

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

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

PAR
VICKY GARDNER

LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET LE RETOUR AU TRAVAIL : LA
PERCEPTION DES ERGOTHÉRAPEUTES DU SECTEUR PRIVÉ

DÉCEMBRE 2021

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je voudrais remercier les ergothérapeutes ayant accepté de participer à cette étude. Sans leur contribution, un tel projet n'aurait pu être réalisé.

Ensuite, je tiens à remercier Pierre-Yves Therriault, superviseur de mon essai, de m'avoir encadré tout au long de ce projet.

Je remercie aussi Alexe Desaulniers pour la validation de mon questionnaire et les réflexions enrichissantes.

Finalement, j'aimerais aussi remercier mes collègues de séminaire pour leurs encouragements, leurs suggestions et leurs commentaires. Les différentes réflexions au cours des séminaires ont contribué à bonifier la qualité de ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vi
RÉSUMÉ	vii
ABSTRACT.....	viii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1. La réadaptation professionnelle	2
2.1.1. L’avant prise en charge.....	2
2.1.2. L’évaluation.....	2
2.1.3. La préparation au retour thérapeutique au travail.....	3
2.1.4. Le retour thérapeutique au travail.....	3
2.1.5. Le maintien des acquis	4
2.2. Synthèse de la réadaptation professionnelle.....	4
2.3. La collaboration interprofessionnelle en contexte de retour au travail	4
2.3.1. Les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle	5
2.3.2 Les défis de la collaboration interprofessionnelle.....	6
2.4. Pertinence sociale, professionnelle et scientifique.....	7
2.5. Question et objectifs de la recherche.....	7
3. CADRE CONCEPTUEL.....	8
3.1. Le Référentiel national de compétences en matière d’interprofessionnalisme	8
3.1.1. La communication interpersonnelle	8
3.1.2. Les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté.....	9
3.1.3. La clarification des rôles.....	9
3.1.4. Le travail d’équipe.....	9
3.1.5. Le leadership collaboratif	10
3.1.6. La résolution de conflits interprofessionnels.....	10
3.2. Pertinence de l’utilisation du référentiel	11
4. MÉTHODOLOGIE.....	12
4.1. Devis de recherche	12

4.2. Méthode d'échantillonnage	12
4.3. Méthode de collectes de données	13
4.4. Procédure d'analyse des données recueillies	14
4.4.1. Données quantitatives	14
4.4.2. Données qualitatives	15
4.5. Considérations éthiques.....	15
5. RÉSULTATS	16
5.1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles	16
5.2. La collaboration interprofessionnelle selon les répondants	17
5.3. La perception des ergothérapeutes de leurs compétences en matière d'interprofessionnalisme	18
5.4. L'importance accordée à la collaboration interprofessionnelle par les ergothérapeutes ...	24
5.5. Les facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail.....	25
6. DISCUSSION	27
6.1. L'application des énoncés de compétences en matière d'interprofessionnalisme	27
6.2. Les facilitateurs à la collaboration interprofessionnelle.....	31
6.3. Les obstacles à la collaboration interprofessionnelle	32
6.4. L'importance de la collaboration interprofessionnelle.....	32
6.5. Forces et limites de l'étude.....	33
6.6. Retombées de l'étude	34
7. CONCLUSION.....	35
RÉFÉRENCES	36
ANNEXE A	40
ANNEXE B	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques des répondants	16
Tableau 2. Définition de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail	18
Tableau 3. Perception des ergothérapeutes sur leur compétence de clarification des rôles	18
Tableau 4. Perception des ergothérapeutes sur leur compétence de travail d'équipe.....	19
Tableau 5. Perception des ergothérapeutes sur leur compétence de leadership collaboratif	20
Tableau 6. Stratégies mises en place dans le milieu pour une prise de décision efficace	21
Tableau 7. Perception des ergothérapeutes sur leur compétence de résolution de conflits interprofessionnels	22
Tableau 8. Stratégies utilisées pour la résolution de conflits interprofessionnels	22
Tableau 9. Perception des ergothérapeutes sur leur compétence de soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté.....	23
Tableau 10. Perception des ergothérapeutes sur leur compétence de communication interprofessionnelle.....	23
Tableau 11. Raisons de l'importance de la collaboration	25
Tableau 12. Facteurs influençant positivement la collaboration interprofessionnelle.....	26
Tableau 13. Facteurs influençant négativement la collaboration interprofessionnelle.....	26

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1.</i> Perception de la mise en place de stratégies par le milieu clinique pour la prise de décision	20
<i>Figure 2.</i> L'importance de la collaboration interprofessionnelle	24

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
CIP	Collaboration interprofessionnelle
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
CPIS	Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Introduction : Les accidents de travail représentent une problématique majeure qui affectent les travailleurs et qui peuvent les conduire à des arrêts de travail. Dans l'accompagnement à la réadaptation pour un retour au travail, le principal mode d'intervention est l'interdisciplinarité entre les professionnels de la santé, un facteur qui influence le processus de réadaptation du client.

Objectifs : Décrire la perception de la collaboration interprofessionnelle chez les ergothérapeutes du secteur privé travaillant dans un contexte de retour au travail et la perception de l'utilisation de leurs compétences en matière d'interprofessionnalisme.

Cadre conceptuel : Le modèle conceptuel du *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* élaboré par le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS, 2010) est utilisé dans la présente étude.

Méthodologie : Le devis utilisé pour mener cette étude est un devis descriptif simple. Un questionnaire électronique comprenant des questions ouvertes de nature qualitative, des questions à choix multiples et des questions d'opinions reliées à une échelle de type Likert a été administré aux ergothérapeutes du Québec désirant participer à l'étude.

Résultats : Les résultats révèlent que les ergothérapeutes ont plus de difficulté à intégrer dans leur pratique leurs compétences en matière de résolution de conflits. Ils ont plus de facilité à mettre à profit leurs compétences en matière de soins centrés sur la personne et la communication interprofessionnelle. Les résultats révèlent aussi que plus de la moitié des répondants considèrent importante la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail. Les principaux facilitateurs à l'intégration de la collaboration interprofessionnelle sont la proximité physique des intervenants et les rencontres interdisciplinaires alors que les principaux obstacles sont le manque de temps et la surcharge de travail.

Discussion : Les résultats orientent vers une perception que la résolution de conflits est une compétence plus difficile à mettre de l'avant pour les ergothérapeutes travaillant en réadaptation professionnelle. De plus, ils mettent en lumière des facteurs pouvant contribuer et nuire à la collaboration dans ce type de pratique.

Conclusion : Cette étude permet de décrire la perception des ergothérapeutes de leurs compétences en matière d'interprofessionnalisme en réadaptation professionnelle et les résultats obtenus soutiennent une réflexion sur les besoins de formation des ergothérapeutes, par exemple au niveau de la résolution de conflits, afin de mieux développer leurs compétences. Finalement, cette étude se veut un pas pour améliorer les pratiques et mettre en place des stratégies dans les milieux cliniques pour faciliter l'intégration de ce type de pratique.

Mots clés : Collaboration interprofessionnelle, retour au travail, ergothérapie

ABSTRACT

Issue: Accidents at work are a major problem affecting workers and can lead to work stoppages. In return-to-work rehabilitation, the principal mode of intervention is interdisciplinarity, a factor that influences the client's rehabilitation process.

Objectives: Describe the perception of interprofessional collaboration among occupational therapists in the private sector working in a return-to-work context and the use of their interprofessionalism skills.

Conceptual framework: The conceptual model of the *National Interprofessional Competency Framework* developed by the Pan-Canadian Consortium for Interprofessionalism in Health is leading this study.

Methodology: The cost estimate used to conduct this study is a simple description. An electronic questionnaire containing qualitative open-ended questions, multiple-choice questions, and opinion questions related to a Likert-type scale was administered to occupational therapists in Quebec who wished to participate in the study.

Results: The results show that occupational therapists have more difficulty integrating conflict resolution skills into their practice. They are better able to leverage their expertise in person-centred care and interprofessional communication. The results also reveal that more than half of respondents consider interprofessional collaboration important in a return-to-work context. The main facilitators in integrating interprofessional collaboration are the physical proximity of stakeholders and interdisciplinary encounters, while the main obstacles are lack of time and work overload.

Discussion : The results suggest a perception that conflict resolution is a more difficult skill to advance for occupational therapists working in vocational rehabilitation. They also highlight factors that can contribute to and hinder collaboration in this type of practice.

Conclusion : This study makes it possible to describe the perception of occupational therapists of their competence in interprofessional vocational rehabilitation and the results obtained make it possible to reflect on the training needs of occupational therapists, for example, in conflict resolution, in order to better support their skills. Finally, this study is a step towards improving practices and implementing strategies in the clinical setting to facilitate the integration of this type of practice.

Key words : Interprofessional collaboration, return-to-work, occupational therapy

1. INTRODUCTION

De nombreux accidents de travail surviennent chaque jour au Québec et plusieurs travailleurs sont victimes de maladies ou de lésions professionnelles qui les conduisent à un arrêt de travail. La Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail [CNESST] recense plus de 130 000 dossiers ouverts pour l'année 2019 (CNESST, 2019). Considérant que le travail est une occupation et un rôle très important pour l'être humain (Kielhofner, 2008), sa reprise lors du processus de réadaptation constitue un objectif à mettre de l'avant. Au Québec, les ergothérapeutes sont la plupart du temps impliqués dans le processus de réadaptation au travail en raison de leur champ d'expertise (Gouvernement du Québec, 2020) et des compétences attendues en matière d'expert en habilitation de l'occupation, un rôle pivot de la profession (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012). Les connaissances en matière de réadaptation professionnelle ne cessent d'évoluer avec le temps et plusieurs écrits mettent de l'avant l'utilisation d'une approche systémique dans ce champ de pratique en considérant l'interaction des différents acteurs impliqués (personne, assureur, employeur, autre professionnel de la santé, etc.) comme un facteur tout aussi important que le diagnostic et les capacités de travail du travailleur (Costa-Black et al., 2007 ; Durand et al., 2007 ; 2008 ; Loisel et al., 2001). De ce fait, il s'avère pertinent d'examiner la perception de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail chez les ergothérapeutes ainsi que la perception de l'application de leurs compétences en matière d'interprofessionnalisme afin d'améliorer l'utilisation de cette approche étant donné que celle-ci peut directement avoir une influence sur le retour à l'emploi du travailleur.

Ainsi, dans le présent essai, la problématique et la pertinence d'examiner la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail chez les ergothérapeutes seront abordées en premier lieu. Ensuite, le cadre conceptuel sur lequel reposent les compétences nécessaires à la collaboration interprofessionnelle au Canada sera décrit. La méthodologie utilisée pour la recherche sera par la suite détaillée ainsi que la méthode d'échantillonnage. Puis, les résultats obtenus seront présentés et une discussion sur ces derniers s'en suivra en effectuant des liens avec la littérature existante sur ce sujet. Les forces et les limites de l'étude seront aussi des aspects abordés. En conclusion, une brève synthèse des propos à l'étude sera effectuée et des retombées possibles pour la pratique des ergothérapeutes et la recherche future seront exposées.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section a pour objectif de rendre compte de la pertinence sociale, scientifique et professionnelle de s'intéresser à la collaboration interprofessionnelle en contexte de réadaptation professionnelle à travers une synthèse des éléments de la littérature traitant ce sujet. Tout d'abord, le processus de réadaptation professionnelle sera détaillé ainsi que la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de cette pratique. Finalement, la question et les objectifs qui dirigent ce projet seront exposés à la suite des éléments qui ressortent du résumé de la littérature.

2.1. La réadaptation professionnelle

La réadaptation professionnelle vise à ce que le client retrouve les capacités fonctionnelles afin de réintégrer son travail ou un autre emploi équivalent (Loisel et al., 2004). L'étude de Roy et ses collaborateurs (2011) reconnaît que la pratique professionnelle dans un contexte de retour au travail est très variable. Le peu de formation offerte, l'insuffisance de modèles conceptuels, l'expérience variable des cliniciens et le manque de standards de pratique sont tous des aspects pouvant influencer ce type de pratique (Roy et al., 2011). En général, il y a cinq étapes au processus de réadaptation et celles-ci sont : (1) l'avant prise en charge, (2) l'évaluation, (3) la préparation et (4) le retour thérapeutique au travail et au besoin, (5) le maintien des acquis (Gouin, 2015).

2.1.1. L'avant prise en charge

L'avant prise en charge est la phase où les demandes de prise en charge sont reçues. Les demandes peuvent provenir de l'externe, c'est-à-dire de professionnels de la CNESST, de la Société de l'assurance automobile du Québec [SAAQ], des employeurs ou encore des médecins (Gouin, 2015). Elles peuvent également provenir de l'interne, c'est-à-dire lorsque le client en fait la demande ou encore lorsqu'un professionnel du même établissement de réadaptation fait une référence (Gouin, 2015). Selon la demande et l'achalandage du milieu, s'il y a présence d'une liste d'attente, le coordonnateur clinique évalue les demandes et établit une liste de priorités (Gouin, 2015).

