

Université de Montréal

**Physiothérapie pour les travailleurs blessés indemnisés : exploration
des enjeux éthiques, organisationnels et systémiques dans trois
provinces canadiennes**

par
Anne Hudon

École de réadaptation
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en Sciences de la réadaptation

Mai 2017

© Anne Hudon, 2017

Résumé

Au Canada, les physiothérapeutes sont grandement impliqués dans les soins offerts aux travailleurs souffrant de blessures musculosquelettiques qui sont supportés par une commission d'indemnisation du travail. Dans le cadre de leur pratique auprès de ces patients, les physiothérapeutes rencontrent de nombreux défis, incluant des défis de nature éthique, qui peuvent influencer l'offre de soins pour cette clientèle. Toutefois, les expériences de soins des physiothérapeutes travaillant dans ce contexte restent encore peu étudiées. Cette thèse vise donc à rencontrer deux objectifs principaux : 1) explorer de façon empirique et approfondie les tensions éthiques vécues par les physiothérapeutes lorsqu'ils soignent des travailleurs blessés supportés par une commission d'indemnisation du travail au Canada et 2) examiner comment les politiques mises en place par les commissions d'indemnisation du travail et par les cliniques de physiothérapie influent sur les soins de physiothérapie offerts à ces patients. Pour répondre à ces objectifs, nous avons employé un devis qualitatif désigné sous le nom de *description interprétative*. Dans un premier temps, nous avons réalisé deux groupes de discussion auprès de six physiothérapeutes et de sept thérapeutes en réadaptation physique du Québec. Dans un deuxième temps, nous avons conduit des entrevues individuelles auprès de 30 physiothérapeutes et de 10 leaders et administrateurs œuvrant au sein de groupes professionnels ou de commissions d'indemnisation du travail, dans trois provinces canadiennes (Colombie-Britannique, Ontario et Québec).

Dans le premier volet de la thèse, les résultats démontrent que les physiothérapeutes souhaiteraient offrir aux travailleurs blessés des soins qui soient équitables, compétents et dans le respect de leur autonomie professionnelle, mais que de nombreux défis limitent l'actualisation de ces trois valeurs dans leur travail (objectif 1). Parmi ces défis, on retrouve la difficulté pour les physiothérapeutes de gérer certains aspects liés au processus de retour au travail, leur manque de connaissances à propos du système d'indemnisation, les obstacles au partage des responsabilités professionnelles avec d'autres intervenants ou encore la nécessité de résister aux préjugés auxquels font face les travailleurs blessés.

Dans le deuxième volet de la thèse, les résultats illustrent, au moyen de divers exemples, comment les politiques actuelles des commissions d'indemnisation du travail et des cliniques de physiothérapie viennent moduler l'organisation des soins et la pratique des physiothérapeutes auprès des travailleurs blessés (objectif 2). Les participants ont mis en lumière certaines politiques permettant, selon eux, d'optimiser la prise en charge et le suivi des patients. Toutefois, plusieurs politiques ayant un effet néfaste sur les soins de physiothérapie prodigués ont également été identifiées.

Somme toute, cette thèse fournit des connaissances nouvelles portant sur les dimensions éthiques, politiques, organisationnelles et systémiques des soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés indemnisés par une commission d'indemnisation du travail au Canada. Les résultats présentés permettent de jeter un regard riche et nouveau sur les expériences de soins des physiothérapeutes œuvrant auprès de cette clientèle, tout en fournissant des pistes de recommandations pouvant servir à soutenir l'élaboration de politiques futures et à améliorer la pratique clinique dans ce domaine.

Mots-clés : physiothérapie, réadaptation, commission d'indemnisation du travail, éthique, politiques de soins, description interprétative, qualitatif, incapacité au travail, travailleurs blessés

Abstract

In Canada, physiotherapists play significant roles in the care of injured workers with musculoskeletal injuries who are supported by a workers' compensation board. As part of their practice with these patients, physiotherapists face many challenges, including ethical ones that can influence the provision of care. However, the experiences of physiotherapists working with this clientele remain underexamined. This thesis has two main objectives: 1) conduct an in-depth empirical exploration of ethical tensions experienced by physiotherapists when treating injured workers supported by a workers' compensation board; and 2) examine how policies from workers' compensation boards and physiotherapy clinics influence physiotherapy care for these patients. To meet these objectives, we used a qualitative framework called *Interpretive Description*. We first conducted two focus groups with six physiotherapists and seven physiotherapy technicians from Quebec. Next, we conducted individual interviews with 30 physiotherapists and 10 leaders or administrators working with professional groups or workers' compensation boards in three Canadian provinces (British Columbia, Ontario and Quebec).

In the first section of the thesis, results demonstrate that physiotherapists would like to offer care that is equitable, competent and respectful of their professional autonomy, but that many challenges limit the actualization of these three values in their practice with injured workers (objective 1). These challenges include the difficulty for physiotherapists to manage some aspects of the return to work process, their lack of knowledge about the compensation system, barriers to sharing professional responsibilities with other providers, and the need to resist stereotypes regarding injured workers.

In the second section of the thesis, results illustrate how current workers' compensation boards and physiotherapy clinics' policies modulate the organization of care and physiotherapists' practices with injured workers (objective 2). Participants highlighted policies that they viewed as contributing to better patient care and also those that had a detrimental effect on the care they provide.

In sum, this thesis provides new insights into the ethical, political, organisational and systemic dimensions of physiotherapy care for injured workers supported by workers' compensation boards in Canada. These analyses provide a new and rich understanding of the experiences of physiotherapists working with this clientele. The study results also support several recommendations that can be used to inform future policy development and support clinical practice in this area.

