le leadership des gestionnaires en ergothérapie et non des cliniciens (Fleming-Castaldy et Patro, 2012 ; Heard, 2014; Snodgrass, Douthitt, Ellis, Wade & Plemons, 2008) ;
- à notre connaissance, depuis que le diplôme d'entrée de la pratique en ergothérapie a été rehaussé à une maîtrise, aucune étude auprès de diplômés au Canada n'a été recensée dans les écrits, alors que le rehaussement de formation en ergothérapie vise le développement de compétences avancées, dont entre autres, celle du leadership (Horth et Arsenault, 2002).

Suite à ces constats, il apparaît donc pertinent de s'intéresser au leadership d'ergothérapeutes détenteurs d'une maîtrise. Les connaissances générées par la présente étude contribuent dans une certaine mesure à documenter le leadership chez des ergothérapeutes

diplômés depuis le rehaussement de la formation. De plus, l'étude fournit des connaissances sur le leadership chez des ergothérapeutes cliniciens.

2.2 Question et objectif de la recherche

Suite aux constats ci-haut, la question de recherche suivante est posée : quelle est la perception du leadership chez des ergothérapeutes détenteurs de maîtrise? Ainsi, l'objectif de la présente étude est de décrire la perception du leadership chez des ergothérapeutes détenteurs de maîtrise.

3. CADRE CONCEPTUEL

La présente section vise à cerner les concepts centraux et importants dans le cadre de la présente étude. Ainsi, dans un premier temps, le concept de « leadership » est abordé. En second lieu, le modèle du Leadership en habilitation à l'occupation est décrit.

3.1 Leadership

Le terme « leadership » est mot d'origine anglais. Il se définit, selon Robert & Rey (2001), comme une position de leader. Toujours selon ces auteurs, le terme leader prend essence dans la signification de conduire, 'to lead'. Il peut être vu selon un angle politique comme un chef ou un porte-parole, et selon un angle sportif ou entrepreneurial comme un meneur (Robert & Rey, 2001). Ceci offre un cadre au concept de leadership pouvant être interprété selon son contexte d'utilisation allant de faire la promotion d'idées jusqu'à occuper une position de pouvoir. Plusieurs auteurs en ergothérapie (Barker Dunbar, 2015 ; Fleming-Castaldy & Patro, 2012 ; Stewart, 2007) ont abordé le concept du leadership dans leurs écrits dans l'optique d'en justifier la pertinence.

3.2 Leadership en habilitation à l'occupation

Dans cette optique de favoriser l'accès aux services, Townsend, Polatajko, Craik et von Zweck (2011) ont développé le modèle du « Leadership en habilitation à l'occupation ».. Townsend et Polatajko (2013) font valoir que les ergothérapeutes qui articulent et utilisent les habilités de l'habilitation de façon efficace sont en position de leadership n'importe où et en tout temps. Delà, les auteurs ont bâti ce modèle afin d'aider les ergothérapeutes à affirmer et assurer leur leadership, et ce, en démontrant le potentiel de l'occupation bienfaisante à la santé.

Le modèle du « Leadership en habilitation à l'occupation » s'articule à travers l'interrelation de 4 éléments, soit le recours à l'érudition, l'imputabilité professionnelle, le financement, et la planification de la main-d'œuvre, et ce, pour en venir à un leadership optimal en habilitation à l'occupation. Ces 4 éléments ont été ciblés par Townsend, Polatajko, Craik et

von Zweck (2011), car ils ont été identifiés comme des facteurs influençant grandement l'accès aux services en ergothérapie..

D'abord, le premier élément du modèle ciblé par les auteurs est le recours à l'érudition. Il fait appel à l'importance de développer de nouvelles connaissances et d'exercer une pratique sur un raisonnement appuyé sur les données probantes (Townsend, Egan, Law, Manojlovich et Head, 2013). Notamment, cet élément relève l'importance de la scolarisation dans le développement de l'utilisation des données probantes dans la pratique, d'où le lien avec le rehaussement de la formation à un degré de maîtrise. De plus, le recours à l'érudition s'avère important dans l'exercice du leadership en raison de la crédibilité qui y est associée, et parce que les données probantes permettent de démontrer la force de l'occupation bienfaisante à la santé (Townsend, Polatajko, Craik & von Zweck, 2011 ; Townsend et Polatajko, 2013). En somme, l'élément de l'érudition regroupe tout ce qui a trait à bâtir un raisonnement et des connaissances professionnelles solides afin d'agir en faisant preuve de leadership en habilitation à l'occupation.

Le second élément du modèle est l'imputabilité professionnelle. Les auteurs abordent cet élément, car ils perçoivent l'imputabilité comme un outil puissant qui caractérise l'autonomie professionnelle (Townsend, Freeman, Liu, Quach, Rappolt et Rivard, 2013). Ils font valoir qu'une utilisation stratégique de l'imputabilité permet de raffiner la qualité des services dans une approche centrée sur l'occupation. Notamment, le leadership au niveau de l'imputabilité s'avère primordial pour les ergothérapeutes afin de faire leur place et mettre de l'avant la promotion de la santé non médicalisée dans le contexte biomédical actuel du réseau de santé. Toujours quant à l'élément de l'imputabilité, les auteurs disent que les ergothérapeutes doivent avoir de nouvelles approches novatrices pour engager les clients dans l'habilitation à l'occupation afin de maintenir leur autonomie professionnelle, de gérer leur charge de travail, en étant professionnellement responsable (Townsend, Freeman, Liu, Quach, Rappolt & Rivard, 2013, p.370). En somme, l'expression du leadership en habilitation à l'occupation via l'imputabilité professionnelle se caractérise par une gestion efficace de sa pratique en vue de favoriser les services rendus aux clients.

Ensuite, le troisième élément du modèle est le financement (Townsend, Jongbloed, Stadnyk & Drummond, 2013). Par cet élément, les auteurs font valoir qu'il est important

d'exercer un leadership auprès des bailleurs de fonds et des personnes en position de pouvoir. En effet, le financement est un élément essentiel du leadership puisque celui-ci influence profondément l'accès aux services. Ainsi, il s'avère primordial que les ergothérapeutes fassent preuve de leadership pour démontrer la pertinence de l'ergothérapie auprès de l'ensemble des clientèles, car ils sont en mesure de habiliter les individus aux occupations. Pour acquérir ce financement, les ergothérapeutes doivent éduquer les bailleurs de fonds sur la pertinence de l'ergothérapie pour des clientèles peu desservies (en milieu scolaire, en santé mentale grave, avec les immigrants, en promotion de la santé, etc.) en faisant valoir le potentiel de l'occupation bienfaitrice à la santé. En somme, le leadership au niveau du financement est un élément primordial afin de favoriser l'accès aux services en ergothérapie.

Finalement, le quatrième élément du modèle est la planification de la main-d'oeuvre. Selon Townsend, von Zweck, Baptiste, Krupa, Picard et Trudel (2013), « le leadership quant à la planification de la main d'œuvre est essentiel afin de transformer les visions des possibilités en réalité. » (Townsend, von Zweck, Baptiste, Krupa, Picard & Trudel, 2013, p.395). En effet, la planification de la main-d'œuvre par la collaboration et le partenariat avec les communautés, les organisations, les clients, les familles, les agents payeurs, les gestionnaires et plus encore, sont importants afin de situer l'ergothérapie en position de leadership, et ainsi faire avancer sa vision en matière de santé, de justice et de bien-être par l'occupation (Townsend, von Zweck, Baptiste, Krupa, Picard et Trudel, 2013). En somme, par un l'exercice d'une influence auprès des collaborateurs, les ergothérapeutes se positionnent afin de revendiquer et de favoriser l'accès aux services en ergothérapie.

4. MÉTHODOLOGIE

La présente section expose les aspects méthodologiques de cet essai. Elle vise à décrire la démarche scientifique utilisée afin de répondre à la question de recherche suivante : quelle est la perception du leadership chez des ergothérapeutes détenteurs de maîtrise? Ainsi, elle présente le type de devis de recherche utilisé, la méthode d'échantillonnage, la méthode de collecte de données, la planification de l'analyse des données, ainsi que les considérations éthiques qui ont été prises en compte afin de conduire la présente recherche.

4.1 Devis de recherche

Le devis utilisé dans le cadre de cet essai est un devis descriptif simple de type sondage de nature mixte. Ce type de devis est approprié puisque cette étude vise à décrire la perception du leadership par des ergothérapeutes détenteurs de maîtrise. En effet, Fortin et Gagnon (2010) indiquent qu'une étude descriptive a pour objectif de permettre la compréhension d'un phénomène (le leadership) et de décrire l'expérience telle que vécue par les participants (leur perception). Cette expérience est documentée via des données qualitatives et quantitatives provenant du point de vue émis par les participants à l'étude.

4.2 Méthode d'échantillonnage

L'étude cible les ergothérapeutes détenteurs d'une maîtrise depuis l'obligation du rehaussement à la maîtrise de la formation universitaire en ergothérapie et ayant minimalement un an d'expérience en tant qu'ergothérapeute clinicien. L'échantillon de convenance comprend les diplômés des 3 premières cohortes de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), car ils ont plus qu'une année d'expérience. L'échantillon de convenance est retenu en raison de l'accessibilité des répondants.

La méthode d'échantillonnage est de type non probabiliste par réseau (Fortin et Gagnon, 2010). Elle vise des volontaires et a été effectuée via 2 méthodes de sollicitations. D'abord, les diplômés ont été sollicités à partir d'une invitation à la participation au projet via une page facebook de cohorte. Le message incluait le lien menant à la lettre de présentation détaillée et au

questionnaire électronique dont il est question à la prochaine section. Les participants ont par la suite été relancés à participer par téléphone, via une liste des participants potentiels créée à l'aide des mosaïques des diplômés affichées sur les murs du département, et par la suite ils ont été retracés via le site de l'OEQ.

4.3 Méthode de collecte de données

Un questionnaire électronique, de type sondage, a été spécialement conçu aux fins de la présente étude à partir de la recension des écrits et des concepts du modèle du « Leadership en habilitation à l'occupation » de Townsend et Polatajko (2013), tel qu'énoncé dans la problématique et expliqué dans le cadre conceptuel. Il a également été pré-testé auprès d'un expert. Étant une étude de nature mixte, le sondage comporte à la fois des questions ouvertes, des choix multiples, ainsi que des échelles de Likert à sept niveaux et une échelle visuelle analogue de 10 niveaux. Le questionnaire et la répartition des divers types de questions est présentée dans le tableau de l'Annexe A.