2.1.2. L'évaluation

Par la suite, la prise en charge débute par une évaluation du client. Dans cette étape, il y a tout d'abord l'évaluation initiale pour dresser un portrait global de la situation du client. Dans cette

évaluation, le but est d'identifier les obstacles et les facilitateurs à un retour au travail afin d'établir les priorités et le plan d'intervention interdisciplinaire (Gouin, 2015). Les différents professionnels de la santé ont chacun leur évaluation initiale et par la suite, ils se rencontrent dans un échange interdisciplinaire pour discuter des cas afin d'orienter les cibles d'intervention (Gouin, 2015). Le médecin traitant reçoit par la suite le plan d'intervention interdisciplinaire de même que l'assureur si celui-ci le requiert. Le plan d'intervention de même que les objectifs peuvent être modifiés après quelques semaines si des changements significatifs surviennent lors du processus de réadaptation (Gouin, 2015). Lors de ces révisions de plan d'intervention en équipe interdisciplinaire, le client peut y participer et donner son avis.

2.1.3. La préparation au retour thérapeutique au travail

La préparation au retour thérapeutique au travail est la phase où les interventions interdisciplinaires débutent si le client n'a pas les prérequis pour retourner à l'emploi pré-lésionnel (Gouin, 2015). Selon les besoins et les capacités du travailleur, la durée de cette phase peut varier généralement entre deux et quatre semaines. Le but de cette phase est de développer et d'améliorer les capacités fonctionnelles de travail du client en milieu clinique pour éventuellement avoir les capacités générales requises pour le retour au travail (Gouin, 2015). Des interventions telles que l'enseignement sur la gestion de la douleur et du stress, des mises en situation à l'emploi ainsi que des exercices de mobilisation et de renforcement pour développer les capacités physiques du client sont des exemples d'interventions pouvant être réalisées à cette phase (Gouin, 2015). Dans cette phase, une rencontre en milieu de travail peut être réalisée afin d'évaluer le poste de travail du travailleur et de prendre en compte les particularités du milieu pour un éventuel retour au travail.

2.1.4. Le retour thérapeutique au travail

Le retour thérapeutique au travail est l'étape où le retour au travail est réalisé de façon progressive. Le retour au travail progressif signifie que le travailleur réintègre son emploi pré-lésionnel de façon progressive, et ce, en alternance avec des journées de travail et des journées de thérapie en clinique. Le plan de retour au travail est élaboré par les professionnels de la santé et selon l'évolution du client. Les professionnels peuvent effectuer différentes interventions pour faciliter le retour au travail du client. En effet, la nature des tâches de travail peut être modifiée, le rythme de travail ou encore l'horaire du travailleur peuvent être également modifiés pour lui

permettre un retour au travail sécuritaire (Gouin, 2015). Le plan de retour au travail peut contenir différentes informations telles que les tâches à éviter ou celles que le client peut reprendre, les journées qu'il peut travailler et le nombre d'heures (Gouin, 2015). Ce plan est remis à l'employeur et des rencontres peuvent parfois avoir lieu avec celui-ci lorsque des modifications au travail sont nécessaires. Dans la plupart des cas, le client reprendra son travail de façon sécuritaire en réalisant toutes ses tâches selon son horaire de travail prélésionnel (Gouin, 2015). Une fois l'objectif final atteint, les professionnels effectuent leurs évaluations finales qui seront mises au dossier du client.

2.1.5. Le maintien des acquis

Le maintien des acquis est une étape qui n'est pas toujours nécessaire, mais qui dans certains cas est utile pour finaliser les recommandations et la mise en place de celles-ci dans le milieu de travail du client (Gouin, 2015). De ce fait, cette étape consiste à assurer que le travailleur peut réaliser ses tâches de travail à long terme de manière sécuritaire en diminuant les risques de blessures après la fin des interventions (Gouin, 2015). Si des mesures de soutien sont nécessaires selon les besoins du client, il peut y avoir discussion avec tous les membres de l'équipe afin de mettre en place des stratégies pour assurer l'autonomie du travailleur dans son emploi.

2.2. Synthèse de la réadaptation professionnelle

En général, le processus de réadaptation professionnelle comporte divers enjeux en raison du fait que cette pratique est très variable et qu'elle peut s'échelonner sur plusieurs semaines tout dépendamment de la condition des clients. Il en ressort que la notion d'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé pour la prise en charge globale des clients est un mode d'intervention mis de l'avant dans ce processus de réadaptation professionnelle (Gouin, 2015).

2.3. La collaboration interprofessionnelle en contexte de retour au travail

Dans une équipe interdisciplinaire, il peut y avoir un médecin, un ergothérapeute, un psychologue, un physiothérapeute, un kinésiologue et plusieurs autres. La collaboration interprofessionnelle implique que les membres travaillent régulièrement de manière interdépendante afin de résoudre des problématiques et d'offrir des soins adaptés aux clients (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006). Dans la réadaptation professionnelle, les plans d'interventions sont personnalisés et adaptés aux besoins de chaque client (Gouin, 2015). Les professionnels effectuent leurs propres évaluations selon leur champ

d'expertise, mais ils font régulièrement des rencontres d'équipe dans le but de présenter et discuter de leurs résultats, d'établir des objectifs d'un commun accord et d'orienter les interventions.

Il est important de noter que le retour au travail est influencé par une multitude de facteurs, entre autres, par des facteurs personnels, relationnels et organisationnels, mais aussi par des facteurs environnementaux qui s'élargit aux relations et aux interactions entre les acteurs (Cronin et al., 2013). Il est démontré que les liens de partenariat entre les différents acteurs dans le processus de retour au travail sont tout aussi importants à prendre en considération que les facteurs individuels (Costa-Black et al., 2007 ; Durand et al., 2007; Loisel et al., 2001). En ce sens, des modèles théoriques ont été développés et mettent de l'avant l'influence des différents acteurs dans la réadaptation au travail du client. Le modèle de la gestion de la prévention du handicap élaboré par Loisel et ses collaborateurs (2005) met de l'avant que la réadaptation professionnelle du client est influencée par un ensemble de systèmes complexes comprenant les systèmes de santé, de l'entreprise, législatif et d'assurances ainsi que le système personnel du client. En effet, la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail est très différente du contexte des soins médicaux habituels, car de nombreux autres acteurs qui ne sont pas des professionnels de la santé sont impliqués dans le processus (Gouin, 2015). Autres les différents professionnels de la santé et le client (l'employé), il y a l'employeur, l'agent payeur, le représentant syndical et le réseau social du client (tout dépendamment du contexte) qui peuvent faire partie de l'équipe interdisciplinaire (Gouin, 2015).

2.3.1. Les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle

De nombreuses études soulignent la contribution bénéfique des programmes interdisciplinaires pour le retour au travail (Berglund et al., 2018 ; Ibrahim et al., 2019 ; Luk et al., 2010; Stapelfeldt et al., 2011; Zampolini et al., 2007). En effet, une collaboration positive entre tous les membres impliqués dans le processus de réadaptation professionnelle permet de faciliter le retour au travail pour le client (Durand et al., 2012). L'étude de cohorte prospective de Ibrahim et ses collaborateurs (2019) confirme que la participation des clients à des programmes interdisciplinaires de réadaptation au travail est un facteur prédictif pour le retour au travail puisque la participation de plusieurs intervenants en santé qui ont chacun leur champ d'expertise permet non seulement d'améliorer la condition physique, mais aussi les symptômes d'anxiété ou de

dépression qui peuvent être associés à un arrêt de travail. L'étude de Michel et ses collaborateurs (2018) montre cependant qu'il est primordial d'avoir une bonne communication et coopération entre tous les membres de l'équipe interdisciplinaire, car cela a directement un effet sur l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail. Finalement, il est prouvé que la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de réadaptation professionnelle a pour effet de réduire le temps du processus de réadaptation au travail (Bendix et al., 1996).

2.3.2 Les défis de la collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle nécessite plusieurs compétences de la part des professionnels afin que celle-ci soit réellement efficace. La collaboration interprofessionnelle est une compétence évolutive, c'est-à-dire qu'elle s'acquiert tout au long du cheminement professionnel avec les différents apprentissages et situations auxquels le professionnel est confronté (CPIS, 2010). Également, il y a plusieurs défis associés à la collaboration interprofessionnelle. Entre autres, l'étude de Loisel et ses collaborateurs (2004) affirme que les relations ne sont pas toujours aisées dans une équipe interdisciplinaire. Cela peut être dû au fait que chaque professionnel a des valeurs différentes et ces divergences de valeurs peuvent entraîner des conflits lors de la prise de décisions partagées (Loisel et al., 2004). La prise de décisions partagées peut être également entravée par le manque d'action concertée entre les membres d'une équipe (Van Til et al., 2010). L'étude de Durand (2018) nuance cet aspect en affirmant qu'il y a des obstacles dans certains milieux ou dans certaines situations qui ne sont pas possibles de contourner et qui influencent la prise de décisions partagées. Également, un autre défi à la collaboration interprofessionnelle est la communication. Dans l'étude de Michel et ses collaborateurs (2018), il est démontré que la communication et le partage d'information peuvent être difficiles dans certains cas en raison du manque de disponibilité des professionnels. Un manque de connaissance des rôles des acteurs impliqués dans le processus peut aussi rendre difficile la collaboration efficace des membres d'une équipe interdisciplinaire (Roberts et Shamus, 2015). Finalement, la collaboration interprofessionnelle en contexte de retour au travail peut représenter un défi pour plusieurs professionnels, car les acteurs impliqués ont tous des préoccupations différentes (Loisel et al., 2004).

2.4. Pertinence sociale, professionnelle et scientifique

L'étude de Durand (2018) révèle que l'incapacité au travail est un enjeu social majeur et les statistiques de la CNESST pour le nombre de dossiers ouverts démontrent également qu'il est important d'adresser une attention particulière au processus de reprise du rôle de travailleur afin d'améliorer la qualité et le temps de réadaptation. Également, d'un point de vue de la pertinence professionnelle, l'exploration du processus de collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail est pertinente, car cela permettra aux professionnels de la santé ainsi qu'aux gestionnaires de comprendre ce que ce processus implique et d'évaluer la qualité de leurs services. Les différentes données ressorties permettront également à ces professionnels d'identifier des stratégies efficaces afin d'apporter des changements à leur pratique collaborative dans le but d'améliorer les services offerts en matière de réadaptation professionnelle. Finalement, il y a une pertinence scientifique à réaliser cette étude puisque aucune étude n'a exploré la collaboration dans un contexte de retour au travail du point de vue des ergothérapeutes, ce qui offre une opportunité pour la recherche de mieux comprendre ce phénomène pour apporter une contribution positive dans le domaine. En somme, ces différents aspects montrent la pertinence de mener à terme un tel projet pour l'avancement de la pratique puisque la collaboration interprofessionnelle est le principal mode d'intervention en réadaptation professionnelle.

2.5. Question et objectif de la recherche

Compte tenu des éléments qui émergent de la littérature, la question de recherche posée est la suivante : quelle est la perception de la collaboration interprofessionnelle des ergothérapeutes du secteur privé dans un contexte de retour au travail? Ainsi, l'objectif principal de la présente étude est de décrire la perception de la collaboration interprofessionnelle chez les ergothérapeutes du secteur privé travaillant dans un contexte de retour au travail et l'objectif secondaire est de décrire la perception des ergothérapeutes de l'utilisation de leurs compétences en matière d'interprofessionnalisme dans ce contexte.

3. CADRE CONCEPTUEL

La présente section vise à définir les principaux concepts à considérer dans le cadre de cette étude. Le modèle conceptuel du *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* élaboré par le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS, 2010) a été choisi et est présenté.

3.1. Le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme

Ce référentiel a été proposé dans le but d'orienter une pratique collaborative efficace à l'aide d'une approche axée sur les compétences (CPIS, 2010). Dans la pratique, il se base sur la capacité du professionnel à intégrer les savoirs, les attitudes, les habiletés et les valeurs, qui sont tous des éléments essentiels à la collaboration interprofessionnelle efficace. Il est important de comprendre que l'acquisition des compétences des professionnels en matière de collaboration interprofessionnelle représente un processus évolutif qui se forge avec l'expérience et les différentes situations d'apprentissage (CPIS, 2010). La façon dont ce référentiel est appliqué peut être influencée par trois concepts soit la complexité du cas, le contexte de pratique et l'amélioration de la qualité. Ce référentiel présente six domaines de compétences intégrant les éléments qui contribuent à une collaboration interprofessionnelle efficace. Ces domaines de compétences sont : (1) Communication interpersonnelle, (2) Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté, (3) Clarification des rôles, (4) Travail d'équipe, (5) Leadership collaboratif et (6) Résolution de conflits interprofessionnels.