Keywords: physiotherapy, rehabilitation, workers' compensation boards, ethics, healthcare policy, interpretative description, qualitative, work disability, injured workers.

Table des matières

Résumé	ii
Abstract	iv
Table des matières	vi
Liste des tableaux	xi
Liste des figures	xii
Liste des sigles	xiii
Remerciements	xv
Avant-propos	xix
Chapitre 1 : Introduction	22
1.1 Problématique	22
1.2 Organisation de la thèse.....	26
Chapitre 2 : Recension des écrits et visées de la recherche	29
2.1 Recension des écrits.....	29
2.1.1 L'éthique dans les soins de physiothérapie	29
2.1.2 Dimension éthique soulevée par le contexte de pratique de la physiothérapie au privé	34
Article 1: Ethical Issues Raised by Private Practice Physiotherapy Are More Diverse than First Meets the Eye: Recommendations from a Literature Review	37
Abstract	39
Introduction	40
Methods.....	41
Results	43
Discussion	48
Limitations	52
Conclusion.....	52
Key Messages.....	53
References	54
2.1.3 Les tiers payeurs et la physiothérapie	58
2.1.4 L'expérience de soins des physiothérapeutes auprès des travailleurs blessés	62

2.1.5 Conclusion de la recension des écrits.....	66
2.2 Questions de recherche, objectifs de l'étude et contribution novatrice.....	67
2.2.1 Questions de recherche	67
2.2.2 Objectifs du projet.....	67
2.2.3 Contribution novatrice du projet à la science et à la pratique	68
Chapitre 3 : Éléments conceptuels reliés à la thèse	69
3.1 La valeur éthique de justice	69
3.1.1. La justice comme genèse au projet	69
3.1.2 Le contrat social des physiothérapeutes.....	70
3.1.3 Mais comment définit-on la justice ?.....	71
3.1.3 Les concepts de justice plus spécifiques ayant supporté mes réflexions	72
3.2 Complexité entourant les soins des travailleurs blessés : le modèle écologique de gestion de l'incapacité.....	75
3.3 Les concepts de gouvernance clinique et d'intégration en santé.....	77
3.4 Intégration des trois éléments conceptuels	79
Chapitre 4 – Aspects méthodologiques de la thèse	82
4.1 Paradigme de recherche.....	82
4.2 Approche et devis méthodologiques.....	83
4.3 Quatre critères de qualité et de rigueur.....	84
4.3.1 Crédibilité.....	85
a) Multiples sources de données et triangulation	85
b) Immersion dans le processus et dans les données	88
c) Retour des résultats préliminaires aux participants.....	88
4.3.2 Confirmabilité	89
a) Utilisation d'un journal de bord détaillé sur le processus de recherche.....	89
b) La réflexivité comme outil pour encadrer la place du chercheur	90
c) Processus d'analyse des données	91
d) Description détaillée, riche et vibrante des résultats.....	94
4.3.3 Saturation	94
a) Stratégies de recrutement permettant d'obtenir des données pertinentes et variées	94
b) Stratégies permettant d'éviter de « figer » les données trop rapidement.....	95
4.3.4 Transférabilité	96
a) Stratégies de diversification des participants	96
b) Description des contextes de soins et des tiers payeurs dans les trois provinces explorées	97

4.3.5 Résumé des éléments reliés à la rigueur	98
4.4 Considérations éthiques reliées à la conduite du projet de recherche	98
4.4.1 Consentement.....	98
4.4.2 Compensation et remerciement des sujets	98
4.4.3 Respect des répondants	99
4.4.5 Confidentialité.....	100
4.4.6 Sécurité des données	101

**Chapitre 5 : Groupes de discussions portant sur la pratique des physiothérapeutes
auprès des travailleurs blessés : regard sur la qualité des soins.....102**

5.1 Rappel des objectifs rencontrés par cet article	102
5.2 Article 2 : Quality of Physiotherapy Services for Injured Workers Compensated by Workers’ Compensation in Quebec: A Focus Group Study of Physiotherapy Professionals	102
Abstract	105
Introduction	106
Methods.....	110
Results	112
Discussion	117
Limitations	120
Conclusion.....	121
References	122

**Chapitre 6 : Tensions éthiques et défis liés à l’actualisation des valeurs professionnelles
dans le travail des physiothérapeutes.....127**

6.1 Rappel de l’objectif rencontré par cet article.....	127
6.2 Article 3 : Tensions living out professional values for physical therapists treating injured workers	127
Abstract	129
Introduction	130
Methods.....	131
Results	137
Discussion	145
Limitations	147
Conclusion.....	148

References	149
Chapitre 7 : Influence des politiques sur la pratique des physiothérapeutes.....	155
7.1 Rappel des objectifs rencontrés par cet article	155
7.2 Article 4 : Policy influences on physiotherapy care for injured workers	155
Abstract	157
Introduction	158
Methods	159
Results	166
Discussion	177
Study limitations and strengths	179
Conclusion.....	180
References	182
Chapitre 8 : Discussion.....	186
8.1 Résumé et mise en perspective des principaux résultats de recherche.....	187
8.1.1 Travaux découlant de la synthèse des écrits portant sur les enjeux éthiques en pratique privée.....	187
8.1.2 Travaux découlant de la partie empirique du projet.....	189
La qualité des soins : une préoccupation clé des participants aux groupes de discussion.....	189
Tensions éthiques rencontrées par les physiothérapeutes	191
Influence des politiques des commissions d'indemnisation du travail et des milieux de soins sur la pratique de la physiothérapie	194
8.2 Forces du projet et contributions innovantes.....	197
8.2.1 Contribution aux connaissances dans les sphères étudiées	197
8.2.2 Diffusion des connaissances scientifiques vers un large auditoire	198
8.2.3 Forces méthodologiques des travaux	199
8.3 Limites de la thèse	201
8.3.1 Contexte de recherche politiquement « sensible » et en transformation.....	201
8.3.2 Choix des groupes de participants.....	202
8.3.3 Collecte des données	203
8.3.4 Réalisation des entrevues	203
8.4 Retombées concrètes liées à la pratique	204
8.5 Pistes d'amélioration pour la pratique	205
8.5.2 Former les intervenants à la complexité de la réadaptation au travail	207