Le questionnaire comprend 31 questions et est divisé en deux parties. La première partie contient 10 questions socio démographique visant à décrire les participants et leur milieu de pratique. La seconde partie du questionnaire porte sur la perception du leadership à travers 21 questions subdivisées en quatre thématiques. Dix questions (une échelle de Likert, sept questions ouvertes et deux choix multiples) abordent la perception du leadership en tant qu'individu par la description de projets novateurs et la cible du déploiement de leur leadership (quant à la personne, les possibilités de comités et le soutien par un mentor). Quatre questions ouvertes abordent le leadership de l'ergothérapie dans les milieux et portent sur comment des ergothérapeutes ont la perception de se démarquer, sur les possibilités de faire valoir les occupations, l'influence de l'utilisation des données probantes, ainsi que des suggestions d'amélioration des systèmes. Trois questions (deux questions ouvertes et une échelle de Likert) abordent le leadership dans une approche de formation à travers la distinction des ergothérapeutes détenteurs de maîtrise, l'importance du mentorat dans le développement des habiletés de leadership, ainsi que des suggestions pour le programme de formation des futurs ergothérapeutes. Finalement, quatre questions (une échelle de Likert et 3 questions ouvertes, dont une avec une échelle visuelle analogue) abordent le leadership et la profession

d'ergothérapeute, et portent sur l'importance de la tenue de dossier et de l'identité professionnelle dans l'expression du leadership, sur l'importance du leadership dans la pratique et pour l'actualisation de l'autonomie professionnelle, sur les revendications faites pour l'ergothérapie et sur le futur de la profession.

La collecte de données a été faite sur la plateforme de sondage internet ÉvalAndGo. Cette plateforme sécurisée permet de transmettre le questionnaire via une adresse web. Directement par la plateforme de sondage les questionnaires anonymes sont recueillis et un document excel de regroupement des données recueillies est produit pour pouvoir débiter l'analyse des données.

4.4 Déroulement de l'étude

La période de collecte de données eu lieu en temps consécutifs. D'abord, les participants fut sollicités par un message général sur leur groupe facebook de cohorte expliquant le sujet de l'étude et la procédure de participation à la collecte de données. Le message fut déposé par un membre de leur groupe ayant accepté de publier la sollicitation. À partir de ce moment, le questionnaire électronique fut disponible durant une période de six semaines. À l'échéance de ce premier délai, les diplômés des cohortes cibles ayant leur coordonnées disponibles via la liste des ergothérapeutes de l'OEQ ont été relancés par téléphone pour les informer de la présente étude et les inviter à répondre au questionnaire électronique qui fut réouvert pour un deux semaines additionnelles.

4.5 Analyse des données

Un devis descriptif simple de nature mixte demande une analyse de données qui prend en considération à la fois les données qualitatives et les données quantitatives.

4.5.1 Données qualitatives

Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu selon Fortin et Gagnon (2010). Il s'agit de réviser les réponses recueillies et d'interpréter les propos narratifs des répondants afin d'y repérer les unités de sens. Ainsi, les réponses aux questions ont été d'abord

regroupées en énoncés selon leur unité de sens. Ensuite, une révision des énoncés a été effectuée dans le but d'en faire ressortir des thématiques communes.

4.5.2 Données quantitatives

Les données quantitatives ont fait l'objet d'analyses descriptives simples, tel que des fréquences et pourcentages (Fortin et Gagnon, 2010). De plus, en ce qui a trait aux dispositifs de type Likert, les cotes ont également été regroupées en 3 groupes (accord, neutre et désaccord) afin de faire ressortir les mesures de tendance dans les réponses. Finalement, encore une fois les cotes ont été regroupées au niveau de l'échelle visuelle analogue : aucune importance (cote 1), faible importance (cote 2, 3 et 4), importance modérée (cote 5 et 6), forte importance (cote 7,8 et 9) et importance capitale (cote 10).

4.6 Considérations éthiques

La présente recherche a été approuvée par le Comité éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le certificat portant le numéro CDERS-16-7-06.06 a été attribué le 31 mars 2016. De plus, afin de respecter la confidentialité des participants, le questionnaire électronique était anonyme. Le fait d'accepter de remplir le questionnaire via le lien web faisait office de consentement à participer à l'étude. Les participants étaient libres en tout temps de répondre ou d'ignorer certaines questions. Finalement, les données recueillies ont été conservées sous clé.

5. RÉSULTATS

La présente section rapporte les résultats d'une étude visant à décrire la perception du leadership d'ergothérapeutes détenteurs de maîtrise. Dans un premier temps, les caractéristiques des répondants sont présentées. Ensuite, les résultats sont rapportés selon les 4 sections du questionnaire, soit le leadership en tant qu'individu, le leadership de l'ergothérapie dans les milieux, le leadership dans une approche de formation et le leadership et la profession d'ergothérapeute.

5.1 Caractéristiques des répondants

Vingt-deux répondants ont répondu au questionnaire électronique, cela correspond à un taux de participation de 22,7% puisqu'initialement 97 diplômés ont été sollicités. La relance a été faite auprès de 72 d'entre eux. Au moment de la collecte de données, les répondants avaient entre 12 et 48 mois de pratique. 46% (n=10) des répondants sont issus de la première cohorte de finissants de l'UQTR ayant 36 à 48 mois d'expérience, 27% (n=6) de la seconde cohorte ayant 24 à 36 mois d'expérience et 27% (n=6) de la troisième cohorte ayant 12 à 24 mois d'expérience. Toutefois, ce n'est pas l'ensemble des répondants qui ont complété l'entièreté du questionnaire. 2 répondants de la première cohorte ont abandonné à la section 2, et 1 répondant de la troisième cohorte a abandonné à la section 4. Le regroupement de diagrammes de la figure 2 démontre la variance de la proportion des répondants de chaque cohorte selon les sections du questionnaire électronique.

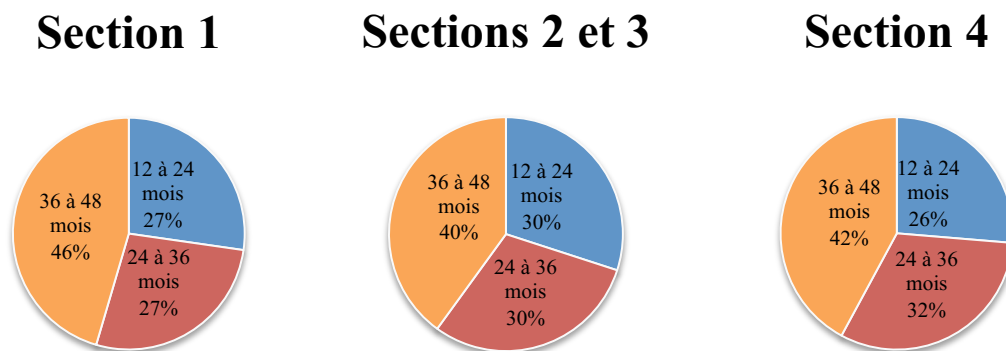


Figure 1. Répartition des répondants selon l'expérience (cohorte) et les différentes sections du questionnaire

Un des répondants fait des études doctorales. Le tableau 1 rassemble les données sur la situation de travail des répondants, soit les types de postes, les milieux, les secteurs, les régions administratives et le type de région. Pour certaines questions le cumul des pourcentages est supérieur à 100%, car les répondants pouvaient choisir plusieurs énoncés parmi les choix multiples. Par exemple, l'un des participants occupe à la fois un poste à temps plein en plus d'un poste de remplacement à temps partiel.

Tableau 1. Situation de travail des répondants

	Répartition des répondants (N _{Total} =22)
Type de poste	
Temps plein	90,9% (n=20)
Temps partiel	18,2% (n=4)
Poste régulier	
Remplacement	63,6% (n=14)
Projet spécial	40,9% (n=9)
Milieu	
CLSC	4,5% (n=1)
Centre hospitalier	36,4% (n=8)
CRDITED	27,3% (n=6)
Clinique privée	22,7% (n=5)
CHSLD	13,6% (n=3)
Milieu scolaire	13,6% (n=3)
SIV	4,5% (n=1)
Centre de réadaptation	4,5% (n=1)
Secteur	
Public	68,2% (n=18)
Public et privé	18,2% (n=4)
Privé	13,6% (n=3)
Région administrative	
Mauricie	36,4% (n=8)
Montérégie	18,2% (n=4)
Centre-du-Québec	13,6% (n=3)
Lanaudière	13,6% (n=3)
Montréal	9,2% (n=2)
Estrie	4,5% (n=1)
Capitale Nationale	4,5% (n=1)
Type de région	
Ville de taille moyenne	72,7% (n=16)
Grand centre	13,6% (n=3)
Région rurale	13,6% (n=3)

Les répondants se répartissent, tel qu'illustré à la figure 2 ainsi en ce qui a trait à la clientèle et au domaine d'emploi : 68,2% (n=15) travaillent avec les personnes âgées, 54,5% (n=12) travaillent avec la clientèle adulte et 36,4% (n=8) travaillent avec la clientèle enfant. Le cumul des types de clientèle est supérieur à 100% étant donné que certains répondants travaillent avec plus d'une clientèle.

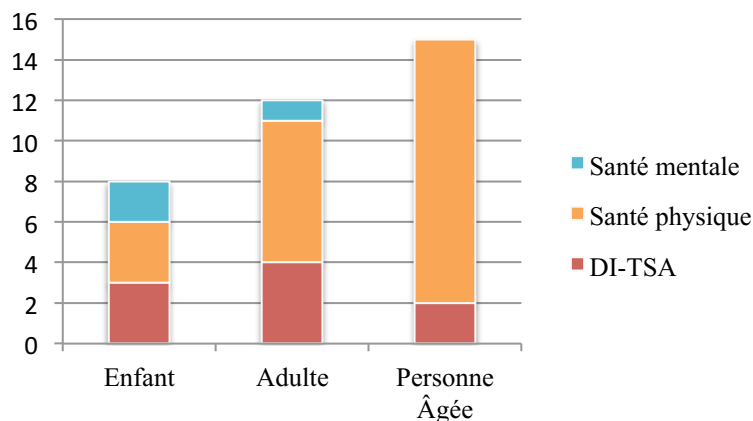


Figure 2. Répartition des répondants selon la clientèle et le domaine

Enfin, 50% des répondants affirment avoir changé d'emploi depuis leur arrivée sur le marché du travail. De ce nombre, 54,5% (n=6) ont changé une fois, 27,3% (n=3) ont changé deux fois, un répondant a changé 3 fois et un répondant a changé 5 fois.