3.1.1. La communication interpersonnelle

Cette compétence signifie que les professionnels des différents domaines communiquent de manière assidue entre eux et font preuve d'ouverture (CPIS, 2010). Afin d'atteindre les compétences en matière de communication interpersonnelle, les professionnels communiquent de manière efficace avec les autres professionnelles, mais aussi avec le client et les membres de son entourage, et ce, dans une optique de collaboration et d'écoute. Une communication interpersonnelle efficace doit refléter une confiance mutuelle envers les membres de l'équipe. Il est important de noter que lorsqu'il est question de communication interpersonnelle qui témoigne d'un respect, tous les membres de l'équipe, y compris le client et ses proches, font preuve de transparence dans toutes communications (CPIS, 2010).

3.1.2. Les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté

Cette compétence stipule que les professionnels doivent favoriser la participation de la personne, ses proches et la communauté dans le processus de soins (CPIS, 2010). Le professionnel qui fait preuve de cette compétence en matière d'interprofessionnalisme soutient ces personnes en tant que partenaire à part entière de l'équipe, c'est-à-dire en tant que membres répondant à la prise de décisions continues concernant les soins. Le professionnel s'assure que toutes ces personnes reçoivent l'information nécessaire et un soutien approprié correspondant à leurs besoins (CPIS, 2010). Dans une pratique collaborative centrée sur la personne et ses proches, il est mis de l'avant que ceux-ci sont les experts de leur propre condition et que leur contribution est essentielle à la planification et à la mise en œuvre des soins.

3.1.3. La clarification des rôles

Cette compétence signifie que les professionnels sont en mesure de comprendre leur propre rôle et celui des autres membres de l'équipe (CPIS, 2010). Elle stipule aussi que les professionnels appliquent leurs connaissances en matière de rôles dans le processus de soins de sorte à établir et atteindre les objectifs. Cette compétence n'est pas seulement le fait de connaître les rôles de chacun, mais c'est aussi la capacité des professionnels à communiquer leurs rôles, leurs savoirs et leurs habiletés afin d'intégrer les compétences de tous dans le processus de soins. Cela signifie que les professionnels se questionnent et sont en mesure d'identifier quel professionnel a les savoirs ou les compétences afin de répondre aux besoins spécifiques du client (CPIS, 2010). Cette capacité à identifier les professionnels pouvant répondre le mieux aux besoins du client permet non seulement de répartir la charge de travail, mais elle soutient également une prise en charge holistique du client.

3.1.4. Le travail d'équipe

Cette compétence signifie que les professionnels comprennent les processus de développement des équipes et les retombés du travail en équipe (CPIS, 2010). Le professionnel qui possède cette compétence partage continuellement l'information pertinente entre tous les membres de l'équipe afin de faciliter la prise de décisions partagées et améliorer l'efficacité des soins. Le professionnel qui fait preuve d'un bon travail d'équipe est en mesure d'établir des relations de travail intégrantes et respectueuses (CPIS, 2010). Les membres de l'équipe doivent

faire preuve de respect, de confiance et d'une bonne écoute, tous des aspects qui contribuent à la collaboration interprofessionnelle positive. Les professionnels qui mettent de l'avant cette compétence sont en mesure d'améliorer leur efficacité à travailler ensemble en réfléchissant régulièrement à leur fonctionnement et à la façon dont ils interagissent ensemble (CPIS, 2010).

3.1.5. Le leadership collaboratif

Cette compétence signifie que chaque membre de l'équipe a des responsabilités et des rôles bien définis et qu'ils sont responsables de les mettre de l'avant afin de faciliter la prise de décisions partagées (CPIS, 2010). Les membres de l'équipe doivent collaborer pour établir qui assume le leadership selon les situations données. Les professionnels qui mettent de l'avant cette compétence sont en mesure d'adopter des méthodes de travail efficaces en équipe, d'entretenir un climat qui facilite la collaboration et d'adopter des méthodes de travail qui facilitent la prise de décisions (CPIS, 2010). En d'autres mots, les professionnels doivent s'aider afin de travailler plus efficacement ensemble, et ce, dans le but d'atteindre les objectifs communs établis.

3.1.6. La résolution de conflits interprofessionnels

Cette compétence signifie que les professionnels ont la capacité de résoudre des conflits interprofessionnels de façon positive et constructive (CPIS, 2010). L'approche constructive de résolution de conflits signifie que le professionnel est en mesure de reconnaître les situations où des différends peuvent survenir et appliquer des stratégies pour la gestion de conflits ou pour faire face aux différends. Aussi, le professionnel comprend qu'un conflit peut avoir des répercussions positives en soi. En effet, les différences de points de vue ou d'opinions sont des interactions constructives ayant un potentiel positif sur la pratique (CPIS, 2010). Il existe différentes causes qui peuvent contribuer aux divergences d'opinions. D'abord, les rôles peuvent mener à des conflits tels que le fait que les rôles ne sont pas clairement établis et compris entre tous ou encore qu'il y ait une répartition inéquitable des tâches entre les membres d'une équipe. Également, l'établissement d'objectifs peut mener à des différends, car les professionnels n'ont pas nécessairement tous les mêmes valeurs ou la même philosophie qui orientent leur pratique (CPIS, 2010).

3.2. Pertinence de l'utilisation du référentiel

En conclusion, ce référentiel permet de bien appréhender la collaboration interprofessionnelle chez les ergothérapeutes du secteur privé travaillant en réadaptation professionnelle puisqu'il permet l'étude et l'analyse de chacune des compétences nécessaires à une pratique collaborative efficace. De cette façon, il permet de cibler l'acquisition des compétences des ergothérapeutes en matière de collaboration interprofessionnelle efficace tout en considérant les différents facteurs des contextes de pratique qui peuvent influencer la collaboration. Ce référentiel est également pertinent pour le métier d'ergothérapeute, car il établit une ligne directrice sur l'établissement d'un bon partenariat interprofessionnel. Il permet aux ergothérapeutes de comprendre comment contribuer à l'efficacité du travail collaboratif en soutenant la participation de tous les professionnels en interdépendance.

4. MÉTHODOLOGIE

Dans la présente section, les aspects méthodologiques ayant servi à la réalisation de cette étude sont présentés en différentes sous-sections distinctes. Ainsi, le type de devis de recherche utilisé, la méthode d'échantillonnage, la méthode de collecte de données, la procédure d'analyse des données recueillies et les considérations éthiques qui ont été prises en compte pour conduire la recherche sont tous des éléments abordés.

4.1. Devis de recherche

Le devis de recherche utilisé dans le cadre du présent projet est une étude descriptive simple. Étant donné que le sujet à l'étude est peu documenté scientifiquement et qu'il y a un besoin d'explorer la collaboration interprofessionnelle pour faciliter un retour au travail (Gouin, 2015), ce type de devis de recherche est justifié. Également, l'étude descriptive est appropriée puisque selon Fortin et Gagnon (2016), une telle étude a pour objectif de décrire un phénomène particulier auprès d'une population. Ainsi, la présente étude vise effectivement à décrire et à comprendre la perception de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de réadaptation professionnelle (phénomène d'intérêt) chez les ergothérapeutes du secteur privé (population). Des données quantitatives et qualitatives issues de la perspective des répondants permettent la description du phénomène à l'étude.

4.2. Méthode d'échantillonnage

Concernant les critères de sélection, le premier critère d'inclusion est que les ergothérapeutes doivent travailler ou avoir travaillé dans les cinq dernières années dans un contexte de collaboration interprofessionnelle orienté vers un retour au travail. En ce sens, les ergothérapeutes qui ont déjà travaillé dans ce contexte par le passé (il y a plus de 5 ans) et qui ne sont plus impliqués avec ce type de clientèle sont exclus afin que les résultats reflètent la réalité à ce jour. De plus, les critères d'inclusion de l'échantillon comprennent de parler la langue française afin d'être en mesure de comprendre et de participer à l'étude.

La sélection des participants a été effectuée selon deux méthodes d'échantillonnage. Tout d'abord, la méthode d'échantillonnage de type non probabiliste par réseau a été utilisée (Fortin et Gagnon, 2016). Cette méthode d'échantillonnage consiste à sélectionner des participants en

fonction de leur lien avec des individus (Fortin et Gagnon, 2016). Celle-ci visait la sollicitation d'ergothérapeutes de l'entourage de l'étudiante qui correspondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion afin de participer à l'étude. Ces ergothérapeutes ont été sollicités à partir d'un courriel comprenant le formulaire d'information de la recherche ainsi qu'un lien direct vers le questionnaire électronique dont il est question dans la section suivante. Ces ergothérapeutes ont par la suite acheminé ce même courriel à leurs collègues ou connaissances. Cependant, cette méthode d'échantillonnage ne permettait pas d'avoir un échantillon assez important. De ce fait, un échantillonnage non probabiliste de type accidentel a aussi été réalisé afin d'obtenir un nombre de participants plus élevé (Fortin et Gagnon, 2016). Cette méthode d'échantillonnage consiste à sélectionner des participants en fonction de leur accessibilité et ceux-ci sont choisis au fur et à mesure qu'ils se présentent (Fortin et Gagnon, 2016). Ainsi, à l'aide des médias sociaux, des ergothérapeutes inscrits sur le groupe Ergothérapie Québec (groupe Facebook) ont également été sollicités afin de participer à l'étude. Une publication comprenant une affiche d'information (Annexe A) de la présente recherche ainsi que le lien direct vers le questionnaire a été réalisée.

4.3. Méthode de collectes de données

L'outil de collecte de données utilisé est un questionnaire élaboré spécifiquement pour la réalisation de cette étude. Les questions ont été conçues à partir de la recension des écrits et du modèle du *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* du CPIS. Le questionnaire comprend des questions ouvertes, des questions à choix multiples ainsi que des échelles de type Likert à cinq niveaux. Le questionnaire est présenté à l'Annexe B.

Le questionnaire comprend 48 questions réparties en huit sections et la durée totale pour la complétion de celui-ci est d'environ 30 minutes. La première section comporte sept questions portant sur les caractéristiques sociodémographiques des participants afin de décrire l'échantillon et leur milieu de pratique. Ensuite, avant de passer aux prochaines sections, une question est posée afin de comprendre ce que signifie la collaboration interprofessionnelle pour les participants. Par la suite, les six sections suivantes portent sur les six domaines de compétences du modèle du CPIS soit la clarification des rôles, le travail d'équipe, le leadership collaboratif, la résolution de conflits interprofessionnels, les soins centrés sur la personne, ses proches et sa communauté et finalement, la communication interprofessionnelle. Tout d'abord, les sections sur la clarification des rôles et

sur le travail d'équipe comprennent respectivement cinq et sept questions où les participants situent leur degré de fréquence en lien avec les énoncés sur une échelle de Likert à cinq niveaux. Huit questions à l'aide d'une échelle de Likert à cinq niveaux et une question à choix multiples abordent le leadership collaboratif des participants et les stratégies mises en place qui permettent de réaliser cette compétence. La résolution de conflits interprofessionnels est abordée à l'aide d'une question ouverte et six questions comprenant une échelle de Likert à cinq niveaux portant sur leur fréquence de comportement en lien avec la résolution de problèmes et la gestion efficace de ceux-ci. Par la suite, les sections sur les soins centrés sur la personne, ses proches et sa communauté ainsi que la communication interprofessionnelle comprennent respectivement quatre et six questions situant la fréquence des actions illustrées sur une échelle de Likert à cinq niveaux. Finalement, la huitième section, qui correspond à la dernière du questionnaire, comporte une question ouverte associée à une échelle sémantique et deux questions ouvertes de nature générale abordant la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail. La question avec l'échelle sémantique porte sur l'importance que les participants accordent à l'utilisation de cette approche et les raisons pour lesquelles elle est importante pour eux. Les questions ouvertes portent sur leur perception des facteurs positifs et négatifs qui influencent la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail.

4.4. Procédure d'analyse des données recueillies

La collecte de données s'est réalisée sur la plateforme de sondage en ligne Eval&Go (<https://www.evalandgo.com/fr/>). Les participants ont eu accès au questionnaire en ligne du 5 février 2021 au 5 mars 2021.

Les diverses questions posées dans le questionnaire permettent de recueillir des données quantitatives et qualitatives qui font l'objet de différentes analyses.