8.5.3 Développer et soutenir le rôle des physiothérapeutes auprès des travailleurs blessés	209
8.5.5 Pour conclure cette discussion sur les pistes d'amélioration... ..	210
8.6 Recommandations pour la recherche.....	211
8.6.1 Recherches dans le domaine de l'éthique en physiothérapie	211
Identifier les facteurs clés liés aux tensions éthiques.....	211
Mesurer les répercussions des tensions éthiques sur la pratique professionnelle	213
8.6.2 Recherches dans le domaine de la réadaptation au travail	214
Étendre l'investigation de l'influence des politiques organisationnelles en physiothérapie.....	214
Faire le lien entre les politiques de soins et la reproduction de certains comportements par les physiothérapeutes.....	214
Déterminer qui prodigue les soins de physiothérapie et dans quelle proportion	215
Réaliser des analyses en fonction du genre.....	215
Mettre sur pied des projets de recherche-action.....	216
Conclusion	217
Bibliographie	220
Annexes	ccxxxix
Annexe 1 : Mots-clés utilisés pour la recherche documentaire (article 1)	ccxl
Annexe 2 : Certificat d'éthique	ccxli
Annexe 3 : Courriel envoyé aux participants aux groupes de discussion	ccxliv
Annexe 4 : Courriels envoyés aux participants aux entrevues	ccxlvi
Annexe 5 : Fiches démographiques pour les participants aux groupes de discussion	ccxlviii
Annexe 6 : Questions démographiques pour les participants aux entrevues.....	ccl
Annexe 7 : Formulaire de consentement aux groupes de discussion.....	ccli
Annexe 8 : Formulaire de consentement aux entrevues (version française)	cclvii
Annexe 9 : Formulaire de consentement aux entrevues (version anglaise)	cclxii
Annexe 10 : Guides d'entrevue pour les physiothérapeutes.....	cclxvii
Annexe 11 : Aide-mémoire du guide d'entrevue pour les physiothérapeutes.....	cclxxix
Annexe 12 : Guide d'entrevue pour les leaders et les administrateurs.....	cclxxx
Annexe 13 : Exemples de tableau et de carte conceptuelle utilisés lors de l'analyse	cclxxxiv

Liste des tableaux

Chapitre 2 – Article 1

Table 1: Results of literature search.....	43
Table 2: Ethical issues encountered by physiotherapists in private practice	44
Table 3: 12 Recommendations concerning ethical issues in physiotherapy private practice ...	47

Chapitre 2 – Recension des écrits

Tableau I : Études qualitatives portant sur l’expérience de soins des professionnels de la santé offrant des soins aux travailleurs blessés	64
--	----

Chapitre 4

Tableau II : Critères de diversification des participants	97
---	----

Chapitre 6 – Article 3

Table 1: Demographic information about PT participants	135
Table 2: Professional values that were in tension and associated challenges.....	137

Chapitre 7 – Article 4

Table 1: Key features of WCB policies for PT care	161
Table 2: Participant demographics for physiotherapists.....	164
Table 3: Key elements discussed regarding WCBs’ policies	166
Table 4: Key elements discussed regarding PT clinics’ policies.....	172
Table 5: Summary of policy weaknesses and recommendations for improvement.....	176

Liste des figures

Figure 1 : Modèle écologique de gestion de l'incapacité de Loisel.....	76
Figure 2 : Espace de coopération dans le concept d'intégration en santé.....	79
Figure 3 : Schématisation résumée du processus d'analyse des résultats.....	93

Liste des sigles

ACP	Association canadienne de physiothérapie
AWCBC	Association of Workers' Compensation Boards of Canada
BC	British Columbia
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CIHR	Canadian Institutes of Health Research
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
FRQ-S	Fonds de recherche du Québec – Santé
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IRSPUM	Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal
PRTs	Physical rehabilitation therapists
PT	Physiotherapy <i>ou</i> Physical therapy
PTs	Physiotherapists <i>ou</i> Physical therapists
Qof	Quality of care
REPAR	Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation
RTW	Return to work
WCB	Workers' Compensation Board
WCPT	World Confederation for Physical Therapy
WSIB	Workplace Safety and Insurance Board

*À ma mère Odette, mon père Réal et ma sœur Camille,
Parce que la vie qu'on mène, c'est la vie qu'on aime!*

*À Somphong et Émile,
Parce qu'ils sont le soleil de chacune de mes journées*

&

*À tous les physiothérapeutes et thérapeutes en
réadaptation physique qui travaillent auprès des
travailleurs blessés indemnisés*

Remerciements

La vie est parsemée de « mercis ». De « mercis » *a posteriori*. Plus souvent qu'autrement, les remerciements viennent après toutes ces petites choses que les gens ont fait pour nous aider, pour nous apprendre, pour nous éviter des soucis ou pour rendre notre chemin plus agréable.

Ce qui est merveilleux lorsqu'on écrit une thèse de doctorat, c'est qu'on place les « mercis » en premier. On leur offre leur propre section, bien en amont de la description des procédés scientifiques utilisés et des nouvelles connaissances produites.

Parce que c'est grâce à ces personnes à qui l'ont dit merci, qu'il y a de l'encre sur ces pages et un sens au projet que l'on a mené.