5.2 Le leadership en tant qu'individu

Cette section présente les résultats reliés à la perception du leadership en tant qu'individu. À la question : « Je me considère comme un leader..., dans ma pratique, auprès des autres ergothérapeutes, auprès des autres professionnels et auprès des partenaires » les perceptions ont été recueillies à l'aide d'une échelle de Likert à 7 niveaux, dont les données ont été regroupées comme suit : 77,3% (n=17) ont répondu se considérer comme des leaders dans leur pratique, 13,6% (n=3) comme n'étant pas des leaders dans leur pratique et 9,1% (n=2) sont demeurés neutres dans leur réponse. En ce qui a trait à exercer un leadership auprès des ergothérapeutes, 54,5% (n=12) ont répondu se considérer comme des leaders auprès des autres ergothérapeutes, 27,3% (n=6) comme n'étant pas des leaders auprès des autres ergothérapeutes et 18,2% (n=4)

sont demeurés neutres. Sur le plan du leadership auprès des autres professionnels, 59,1% (n=13) se considèrent comme des leaders, 22,7% (n=5) comme non-leader et 18,2% (n=4) sont demeurés neutres. Finalement, en ce qui a trait à la perception de leadership auprès des partenaires, 45,5% (n=10) se considèrent comme des leaders, 22,7% (n=5) se considèrent non-leader et 31,8% (n=7) sont demeurés neutres. Pour les détails des données, voir la figure 4 ci-dessous.

Je me considère comme un leader

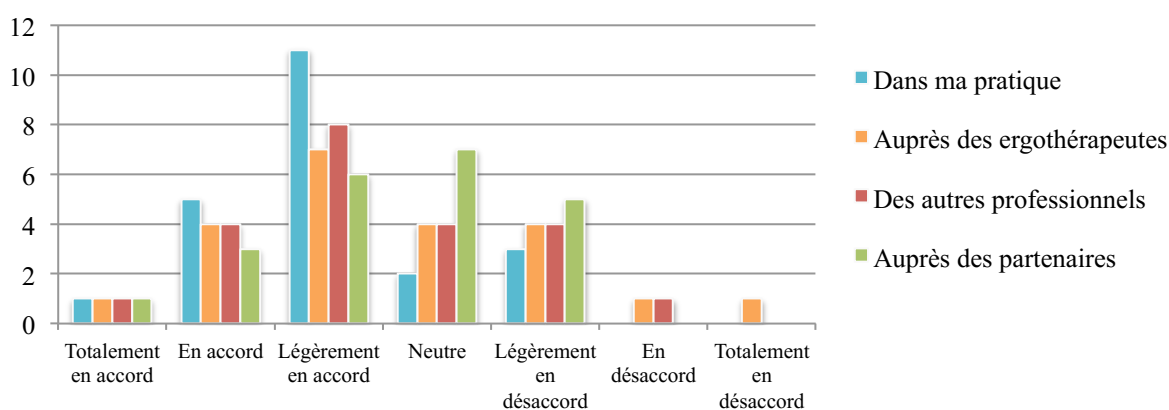


Figure 3. Perception du leadership des répondants

À la question : «Énumérez des projets novateurs dans lesquels vous vous êtes investis depuis que vous êtes ergothérapeutes» (Q.2) 13 thématiques émergentes parmi les 59 énoncés donnés par les répondants. Le cumul des pourcentages des thématiques est supérieur à 100%, car il y a plus d'un énoncé recueilli par répondants à travers leur verbatim étant donné la nature ouverte de la question. Les thèmes se détaillent comme suit : la formation et l'accompagnement de collègue et des familles identifié par 40,9% (n=9) des répondants, le travail interdisciplinaire 36,4% (n=8), l'utilisation des données probantes 31,8% (n=7), le développement de nouveaux services 31,8% (n=7), la restructuration des services 31,8% (n=7), l'amélioration des pratiques actuelles 18,2% (n=4), la création d'outils 18,2% (n=4), la supervision de stagiaires 13,6% (n=3), la participation à des comités 13,6% (n=3), des actions quant au suivi professionnel 9,1% (n=2), le travail avec des partenaires externes (identifié par 9,1% des répondants), la création de groupes 9,1% (n=2) et la publication 4,5% (n=1).

À la question : « Avez-vous pris l'initiative ou avez-vous été sollicités pour de tels projets ? » (Q.3), les répondants expriment à 36,4% (n=8) avoir été sollicités, à 27,3% (n=6) avoir pris l'initiative et à 36,4% (n=8) les répondants rapportent avoir à la fois pris l'initiative et avoir été sollicités.

À la question : « Quels ont été les motivateurs à vous impliquer dans le développement de ces projets ? » (Q.4), 8 thématiques émergent des 47 énoncés donnés par les répondants. Le cumul des pourcentages des thématiques est supérieur à 100%, car il y a plus d'un énoncé recueilli par répondants à travers leur verbatim étant donné la nature ouverte de la question. Les thèmes se détaillent tel qu'illustré au tableau 2 ci-dessous. Par exemple, un répondant rapporte s'être impliqué pour répondre aux « besoins dans les milieux qui étaient nommés et non répondus » (thème : désir de répondre aux besoins de la clientèle). Un second rapporte s'être impliqué pour « apporter un changement, innover, fonder [des] recommandations sur les meilleures pratiques » (thème : désir d'améliorer les pratiques).

Tableau 2. Motivateurs à l'implication dans des projets novateurs

	Répartition des répondants (N_{Total}=22)
Thématiques émergentes	
Désir d'amélioration les pratiques	50% (n=11)
Intérêt personnel	45,5% (n=10)
Désir de faire rayonner l'ergothérapie	40,9% (n=9)
Désir de répondre aux besoins de la clientèle	36,4% (n=8)
Désir de redonner à d'autres	13,6% (n=2)
Intérêt pour le travail interdisciplinaire	9,1% (n=2)
Envie de combler un manque dans la pratique	9,1% (n=2)
Désir d'agir en prévention/promotion de la santé	9,1% (n=2)

À la question : « Auprès de qui, exercez-vous votre leadership ? » (Q.5), les répondants ont exprimés exercer du leadership à divers niveaux tels que dans les équipes interdisciplinaires, auprès des clients, auprès de leurs supérieurs hiérarchiques, auprès des organismes communautaires ainsi que plus modestement auprès des médecins et des organismes payeurs. La figure 5 ci-dessous illustre la fréquence de ces réponses.

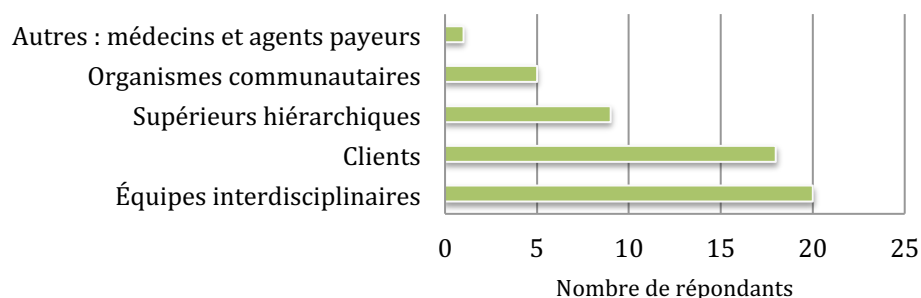


Figure 4. Auprès de qui les répondants exercent leur leadership

À la question : «Donnez des exemples où vous avez pu exercer de l'influence sur le/les gestionnaire(s) auprès de vous » (Q.6), 9 thématiques ressortent des 28 énoncés donnés par 19 des répondants. Le cumul des pourcentages des thématiques est supérieur à 100%, car il y a plus d'un énoncé recueilli par répondants à travers leur verbatim étant donné la nature ouverte de la question. Les thèmes se présentent tel que rapporté dans le tableau 3 ci-dessous. Par exemple, dans la thématique de la modification de l'offre de service un répondant a rapporté « j'ai aussi pu à quelques reprises faire valoir à ma gestionnaire que certains clients nécessitaient des services qui n'étaient pas accessibles sur notre territoire et elle a accepté d'examiner avec moi et certaines de mes collègues, les façons dont il pourrait être possibles d'offrir ces services. » Au niveau de la thématique du développement de protocoles et de pratique, un répondant rapporte avoir fait « valoir des points afin d'implanter certaines procédures dans la RI », un second rapporte avoir « questionné les critères d'admission dans mon service et ai eu la chance de pouvoir modifier la procédure d'admission en collaboration avec ma gestionnaire ». Les exemples rapportés d'application de l'influence d'ergothérapeutes sur leurs gestionnaires sont multiples.

Tableau 3. Exemples d'influence d'ergothérapeutes auprès de leurs gestionnaires

	Répartition des répondants (N _{Total} =19)
Thématiques émergentes	
Développement de protocoles et de pratiques	42,1% (n=8)
Promotion du rôle de l'ergothérapeute	26,3% (n=5)
Modification de l'offre de services	26,3% (n=5)
Instauration de nouveaux projets	15,8% (n=3)
Financement de nouveau matériel	10,5% (n=2)
Collaboration	10,5% (n=2)

Maintien de poste en ergothérapie	5,3% (n=1)
Plaidoyer pour des clients	5,3% (n=1)
Obtention de formation	5,3% (n=1)

À la question : «Participez-vous à des comités ou des organisations en lien avec l'ergothérapie ? Si oui le/lesquels. » (Q.7), 50% (n=11) des répondants ont répondu positivement. Ces derniers affirment participer à 5 types de comités via 19 énoncés. Les types de comités ressortis par les répondants sont comme suit : des regroupements par clientèle (pour 68,5% des énoncés), des comités cliniques (pour 15,8% des énoncés), des groupes de codéveloppement (pour 10,5% des énoncés) et la participation à des comités universitaires (pour 5,3% des énoncés).

À la question : «Participez-vous à des comités ou des organisations qui soutiennent des causes sociales? Si oui le/lesquels. » (Q.8) Seulement 18,2% (n=4) des répondants ont répondu participer à des comités, dont trois répondants au niveau communautaire et un répondant pour l'Association québécoise des ergothérapeutes en pratique privée (AQEPP).

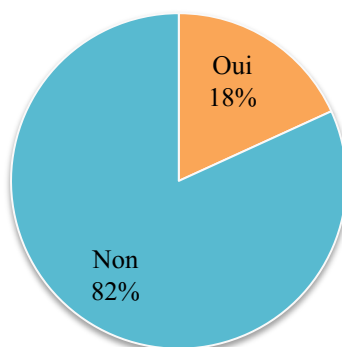


Figure 5. Taux de participation à des causes sociales

À la question : «Avez-vous une personne dans votre entourage qui joue le rôle de mentor et qui vous aide à développer vos habiletés de leadership ? » (Q.9), 77,3% (n=17) des répondants affirment avoir un mentor et 22,7% (n=5) mentionnent ne pas avoir de mentor. Les mentors sont : un collègue (41,2% (n=7)), un supérieur hiérarchique (23,5% (n=4)), un ancien professeur

(11,8% (n=2)), un membre de la famille (5,9% (n=1)) et pour un dernier répondant le lien n'est pas spécifié.