4.4.1. Données quantitatives

Une analyse à l'aide de statistiques descriptives simples a été réalisée avec les données quantitatives recueillies des différentes questions du questionnaire (Fortin et Gagnon, 2016). Tout d'abord, des statistiques descriptives simples telles que des distributions de fréquences absolues et relatives ont été utilisées pour illustrer les caractéristiques sociodémographiques des répondants.

Ensuite, en ce qui a trait aux questions reliées à une échelle de Likert, des distributions de fréquences absolues et relatives sont également effectuées pour chacun des énoncés.

4.4.2. Données qualitatives

L'analyse qualitative des données recueillies du questionnaire a été réalisée selon l'approche d'analyse de contenu décrite par Fortin et Gagnon (2016). Ainsi, les réponses recueillies des participants aux questions ouvertes ont fait l'objet d'une révision afin d'extraire les énoncés significatifs, de les interpréter et d'en faire ressortir les unités de sens (Fortin et Gagnon, 2016). Par la suite, ces mêmes données ont été répertoriées en thématique commune et la fréquence d'apparition de celles-ci a été comptabilisée.

4.5. Considérations éthiques

La présente étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) afin de respecter les règles éthiques en vigueur pour mener une telle recherche. Le certificat porte le numéro (CER-20-272-07.17) et a été émis le 13 janvier 2021. Afin de préserver le consentement éclairé des répondants, une lettre d'information dans l'introduction au questionnaire expliquait la recherche dans un langage clair et accessible. Il était mentionné dans cette introduction que le fait de répondre au questionnaire faisait office de consentement à participer à la recherche. Les répondants étaient libres de décider de répondre ou non à certaines questions du questionnaire. Aucune donnée ne permet de retracer les répondants, car la collecte de donnée a été réalisée de façon anonyme, ce qui permet de préserver la notion de confidentialité de ces répondants. Finalement, toutes les données recueillies sont confidentielles et ont été conservées sur une clé USB sécurisée avec un mot de passe.

5. RÉSULTATS

Dans la présente section, les résultats de l'étude visant à décrire la perception de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail chez les ergothérapeutes ainsi que la perception de l'utilisation de leurs compétences en matière d'interprofessionnalisme sont rapportés. Tout d'abord, les caractéristiques sociodémographiques des participants sont présentées. Ensuite, les résultats de la deuxième section sont décrits soit la conception de la collaboration interprofessionnelle chez les répondants. Finalement, les résultats des six sections du questionnaire portant sur les compétences du *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* (CPIS, 2010) sont présentés.

5.1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Le questionnaire électronique a été rempli par 27 répondants provenant de différentes régions administratives et n'ayant pas tous le même nombre d'années d'expérience. Le Tableau 1 rassemble les données sur les caractéristiques des répondants, soit le genre, le nombre d'années en tant qu'ergothérapeute, la région administrative de travail, le contexte de pratique, les types de professionnels dans l'équipe, le nombre de professionnels à la clinique ainsi que le nombre d'années d'expérience en réadaptation professionnelle. Pour certaines questions telles que les choix multiples, les répondants pouvaient choisir plusieurs réponses, ce qui explique que le cumul des pourcentages qui peut être supérieur à 100 %. Par exemple, un même répondant peut travailler à la fois avec d'autres ergothérapeutes et des physiothérapeutes.

Tableau 1.
Caractéristiques des répondants

Répartition des répondants ($n_{total} = 27$)	
Genre	
Homme	11,1 % (n=3)
Femme	89,9 % (n=24)
Années d'expérience en tant qu'ergothérapeute	
0 à 5	66,7 % (n=18)
6 à 10	18,5 % (n=5)
11 et plus	14,8 % (n=4)
Région administrative	
Centre-du-Québec	11,1 % (n=3)
Mauricie	14,8 % (n=4)
Lanaudière	7,4 % (n=2)
Laval	7,4 % (n=2)

Estrie	7,4 % (n=2)
Montréal	7,4 % (n=2)
Capitale-Nationale	22,2 % (n=6)
Chaudière-Appalaches	7,4 % (n=2)
Laurentides	7,4 % (n=2)
Montérégie	3,7 % (n=1)
Bas-St-Laurent	3,7 % (n=1)
Contexte de pratique	
Clinique multidisciplinaire/interdisciplinaire	81,5 % (n=22)
Clinique d'ergothérapie seulement	18,5 % (n=5)
Type de professionnels dans l'équipe	
Ergothérapeute	100 % (n=27)
Physiothérapeute	74,1 % (n=20)
Thérapeute en réadaptation physique	81,5 % (n=22)
Psychologue	29,6 % (n=8)
Kinésiologue	85,2 % (n=23)
Médecin	44,4 % (n=12)
Podiatre	7,4 % (n=2)
Autres (ex : ostéopathe, massothérapeute, acuponcteur, etc.)	48,2 % (n=13)
Nombre de professionnels à la clinique	
0 à 5	14,8 % (n=4)
5 à 10	37,1 % (n=10)
10 à 15	25,9 % (n=7)
Plus de 15	22,2 % (n=6)
Années d'expérience en contexte de réadaptation professionnelle	
1 an et moins	11,1 % (n=3)
2 à 5 ans	63 % (n=17)
6 à 10 ans	11,1 % (n=3)
10 ans et plus	14,8 % (n=4)

5.2. La collaboration interprofessionnelle selon les répondants

Cette section présente les résultats reliés à la conception de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail selon les répondants. À la question : « Dans vos propres mots, si vous aviez à définir ce qu'est la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail, quelle serait votre définition? », il y a 11 thématiques qui émergent des énoncés décrits par les répondants. Le cumul des pourcentages est supérieur à 100 %, car les répondants avaient plus d'un énoncé à leur réponse étant donné l'ouverture de la question donnant ainsi dans plusieurs cas plus d'une thématique émergente par réponse. Les thématiques sont illustrées dans le Tableau 2. Les principales thématiques ressorties sont que la collaboration interprofessionnelle est le fait de travailler en équipe dans le but d'atteindre des objectifs établis d'un commun accord.

Tableau 2.
Définition de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail

Thématiques émergentes	Répartition des répondants ($n_{total} = 27$)
Travailler en équipe (professionnels)	66,7 % (n=18)
Avoir des objectifs et un plan d'intervention communs	59,3 % (n=16)
Avoir un retour au travail du client comme objectif	37 % (n=10)
Avoir une bonne communication	25,9 % (n=7)
Être centré sur le client	22,2 % (n=6)
Aborder les barrières au retour au travail	11,1 % (n=3)
Intervenir de façon concertée	11,1 % (n=3)
Connaitre le rôle des autres	7,4 % (n=2)
Connaitre son rôle et ses limites	3,7 % (n=1)
Avoir des rencontres interdisciplinaires	3,7 % (n=1)

5.3. La perception des ergothérapeutes de leurs compétences en matière d'interprofessionnalisme

Cette section présente les perceptions des répondants quant à différents énoncés reliés aux six domaines du *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* (CPIS, 2010). Dans tous les domaines de compétences, tous les répondants ont affirmé que l'énoncé était au minimum réalisé de façon rarement.

Le Tableau 3 présente la fréquence des ergothérapeutes du secteur privé à adopter les compétences en lien avec la clarification des rôles dans leur pratique de réadaptation professionnelle. Les résultats indiquent que la majorité est en mesure de toujours définir leur rôle professionnel en tenant compte de celui des autres. Cependant, il est ressorti que le rôle et les responsabilités des ergothérapeutes ne sont pas toujours clairs au sein de l'équipe pour plus de la moitié des répondants.

Tableau 3.
Perception des ergothérapeutes sur leur compétence de clarification des rôles

Questions	Rarement % (n)	Quelques fois % (n)	Souvent % (n)	Toujours % (n)
Mon rôle et mes responsabilités au sein de l'équipe sont clairs	0 % (n=0)	7,4 % (n=2)	44,4 % (n=12)	48,2 % (n=13)
Je connais les rôles des autres membres de l'équipe	0 % (n=0)	3,7 % (n=1)	29,6 % (n=8)	66,7 % (n=18)
Je suis en mesure d'exprimer mes compétences et mes habiletés au sein de l'équipe	0 % (n=0)	0 % (n=0)	25,9 % (n=7)	74,1 % (n=20)
Je suis en mesure de définir mon rôle professionnel en tenant compte du rôle des autres membres de l'équipe	0 % (n=0)	3,7 % (n=1)	18,5 % (n=5)	77,8 % (n=21)

Je suis capable de déterminer quel(s) professionnel(s) possède(nt) le savoir et les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des clients	3,7 % (n=1)	3,7 % (n=1)	29,6 % (n=8)	63 % (n=17)
---	-------------	-------------	--------------	-------------

En ce qui concerne la perception des ergothérapeutes de leurs compétences en matière de travail d'équipe, tous les répondants ont répondu au minimum quelques fois à chacun des énoncés. Dans le Tableau 4, il est illustré que plus de la moitié des répondants affirme toujours respecter l'éthique du groupe et les règles de travail. Il y a neuf répondants qui affirment comprendre quelques fois le processus de développement d'une équipe.

Tableau 4.
Perception des ergothérapeutes sur leur compétence de travail d'équipe

Questions	Rarement % (n)	Quelques fois % (n)	Souvent % (n)	Toujours % (n)
Je comprends les processus de développement d'une équipe	0 % (n=0)	33,3 % (n=9)	33,3 % (n=9)	33,3 % (n=9)
Je collabore de façon à respecter les valeurs éthiques de chacun des membres de l'équipe	0 % (n=0)	7,4 % (n=2)	29,6 % (n=8)	63 % (n=17)
Je collabore de façon à maximiser la participation de tous les membres de l'équipe lors des discussions et des prises de décisions	0 % (n=0)	3,7 % (n=1)	29,6 % (n=8)	66,7 % (n=18)
J'établis et j'entretiens des relations de travail saines et efficaces avec les différents membres de l'équipe, le client ainsi que ses proches	0 % (n=0)	3,7 % (n=1)	33,3 % (n=9)	63 % (n=17)
Je réfléchis régulièrement à ma manière d'interagir avec les autres	0 % (n=0)	7,4 % (n=2)	55,6 % (n=15)	37 % (n=10)
Je participe activement aux discussions et aux prises de décisions au sein de l'équipe	0 % (n=0)	7,4 % (n=2)	29,6 % (n=8)	63 % (n=17)
Je respecte l'éthique du groupe et les règles de fonctionnement établies	0 % (n=0)	0 % (n=0)	29,6 % (n=8)	70,4 % (n=19)

Le Tableau 5 illustre la perception des ergothérapeutes sur leurs compétences en matière de leadership et quelques répondants ont répondu une fréquence rarement à certains énoncés. Il est noté par plusieurs répondants (n=10) que l'environnement n'est pas toujours propice à la pratique en collaboration. Également, pour plus de la moitié des répondants, il est ressorti que le rôle de leadership n'est pas toujours partagé au sein de l'équipe. La plupart des répondants favorisent toujours une collaboration qui vise à produire des résultats optimaux pour la personne.

Tableau 5.
Perception des ergothérapeutes sur leur compétence de leadership collaboratif

Questions	Rarement % (n)	Quelques fois % (n)	Souvent % (n)	Toujours % (n)
Je favorise une collaboration qui vise à produire des résultats optimaux pour la personne	0 % (n=0)	3,7 % (n=1)	29,6 % (n=8)	66,7 % (n=18)
Je promeus des relations de travail fondées sur l'interdépendance entre les membres	3,7 % (n=1)	11,1 % (n=3)	40,7 % (n=11)	44,4 % (n=12)
J'adopte des méthodes de travail efficaces en équipe	0 % (n=0)	11,1 % (n=3)	40,7 % (n=11)	48,2 % (n=13)
J'adopte des mesures qui facilitent la prise de décision efficace	0 % (n=0)	3,7 % (n=1)	59,3 % (n=16)	37 % (n=10)
Je suis à l'aise d'aider l'équipe à se centrer sur la tâche à accomplir pour atteindre un objectif établi d'un commun accord	0 % (n=0)	3,7 % (n=1)	51,9 % (n=14)	44,4 % (n=12)
Je suis à l'aise d'aider les membres à travailler plus efficacement ensemble	3,7 % (n=1)	3,7 % (n=1)	48,2 % (n=13)	44,4 % (n=12)
Le rôle de leadership est partagé au sein de l'équipe	7,4 % (n=2)	11,1 % (n=3)	40,7 % (n=11)	40,7 % (n=11)
Mon environnement de travail est propice à la pratique en collaboration	11,1 % (n=3)	7,4 % (n=2)	18,5 % (n=5)	63 % (n=17)

À la question : « Dans votre milieu, est-ce que des stratégies sont mises en place pour assurer une prise de décision efficace? », 59,3 % (n=16) ont répondu que des stratégies étaient mises en place, alors que 18,5 % (n=5) ont affirmé qu'il n'y avait pas de stratégies mises en place dans leur milieu pour assurer une prise de décision efficace. Aussi, il y a 22,2 % (n=6) des répondants qui ont répondu ne pas savoir s'il y avait des stratégies en place dans leur milieu. Ces résultats sont illustrés dans la Figure 1 ci-dessous.