Ces « mercis » qui ouvrent cette thèse ont une valeur inestimable à mes yeux, puisqu'ils reviennent à tous ces gens qui ont fait de ce parcours doctoral un périple extraordinaire, inoubliable et surtout très agréable. Alors je débute en vous disant merci. Merci beaucoup.

Parce que c'est avec eux que tout a commencé et avec qui j'ai eu tant de plaisir à travailler, je remercie du fond du cœur mes deux directeurs de thèse : Debbie Feldman et Matthew Hunt. Debbie et Matthew, merci d'avoir cru en moi dès les premiers instants, vous m'avez tout de suite prise sous votre aile et vous m'avez accompagnée sans relâche à travers toute cette aventure. Merci de m'avoir montré toutes ces choses humaines et scientifiques qui font de vous des personnes et des chercheurs hors pair. J'ai énormément appris à vos côtés et vous m'avez offert des chances et ouvert des portes d'une valeur inestimable à mes yeux. Merci d'avoir été soutenant, enthousiaste, confiant, constructif et authentique avec moi. C'est grâce à vous que ces années furent aussi plaisantes! Vous avez toute mon admiration!

Merci à l'équipe de recherche qui a travaillé sur plusieurs projets avec moi : Maude, Barbara et Bryn et un peu plus tard, Kadija et Marie-Hélène. Maude, c'est grâce à toi que j'ai eu la chance de me lancer dans cette aventure et je t'en suis vraiment très reconnaissante. Merci d'avoir partagé tes idées plus créatives les unes que les autres avec moi. Merci de m'avoir aidé

à saisir toutes ces opportunités que je ne voyais pas. Merci aussi pour tous les moments passés ensemble et les péripéties rocambolesques! Barbara et Bryn, mes « parrains », merci pour votre soutien, vos encouragements et vos bons conseils tout au long de mon cheminement. Vous êtes des personnes pleines de bonnes idées et de ressources! Kadija, merci pour tous ces petits courriels échangés pour m’encourager, merci de m’avoir partagé tes expériences de vie et de recherche et pour ta rigueur au travail. Marie-Hélène, merci d’être cette personne rayonnante qui a mis du soleil dans mes journées et grâce à qui j’ai renoué un peu plus avec mon côté artistique! Merci aussi aux étudiants et assistants de recherches qui ont contribué aux divers projets de recherche dans lesquels je me suis impliquée à travers mon doctorat : Tatiana Orozco, Émilie Blackburn, Pascal Desrochers, Julie Des Lauriers, Vicki Sonier, Erin Douglas, Valérie Badro et Marie-Antoinette Mhawej.

Bien sûr, ce projet n’aurait pas pu se faire sans la participation des physiothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique ainsi que des leaders et administrateurs des organismes professionnels ainsi que des commissions d’indemnisations du travail qui ont pris le temps de discuter avec moi pour ce projet. Merci aux associations et aux ordres professionnels de la Colombie-Britannique, de l’Ontario et du Québec pour l’aide au recrutement des participants. Je remercie aussi les transcripteurs qui ont mis sur papier les mots si précieux de mes participants pour me permettre de mieux les comprendre.

Je remercie également les gens qui m’ont inspiré et qui m’ont permis de devenir plus compétente dans le domaine de l’éthique et de la réadaptation au travail. Merci à Marie-Josée Drolet avec qui j’ai toujours autant de plaisir à travailler depuis notre rencontre et mon stage doctoral. Je remercie également tous mes collègues ainsi que tous les mentors du programme stratégique des IRSC sur la prévention et la gestion de l’incapacité au travail. J’ai passé d’excellents moments à Toronto et acquis des connaissances qui m’ont grandement servi dans la réalisation de cette thèse. Merci aux membres de mon comité d’examen de synthèse pour leurs questions éclairantes et leurs lectures pertinentes : Marie Laberge, Vardit Ravinsky et François Desmeules. Merci aux gens du « Hunt Lab » à McGill, qui ont commenté certains de mes articles et avec qui j’ai eu des échanges très intéressants! Enfin, merci à Paul Lamarche et

François Champagne pour leur orientation sur les aspects organisationnels contenus dans ma thèse!

Pour le support technique et financier, des atouts très précieux en recherche, je remercie les organismes subventionnaires qui m'ont soutenue au cours de mes études : l'École de réadaptation et la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, le programme MENTOR (en collaboration avec le REPAR et les IRSC), la Fondation canadienne de physiothérapie, les Fonds de recherche du Québec – Santé, le REPAR, le CRIR, la Fondation Edith Strauss, l'IRSPUM et les IRSC. Je remercie aussi le comité d'éthique du CRIR et plus spécifiquement Anik Nolet pour les réponses à mes questions sur le projet.

Je n'aurais pas entrepris de parcours doctoral sans certaines personnes qui m'ont offert une chance d'appivoiser la recherche. Merci à Sylvie Nadeau pour mes premiers pas d'assistante de recherche à l'IRGLM et à Omer Dyer, pour m'avoir donné le goût de la recherche à la maîtrise professionnelle et pour le plaisir de travailler ensemble sur ton projet des « *worked-examples* ». Merci aussi à Chantal Besner, qui me suit depuis ma toute première année de bac en physiothérapie et qui n'a cessé de me dire : « lets' go Anne, vas-y! » et de m'encourager dans tous mes projets, dont celui-ci! Merci à Robert Forget de m'avoir incitée à entrer au programme de doctorat. Merci à Ghislaine Lavoie, qui m'a offert ma première tâche d'enseignement au programme et qui continue de veiller sur moi. Merci aussi à tous les profs cliniques, les profs de recherche, les directeurs et le personnel administratif et de soutien du programme de physiothérapie et de l'École de réadaptation pour vos bons mots dans le corridor, les jasettes impromptues et vos sourires qui m'accompagnent depuis si longtemps!