À la question : « Qu'avez-vous appris de ce mentorat? » (Q.10), 15 répondants ont fourni un total de 26 énoncés. Parmi les 26 énoncés donnés, neuf thématiques ressortent. Le cumul des pourcentages des thématiques est supérieur à 100%, car il y a plus d'un énoncé recueilli par répondants à travers leur verbatim étant donné la nature ouverte de la question. Les thématiques ressorties sont présentées dans le tableau 4 ci-dessous. Les verbatim suivants illustrent ce que les répondants ont appris du leur mentorat a « avoir davantage confiance en mes capacités personnelles » (thème : confiance en soi), a « peaufiner mon raisonnement clinique lors d'évaluations complexes », ou encore a améliorer la « façon d'apporter son point de vue pour prendre sa place tout en demeurant respectueux du champ d'expertise de chacun ».

Tableau 4. Apprentissages ressortis du mentorat

	Répartition des répondants (N _{Total} =15)
Thématiques émergentes	
Développement de leur pratique clinique	46,7% (n=7)
Confiance en soi	33,3% (n=5)
Amélioration des habiletés de communications et d'argumentation	26,6% (n=4)
Collaboration	20% (n=3)
Vision des possibilités	20% (n=3)
Apprentissage du fonctionnement du réseau de la santé	13,3% (n=2)
Importance de saisir les opportunités	6,7% (n=1)
Importance de prendre du recul	6,7% (n=1)

5.3 Le leadership de l'ergothérapie dans les milieux

Cette section présente les résultats reliés au fait d'exercer du leadership dans les milieux. Étant donné l'abandon de 2 répondants au cours de cette section du questionnaire électronique et des abstentions de réponses à certaines questions, le nombre total de répondants à cette section est de n=19 pour la question 11, n=20 pour les questions 12 et 13 et n=11 pour la question 14.

À la question : « Comment les ergothérapeutes de votre milieu se démarquent-ils comme étant des chefs de file ? » (Q.11). D'abord, 78,9% (n=15) des répondants disent que les ergothérapeutes se démarquent dans leur milieu. De leurs réponses, 13 thématiques émergentes de 35 énoncés donnés. Le cumul des pourcentages des thématiques est supérieur à 100%, car il y a plus d'un énoncé recueilli par répondants à travers leur verbatim étant donné la nature ouverte de la question. Les thèmes se développent comme suit : la participation à de la formation et l'utilisation des données probantes (identifié par 40% (n=6) des répondants), le développement de la pratique et de la variété de programmes (33,3% (n=5)), la promotion du rôle de l'ergothérapeute (26,7% (n=4)), la création d'outils de formation (26,7% (n=4)), le travail interdisciplinaire (26,7% (n=4)), la participation à des projets de recherche (13,3% (n=2)), le fait d'exercer un poste de gestionnaire (13,3% (n=2)), le fait d'être une référence dans leur milieu (13,3% (n=2)), l'accueil de nombreux stagiaires (13,3% (n=2)), le nombre élevés d'ergothérapeute dans le milieu (6,7% (n=1)), la rigueur au niveau de la tenue de dossier (6,7% (n=1)), la mise en place de projets (6,7% (n=1)) et la participation à des comités (6,7% (n=1)).

À la question : « En tant qu'ergothérapeute, comment faites-vous valoir le potentiel des occupations bienfaitantes à la santé dans votre milieu ? » (Q.12), 10 thématiques ressortent parmi les 30 énoncés donnés par les répondants. Le cumul des pourcentages des thématiques est supérieur à 100%, car il y a plus d'un énoncé recueilli par répondants à travers leur verbatim étant donné la nature ouverte de la question. Les thématiques s'énoncent comme suit : via les plans d'intervention et les recommandations, dans les équipes interdisciplinaires, par une approche centrée sur le clients, en donnant de la formation, via une approche préventive, en allant au-delà du mandat prescrit, par une approche populationnelle, en participant à des formations, via l'utilisation des données probantes et l'affirmation que l'occupation bienfaitante à la santé est déjà bien reconnue dans son milieu. La figure 6 ci-dessous la fréquence des thématiques est illustrée. Les verbatim suivants illustrent ce que les répondants font valoir le potentiel des occupations bienfaitantes à la santé dans leur milieu en « organisant mon horaire de travail afin de favoriser les activités les plus importantes pour mes résidents » (thème : aller au-delà du mandat), « je prends le soins d'expliquer la raison d'être de ces recommandations et de part mes interventions, je démontre aux différents milieux que fréquente l'utilisateur le plus-value des occupations et l'importance d'offrir des opportunités occupationnelles à l'utilisateur » (thème :

plan d'intervention/recommandations) et « dans mon travail auprès des clients et collègues » (thème : dans les équipes indisciplinaires).

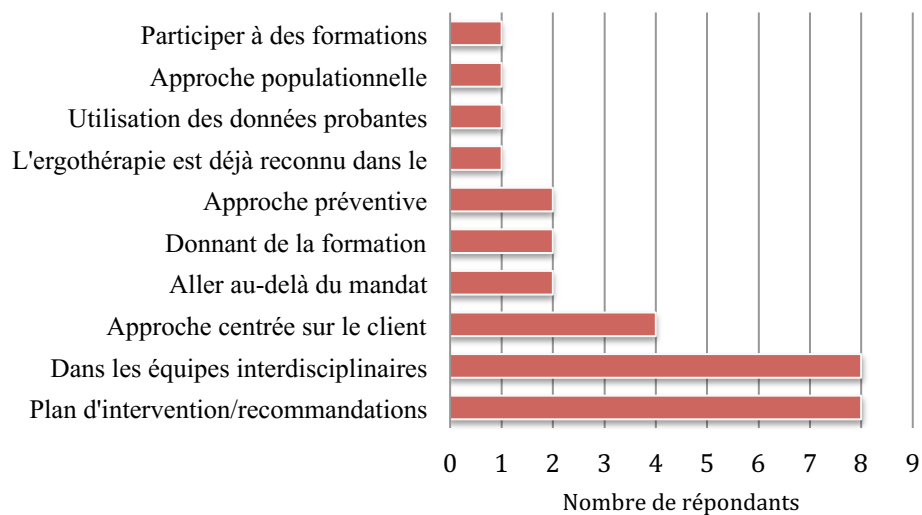


Figure 6. Méthodes utilisées par les ergothérapeutes pour faire valoir le potentiel des occupations bienfaisantes à la santé

À la question : « Comment l'utilisation des données probantes vous permet d'exercer de l'influence auprès des autres ? » (Q.13), 7 thématiques émergentes parmi les 26 énoncés soulevés par les répondants. Le cumul des pourcentages des thématiques est supérieur à 100%, car il y a plus d'un énoncé recueilli par répondants à travers leur verbatim étant donné la nature ouverte de la question. Les thèmes s'énoncent tel que rapporté dans le tableau 5 ci-dessous. Les verbatim suivants illustrent comment les répondants utilisent les données probantes pour exercer leur influence : « les données probantes me permettent d'appuyer mes choix en matière de modalités/recommandations auprès des autres intervenants » (thèmes : Crédibilité et appui aux recommandations et Influence sur la prise de décision d'équipe), « en étant plus sûre des informations que j'avance, ça me donne confiance dans mes propos » (thème : augmentation de la confiance en soi) et les données probantes « donne de la crédibilité et du sens aux interventions effectuées » (thème : crédibilité et appui aux recommandations).

Tableau 5. Exercer de l'influence par l'intermédiaire des données probantes

	Répartition des répondants (N_{Total}=20)
Thématiques émergentes	
Crédibilité et appui aux recommandations	45% (n=9)
Influence sur la prise de décision d'équipe	20% (n=4)
Aide pour plaider auprès des gestionnaires	20% (n=4)
Utilité dans la gestion des cas complexes	15% (n=3)
Augmentation de la confiance en soi	10% (n=2)
Moyen de partager les connaissances	10% (n=2)
Utilisent peu les données probantes	10% (n=2)

À la question : « Quel genre de recommandations faites-vous pour que les systèmes soient plus efficaces ? » (Q.14), seulement 11 répondants ont fourni une réponse à la question. Les réponses fournies par ces répondants s'étendent en 14 énoncés, regroupés en 8 thématiques qui se développent en les recommandations suivantes, il faut : davantage favoriser le travail en équipe (identifié par 36,4% (n=4) des répondants), remettre en question les pratiques et procédures (18,2% (n=2)), améliorer les suivis (18,2% (n=2)), favoriser une approche centrée sur le client et sur les occupations (18,2% (n=2)), revendiquer pour du matériel (9,1% (n=1)), utiliser les données probantes (9,1% (n=1)), former les ergothérapeutes à affirmer leur identité professionnelle (9,1% (n=1)) et faire des recommandations en fonction des capacités du milieu (9,1% (n=1)). Les verbatim suivants illustrent les recommandations faites par les répondants : fournir « des recommandations centrée sur les besoins/occupations des clients ainsi qu'en fonction des désirs/priorités des clients » (thème : approche centrée sur le client et les occupations), effectuer « un meilleur suivi de la clientèle entre deux services pour éviter de dupliquer » (thème : amélioration des suivis) ou encore de « revoir les formulaires d'évaluations pour éviter les redondances et être plus efficace » (thème : remise en question de la pratique/procédures).

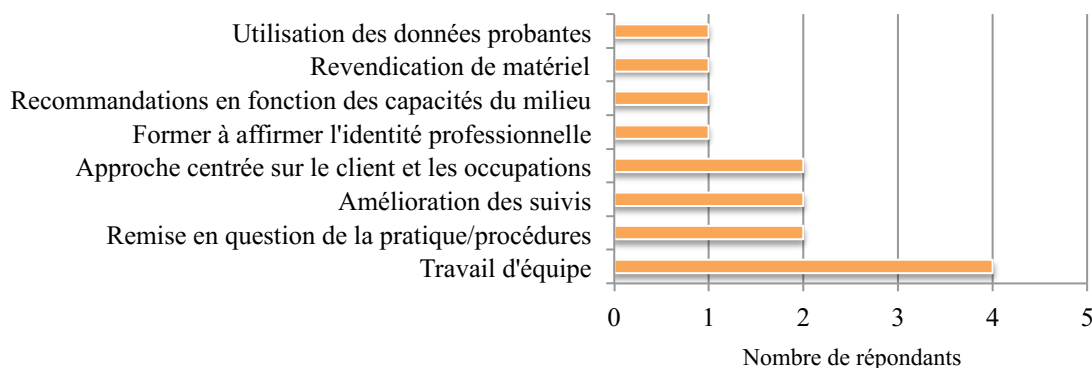


Figure 7. Recommandations d'améliorations pour augmenter l'efficacité des systèmes

5.4 Le leadership dans une approche de formation

Cette section présente les résultats liés à la perception du leadership dans une approche liée à la formation d'ergothérapeutes détenteurs de maîtrise. Le nombre de répondants est de $n=20$ pour les questions 15 et 16, et de $n=19$ pour la question 17.