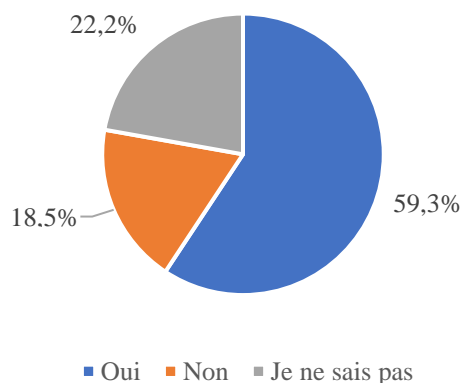


Figure 1. Perception de la mise en place de stratégies par le milieu clinique pour la prise de décisions

Les 16 participants qui ont répondu oui à la question précédente ont été amenés à décrire les stratégies qui sont présentes dans leur milieu pour assurer la prise de décision efficace. De ce fait, à la question : « Si vous avez répondu oui à la question précédente, quelles sont les stratégies mises en place? », 11 thématiques émergent des énoncés des répondants. Les thèmes sont décrits dans le Tableau 6. Le cumul des pourcentages est supérieur à 100 % puisqu'étant donné la question ouverte, il y a plus d'un énoncé par réponse des répondants. Par exemple, dans la thématique d'interventions conjointes, un répondant a rapporté que dans son milieu il y a « approche conjointe entre deux professionnels (séance commune par exemple) », alors qu'un autre répondant rapporte une « collaboration spontanée durant les traitements ». Dans la thématique de réunions interdisciplinaires, la fréquence des réunions varie selon les milieux. Par exemple, un répondant affirme que dans son milieu, il y a une « réunion interdisciplinaire hebdomadaire », alors qu'un autre répondant rapporte que dans son milieu, il y a une « réunion interdisciplinaire bimensuelle ».

Tableau 6.
Stratégies mises en place dans le milieu pour une prise de décision efficace

Thématiques émergentes	Répartition des répondants ($n_{total} = 16$)
Réunions interdisciplinaires	87,5 % (n=14)
Communications fréquentes	43,8 % (n=7)
Interventions conjointes	18,8 % (n=3)
Utilisation de l'informatique	12,5 % (n=2)
Groupe de développement	12,5 % (n=2)
Tâches et responsabilités des membres clairement définies	12,5 % (n=2)
Espace de travail des professionnels à proximité	6,3 % (n=1)
Validation fréquente du plan d'intervention	6,3 % (n=1)
Présence de canevas	6,3 % (n=1)
Notes évolutives	6,3 % (n=1)
Suivis téléphoniques	6,3 % (n=1)

Par la suite, en ce qui concerne la compétence de résolution de conflits interprofessionnels, seulement 18,5 % (n=5) des répondants affirment que les conflits sont gérés de manière efficace dans leur milieu. Certains ergothérapeutes perçoivent qu'ils connaissent et utilisent rarement des stratégies de gestion de conflits (11,1 %, n=3) et d'autres affirment une fréquence de quelques fois (37 %, n=10) à ce même énoncé. Le Tableau 7 illustre la perception des ergothérapeutes sur leurs compétences en matière de résolution de conflits quant à différents énoncés.

Tableau 7.

Perception des ergothérapeutes sur leur compétence de résolution de conflits interprofessionnels

Questions	Rarement % (n)	Quelques fois % (n)	Souvent % (n)	Toujours % (n)
Je reconnais la nature potentiellement positive des conflits	7,4 % (n=2)	44,4 % (n=12)	33,3 % (n=9)	14,8 % (n=4)
Je reconnais les risques potentiels de conflit et je prends des mesures constructives pour y faire face	0 % (n=0)	29,6 % (n=8)	48,2 % (n=13)	22,2 % (n=6)
Je suis en mesure d'identifier les situations courantes qui mènent à des différends entre les membres	0 % (n=0)	18,5 % (n=5)	48,2 % (n=13)	33,3 % (n=9)
Je connais et j'utilise des stratégies de gestion de conflits	11,1 % (n=3)	37 % (n=10)	37 % (n=10)	14,8 % (n=4)
Je m'assure de résoudre les conflits en atteignant un niveau de consensus entre les diverses opinions des membres	0 % (n=0)	25,9 % (n=7)	59,3 % (n=16)	14,8 % (n=4)
Les conflits sont gérés de façon efficace dans mon milieu	14,8 % (n=4)	22,2 % (n=6)	44,4 % (n=12)	18,5 % (n=5)

Les ergothérapeutes ont été questionnés sur les stratégies qu'ils utilisent pour résoudre les conflits dans leur milieu clinique. À la question : « Quelles stratégies utilisez-vous pour la résolution de conflits interprofessionnels? », 12 thématiques émergent des énoncés des répondants et ceux-ci sont décrits dans le Tableau 8. Le cumul des pourcentages est supérieur à 100 % étant donné la question ouverte et plusieurs énoncés par réponse. Un grand nombre de répondants (80,8 %, n=21) ont affirmé utiliser la communication avec les acteurs concernés pour adresser ainsi que résoudre leurs conflits et la proposition de solutions afin de trouver une entente est également ressortie par neuf répondants (34,6 %). Un répondant a affirmé que pour le moment, il n'y avait pas de conflit qui était survenu dans son milieu, ce qui fait en sorte qu'un total de 26 répondants ont ressorti des stratégies.

Tableau 8.

Stratégies utilisées pour la résolution de conflits interprofessionnels

Thématiques émergentes	Répartition des répondants ($n_{total} = 26$)
Communication avec les acteurs concernés	80,8 % (n=21)
Propositions de solutions pour trouver une entente	34,6 % (n=9)
Rencontre avec le directeur clinique	19,2 % (n=5)
Expression des différents points de vue	19,2 % (n=5)
Faire preuve d'empathie et d'ouverture	15,4 % (n=4)
Rencontre avec les acteurs concernés pour adresser le conflit	15,4 % (n=4)
Stratégies axées sur la résolution de problème	7,7 % (n=2)
Réévaluation des processus	7,7 % (n=2)
Identifier comment prévenir les conflits	3,8 % (n=1)

Clarifier rôles et attentes des membres	3,8 % (n=1)
Accorder un temps de réflexion	3,8 % (n=1)
Identifier les valeurs et besoins des acteurs concernés	3,8 % (n=1)

Le Tableau 9 présente la perception des ergothérapeutes sur leurs compétences en matière de soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté. Vingt et trois répondants (85,2 %) ont affirmé toujours s'assurer que le client et ses proches reçoivent l'information nécessaire et un soutien approprié. Également, 22 répondants (81,5 %) soutiennent qu'ils écoutent toujours avec respect les besoins exprimés par le client et ses proches tout au long du processus de réadaptation pour un retour au travail.

Tableau 9.
Perception des ergothérapeutes sur leur compétence de soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté

Questions	Rarement % (n)	Quelques fois % (n)	Souvent % (n)	Toujours % (n)
Je soutiens la participation du client et de ses proches en tant que partenaire à part entière dans tout le processus de réadaptation	0 % (n=0)	3,7 % (n=1)	22,2 % (n=6)	74,1 % (n=20)
Je favorise la participation du client et de ses proches à la prise de décisions	0 % (n=0)	3,7 % (n=1)	22,2 % (n=6)	74,1 % (n=20)
Je m'assure que le client et ses proches reçoivent l'information nécessaire et un soutien approprié	0 % (n=0)	0 % (n=0)	14,8 % (n=4)	85,2 % (n=23)
J'écoute avec respect les besoins exprimés par le client et ses proches tout au long du processus de réadaptation professionnelle	0 % (n=0)	0 % (n=0)	18,5 % (n=5)	81,5 % (n=22)

Dans le Tableau 10, il est illustré la perception des ergothérapeutes sur leurs compétences en lien avec la communication interprofessionnelle. Les trois quarts des répondants (77,8 %, n=21) affirment toujours développer des relations de confiance avec tous les membres de l'équipe. Il est ressorti que la plupart des répondants communiquent toujours de sorte que tous aient une même compréhension des décisions (59,3 %, n=16).

Tableau 10.
Perception des ergothérapeutes sur leur compétence de communication interprofessionnelle

Questions	Rarement % (n)	Quelques fois % (n)	Souvent % (n)	Toujours % (n)
Je mets en place des principes de communication adaptés au travail en équipe	0 % (n=0)	3,7 % (n=1)	59,3 % (n=16)	37 % (n=10)

J'écoute activement les autres membres de l'équipe, y compris les personnes et leurs proches	0 % (n=0)	3,7 % (n=1)	33,3 % (n=9)	63 % (n=17)
Je développe des relations de confiance avec le client, ses proches et tous les autres membres de l'équipe	0 % (n=0)	0 % (n=0)	22,2 % (n=6)	77,8 % (n=21)
Je communique de sorte que tous les membres aient une même compréhension des décisions	0 % (n=0)	0 % (n=0)	40,7 % (n=11)	59,3 % (n=16)
J'utilise des technologies de l'information et des communications de manière efficace pour améliorer les soins	3,7 % (n=1)	11,1 % (n=3)	44,4 % (n=12)	40,7 % (n=11)
Je mets en place des stratégies de communication adaptées pour améliorer le travail d'équipe	0 % (n=0)	7,4 % (n=2)	59,3 % (n=16)	33,3 % (n=9)

5.4. L'importance accordée à la collaboration interprofessionnelle par les ergothérapeutes

Cette section présente le niveau d'importance que les ergothérapeutes du secteur privé accordent à la collaboration interprofessionnelle. À la question : « Sur une échelle de 1 à 10 (1=pas du tout important et 10=extrêmement important), à quel point la collaboration interprofessionnelle est-elle importante pour vous? », 55,6 % (n=15) des répondants accordent une cote d'importance de 10 à la collaboration interprofessionnelle, 29,6 % (n=8) y accordent une cote d'importance de 9, 7,4 % (n=2) y accordent une cote d'importance de 8, de même que ceux qui accordent une cote de 7. La Figure 2 illustre les détails de ces données.

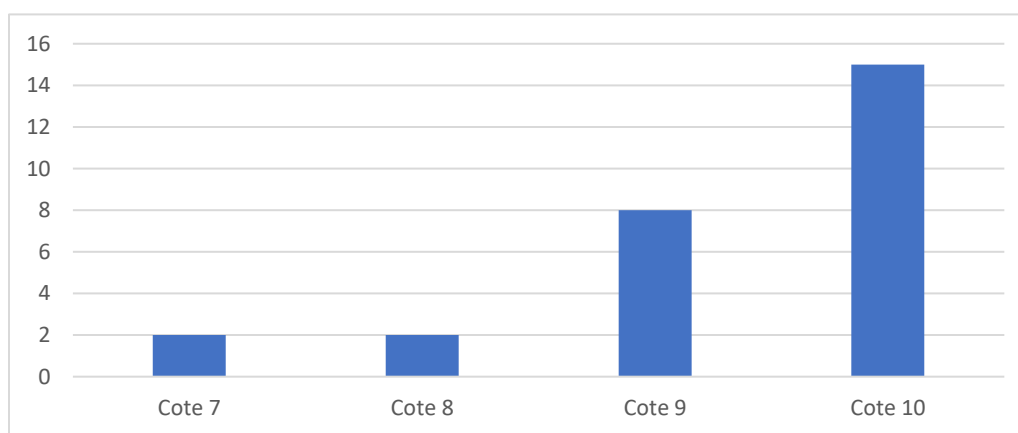


Figure 2. L'importance de la collaboration interprofessionnelle

À la suite de cette question, les répondants ont été amenés à préciser les raisons pour lesquelles cette approche est importante pour eux dans leur pratique. Il y a 12 thématiques qui ont émergé des énoncés des répondants et les thèmes sont décrits dans le Tableau 11. Le cumul des

pourcentages est supérieur à 100 % puisqu'étant donné la question ouverte, il y a plus d'un énoncé par réponse des répondants. La thématique qui ressort le plus des réponses des répondants est que la collaboration interprofessionnelle est importante pour eux puisqu'elle permet d'optimiser la réadaptation du client (70,4 %, n=19). Il est aussi ressorti par six répondants (22,2 %) que la collaboration interprofessionnelle est importante pour eux puisqu'elle permet une compréhension holistique du client et des interventions adaptées à ses besoins.