Pendant mes années doctorales, j'ai suivi des cours et côtoyé des étudiants inspirants, qui sont des modèles pour les professions de la réadaptation. Merci à mes collègues étudiants et amis avec qui j'ai partagé de bons moments (Maude, Marie-Hélène, Cindy, Carole, Sabrina, Martina, Séléna, Priscilla et tous les autres)! Je ne vous nomme pas tous ici, mais vous vous reconnaissez! Merci aussi à tous les étudiants qui se sont impliqués dans le comité des étudiants du CRIR pendant que j'y étais et à Gianluca pour ces années à mes côtés. J'ai eu beaucoup de *fun* à bâtir des projets avec vous! Dans la sphère professionnelle, je remercie

aussi mes collègues physiothérapeutes de chez *Kinatex Rockland* qui m'accompagnent dans mes folies et bien sûr Rana et Stéphane qui ont été si conciliants et qui m'ont encouragé pendant mes études.

Enfin, on ne réalise pas un doctorat sans amis ni famille...! Merci à mes amis du bateau dragon, pour toutes ces soirées à dépenser de l'énergie en équipe et à s'aérer les neurones! Je remercie aussi mes amis physios préférés : Elaine, Julie, Pascale, Sylvain et Ariane pour leur amitié et leur soutien indéfectible. Merci également à « mes amies de Trois-Rivières » (Anne-Lau, Mimi, Androue, Ariane, Gabe, Ge et Van) qui sont des modèles exceptionnels de femmes et qui, pendant ces années d'étude, ont toujours su me ramener à l'essentiel : le temps précieux passé ensemble. Un grand merci à Marjorie, qui est à mes yeux une vraie force de la nature et qui, à travers nos discussions sur la vie et la recherche, m'a guidée et accompagnée presque tout au long de ce projet.

Un merci spécial à ma soeur Camille, parce qu'elle est pour moi un exemple de détermination, d'audace et de passion pour mille et une choses, et qu'elle me montre chaque jour comment prendre la vie à bras-le-corps et profiter de ce qu'elle nous apporte. Un grand merci à mes parents, grâce à qui j'ai apprécié l'école dès mon entrée à la maternelle et qui m'ont mené pas à pas jusqu'à ces études graduées. Papa, Maman, c'est votre amour inconditionnel qui me permet d'accomplir toutes ces réalisations passionnantes et de croire en la vie. Merci pour votre support constant et toutes ces petites attentions qui me font si chaud au cœur à chaque fois.

Je termine ces « mercis » avec deux personnes qui partagent tout ce que c'est d'être une doctorante au jour le jour : mon chum Somphong et mon fils Émile. Somphong, merci d'être ce phare qui illumine mes journées et qui me garde toujours à bon port. Merci de me rappeler souvent que tu es fier de moi et de m'encourager chaque jour dans mes projets. Merci pour ta patience et de m'appuyer dans ce que j'aime. J'ai beaucoup de chance de partager ma vie avec toi! Mon beau Émile, à te voir aller, je sais déjà que tu poursuivras tout ce qui te rend heureux dans la vie. Recherche ou pas, la plus belle découverte de ma vie : c'est toi!

Avant-propos

Chers lecteurs,

Comme vous le constaterez à travers l'ensemble de ce document, cette thèse que je vous livre est indéniablement un projet de recherche scientifique. Elle utilise donc des méthodes scientifiques pour répondre à des questions encore non élucidées dans le champ de la physiothérapie et de la réadaptation au travail. Mais à travers toutes ces descriptions concernant les méthodes d'échantillonnage, ces explications relatives aux stratégies d'analyse employées et ce revêtement théorique, j'aimerais que vous perceviez qu'elle fût développée, construite et menée pour la pratique, par une clinicienne physiothérapeute.

En fait, bien avant le début de ce projet, au fil de mes nombreuses discussions avec mes collègues et amis physiothérapeutes, j'ai réalisé que nos échanges les plus animés et passionnés ne portaient pas sur une technique particulière ou sur la plus récente manière d'effectuer telle ou telle mobilisation, mais plutôt sur les défis que nous rencontrions dans la réalisation de notre travail au quotidien, auprès des patients. Certaines histoires partagées entre nous choquaient certains de mes collègues alors qu'elles en attristaient d'autres et certains dénouements concernant nos patients nous laissaient tout simplement perplexes. Les défis humains et les barrières systémiques qui modulaient nos interactions avec les patients monopolisaient donc la plupart de nos discussions sur le travail. À travers ma pratique professionnelle, j'ai également réalisé que ces défis et ces difficultés que nous vivions comme professionnels semblaient souvent relever de la sphère éthique et s'avéraient également avoir une influence sur notre engagement au travail, sur notre capacité à bâtir un lien thérapeutique fort avec nos patients et éventuellement sur la qualité des soins que nous pouvions offrir.

C'est dans cette optique que j'ai souhaité étudier et mieux comprendre les tensions éthiques vécues au quotidien par les physiothérapeutes. C'est aussi pour retrouver la richesse, la charge émotionnelle et l'envergure des discussions collégiales qui m'ont menée vers ce projet que j'ai choisi d'employer une approche qualitative pour mener à bien cette étude. La clientèle des

travailleurs blessés m'est également toujours apparue comme plus fortement éprouvée par le contexte de soins qui l'entoure, surtout dans un cadre de pratique privée. Divers écrits traitant des expériences des professionnels de la santé et des tiers payeurs témoignent d'ailleurs de cette constatation. Qui plus est, la place privilégiée occupée par la physiothérapie dans les soins offerts à cette clientèle, au Canada, fait en sorte qu'il est important de s'attarder à la pratique des physiothérapeutes auprès des travailleurs blessés. Pour toutes ces raisons, la réalisation d'un tel projet m'est apparue nécessaire.