À la question : « En tant qu'ergothérapeute détenteur d'une maîtrise, en quoi vous distinguez-vous de vos collègues ergothérapeutes ? » (Q.15), 80% ($n=16$) des répondants ont répondu qu'ils se distinguent de leurs collègues ergothérapeutes. Parmi les 28 énoncés ressortis par les répondants, 10 thématiques émergent. Le cumul des pourcentages des thématiques est supérieur à 100%, car il y a plus d'un énoncé recueilli par répondants à travers leur verbatim étant donné la nature ouverte de la question. Les thématiques s'énoncent comme suit, les ergothérapeutes détenteurs de maîtrise se distinguent par : leur utilisation des données probantes (identifié par 81,3% ($n=13$) des répondants), leur désir de formation (25% ($n=4$)), la remise en question de nos pratiques (18,8% ($n=3$)), l'occupation au cœur de leur pratique (12,5% ($n=2$)), leur rigueur au travail (6,3% ($n=1$)), leur compétence en tenue de dossier (6,3% ($n=1$)), leur capacité d'adaptation (6,3% ($n=1$)), leur leadership et leur prise d'initiative (6,3% ($n=1$)), leur travail en équipe (6,3% ($n=1$)) et leur désir de partager leurs connaissances (6,3% ($n=1$)).

À la question : « À l'énoncé suivant, veuillez indiquer votre niveau d'accord (*totalemment en désaccord (1) à totalement en accord(7)*) : J'estime que le mentorat est primordial dans le

développement des habiletés de leadership » (Q.16), 70% (n=14) des répondants considèrent le mentorat comme étant primordial dans le développement des habiletés de leadership, 15% (n=3) ne considèrent pas le mentorat primordial et 15% (n=3) des répondants sont demeurés neutres face à cet énoncé. Pour les détails des données, voir la figure 10 ci-dessous.

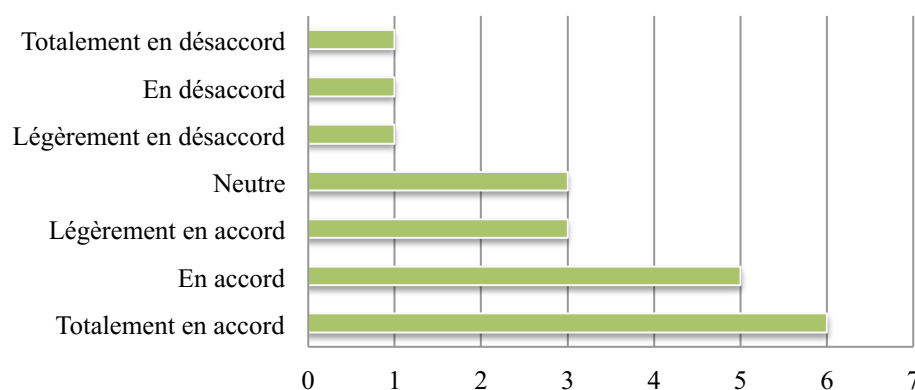


Figure 8. La perception de l'importance du mentorat dans le développement du leadership

À la question : « Si vous aviez un conseil à donner aux programmes de formation en ergothérapie pour développer le leadership, quel serait-il? » (Q.17), 19 participants ont partagé leurs conseils, pour un total de 23 énoncés regroupés en 14 thématiques qui s'énoncent comme suit : encourager l'implication sociale des étudiants (identifié par 15,8% (n=3) des répondants), aborder les leadership dans le cursus scolaire (15,8% (n=3)), favoriser les stages en pratique émergente (10,5% (n=2)), travailler la confiance en soi dans la gestion de sa pratique (10,5% (n=2)), travailler l'argumentation et la vulgarisation (10,5% (n=2)), créer des opportunités de participer à des projets novateurs (10,5% (n=2)), maintenir les apprentissages par situation clinique (10,5% (n=2)), avoir le cours PICOM intégré au cursus obligatoire (5,3% (n=1)), faire davantage de mises en situation (5,3% (n=1)), offrir du mentorat aux diplômés (5,3% (n=1)), fournir de l'information sur les organismes subventionnaires (5,3% (n=1)), faire des activités d'argumentation de type « faire l'avocat du diable » (5,3% (n=1)), favoriser des activités de confrontations avec d'autres professions (5,3% (n=1)) et faire réaliser un plan d'objectif de leadership et de carrière aux étudiants (5,3% (n=1)).

5.5 Le leadership et la profession d'ergothérapeute

Finalement, cette section présente les résultats reliés au leadership et la profession d'ergothérapeute. Étant donné l'abandon d'un répondant au cours de cette section du questionnaire électronique, le nombre total de répondants à cette section est de n=19.

La question 18 est composée de 3 questions à coter selon une échelle de Likert abordée comme suit : « Parmi la série d'énoncés suivants, veuillez indiquer votre niveau d'accord (*totalemment en désaccord (1) à totalémment en accord (7)*) ». D'abord, à la question : « Je considère la tenue de dossier comme une stratégie contribuant à développer le leadership en ergothérapie. », 73,3% (n=14) des répondants estime que la tenue de dossier comme une stratégie contribuant à développer le leadership, 21% (n=4) ne considèrent pas la tenue de dossier comme une stratégie du leadership et 5,3% (n=1) des répondants sont demeurés neutres face à cet énoncé. Ensuite, à la question : « J'estime que le leadership permet aux ergothérapeutes d'actualiser leur autonomie professionnelle », 94.7% (n=18) des répondants estiment que le leadership favorise l'actualisation de l'autonomie professionnelle et 5,3% (n=1) des répondants ont répondu être neutre face à cet énoncé. Finalement, à la question : « Je considère qu'une forte identité professionnelle est indispensable pour faire preuve de leadership », 94.7% (n=18) des répondants affirment qu'une forte identité professionnelle est préalable à l'expression du leadership et 5,3% (n=1) des répondants ne sont pas en accord avec cet énoncé. Pour les détails des données, voir la figure 10 ci-dessous.

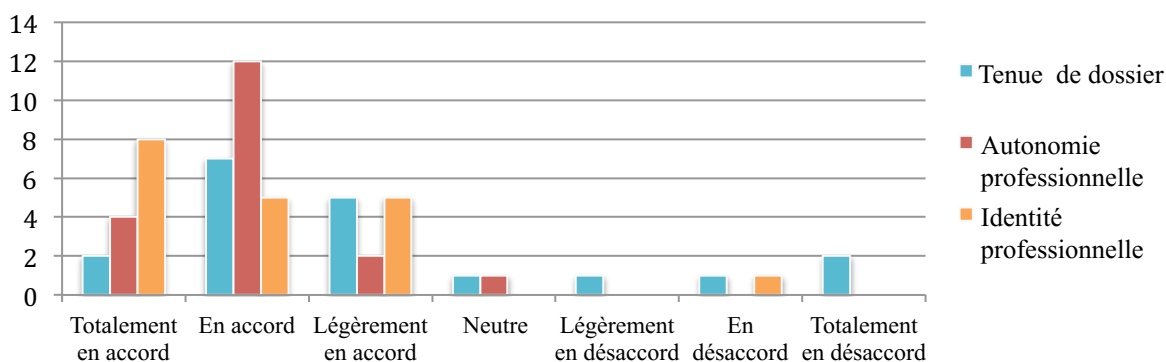


Figure 9. Stratégies pour le développement du leadership en ergothérapie

À la question : « Quel genre d'actions faites-vous pour revendiquer des possibilités pour l'ergothérapie ? » (Q.19), 13 thématiques émergent parmi les 25 énoncés soulevés par les 16 répondants ayant fourni une réponse à la question. Le cumul des pourcentages des thématiques est supérieur à 100%, car il y a plus d'un énoncé recueilli par répondants à travers leur verbatim étant donné la nature ouverte de la question. Les thèmes regroupant les actions faites pour revendiquer des possibilités pour l'ergothérapie s'énoncent dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 6. Actions pour revendiquer des possibilités pour l'ergothérapie

	Répartition des répondants (N _{Total} =16)
Thématiques émergentes	
Discussions dans des équipes interdisciplinaires	31,3% (n=5)
Participer à des projets et comités	18,8% (n=3)
Expliquer du rôle de l'ergothérapeute	18,8% (n=3)
Soutenir des tâches connexes	12,5% (n=2)
Postuler dans des milieux sans ergothérapeutes	12,5% (n=2)
Utiliser des données probantes	12,5% (n=2)
Demander de la formation	6,3% (n=1)
Encourager des clients à s'impliquer	6,3% (n=1)
Faire valoir le plus valu de la maîtrise	6,3% (n=1)
Dresser une liste des clients non desservis	6,3% (n=1)
Répondent ne pas faire de revendication pour l'ergothérapie	12,5% (n=2)

À la question : « Selon vous, quel est le futur de l'ergothérapie ? » (Q.20), 5 grandes catégories regroupent les 19 thématiques ressortant des 32 énoncés recueillis via les verbatim des 19 répondants à la question. D'abord, 43,8 % des énoncés abordent l'élargissement de la profession, soit : pratiquer davantage au communautaire (identifié par 21,1% (n=4) des répondants), élargir les mandats (10,5% (n=2)), s'impliquer davantage dans les équipes interdisciplinaires (10,5% (n=2)), l'augmentation du nombre d'ergothérapeutes (10,5% (n=2)), davantage d'implication avec les clientèles vulnérables (5,3% (n=1)), offrir plus de services spécialisés (5,3% (n=1)), l'augmentation du nombre de gestionnaires ergothérapeutes (5,3% (n=1)) et l'augmentation des ergothérapeutes en pratique privée (5,3% (n=1)). Deuxièmement, 28,1% des énoncés abordent la délimitation de la profession, soit : une meilleure reconnaissance de l'ergothérapie (identifié par 31,6% (n=6) des répondants) et une meilleure définition de la

profession (15,8% (n=3)). Troisièmement, 12,5% des énoncés sont sous la forme de conseil pour la profession, soit : il y a un besoin de se recentrer dans le concret (identifié par 5,3% (n=1) des répondants), les ergothérapeutes doivent faire preuve de leadership (5,3% (n=1)), les ergothérapeutes doivent s'affirmer (5,3% (n=1)) et il faut travailler à délimiter et faire connaître la profession (5,3% (n=1)). Quatrièmement, 9,4% des énoncés envisagent une amélioration de la pratique, soit : la diminution des listes d'attente (identifié par 5,3% (n=1) des répondants), la réduction du besoin de prescription d'un médecin pour des services en ergothérapie (5,3% (n=1)) et l'actualisation continue de la pratique (5,3% (n=1)). Finalement, 6,3% des énoncés abordent des limitations au futur de l'ergothérapie, soit : des difficultés liées au contexte de coupure (identifié par 5,3% (n=1) des répondants) et la diminution de la pratique en santé mentale suite à la Loi 21 (5,3% (n=1)).