Tableau 11.
Raisons de l'importance de la collaboration

Thématiques émergentes	Répartition des répondants ($n_{total} = 27$)
Permet d'optimiser la réadaptation du client	70,4 % (n=19)
Permet une compréhension holistique du client	22,2 % (n=6)
Permet des interventions adaptées aux besoins du client	22,2 % (n=6)
Permet une prise en charge complète	14,8 % (n=4)
Permet d'utiliser les forces de chacun	14,8 % (n=4)
Permet un partage de tâche	11,1 % (n=3)
Permet de gérer les situations plus complexes	7,4 % (n=2)
Permet de favoriser l'engagement du client	7,4 % (n=2)
Permet un soutien	7,4 % (n=2)
Aspect agréable	7,4 % (n=2)
Permet de prévenir l'épuisement thérapeutique	3,7 % (n=1)
Permet de développer des habiletés	3,7 % (n=1)

5.5. Les facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail

Cette section présente les différents facteurs pouvant influencer positivement et négativement la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail selon les ergothérapeutes du secteur privé.

Le Tableau 12 présente les facteurs qui, selon les ergothérapeutes, peuvent influencer positivement la collaboration interprofessionnelle en contexte de retour au travail. Dans les énoncés décrits par les répondants, 14 thématiques ont émergé des réponses. Le cumul des pourcentages est supérieur à 100 % puisqu'il était possible d'avoir plus d'une thématique émergente par réponse étant donné la nature ouverte de la question. Les thématiques sont illustrées dans le Tableau 12 et les deux facteurs positifs d'influence qui sont ressortis le plus souvent par les répondants sont : une bonne communication entre les professionnelles (44,4 %, n=12) ainsi que du temps (25,9 %, n=7).

Tableau 12.
Facteurs influençant positivement la collaboration interprofessionnelle

Thématiques émergentes	Répartition des répondants ($n_{total} = 27$)
Une bonne communication entre les professionnels	44,4 % (n=12)
Du temps	25,9 % (n=7)
Une proximité physique entre les professionnels	22,2 % (n=6)
Des rencontres interdisciplinaires	22,2 % (n=6)
Une ambiance de travail positive	22,2 % (n=6)
La promotion de l'interdisciplinarité par l'employeur	18,5 % (n=5)
Une motivation à travailler en équipe	18,5 % (n=5)
Une compréhension claire des rôles des professionnels	14,8 % (n=4)
Le fait d'avoir des objectifs communs	11,1 % (n=3)
Une disponibilité des professionnels	7,4 % (n=2)
Une confiance entre les membres	7,4 % (n=2)
Des technologies de communication	3,7 % (n=1)
La stabilité du personnel	3,7 % (n=1)
Le salaire	3,7 % (n=1)

Les réponses des répondants à la question sur les facteurs qui influencent négativement la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail ont permis d'émerger 14 thématiques. Le cumul des pourcentages est supérieur à 100 %, car la nature ouverte de la question laissait place à plus d'un énoncé par réponse. Les principaux facteurs nommés par les ergothérapeutes qui peuvent influencer négativement la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail sont : le manque de temps (29,6 %, n=8) et le fait que les professionnels peuvent ne pas être dans le même établissement (22,2 %, n=6). Le Tableau 13 illustre les différents facteurs qui sont ressortis par les répondants.

Tableau 13.
Facteurs influençant négativement la collaboration interprofessionnelle

Thématiques émergentes	Répartition des répondants ($n_{total} = 27$)
Le manque de temps	29,6 % (n=8)
Les professionnels qui ne sont pas dans le même établissement	22,2 % (n=6)
Le manque de communication	18,5 % (n=5)
La pression de productivité	18,5 % (n=5)
Les conflits interprofessionnels	14,8 % (n=4)
Le manque de volonté à collaborer	14,8 % (n=4)
Les professionnels non-accessibles	11,1 % (n=3)
Le manque de confiance	11,1 % (n=3)
Les schèmes de pratique différents entre les professionnels	11,1 % (n=3)
Les horaires divergents	7,4 % (n=2)
Le manque d'espace	7,4 % (n=2)
Le temps indirect non-payé	7,4 % (n=2)
Le fait d'avoir des objectifs différents	3,7 % (n=1)
Le manque d'expérience	3,7 % (n=1)

6. DISCUSSION

Cette section présente une critique des résultats obtenus de la présente étude visant à décrire la perception des ergothérapeutes du secteur privé de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail. La discussion porte sur les résultats reliés à l'application des compétences en matière d'interprofessionnalisme basées sur le *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* (CPIS, 2010) ainsi que les facilitateurs et les obstacles à la collaboration interprofessionnelle. L'interprétation des résultats sera comparée avec la littérature recensée sur ce sujet. Finalement, les forces et les limites de l'étude seront abordées de façon critique, suivies des retombées de l'étude.

6.1. L'application des énoncés de compétences en matière d'interprofessionnalisme

La présente étude montre que la plupart des ergothérapeutes travaillant en réadaptation professionnelle perçoivent appliquer souvent les compétences reliées à la clarification des rôles. Également, plus de 50% des répondants perçoivent que leur rôle et leurs responsabilités au sein de l'équipe ne sont pas toujours clairs. Plusieurs études stipulent que la compréhension des rôles de chacun dans l'équipe est un élément primordial à la collaboration interprofessionnelle. En effet, l'étude de Roberts et Shamus (2015) affirme que la mécompréhension des rôles et des responsabilités peut être une entrave à la prestation de soins en collaboration. Effectivement, une mécompréhension des rôles de chacun peut avoir un impact sur les relations sociales au travail ainsi que sur l'efficacité et la pertinence de soins. De plus, comme dans l'étude de Loisel et ses collaborateurs (2004), il est ressorti que les conflits de rôles au sein de l'équipe interdisciplinaire sont un élément nuisant à la pratique collaborative puisque certains membres peuvent craindre un empiètement sur ses propres responsabilités lorsqu'il y a certaines zones grises dans les milieux. Une compréhension juste des rôles de chacun dans une équipe interdisciplinaire est notamment un élément qui influence la pratique collaborative exercée.

Les résultats de la présente étude font ressortir que la majorité des ergothérapeutes interrogés (70,4 %) perçoivent toujours respecter l'éthique du groupe et les règles de fonctionnement établies et qu'ils collaborent toujours de façon à maximiser la participation de tous dans les discussions (66,7 %). Les processus de développement d'une équipe sont bien compris par une minorité des ergothérapeutes interrogés soit seulement 33,3 %. Ce résultat illustre que cet

énoncé de compétence, qui est considéré indispensable à la pratique collaborative, est un aspect à travailler pour plusieurs ergothérapeutes afin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle. En effet, Hunt, Osborn et Schermerhorn (2010) montrent qu'il est important pour les professionnels de bien comprendre le processus de développement d'une équipe, car la collaboration interprofessionnelle est influencée par l'évolution de l'équipe interdisciplinaire. Ces auteurs stipulent que la collaboration interprofessionnelle est influencée par la maturité de l'équipe et que celle-ci est plus efficace lorsque l'équipe est mature. Selon Tuckman (1965), une équipe devient mature lorsqu'elle a passé les quatre étapes de processus de développement d'un groupe, soit la formation, la tension, la normalisation et l'exécution. Bien que les autres énoncés de compétence en matière de travail d'équipe soient bien mis en application pour la plupart des ergothérapeutes interrogés, il est important d'être sensibilisé et de comprendre le processus de formation d'une équipe puisque la collaboration est influencée par la façon dont l'équipe interdisciplinaire évolue.

En ce qui a trait au leadership collaboratif, l'étude fait ressortir que la plupart des ergothérapeutes ayant participé à l'étude ont la perception de toujours favoriser une collaboration qui vise à produire des résultats optimaux pour la personne (66,7 %). Ce résultat s'inscrit dans la même logique que la définition que les ergothérapeutes interrogés font de la collaboration interprofessionnelle. En effet, lorsque questionnés sur la définition de la collaboration, ceux-ci la définissent comme le fait de travailler en équipe (66,7 %) vers un objectif commun de retour au travail pour le client (37 %). Les résultats suggèrent également que le rôle de leader n'est pas toujours partagé au sein de l'équipe pour les ergothérapeutes répondants. Ces résultats indiquent que cet énoncé de compétence doit être travaillé en milieux privés, car l'étude de Careau et ses collaborateurs (2018) souligne que dans les relations de collaboration interprofessionnelle, le leadership se doit d'être partagé selon l'expertise de chacun dans les situations données.

Lorsque sondé sur l'adoption des mesures facilitant la prise de décision efficace en équipe, environ seulement un tiers des répondants affirment toujours en adopter (37 %). Parmi les ergothérapeutes ayant répondu que des stratégies étaient mises en place dans leur milieu (59,3 %), les stratégies suivantes ont été ressorties pour assurer une prise de décision efficace : les réunions interdisciplinaires (87,5 %), les communications fréquentes (43,8 %), le recours à des interventions conjointes (18,8 %) et l'utilisation de l'informatique (12,5 %). Ces résultats rejoignent l'étude de

Entwistle et Watt (2016) qui affirme que la communication est importante à tenir en compte dans la prise de décision efficace en équipe puisqu'une compréhension commune est nécessaire entre les différents acteurs. Aussi, les réunions interdisciplinaires, l'élément qui est ressorti le plus souvent comme stratégie à la prise de décision efficace, rejoignent une partie des résultats de l'étude de Gouin (2015) qui indiquent que les rencontres hebdomadaires permettent aux professionnels d'échanger les informations nécessaires librement et mener à des prises de décisions efficaces. L'environnement de travail est également un élément qui est ressorti dans l'étude où quelques ergothérapeutes répondants affirment que celui-ci est rarement (11,1 %) et quelques fois (7,4 %) propice à la pratique en collaboration. Ces résultats témoignent de la nécessité de porter attention à l'environnement de travail dans les milieux cliniques, car l'étude de San Martin Rodriguez et ses collaborateurs (2005) montre que le succès de la collaboration est influencé par une multitude de facteurs, dont l'environnement de travail avec les structures organisationnelles. Il faut alors que l'environnement de travail avec les structures organisationnelles favorise un accès à des ressources, à un soutien administratif ainsi qu'à des mécanismes de communication et de coordination afin de réaliser une collaboration efficace (San Martin Rodriguez et al., 2005).

En ce qui a trait à la compétence en lien avec la résolution de conflits interprofessionnels, l'étude fait valoir qu'une minorité des ergothérapeutes interrogés mettent toujours à profit leurs compétences de ce domaine. Une grande partie des répondants reconnaissent que quelques fois (44,4 %) et rarement (7,4 %) la nature potentiellement positive des conflits. Le faible pourcentage des répondants qui affirme toujours reconnaître la nature positive des conflits (14,8 %) peut être expliqué par le fait que plusieurs données probantes soulèvent l'existence d'un lien potentiellement nuisible entre les conflits interprofessionnels et le retour au travail (Durand et al., 2007; 2012). Dans les études de Durand et ses collaborateurs (2007; 2012), il est stipulé qu'une absence de vision commune entre les membres d'une équipe interdisciplinaire serait nuisible au retour au travail. Cependant, cet énoncé de compétence est nécessaire à la pratique collaborative et l'étude de Gouin (2015) montre la nature potentiellement positive des conflits sur les professionnels et les clients ainsi que le fait qu'il ne faut pas chercher à les éviter, mais qu'il faut chercher à bien les résoudre. Par ailleurs, la présente étude fait ressortir que les conflits sont rarement (14,8 %) et quelques fois (22,2 %) gérés de façon efficace dans les milieux cliniques. Ces résultats peuvent

être en lien avec le fait que seulement 14,8 % des répondants affirment toujours connaître et utiliser des stratégies de gestion de conflits, ce qui représente un faible pourcentage d'application pour cet énoncé de compétence. Les répondants identifient principalement la communication avec les acteurs concernés (80,8 %) et la proposition de solutions pour trouver une entente (34,6 %) comme des stratégies de résolution de conflits interpersonnels. Ces résultats illustrent les idées de Thuderoz (2000) qui affirme que la négociation afin de parvenir à une entente par l'entremise de communication et d'échange serait une stratégie pour la résolution de conflits.

De plus, l'étude permet de constater la perception des ergothérapeutes de leurs compétences en matière de soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté. Il en résulte que pratiquement 75 % des répondants affirment toujours soutenir et favoriser la participation du client et de ses proches dans le processus de réadaptation. Aussi, plus du trois quarts des répondants écoutent avec respect les besoins du client et s'assurent que tous reçoivent l'information nécessaire. Ces résultats indiquent par conséquent que cette compétence est plus facilement applicable pour les ergothérapeutes. L'étude de Maitra et Erway (2006) renforce cette idée en affirmant que tous les ergothérapeutes interrogés dans leur étude ont mentionné appliquer une pratique centrée sur le client dans leurs offres de services et qu'ils encouragent les clients à participer dans la mise en place des objectifs. Il est plausible de penser que ces résultats peuvent être liés au fait que ce concept est mis de l'avant en ergothérapie depuis de nombreuses années. En effet, les Lignes directrices pour une pratique centrée sur la personne ont mis de l'avant ce concept en 1983 et depuis ce temps, plusieurs études stipulent que les ergothérapeutes sont des professionnels qui sont centrés sur le client dans leur relation et que l'ergothérapie est fondée sur cette philosophie humaniste (ACE, 1991 ; Gupta et Taff, 2015 ; World Federation of Occupational Therapy [WFOT], 2010).