Par l'entremise de cette thèse, j'ai donc souhaité que les préoccupations quotidiennes des physiothérapeutes en regard des aspects éthiques et contextuels de leur pratique fassent l'objet d'une exploration rigoureuse et exhaustive pouvant contribuer de façon innovante et utile au développement de la profession. Je souhaitais ainsi favoriser une réflexion collective chez les physiothérapeutes, les propriétaires de clinique de physiothérapie, les associations et les organismes réglementaires ainsi que les commissions d'indemnisation du travail à propos des répercussions des modèles et des politiques de soins sur la pratique afin d'améliorer le contexte de travail des physiothérapeutes et ultimement, les soins offerts aux patients.

Ma pratique professionnelle dans une clinique privée de physiothérapie auprès d'une clientèle souffrant de blessures musculosquelettiques et composée en partie de travailleurs blessés a assurément teinté la conduite de cette recherche. Ma rencontre avec Maude Laliberté, instigatrice d'une étude d'envergure sur l'éthique en physiothérapie m'a aussi permis de m'ouvrir davantage aux aspects éthiques omniprésents dans la provision de nos soins. Les travaux dont il est question dans cette thèse ont directement découlé de ce projet, et ce, avec l'aide du leadership et de la vision de Barbara Mazer, Bryn Williams-Jones, Matthew Hunt et Debbie Feldman.

Ma participation au programme de formation stratégique sur la prévention et la gestion de l'incapacité au travail, lequel fut tenu par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) (2014 et 2015) a également contribué à enrichir ce projet. Les notions théoriques et conceptuelles qui y ont été abordées, ainsi que les volets méthodologique, sociopolitique et éthique du programme ont transformé ma compréhension de la gestion de l'incapacité au

travail. L'approche transdisciplinaire mise de l'avant et le contact avec des chercheurs et étudiants travaillant dans des domaines très variés (ex. : ergonomie, économie, ressources humaines, sociologie, ergothérapie, etc.) m'ont par ailleurs permis de mesurer la complexité du phénomène et de réellement apprécier la portée systémique de la problématique. La provenance internationale des chercheurs et professeurs invités, ainsi que des étudiants des trois cohortes participantes ont aussi ouvert mes horizons sur les différences politiques et culturelles existant dans la gestion de l'incapacité et m'ont fait comprendre l'importance de bien situer ma recherche dans son contexte légal et sociopolitique.

À travers votre lecture, j'espère donc partager avec vous toutes ces choses qu'on ne dit pas, mais qu'on ressent, qu'on perçoit et qu'on vit, comme physiothérapeute, lorsqu'on soigne les patients. Et que vous puissiez à votre tour, contribuer à enrichir la discussion!

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Problématique

Les blessures liées au travail sont un problème de santé publique majeur (Lippel et Lötters, 2013). Ces blessures ont une incidence sur la santé physique et mentale et peuvent entraîner une incapacité et une absence prolongées du travail (Loisel et Anema, 2013). Au Canada, en 2015, un peu plus de 232 000 travailleurs¹ blessés ont été indemnisés par des commissions provinciales d'indemnisation du travail telles que la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) en Ontario ou la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) au Québec (Association of Workers' Compensation Boards of Canada, 2013a). Ces organismes provinciaux paragouvernementaux ont pour mission de gérer le régime de santé et de sécurité du travail en vigueur dans chaque province. Ils jouent en ce sens le rôle de tiers payeurs en défrayant les coûts reliés aux prestations d'invalidité (ex. : remplacement de revenu), aux services de santé (ex. : physiothérapie, ergothérapie, chiropratique) et aux services d'orientation professionnelle (ex. : services de recherche d'emploi ou de réorientation) pour les travailleurs blessés.

Les physiothérapeutes² jouent souvent un rôle clé dans le rétablissement et le retour au travail des travailleurs blessés, et ce, compte tenu de leurs soins auprès des personnes présentant des limitations fonctionnelles découlant de blessures et de troubles affectant les muscles, les tendons, les articulations et les os. Ils sont d'ailleurs à ce jour, les deuxièmes professionnels les plus impliqués au Canada dans les soins des travailleurs aux prises avec des blessures touchant le système musculosquelettique et qui sont indemnisés par une commission d'indemnisation du travail, après les médecins (Association of Workers' Compensation Boards of Canada, 2013b; WorkSafe BC; WSIB, 2015). Leurs rôles auprès des travailleurs blessés consistent plus spécifiquement à évaluer la blessure et ses répercussions sur le travail et les

¹ Veuillez noter que dans l'ensemble des chapitres de cette thèse, le genre masculin est privilégié et utilisé pour désigner tant les travailleuses que les travailleurs. Ce choix a été fait pour éviter d'alourdir le texte.

² À travers l'ensemble de cette thèse, le terme « physiothérapeutes », lorsqu'il désigne les professionnels de la physiothérapie du Québec, inclut également les thérapeutes en réadaptation physique. Ces professionnels sont membre de l'Ordre de la physiothérapie du Québec, mais sont diplômés du CÉGEP (technique de physiothérapie), plutôt que de la maîtrise professionnelle universitaire qui procure le diplôme des physiothérapeutes.

activités du patient et à fournir les traitements de physiothérapie appropriés pour favoriser la guérison, le tout dans le but de faciliter la reprise des activités antérieures et de loisirs de la personne et de soutenir le travailleur dans toutes les étapes menant à un retour sécuritaire et durable au travail (Canadian Physiotherapy Association, 2012; Johnston, Nielsen, Corbière et Franche, 2012).