Finalement à la question : « Selon vous, quelle est l'importance de faire preuve de leadership en tant qu'ergothérapeute clinicien sur une échelle de 0 à 10? » (Q.21), 26,3% (n=5) des répondants accordent une importance capitale (cote de 10) au fait de faire preuve de leadership, 63,2% (n=12) accordent une grande importance (cote de 7, 8 et 9) et 10,5% (n=2) y accordent une importance moyenne (cote de 5 et 6). Pour les détails des données, voir la figure 14 ci-dessous.

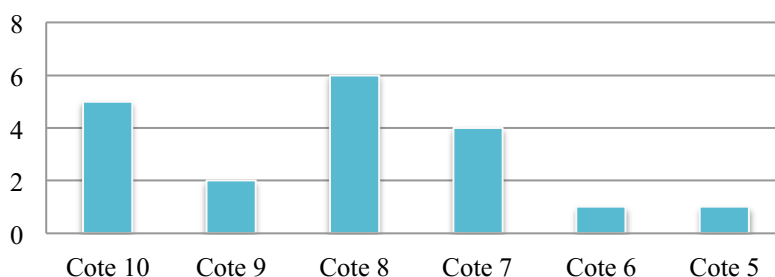


Figure 10. L'importance de faire preuve de leadership

Suite à la cotation, les répondants ont précisé leur réponse par des énoncés de spécification. Des 32 énoncés identifiés, 10 thématiques émergent. Le cumul des pourcentages des thématiques est supérieur à 100%, car il y a plus d'un énoncé recueilli par répondants à travers leur verbatim étant donné la nature ouverte de la question. Les thématiques s'énoncent comme suit, le leadership est important pour : faire la promotion de la profession (identifié par 47,1% (n=8) des

répondants, offrir davantage de services aux clients (35,3% (n=6)), améliorer les pratiques et la place de l'ergothérapie (35,3% (n=6)), faire sa place dans les équipes interdisciplinaires (17,6% (n=3)), maintenir les services dans un contexte de coupure tel qu'actuellement (17,6% (n=3)), s'entourer de collaborateur (5,9% (n=1)), faire valoir notre vision (5,9% (n=1)) et développer de nouveaux projets. Également, dans les spécifications données par les répondants, le leadership a une importance variable selon l'expérience de l'ergothérapeute (5,9% (n=1)) et le leadership est également une question de personnalité (11,8% (n=2)).

6. DISCUSSION

Cette section présente la discussion des résultats obtenus d'une étude visant à décrire la perception du leadership chez des ergothérapeutes détenteurs de maîtrise. La discussion porte sur les résultats quant à la perception du leadership en tant qu'individu, du leadership dans les milieux, du leadership dans une approche de formation et du leadership et la profession d'ergothérapeute. Finalement, les forces et limites de l'étude sont abordées.

La présente étude fait valoir des résultats inédits. Elle est, à ce jour, une des seules études empiriques ayant abordé le leadership en ergothérapie tel que le propose Townsend et Polatajko (2013). La discussion expose des éléments nouveaux traités ci-dessous.

6.1 La perception du leadership en tant d'individu

La présente étude montre que des ergothérapeutes détenteurs de maîtrise se perçoivent comme des leaders dans leur pratique. De plus, ils se perçoivent également comme des leaders auprès des autres professionnels, auprès des autres ergothérapeutes et auprès des partenaires. Ce résultat fait valoir de manière empirique que les ergothérapeutes sondés se perçoivent positivement. Cet élément positif du leadership pour des détenteurs d'une maîtrise rejoint les préoccupations de Horth et Arsenault (2002) quant au rehaussement de la formation à la maîtrise.

Les résultats de la présente étude montrent que des ergothérapeutes sondés détenteurs de maîtrise mentionnent s'impliquer dans des projets novateurs de diverses façons telles qu'à travers le soutien de leurs collègues et de leur clientèle, dans l'utilisation des données probantes, dans le développement et la restructuration des services, dans la création d'outils et bien d'autres projets. Ce qui est d'autant plus intéressant car les répondants rapportent également la perception d'avoir pris l'initiative d'une grande partie d'entre eux. De plus, plusieurs motivateurs communs à l'implication dans le développement de projets ont été identifiés. Pour la moitié des répondants, le désir d'améliorer la pratique est un élément de motivation, tout comme un intérêt personnel pour le projet (45,5%), le désir de faire rayonner la profession (40,9%) et le désir de mieux répondre aux besoins de la clientèle (36,4%). Ces résultats rejoignent ceux de Horth et Arsenault

(2002) qui affirment que le rehaussement à la maîtrise a comme objectif d'amener les ergothérapeutes à remplir une variété de rôle. La participation à des projets novateurs est notamment une façon d'exercer de nouveaux rôles. De plus, les résultats illustrent les propos de Hunter (2013), Townsend et Polatajko (2013) et Rodger (2012) valorisant l'importance de saisir les opportunités qui se présentent en faisant preuve de leadership.

Les résultats de la présente étude font aussi ressortir auprès de qui des ergothérapeutes détenteurs de maîtrise perçoivent exercer leur influence. D'abord, la grande majorité des répondants (90,9%) affirment exercer du leadership dans les équipes interdisciplinaires, 81,8% auprès des clients et 40,9% auprès de leurs supérieurs hiérarchiques. Cela fait écho qu'ils exercent davantage leur influence auprès de leur collaborateur direct. Les répondants ont aussi affirmé exercer leur leadership auprès des organismes communautaires et des agents payeurs, mais à plus faible proportion (22,7% et 4,5%). Cette faible proportion peut être associée au fait que seulement 18,4% des ergothérapeutes interrogés s'impliquent dans des organisations soutenant des causes sociales tel que des organismes communautaires. Malgré que le modèle de Townsend et Polatajko fasse ressortir l'importance de faire preuve de leadership à travers des partenariats et une collaboration diversifiée, peu des ergothérapeutes répondants vont au-delà de leur milieu de pratique immédiat. Néanmoins, cela peut s'expliquer par l'idée émise par Stav et Roberts (2009) qui veut que les ergothérapeutes ont des objectifs adaptés à leur phase d'expérience. Donc, de débiter en exerçant leur influence aux collaborateurs directs puis d'étendre leur champ de leadership à des acteurs plus éloignés tels que les organismes communautaires. Toutefois, le fait que la moitié des ergothérapeutes répondants affirment participer à des comités ou des organisations en lien avec l'ergothérapie élargit l'éventail de leurs possibilités pour exercer une forme de leadership hors de leur pratique directe.

Dans le même ordre d'idées, les résultats de l'étude montre que lorsque des ergothérapeutes détenteurs de maîtrise exercent leur influence auprès de leur(s) gestionnaire(s), ils le font pour diverses raisons telles que le développement de protocoles et des pratiques cliniques (42,1%), la promotion du rôle de l'ergothérapeute (26,3%), la modification de l'offre de services (26,3%), l'instauration de nouveaux projets (15,8%), l'obtention de financement (10,5%), et bien d'autres raisons. Ces résultats illustrent les éléments du modèle du leadership en

habilitation aux occupations de Townsend et Polatajko (2013) visant à ce que les ergothérapeutes cliniciens fassent preuve de leadership dans diverses sphères afin d'optimiser les services rendus à la clientèle.

De plus, l'étude permet de constater la perception de l'utilité d'un mentor dans le développement des habiletés du leadership. Plus du trois quarts des ergothérapeutes répondants affirment avoir une personne de leur entourage (collègue, supérieur hiérarchique, ancien professeur, membre de la famille) jouant le rôle de mentor afin de les aider à développer leur pratique clinique, leur confiance en soi ou encore leurs habiletés de communication et de collaboration, ingrédients essentiels à l'actualisation du leadership. Ces résultats vont dans le même sens que l'étude Heard (2014), qui avait été effectuée auprès de gestionnaire, et qui identifiait le mentorat comme une avenue importante à considérer dans le développement des leaders en ergothérapie. Ces résultats illustrent également les idées de Stoffel et Lamb (2014) et Zachry et Flick (2015) encourageant les ergothérapeutes à utiliser le mentorat dans le développement des habiletés sous-jacentes à l'expression du leadership.

6.2 La perception du leadership dans les milieux

L'étude fait valoir que la majorité des répondants perçoivent que les ergothérapeutes de leur milieu ont l'impression de se démarquer comme leader, et ce, via divers moyens tels que la participation à de la formation, l'utilisation des données probantes, le développement de leur pratique et d'une variété de programmes, ou encore via la création d'outils de formation et leur implication dans le travail interdisciplinaire. Ces résultats empiriques illustrent de façon concrète ce que les ergothérapeutes font dans l'actualisation de leur leadership via leurs habiletés de l'habilitation aux occupations tel qu'avancé par Townsend et Polatajko (2013). Les résultats de la présente étude illustrent aussi les propos de Finlayson (2013), Hunter (2013), Stoffel et Lamb (2014) et Zachry et Flick (2015). Ceux-ci avaient affirmé que le leadership peut être mis de l'avant régulièrement par les ergothérapeutes dans leur milieu.

De plus, l'étude fait ressortir que les ergothérapeutes ayant participé à l'étude ont la perception d'utiliser leur leadership afin de faire valoir le potentiel des occupations bienfaitantes à la santé directement dans leur pratique à travers leurs plans d'intervention et leurs

recommandations, ainsi que dans les équipes interdisciplinaires. Ce résultat illustre que l'habilitation aux occupations est centrale dans l'actualisation pratique du leadership en ergothérapie tout comme proposé dans le modèle de Townsend et Polatajko (2013). Ce résultat illustre également les idées de Finlayson (2013) et Hunter (2013) qui amènent que la promotion des occupations bienfaitrices à la santé s'effectue via la relation avec les clients, mais également via l'influence que l'ergothérapeute exerce dans la collaboration dans les équipes de son milieu.