L'étude fait valoir que les ergothérapeutes ayant participé à l'étude ont la perception de mettre relativement souvent et toujours en application leurs compétences en matière de communication interprofessionnelle. Plus de la moitié des ergothérapeutes interrogés indiquent toujours écouter activement les autres membres de l'équipe et développer des relations de confiance. L'étude de Palmadottir (2006), qui a pour but de décrire la relation entre les clients qui reçoivent les services d'ergothérapie et les ergothérapeutes, s'inscrit dans la même logique que les

résultats de la présente étude. En effet, l'étude de Palmadottir (2006) fait ressortir que les clients sont satisfaits de leur relation avec les ergothérapeutes et qu'ils leur font entièrement confiance. Les participants de l'étude ressortent également que les ergothérapeutes les écoutent toujours attentivement (Palmadottir, 2006). Il est possible de croire que le fort pourcentage d'application des compétences en matière de communication interprofessionnelle peut être attribuable au fait que ce sont également des compétences attendues dans le Profil de la pratique des ergothérapeutes du Canada (2012) et que ces compétences de communicateur sont mises de l'avant dès le début des études en ergothérapie, ce qui peut faire en sorte que les ergothérapeutes ont plus de facilité à la mettre en application en pratique clinique.

6.2. Les facilitateurs à la collaboration interprofessionnelle

Cette étude fait ressortir que les facilitateurs à la collaboration interprofessionnelle sont principalement une bonne communication entre les professionnels (44,4 %), du temps (25,9 %), une proximité physique entre les professionnels (22,2 %) et des rencontres interdisciplinaires (22,2 %). Les résultats de l'étude de San Martin Rodriguez et ses collaborateurs (2005) illustrent de façon empirique qu'au niveau organisationnel, des ressources allouées en matière de temps, la mise en place de rencontres de discussion ainsi que la proximité physique sont tous des éléments considérés comme des facteurs facilitants et encourageants la collaboration interprofessionnelle. Cette même étude illustre également que la communication est un facteur interpersonnel qui influence les relations et le degré de collaboration (San Martin Rodriguez et al., 2005). Aussi, l'ambiance de travail positive qui est ressortie de la présente étude par 22,6 % des répondants comme un facteur qui facilite la collaboration va dans le même sens que l'étude de Franche et ses collaborateurs (2005), qui identifie que les relations entre les différents acteurs doivent être optimales pour que les interventions en collaboration soient réalisables et efficaces. Les résultats de la présente étude identifient également la motivation à travailler en équipe (14,8 %) qui peut être un facilitateur à la collaboration. Cela rejoint de façon concrète les propos énoncés par plusieurs auteurs qui mentionnent que la collaboration est de nature volontaire et que pour réaliser une pratique collaborative efficace, les professionnels se doivent d'être engagés et avoir la volonté de travailler en collaboration (D'Amour et al., 1999; de San Martin Rodriguez et al., 2005; Stichler, 1995). Pour quelques répondants (14,8 %), une compréhension claire des rôles de chacun des membres de l'équipe serait un élément facilitant à la pratique collaborative. Ce résultat rejoint ceux

de San Martin Rodriguez et ses collaborateurs (2005) et Petri (2010) qui affirment que la connaissance des responsabilités et des rôles des autres membres de l'équipe interdisciplinaire est un facteur qui influence directement la collaboration.

6.3. Les obstacles à la collaboration interprofessionnelle

Les résultats de cette étude permettent de faire ressortir que les ergothérapeutes suggèrent que le manque de temps (29,6 %), le manque de proximité physique (22,2 %), le manque de communication (18,5 %) et la pression de productivité (18,5 %) sont les principaux obstacles à l'intégration d'une pratique collaborative dans le secteur privé. Les résultats recueillis par l'étude illustrent les idées de l'étude d'Anema et ses collaborateurs (2002), une étude de cohorte qui montre que la communication entre les professionnels de la santé et les médecins est parfois limitée et qu'un simple échange d'informations au lieu de communiquer pour harmoniser les soins peut constituer un obstacle à une pratique collaborative influençant ainsi le retour au travail du client. Certains ergothérapeutes de la présente étude (11,1 %) ont également ressorti le manque de disponibilité des professionnels comme un élément pouvant nuire à la collaboration. L'étude de Michel et ses collaborateurs (2018) va dans le même sens que la présente étude en affirmant qu'un manque de disponibilité des professionnels peut être un obstacle à la pratique collaborative puisque cela rend difficile la communication et le partage d'informations. Finalement, il y a quelques répondants qui ont ressorti que le fait d'avoir des objectifs différents ou encore des schèmes de pratique différents sont des éléments nuisant à la pratique collaborative et cela est corroboré par l'étude de Carreau et ses collaborateurs (2013) qui stipule qu'avoir un cadre de référence ainsi que des buts communs sont des éléments qui facilitent l'adoption d'une collaboration interprofessionnelle.

6.4. L'importance de la collaboration interprofessionnelle

Finalement, 85,2 % des répondants considèrent que la collaboration interprofessionnelle est importante à leurs yeux à une cote maximale. Les ergothérapeutes interrogés révèlent qu'elle est importante puisqu'elle permet d'optimiser la réadaptation du client (70,4 %), d'avoir une compréhension holistique du client (22,2 %), de fournir des interventions adaptées aux besoins du client (22,2 %) et de fournir une prise en charge complète (14,8 %). Ces résultats illustrent certaines affirmations qui vont dans le même sens de l'étude de Durand et ses collaborateurs (2012)

qui avance qu'une collaboration interprofessionnelle positive entre les acteurs impliqués dans le processus de réadaptation professionnelle permettrait d'améliorer la réadaptation du client vers un retour au travail. Également, plusieurs écrits viennent corroborer ces résultats en affirmant que la participation des clients à des programmes interdisciplinaires faciliterait le retour au travail et que cela serait même un facteur prédictif de retour au travail (Berglund et al., 2018 ; Luk et al., 2010; Ibrahim et al, 2019; Zampolini et al., 2007). Les résultats rejoignent également les données de l'étude de Ibrahim et ses collaborateurs (2019), qui illustre que les programmes interdisciplinaires permettent une prise en charge complète de la personne en améliorant la condition physique de la personne, mais aussi ses symptômes de santé mentale. Étant donné la forte importance accordée à la pratique collaborative par les ergothérapeutes interrogés, cela porte à croire que ce type de pratique qui est mis de l'avant permettra de faire évoluer la réadaptation professionnelle.

6.5. Forces et limites de l'étude

Cette étude présente certaines forces et limites. Tout d'abord, cette étude est la seule étude empirique à étudier le phénomène de la collaboration interprofessionnelle en réadaptation professionnelle du point de vue des ergothérapeutes travaillant dans ce contexte. Ensuite, la validité de contenu est une force puisque le questionnaire réalisé a été validé par un ergothérapeute expert dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle orienté vers un contexte de retour au travail. Cette validation a assuré une validité de construit avant la complétion par les répondants. Également, en acheminant le questionnaire par courriel ou encore sur les réseaux sociaux, les participants étaient libres de participer à la présente étude et l'attitude des participants n'a pas été influencée par les attentes du chercheur, ce qui assure une validité de construit également.

Concernant les limites, il est possible d'affirmer que l'utilisation d'une seule méthode de collecte de données qu'est le questionnaire est une limite à l'étude. En effet, la nature électronique du questionnaire peut restreindre la profondeur des réponses données par les répondants et peut également engendrer une absence de contrôle sur les conditions de passation du questionnaire par les participants. Par conséquent, il aurait été pertinent de faire des groupes de discussion ou encore des entrevues pour approfondir davantage et pour préciser la perception des répondants. Également, à la question sur les stratégies de gestion de conflits, il aurait été pertinent de décrire la définition d'un conflit qui s'étend jusqu'à une simple différence de point de vue, ce qui aurait

peut-être permis d'aller chercher plus de réponses. Finalement, en utilisant des méthodes d'échantillonnage non-probabiliste et le fait que l'étude comporte seulement des volontaires, cela peut faire en sorte que l'échantillon de l'étude n'est pas totalement représentatif de la population puisqu'il est possible que seuls les répondants ayant un intérêt particulier pour ce type de pratique aient participé.

6.6. Retombées de l'étude

Cette étude contribue au développement des connaissances relatives à la collaboration interprofessionnelle dans les cliniques privées dans un contexte de retour au travail. À ce jour, il n'existe aucune étude ayant décrit la perception des ergothérapeutes de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail. Cette étude permet non seulement d'identifier les facilitateurs et les obstacles à l'intégration d'une telle approche, mais elle permet aussi une connaissance plus approfondie de ce que la collaboration interprofessionnelle implique comme compétences. Elle permet, entre autres, aux ergothérapeutes de réfléchir sur cette pratique en ayant directement un impact sur la façon dont ils voient les relations interprofessionnelles et ainsi amener un souci d'améliorer leur pratique. L'étude peut aussi guider les gestionnaires afin qu'ils s'assurent que les facteurs organisationnels facilitent la collaboration interprofessionnelle dans leur milieu. Elle guide aussi les gestionnaires à adopter un certain rôle de mentor dans le but de promouvoir la pratique collaborative auprès de leurs professionnels pour une meilleure mise en application. Finalement, l'étude peut aussi contribuer à l'enseignement, c'est-à-dire à l'enseignement des compétences nécessaires à une collaboration interprofessionnelle efficace lors des cours universitaires intégrés dans les différentes formations.

7. CONCLUSION

En conclusion, la présente étude avait comme objectifs de décrire la perception de la collaboration interprofessionnelle chez les ergothérapeutes travaillant dans un contexte de retour au travail ainsi que la perception de l'application de leurs compétences en matière d'interprofessionnalisme. Les résultats démontrent que les répondants perçoivent que les compétences en matière de résolution de conflits sont plus difficiles à appliquer contrairement aux soins centrés sur le client, une compétence que les ergothérapeutes affirment appliquer au quotidien. Les répondants considèrent la pratique en collaboration importante afin d'optimiser la réadaptation au travail du client. Ils soulèvent certains facteurs personnels, interactionnels et organisationnels qui facilitent et nuisent aux pratiques collaboratives en contexte de retour au travail en milieu privé. De plus, l'étude permet de mieux comprendre la perception de la collaboration en réadaptation professionnelle du point de vue des ergothérapeutes du secteur privé, ce qui est inédit dans la recherche.

Les résultats de cette étude sont un point de départ pour la compréhension de la perception de la collaboration interprofessionnelle par les ergothérapeutes travaillant en réadaptation professionnelle afin de faire ressortir les éléments importants de cette pratique collaborative. Ces éléments illustrent les obstacles, les facilitateurs ainsi que l'application des compétences nécessaires à la collaboration interprofessionnelle. De futures recherches sur la collaboration interprofessionnelle en réadaptation professionnelle sont nécessaires afin de documenter davantage ce type de pratique. Notamment, il serait intéressant de documenter la perception des clients de la collaboration interprofessionnelle en réadaptation professionnelle pour avoir un autre point de vue de cette pratique. Il serait aussi pertinent de continuer de documenter la perception des ergothérapeutes avec d'autres méthodes de collecte de données telles que les entrevues ou les groupes de discussion pour étudier plus en profondeur leur perception. Somme tout, il est important de considérer la perception des ergothérapeutes travaillant dans ce contexte afin d'assurer de leur offrir des moyens répondants à leurs besoins, et ce, dans le but d'améliorer la pratique collaborative en milieu clinique.