Bien qu'aucune étude empirique n'ait été répertoriée sur la question, les soins de physiothérapie prodigués aux travailleurs canadiens blessés sont majoritairement offerts par l'entremise de cliniques privées³. Seule une faible proportion des travailleurs blessés sont traités et suivis dans des milieux publics, notamment ceux qui présentent des blessures orthopédiques multiples et graves ainsi que ceux qui prennent part à un programme interdisciplinaire de développement des capacités fonctionnelles axé sur la réadaptation au travail, offert dans certains centres spécialisés de réadaptation publics.

Le fait que les soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés indemnisés soient principalement offerts dans le secteur privé et qu'ils soient remboursés par un tiers payeur crée un contexte favorable à la survenue d'enjeux éthiques (Ståhl, MacEachen et Lippel, 2013). En effet, d'une part, une grande proportion des soins offerts aux travailleurs se déroulent dans un contexte où les physiothérapeutes doivent répondre à certains impératifs financiers (ex. : minimiser les pertes financières de leur clinique), tout en fournissant des soins de qualité pour leurs patients (Praestegaard, Gard et Glasdam, 2015; Whiteside, 2009). De l'autre, les commissions d'indemnisation du travail gèrent l'accessibilité aux services de santé pour tous les travailleurs indemnisés et utilisent diverses stratégies pour contrôler les coûts des services défrayés (ex. : tarifs fixes pour l'offre des services de physiothérapie, contrôle du choix des professionnels et des approches utilisées, etc.) (Amanda E Young, 2014; Wickizer, Franklin, Plaeger et Mootz, 2001).

³ Au Québec, en 2008, moins de 5% de tous les débours relatifs aux traitements de physiothérapie et d'ergothérapie provenaient de traitements prodigués par le secteur public. [Camiré, V. (2010) Groupe de travail chargé de faire des recommandations concernant le régime québécois de santé et de sécurité du travail p. 154.]

Les soins prodigués aux travailleurs blessés mettent également en jeu plusieurs acteurs issus de divers systèmes : acteurs du milieu de travail du patient (ex. : employeurs, superviseurs, collègues, syndicats), acteurs du système d'indemnisation (ex. : législateurs, agents d'indemnisation) et acteurs du système de santé (ex. : médecins traitants, physiothérapeutes, gestionnaires des établissements de soins), ajoutant à la complexité des soins (Loisel et al., 2005). Cette particularité requiert donc des professionnels qu'ils jonglent avec les intérêts souvent divergents des nombreux acteurs impliqués dans le processus de soins, tout en s'assurant d'offrir des services optimaux aux patients (Amanda E Young, 2014; Franche, Baril, Shaw, Nicholas et Loisel, 2005; Gouin, 2015; Seing, Ståhl, Nordenfelt, Bülow et Ekberg, 2012; Young et al., 2005). Qui plus est, la participation de ces différents acteurs dans l'offre de soins est encadrée par diverses politiques, tant à l'échelle macrosystémique (ex. : *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles*, politiques réglementaires des commissions d'indemnisation) que sur le plan mésosystémique ou organisationnel (ex. : politiques internes au milieu de soins ou politiques et réglementation propres aux secteurs d'emploi), qui régissent et modulent leurs rôles respectifs dans le processus de soins, multipliant ainsi les défis pour les physiothérapeutes (Franche et al., 2005). D'ailleurs, au Canada, les politiques mises en place par les commissions d'indemnisation du travail diffèrent selon les lois en vigueur dans chacune des provinces.

Ainsi, de façon cohérente avec ces diverses constatations, les écrits scientifiques font ressortir que la complexité entourant les soins des travailleurs blessés ainsi que la façon dont opèrent les commissions d'indemnisation du travail (ex. : politiques en vigueur, organisation des services, processus d'admissibilité et d'accès aux soins) peuvent avoir une influence négative sur le travail des professionnels de la santé et sur le processus de réadaptation des travailleurs (Baril, Clarke, Friesen, Stock et Cole, 2003; Friesen, Yassi et Cooper, 2001; Kosny et al., 2016b; Kosny, MacEachen, Ferrier et Chambers, 2011; MacEachen, 2014; MacEachen, Kosny, Ferrier et Chambers, 2010; Pergola, Salazar, Graham et Brines, 1999; Ståhl, Müssener et Svensson, 2012).

À cet effet, certaines recherches fort intéressantes ont déjà tenté de mieux comprendre les défis spécifiques rencontrés par certains groupes de professionnels de la santé tels que les

médecins et les chiropraticiens dans le cadre de leur travail auprès des travailleurs indemnisés. Parmi les défis identifiés se retrouvent, entre autres, le manque de formation clinique spécifique au domaine de la réadaptation au travail, un manque de compréhension du contexte politique associé au traitement des travailleurs blessés ainsi que les difficultés associées aux exigences administratives supplémentaires et au manque de collaboration entre les intervenants (Anema, Van Der Giezen, Buijs et Van Mechelen, 2002; Cote, Clarke, Deguire, Frank et Yassi, 2001; Lippel, Eakin, Holness et Howse, 2016; Pransky, Katz, Benjamin et Himmelstein, 2002; Russell, Brown et Stewart, 2005; Soklaridis, Tang, Cartmill, Cassidy et Andersen, 2011). D'autres études ont pour leur part exploré les perceptions d'un amalgame de professionnels de la santé, incluant les physiothérapeutes, en mettant l'accent sur les défis communs rencontrés par l'ensemble des participants (Baril et al., 2003; Friesen et al., 2001; MacEachen et al., 2010; Pincus, Woodcock et Vogel, 2010; Soklaridis, Ammendolia et Cassidy, 2010). Ces études ne permettent toutefois pas de distinguer les enjeux distincts vécus par les physiothérapeutes.