La présente étude permet également de faire ressortir que les ergothérapeutes suggèrent que le travail d'équipe (36,4%), la remise en question des pratiques et procédures (18,2%) et l'amélioration des suivis (18,2%) sont des éléments importants afin d'améliorer les systèmes actuels, et ce, en vue de fournir des services plus adaptés. Les résultats recueillis par l'étude illustrent le concept d'imputabilité professionnelle du modèle du leadership en habilitation aux occupations de Townsend et Polatajko (2013) où les ergothérapeutes sont appelés à agir de façon professionnelle via l'amélioration continue de leur pratique. Les résultats rejoignent une partie de ceux de l'étude de Fleming-Castaldy et Patro (2012) qui indiquent que l'une des qualités importantes du leadership des ergothérapeutes est de défier les processus.

6.3 La perception du leadership dans une approche de formation

En ce qui a trait à la perception du leadership dans une approche de formation, la présente étude s'intéresse d'abord à la distinction des ergothérapeutes détenteurs de maîtrise de leurs collègues. Les résultats montrent que la majorité des ergothérapeutes interrogés (80%) perçoivent se distinguer de leurs collègues ne détenant pas de maîtrise. Les résultats identifient l'utilisation des données probantes comme une distinction majeure (81,3%), suivi du désir de formation (25%) et de la remise en question de la pratique (18,8%). Ces distinctions rejoignent de façon concrète les concepts proposés par le modèle de Townsend et Polatajko (2013) qui valorise l'érudition, c'est-à-dire l'utilisation des données probantes et la mise à jour de la pratique, comme concept important de l'actualisation d'un leadership en habilitation aux occupations. De plus, les résultats rejoignent les idées de Finlayson (2013), Hunter (2013) et Zachry & Flick (2015) voulant que le leadership se fasse à travers une pratique innovatrice et basée sur les données probantes. Ces résultats convergent également avec ceux de l'étude de

Horth et Arsenault (2002) qui mentionne que l'un des objectifs du rehaussement de la formation à la maîtrise est d'amener les ergothérapeutes à démontrer l'efficacité de leurs interventions.

L'étude fait ensuite ressortir l'importance du mentorat (70%) dans le développement des habiletés de leadership. Ce résultat va de pair avec l'étude de Heard (2014), ainsi qu'avec les idées de Hunter (2013), Stoffel et Lamb (2014) Zachry et Flick (2015) qui énoncent l'importance du mentorat afin d'aider les ergothérapeutes novices dans le développement d'habiletés solides de leadership. Notamment, les résultats ajoutent aux idées des précédents auteurs puisque cela provient d'un échantillon différent, soit directement les jeunes cliniciens qui sont concernés par le sujet.

La présente étude permet aussi de recueillir des suggestions pour l'amélioration de la formation afin de développer les habiletés du leadership. Les résultats identifient diverses suggestions qui vont dans le même sens que les écrits, tels que d'encourager à l'implication dans les causes sociales, tout comme mentionné par Finlayson (2013), Hunter (2013), Vrkljan et Gélinas (2013) et Zachry et Flick (2015). Par ailleurs, la formation devrait inclure des opportunités, des situations où il est possible d'exercer un leadership tel que des stages en pratique émergents et mises en situations diverses aussi identifié par Rodger (2012), Stewart (2007), Stoffel et Lamb (2014) et Zachry et Flick (2015).

6.4 La perception du leadership et la profession d'ergothérapeute

Les résultats de la présente étude font valoir que la tenue de dossiers est considérée comme une stratégie contribuant à développer le leadership en ergothérapie (73,3%). Ce résultat inédit illustre de façon empirique les propos de Townsend et Polatajko (2013) que affirment que « la conscientisation quant au pouvoir que représente la tenue de dossiers est une stratégie contribuant à développer le leadership de l'ergothérapie » (p.378).

L'étude fait également ressortir l'importance accordée au leadership comme élément favorisant l'actualisation de l'autonomie professionnelle des ergothérapeutes (94,7%). Ce résultat est inédit auprès d'ergothérapeutes cliniciens et convergent avec les idées de Hunter (2013), Lapointe (2015), Townsend et Polatajko (2013) et Zachry et Flick (2015) voyant le

leadership des ergothérapeutes comme un levier de l'actualisation de la pratique et de la reconnaissance de l'ergothérapeute de la part des autres professionnels.

Les résultats montrent la presque totalité des répondants (94,7%) identifient qu'une forte identité professionnelle est préalable pour exercer un leadership. Ce résultat amène l'élément inédit que le fait d'avoir un sentiment identitaire à la profession serait un facteur considéré indispensable pour faire preuve de leadership. Ainsi, cela illustre de façon empirique l'idée avancée par Zachry et Flick (2015) que pour être un leader dans sa profession il est important de se questionner sur ses forces personnelles, mais aussi sur les motivations et buts professionnels aspirés.

L'étude fait ensuite ressortir que des possibilités pour l'ergothérapie sont revendiquées principalement par des discussions en équipes interdisciplinaires (31,3%), la participation à des projets et comités (18,8%) ainsi que des collaborations diverses (12,5%). Ces résultats rejoignent une partie de ceux de l'étude de Fleming-Castaldy et Patro (2012) qui apporte que la qualité d'inspirer une vision partager est une qualité pouvant contribuer au succès du leadership des ergothérapeutes. En ce sens, les résultats illustrent également de façon empirique l'idée que le leadership est possible grâce à la collaboration avec autrui dans le but d'atteindre un objectif commun tel qu'abordé par Hunter (2013), Rodger (2012), Vrkljan et Gélinas (2013) et Stewart (2007).

L'étude fournit des indications quant à des perspectives reliées au futur de l'ergothérapie. À cet égard, plusieurs entrevoyent que la pratique devrait être davantage élargie comme en pratique communautaire et auprès des clientèles vulnérables. Par ailleurs, très peu entrevoyaient un futur limité pour la pratique en ergothérapie. La variété de réponses positives pour la profession porte à croire que les répondants envisagent que le leadership mis de l'avant permettra de faire évoluer positivement la profession. Cette hypothèse est possible étant donné que la majorité des ergothérapeutes interrogés accordent une forte importance au leadership en tant qu'ergothérapeute clinicien.

6.5 Forces et limites de l'étude

La présente étude présente des forces et des limites. D'abord, au sujet des forces de l'étude, l'échantillon recueilli est bien proportionné au niveau de la représentativité des diverses cohortes ciblées. Ensuite, le taux de participation de 22,7% est tout à fait acceptable pour une étude de type sondage. Finalement, étant une des seules études qui abordent la perception du leadership chez des diplômés québécois détenteurs de maîtrise, cela en fait un excellent point de départ dans la description de cette compétence. En ce qui a trait aux limites, les résultats obtenus ne sont pas transférables ni généralisables à l'ensemble des ergothérapeutes détenteurs de maîtrise diplômés du Québec et du Canada étant donné que l'échantillonnage ne comprend que des diplômés de l'UQTR et donc d'un seul programme de formation. Ensuite, puisque l'étude ne comporte que des volontaires, il est possible que l'échantillon inclue des répondants ayant une expérience positive ou un intérêt pour le sujet à l'étude. Une autre limite se rapporte au questionnaire lui-même. Après recul, la question sur le mentorat gagnerait à être scindée en deux. Une porterait sur : « Qui est la personne dans votre entourage qui joue le rôle de mentor » et « Qui vous aide à développer vos habiletés de leadership? ». Finalement, la nature électronique du questionnaire a limité la profondeur des réponses recueillies dans les questions ouvertes.

7. CONCLUSION

La présente étude décrit la perception du leadership d'ergothérapeutes détenteurs d'une maîtrise depuis le rehaussement de la formation à la maîtrise. Les résultats indiquent que les répondants se perçoivent comme exerçant une certaine forme de leadership dans leur pratique et qu'ils considèrent cette compétence comme importante. Les répondants sont motivés à exercer leur influence et à faire partie de projets novateurs afin d'améliorer les soins et services donnés à la clientèle. Ils sont également motivés par le désir d'actualiser les pratiques en devenant leaders par la crédibilité que les données probantes leur apportent. De plus, l'étude permet de mieux comprendre la perception du leadership du point de vue de jeunes ergothérapeutes cliniciens ce qui est inédit étant donné que les études recensées s'intéressaient au leadership de gestionnaires en ergothérapie.

Bien que les résultats de la présente étude sont un point de départ quant à la compréhension de la perception du leadership d'ergothérapeutes détenteurs de maîtrise diplômés de l'UQTR, ceux-ci ont permis de faire ressortir des éléments importants de ce concept. Ces éléments se rattachent à l'importance perçue du leadership pour des ergothérapeutes cliniciens et aux éléments favorisant l'expression de ce leadership tels que l'utilisation des données probantes et du mentorat. De futures études sur le leadership sont nécessaires afin de continuer à documenter la perception du sujet par des ergothérapeutes cliniciens notamment avec un échantillon d'universités de formation plus diversifié et plus important. De plus, il serait intéressant d'étudier plus en profondeur et de façon objective l'utilisation des données probantes et du mentorat en lien avec le leadership en ergothérapie. Étant donné la petite taille de l'échantillon (n=22), il y a lieu d'interpréter les résultats de la présente étude avec prudence.