RÉFÉRENCES

- Anema, J. R., van der Giezen, A. M., Buijs, P. C., & van Mechelen, W. (2002). Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3–4 months. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(11), 729-733. <https://doi.org/10.1136/oem.59.11.729>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (1991). *Occupational therapy guidelines for client-centred practice*. Toronto : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Repéré à <https://www.caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Bendix AF, Bendix T, Vaegter K, Lund C, Frolund L, Holm L. (1996). Multidisciplinary intensive treatment for chronic low back pain: A randomized, prospective study. *Cleve Clin J Med*, 63, 62-69.
- Berglund, E., Anderzén, I., Andersén, A., Carlsson, L., Gustavsson, C., Wallman, T. et Lytsy, P. (2018). Multidisciplinary Intervention and Acceptance and Commitment Therapy for Return-to-Work and Increased Employability among Patients with Mental Illness and/or Chronic Pain: A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 15(11).
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail. (2019). *Statistiques annuelles 2019*. <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/dc200-1046web.pdf>
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS). (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Repéré à <http://www.cihc.ca/>
- Costa-Black, K, Durand, M.J., Imbeau, D., Baril, R. et Loisel, P. (2007). Interdisciplinary team discussion on work environment issues related to low back disability: A multiple case study. *Work*, 28, 249-265.
- D'Amour, D., Sicotte, C. et Levy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17, 68 – 94.
- Durand, M-J. (2018). Incapacité au travail au Québec : éléments de réflexion et d'intervention quant aux nouveaux défis. https://www.researchgate.net/profile/Marie-France_Coutu/publication/257699380_Programme_de_gestion_des_absences_le_modele

[_ideal/links/5e74c4d0a6fdcc6347864e61/Programme-de-gestion-des-absences-le-modele-ideal.pdf](#)

- Durand, M.-J., Berthelette, D., Loisel, P., Beaudet, J. et Imbeau, D. (2007). *Travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie — Évaluation de l'implantation d'un programme de collaboration précoce en réadaptation (Rapport R-489)*. Montréal, Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Durand, M.-J., Berthelette, D., Loisel, P., et Imbeau, D. (2012). Validation of the programme impact theory for a work rehabilitation programme [Journal Article]. *Work*, 42(4), 495-505.
- Durand, M. J., Vachon, B., Loisel, P., & Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work (Reading, Mass.)*, 21(3), 233-242.
- Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M.-C. et Ngomo, S. (2008). *La marge de manoeuvre de travailleurs pendant et après un programme de retour progressif au travail. Définition et relations avec le retour à l'emploi (Rapport R-566)*. Montréal, Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006). Le travail en équipe dans les services de santé: promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada : recommandations et synthèses pour politiques. Repéré à <http://docplayer.fr/479835-Le-travail-en-equipe-dans-lesservices-de-sante-promouvoir-un-travail-en-equipe-efficace-dans-les-servicesde-sante-au-canada.html>
- Fortin, M-F et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal : Chenelière éducation.
- Franche, R.-L., Baril, R. S., Nicholas, M., et Loisel, P. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: Optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of occupational rehabilitation*, 15 (4), 525-542.
- Gouin, M-M. (2015). *Prise de décisions en contexte de réadaptation au travail: un processus concerté? Étude de cas de travailleurs atteints de troubles musculosquelettiques* [thèse de doctorat, Université Laval].
- Gouvernement du Québec. (2020). *Code des professions*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/C-26.pdf>
- Gupta, J. et Taff, S. D. (2015). The illusion of client-centred practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(4), 244-251. doi: 10.3109/11038128.2015.1020866
- Hunt, J., Osborn, R., et Schermerhorn, J. R. (2010). *Comportement humain et organisation*. Saint-Laurent, Québec : ERPI

- Ibrahim, M. E., Weber, K., Courvoisier, D. S. et Genevay, S. (2019). Recovering the capability to work among patients with chronic low Back pain after a four-week, multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation program: 18-month follow-up study. *BMC musculoskeletal disorders*, 20(1), 439. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2831-6>
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation. Theory and application*. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Baril, R., Gervais, J. et Falardeau, M. (2005). Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: Perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4). <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-005-8036-x>
- Loisel, P., Durand, M.-J., Baril, R., Langley, A. et Falardeau, M. (2004). *Décider pour faciliter le retour au travail: étude exploratoire sur les dimensions de la prise de décision dans une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail (Rapport-393)*. Montreal, Quebec : Institut de recherche Robert-Sauve en sante et en securite du travail.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C. et Tremblay, C. (2001). Disability prevention. New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- Luk, K. D. K., Wan, T. W. M., Wong, Y. W., Cheung, K. M. C., Chan, K. Y. K., Cheng, A. C. S., Kwan, M. W. W., Law, K. K. P., Lee, P. W. H. et Cheing, G. L. Y. (2010). A multidisciplinary rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: a prospective study. *Journal of orthopaedic surgery (Hong Kong)*, 18(2), 131-138.
- Maitra, K. K., et Erway, F. (2006). Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(3), 298-310.
- Michel, C., Guêné, V., Michon, E., Roquelaure, Y. et Petit, A. (2018). Return to work after rehabilitation in chronic low back pain workers. Does the interprofessional collaboration work? *Journal of Interprofessional Care*, 32(4), 521-524.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2016). Évaluation du fonctionnement au travail des personnes ayant une déficience physique - Guide de l'ergothérapeute. <https://www.oeq.org/DATA/NORME/11~v~guideevalfonctdefphys.pdf>
- Palmadottir, G. (2006). Client-Therapist Relationships: Experiences of Occupational Therapy Clients in Rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(9), 394-401.
- Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73-82.
- Roberts, E. et Shamus, E. (2015). Increasing medical students' understanding of the role of occupational therapists. *J Interprof Care*, 29(5), 522-524. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1034848>

- Roy, S., Durand, M.-J., Corriveau, H. (2011). *L'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique – Guide de pratique à l'intention des ergothérapeutes* (Guide technique RG-703). Montréal, Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., et Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 132-147.
- Stichler, J. F. (1995). Professional interdependence: The art of collaboration. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1, 53-61.
- Stapelfeldt, C. M., Christiansen, D. H., Jensen, O. K., Nielsen, C. V., Petersen, K. D. et Jensen, C. (2011). Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. *BMC musculoskeletal disorders*, 12, 112. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-112>
- Thuderoz, C. (2000). *Négociations: Essai de sociologie du lien social*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Tuckman, B. W. (1965). Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 63(6), 384–399. <https://doi.org/10.1037/h0022100>
- Van Til, J. A., Drossaert, C. H. C., Punter, R. A. et Ijzerman, M. J. (2010). The Potential for Shared Decision-Making and Decision Aids in Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 598-604.
- World Federation of Occupational Therapy. (2010). *Position statement: client-centredness in occupational therapy*. Repéré à www.wfot.org
- Zampolini, M., Bernardinello, M. et Tesio, L. (2007). RTW in back conditions. *Disability & Rehabilitation*, 29(17), 1377-1385. <https://doi.org/10.1080/09638280701314980>

ANNEXE A
AFFICHE DE RECRUTEMENT DES RÉPONDANTS

Projet de maîtrise
**PARTICIPANTS
RECHERCHÉS!**



LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET LE RETOUR
AU TRAVAIL : LA PERCEPTION DES ERGOTHÉRAPEUTES DU
SECTEUR PRIVÉ

Critères de sélection :

- Être ergothérapeute du secteur privé
- Travailler en réadaptation professionnelle ou y avoir travaillé il y a moins de 5 ans
- Comprendre la langue française

Qu'est-ce que ça implique?

Participer à la complétion d'un questionnaire en ligne d'une durée d'environ 30 minutes

Pour toutes questions concernant ce projet, vous pouvez contacter la chercheuse, Vicky Gardner, étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières:
vicky.gardner@uqtr.ca

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro (CER-20-272-07.17) a été émis le 21 janvier 2021.

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE

Titre du projet : La collaboration interprofessionnelle et le retour au travail : la perception des ergothérapeutes du secteur privé

Chercheuse : Vicky Gardner, étudiante à la maîtrise en ergothérapie

Superviseur : Pierre-Yves Therriault, professeur au département d'ergothérapie

Section 1 - Caractéristiques sociodémographiques

- Q.1 - Quel est votre genre? Homme
 Femme
 Je préfère ne pas préciser

Q.2 - Depuis combien d'années travaillez-vous comme ergothérapeute?

Q.3 - Dans quelle région administrative travaillez-vous?

Q.4 – Quel est votre contexte de pratique?

- Clinique interdisciplinaire/multidisciplinaire
 Clinique d'ergothérapie seulement

Q.5 – Avec quel(s) type(s) de professionnel(s) êtes-vous appelé à travailler sur votre lieu de travail?

- | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Podiatre |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> Kinésiologue | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Thérapeute en réadaptation physique | <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Aucun |

Q.6 – Combien de professionnels de la santé sont présents à votre clinique?

- 0 à 5
- 5 à 10
- 10 à 15
- 15 et plus

Q.7 – Combien d’années d’expérience avez-vous dans un contexte de réadaptation professionnelle? _____

Avant de débiter les questions relatives à la collaboration interprofessionnelle, j’aimerais débiter en vous posant la question suivante:

Q.8 – Dans vos propres mots, si vous aviez à définir ce qu’est la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail, quelle serait votre définition?

Dans les questions suivantes, indiquez votre niveau de fréquence d'application par rapport à chacun des énoncés.

Il est important de préciser que tous les énoncés ont été élaborés à partir du Référentiel national en matière d'interprofessionnalisme (2010).

Section 2 - Clarification des rôles

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Toujours
Mon rôle et mes responsabilités au sein de l'équipe sont clairs					
Je connais les rôles des autres membres de l'équipe					
Je suis en mesure d'exprimer mes compétences et mes habiletés au sein de l'équipe					
Je suis en mesure de définir mon rôle professionnel en tenant compte du rôle des autres membres de l'équipe					

Je suis capable de déterminer quel(s) professionnel(s) possède(nt) le savoir et les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des clients					
---	--	--	--	--	--

Section 3 - Travail d'équipe

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Toujours
Je comprends les processus de développement d'une équipe					
Je collabore de façon à respecter les valeurs éthiques de chacun des membres de l'équipe					
Je collabore de façon à maximiser la participation de tous les membres de l'équipe lors des discussions et des prises de décisions					
J'établis et j'entretiens des relations de travail saines et efficaces avec les différents membres de l'équipe, le client ainsi que ses proches					
Je réfléchis régulièrement à ma manière d'interagir avec les autres					
Je participe activement aux discussions et aux prises de décisions au sein de l'équipe					
Je respecte l'éthique du groupe et les règles de fonctionnement établies					

Section 4 - Leadership collaboratif

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Toujours
Je favorise une collaboration qui vise à produire des résultats optimaux pour la personne					
Je promeus des relations de travail fondées sur l'interdépendance entre les membres					
J'adopte des méthodes de travail efficaces en équipe					
J'adopte des mesures qui facilitent la prise de décision efficace					
Je suis à l'aise d'aider l'équipe à se centrer sur la tâche à accomplir pour atteindre un objectif établi d'un commun accord					
Je suis à l'aise d'aider les membres à travailler plus efficacement ensemble					
Le rôle de leadership est partagé au sein de l'équipe					
Mon environnement de travail est propice à la pratique en collaboration					

Dans votre milieu, est-ce que des stratégies sont mises en place pour assurer une prise de décision efficace?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

→ Si oui, lesquelles?

Section 5 - Résolution de conflits interprofessionnels

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Toujours
Je reconnais la nature potentiellement positive des conflits					
Je reconnais les risques potentiels de conflit et je prends des mesures constructives pour y faire face					
Je suis en mesure d'identifier les situations courantes qui mènent à des différends entre les membres					
Je connais et j'utilise des stratégies de gestion de conflits					
Je m'assure de résoudre les conflits en atteignant un niveau de consensus entre les diverses opinions des membres					
Les conflits sont gérés de façon efficace dans mon milieu					

Quelles stratégies utilisez-vous pour la résolution de conflits interprofessionnels?

Section 6 - Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Toujours
Je soutiens la participation du client et de ses proches en tant que partenaire à part entière dans tout le processus de réadaptation					
Je favorise la participation du client et de ses proches à la prise de décisions					
Je m'assure que le client et ses proches reçoivent l'information nécessaire et un soutien approprié					
J'écoute avec respect les besoins exprimés par le client et ses proches tout au long du processus de réadaptation professionnelle					

Section 7 – Communication interprofessionnelle

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Toujours
Je mets en place des principes de communication adaptés au travail en équipe					
J'écoute activement les autres membres de l'équipe, y compris les personnes et leurs proches					
Je développe des relations de confiance avec le client, ses proches et tous les autres membres de l'équipe					
Je communique de sorte que tous les membres aient une même compréhension des décisions					
J'utilise des technologies de l'information et des communications de manière efficace pour améliorer les soins					
Je mets en place des stratégies de communication adaptées pour améliorer le travail d'équipe					

Section 8 - Questions générales

Sur une échelle de 1 à 10 (1=pas du tout important et 10=extrêmement important), à quel point la collaboration interprofessionnelle est-elle importante pour vous? Et précisez les raisons pour lesquelles cette approche est importante pour vous.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Selon vous, quels sont les facteurs qui facilitent la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail?

Selon vous, quels sont les facteurs qui nuisent à la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de retour au travail?

Je vous remercie d'avoir répondu à ce questionnaire et de contribuer à faire avancer la recherche.