RÉFÉRENCES

- Assemblée nationale du Québec. (2015). *Projet de loi no 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Repéré à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C1F.PDF>
- Association Canadienne des Ergothérapeutes [ACE]. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Association Canadienne des Ergothérapeutes [ACE]. (2016a). *La formation requise en ergothérapie*. Repéré à <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=546&francais=1>
- Association Canadienne des Ergothérapeutes [ACE]. (2016b). *Prix du Discours commémoratif Muriel Driver*. Repéré à <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1357>
- Association Canadienne des Ergothérapeutes [ACE]. (2016c). *Prix pour le leadership en ergothérapie*. Repéré à <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=2082>
- American Occupational Therapy Association [AOTA]. (2016). *Awards Descriptions*. Repéré à <https://www.aota.org/Education-Careers/Awards/descriptions.aspx9>
- Barker Dunbar, S. (2015). Leadership Theories. Dans S. Barker Dunbar et K. Winston, *An Occupational Perspective on Leadership : Theoretical and Practical Dimensions* (2^e éd., pp. 3-14). Thorofare, Etats-Unis : SLACK Incorporated.
- British Association of Occupational Therapy [BAOT]. (2011). *Dr Elizabeth Casson Memorial Lecture*. Repéré à <https://www.cot.co.uk/casson/dr-elizabeth-casson-memorial-lecture>
- Davidson, H. (2012). A leadership challenge for occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(8), 390-392.
- Finlayson, M. L. (2013). Muriel Driver Memorial Lecture 2013: Embracing our role as change agents. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(4), 205-214
Doi:10.1177/0008417413499505
- Fleming-Castaldy, R. P., & Patro, J. (2012). Leadership in Occupational Therapy: Self-Perceptions of Occupational Therapy Managers. *Occupational Therapy in Health Care*, 26(2/3), 187-202.
- Fortin, M.F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Heard, C.P. (2014) Choosing the Path of Leadership in Occupational Therapy. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 2(1), 1-20

- Hinojosa, J. (2007). Becoming innovators in an era of hyperchange. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(6), 629-637
- Hunter, E. P. (2013). The Elizabeth Casson Memorial Lecture 2013: Transformational leadership in occupational therapy -- delivering change through conversations. *British Journal of Occupational Therapy (College of Occupational Therapists Limited)*, 76(8), 346-354.
- Lapointe, J. (2015). L'imputabilité professionnelle : la pierre angulaire du futur de notre profession. *ergOTHérapies*, 59, 44-46.
- Nayar, S., Gray, M., & Blijlevens, H. (2013). The competency of New Zealand new graduate occupational therapists: Perceived strengths and weaknesses. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(3), 189-196. doi: 10.1111/1440-1630.12027
- Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ]. (2015). *Mise en candidature*. Repéré à <http://www.oeq.org/ordre/prix-bourses-subventions/candidature1.fr.html>
- Richardson, P.K., MacRae, A., Schwartz, K., Bankston, L. & Kosten, C. (2008). Student outcomes in a professional online Master's-degree program. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 600-610.
- Robert, P., & Rey, A. (2001). *Le Grand Robert de la langue française : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (2e éd. dirigée par Alain Rey. ed.). Paris: Le Robert.
- Rodger, S. (2012). Leadership through an occupational lens: Celebrating our territory. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(3), 172-179. doi:10.1111/j.1440-1630.2012.00995.x
- Scott, W. (1985). Variables that contribute to leadership among female occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 39, 379-385. doi: 10.5014/ajot.39.6.379
- Snodgrass, J., & Shachar, M. (2008). Faculty perceptions of occupational therapy program directors' leadership styles and outcomes of leadership. *Journal of Allied Health*, 37(4), 225-235
- Stav, W.B., & Roberts, E. (2009). Continuing competence. Achieving professional development goals for the new year: 3 phases -- novice, experienced, and advanced. *OT Practice*, 14(22), 11-12.
- Stewart, L. S. P. (2007). Pressure to lead: *What can we learn from the theory?* *British Journal of Occupational Therapy*, 70(6), 228-234.
- Stoffel, V. G., & Lamb, A. (2014). Building Leadership Capacity... Within the Occupational Therapy Profession. *OT Practice*, 19(15), 7-9.
- Townsend, E.A., Egan, M., Law, M., Manojlovich, M. & Head, B. (2013). Chapitre 11 : Intensifier le recours à l'érudition dans la pratique de l'habilitation à l'occupation. Dans Townsend et Polatajko (dir). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective*

ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation (2e ed., version française N. Cantin, pp. 329-353). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE

- Townsend, E.A., Freeman, A., Liu, L., Quach, J., Rappolt, S. & Rivard, A. (2013). Chapitre 12 : Endosser la responsabilité professionnelle de l'habilitation à l'occupation : en découvrir les possibilités. Dans Townsend et Polatajko (dir). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed., version française N. Cantin, pp. 355-376). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE
- Townsend, E.A., Jongbloed, L., Stadnyk, R. & Drummond, H. (2013). Chapitre 13 : Possibilités en matière de financement et occasions favorables au plan politique et législatif. Dans Townsend et Polatajko (dir). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed., version française N. Cantin, pp. 377-392). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE
- Townsend, E.A., Polatajko, H.J, Craik, J.M, & von Zweck, C.M, (2011). Introducing the Leadership in Enabling Occupation (LEO) Model. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(4), 255-259.
- Townsend, E.A., et Polatajko, H.J (2013). L'ergothérapie en position de chef de file. Dans Townsend et Polatajko (dir). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed., version française N. Cantin, pp. 321-328). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE
- Townsend, E.A., von Zweck, C., Baptiste, S., Krupa, T., Picard, H. & Trudel, L. (2013). Chapitre 14 : Planification de la main-d'œuvre en ergothérapie. Dans Townsend et Polatajko (dir). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed., version française N. Cantin, pp. 393-424). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE
- Tryssenaar, J., & Perkins, J. (2001). From Student to Therapist: Exploring the First Year of Practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(1), 19-27.
- Vrkljan, B., & Gélinas, I. (2013). Innovative leadership in practice, policy and research: Driving the field of occupational therapy forward...Recapping the 2013 Canadian Association of Occupational Therapists Conference. *Occupational Therapy Now*, 15(4), 18-19.
- Waite, A. (2013). Joining the workplace. Successfully navigating from student to practitioner. *OT Practice*, 18(4), 8-9.
- Zachry, A. H., & Flick, J. (2015). Occupational Therapy Practitioners: Everyday Leaders. *OT Practice*, 20(1), 19-20.

ANNEXE A
QUESTIONNAIRE ELECTRONIQUE

Tableau 7. Répartition du type de questions dans le questionnaire électronique

	<i>Choix multiples</i>	<i>Dispositif de Likert</i>	<i>Échelle visuelle analogue</i>	<i>Question ouverte</i>
Questionnaire socio démographique				
Q.1 Êtes-vous : un homme ou une femme ?	x			
Q.2 Depuis quand travaillez-vous comme ergothérapeute? (Date approximative)				x
Q.3 Faites-vous actuellement des études doctorales?	x			
Q.4 Occupez-vous un emploi :	x			
Q.5 Dans quel milieu travaillez-vous? (Ex : Psychiatrie soins aigus, CHSLD, commission scolaire, etc.)				x
Q.6 Avec quelles clientèles? Précisez	x			
Q.7 Parmi les énoncés suivants, lequel représente votre secteur de pratique ?	x			
Q.8 Avez-vous changé d'emploi, de programme ou de clientèle depuis le début de votre pratique comme ergothérapeute?	x			x
Q.9 Dans quelle région administrative du Québec travaillez-vous?	x			
Q.10 Parmi les énoncés suivants, lequel représente votre milieu de pratique ?	x			
Section 1 - Le leadership en tant qu'individu				
Q.1 Parmi la série d'énoncés suivants, veuillez indiquer votre niveau d'accord (<i>totalemment en désaccord (1) à totalemment en accord(7)</i>) :				
a) Je me considère comme un leader dans ma pratique.				
b) Je me considère comme un leader auprès des autres ergothérapeutes.		x		
c) Je me considère comme un leader auprès des autres professionnels de mon milieu.				
d) Je me considère comme un leader dans la collaboration avec les partenaires (ex : milieu scolaire, organismes communautaires, organismes payeurs, etc.)				
Q.2 Énumérez des projets novateurs dans lesquels vous vous êtes investis depuis que vous êtes ergothérapeutes (1.... 2.... 3.....) :				x
Q.3 Avez-vous pris l'initiative ou avez-vous été sollicité pour de tels projets ?	x			
Q.4 Quels ont été les motivateurs à vous impliquer dans le développement de ces projets ?				x
Q.5 Auprès de qui, exercez-vous votre leadership ?	x			
Q.6 Donnez des exemples où vous avez pu exercer de l'influence sur le/les gestionnaire(s) auprès de vous :				x
Q.7 Participez-vous à des comités ou des organisations en lien avec l'ergothérapie? Si oui, le/lesquels?	x			x
Q.8 Participez-vous à des comités ou des organisations	x			x

	<i>Choix multiples</i>	<i>Dispositif de Likert</i>	<i>Échelle visuelle analogue</i>	<i>Question ouverte</i>
qui soutiennent des causes sociales? Si oui, le/lesquels?				
Q.9 Avez-vous une personne dans votre entourage qui joue le rôle de mentor et qui vous aide à développer vos habiletés de leadership ? Si oui, quel est votre lien avec cette personne ?	x			x
Q.10 Qu'avez-vous appris de ce mentorat ?				x
Section 2 - Le leadership de l'ergothérapie dans les milieux				
Q.11 Comment les ergothérapeutes de votre milieu se démarquent-ils comme étant des chefs de file ?				x
Q.12 En tant qu'ergothérapeute, comment faites-vous valoir le potentiel des occupations bienfaitantes à la santé dans votre milieu ?				x
Q.13 Comment l'utilisation des données probantes vous permet d'exercer de l'influence auprès des autres ?				x
Q.14 Quel genre de recommandations faites-vous pour que les systèmes soient plus efficaces ?				x
Section 3 - Le leadership dans une approche de formation				
Q.15 En tant qu'ergothérapeute détenteur d'une maîtrise, en quoi vous distinguez-vous de vos collègues ergothérapeutes ?				x
Q.16 Parmi la série d'énoncés suivants, veuillez indiquer votre niveau d'accord (<i>totalemment en désaccord (1) à totalemment en accord (7)</i>) : J'estime que le mentorat est primordial dans le développement des habiletés de leadership.		x		
Q.17 Si vous aviez un conseil à donner aux programmes de formation en Ergothérapie pour développer le leadership, quel serait-il?				x
Section 4 - Le leadership et la profession d'ergothérapeute				
Q.18 Parmi la série d'énoncés suivants, veuillez indiquer votre niveau d'accord (<i>totalemment en désaccord (1) à totalemment en accord(7)</i>) :				
a) Je considère la tenue de dossier comme une stratégie contribuant à développer le leadership en ergothérapie.		x		
b) J'estime que le leadership permet aux ergothérapeutes d'actualiser leur autonomie professionnelle.				
c) Je considère qu'une forte identité professionnelle est indispensable pour faire preuve de leadership.				
Q.19 Quel genre d'actions faites-vous pour revendiquer des possibilités pour l'ergothérapie ?				x
Q.20 Selon vous, quel est le futur de l'ergothérapie ?				x
Q.21 Selon vous, quelle est l'importance de faire preuve de leadership en tant qu'ergothérapeute clinicien sur une échelle de 0 à 10? Précisez votre réponse :			x	x