Parallèlement, très peu de recherches ont mis en lumière la dimension éthique du travail des professionnels et des acteurs impliqués dans les soins et le retour au travail des travailleurs blessés indemnisés (Martimo, Antti-Poika, Leino et Rossi, 1998; Rosenstock et Hagopian, 1987; Seing, MacEachen, Ekberg et Ståhl, 2015; Ståhl et al., 2013; Ståhl et al., 2012; Zinn et Furutani, 1996). Ce champ de recherche est donc peu exploré dans le domaine de la réadaptation de l'incapacité liée au travail. À ce jour, aucune étude examinant les enjeux éthiques rencontrés par les physiothérapeutes dans le cadre de leur pratique auprès des travailleurs blessés n'a d'ailleurs été relevée dans les écrits scientifiques.

Plusieurs éléments des modèles de prise en charge des travailleurs blessés peuvent laisser croire que certains enjeux rencontrés par les physiothérapeutes sont différents de ceux vécus par leurs collègues provenant d'autres professions. À titre d'exemple, les physiothérapeutes rencontrent généralement les travailleurs blessés à une fréquence beaucoup plus grande que les médecins et établissent une relation thérapeutique souvent très forte avec leurs patients, et ce, pendant toute la durée des traitements. Les physiothérapeutes, comparativement aux médecins, sont également plus souvent amenés à travailler en contexte de collaboration interdisciplinaire,

notamment avec des kinésithérapeutes, ainsi que des assistants en physiothérapie. Enfin, les politiques et les exigences relatives à l'offre de soins de physiothérapie par les commissions d'indemnisation sont souvent plus prescriptives et plus complexes que celles qui régissent les médecins. À titre d'exemple, ces organismes payeurs émettent des exigences en regard de la durée totale des traitements de physiothérapie, de la nécessité de communiquer avec certains acteurs tels que l'employeur du patient ou encore de l'utilisation d'outils cliniques spécifiques pour l'évaluation de la condition. Ces différents éléments justifient la nécessité d'explorer plus spécifiquement l'expérience de soins des physiothérapeutes. Or, une recension des écrits récente portant sur les expériences des professionnels de la santé offrant des soins aux travailleurs blessés soulève des lacunes dans la documentation scientifique quant aux recherches qui exploreraient de façon plus spécifique les expériences des physiothérapeutes (Kilgour, Kosny, McKenzie et Collie, 2014).

Sachant que le processus de soins peut avoir un impact majeur sur la réadaptation et le retour au travail des patients et que les soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés sont prodigués dans des contextes complexes impliquant de multiples acteurs et se déroulant principalement dans le secteur privé, il importe de mieux comprendre les défis particuliers associés à l'offre de soins et les enjeux éthiques vécus par les physiothérapeutes travaillant auprès de cette clientèle. Cette thèse visait donc à explorer ces aspects en se basant sur les expériences et les perspectives des physiothérapeutes canadiens. Il a été décidé d'explorer ces éléments chez des physiothérapeutes travaillant dans trois provinces canadiennes différentes (la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec) afin de pouvoir mieux cerner les disparités et les similitudes dans les politiques provinciales et leur influence sur la pratique des physiothérapeutes.

1.2 Organisation de la thèse

Cette thèse comprend au total huit chapitres. Le *Chapitre 1 : Introduction* comprend deux sections dont la première, tel que vu plus haut, permet de situer la pertinence de la problématique de recherche étudiée. La deuxième section expose quant à elle l'organisation de chacun des chapitres de la thèse, en décrivant brièvement leur contenu.

Le *Chapitre 2 : Recension des écrits et visées de la recherche* met en lumière, dans un premier temps, la littérature scientifique permettant de soutenir l'élaboration de la partie empirique du projet. L'article de thèse numéro 1 est d'ailleurs intégré à cette première section décrivant l'état des connaissances, puisqu'il inventorie, au moyen d'une recension scientifique des écrits, les enjeux éthiques vécus par les physiothérapeutes travaillant en clinique privée. La deuxième partie du chapitre 2 présente ensuite les questions de recherche ayant guidé l'ensemble du projet, les deux objectifs de la thèse et discute enfin très brièvement de la contribution innovante de ces travaux de recherche aux domaines étudiés.

Le *Chapitre 3 : Éléments conceptuels reliés à la thèse* est en fait une courte section qui présente les concepts et notions théoriques phares qui posent un fondement à la conduite du projet. Ces divers éléments sont présentés à tour de rôle et leur apport particulier à la conduite de la thèse ainsi que les liens qui les unissent entre eux y sont brièvement discutés.

Le *Chapitre 4 : Aspects méthodologiques de la thèse* s'attarde aux méthodes employées dans la thèse. La première section du chapitre décrit le paradigme de recherche soutenant les travaux ainsi que l'approche méthodologique et le devis utilisés pour conduire le projet. Dans la deuxième section du chapitre 4, quatre grands critères permettant d'évaluer la rigueur des travaux de recherche qualitatifs sont utilisés pour présenter certains aspects des méthodes qui n'ont pas pu être décrits dans les articles de la thèse. Enfin, les aspects éthiques relatifs à la conduite du projet de recherche sont discutés.

Les chapitres 5, 6 et 7 présentent les résultats empiriques de la thèse, sous forme d'articles. Le *Chapitre 5 : Groupes de discussions portant sur la pratique des physiothérapeutes auprès des travailleurs blessés : un regard sur la qualité des soins* présente les résultats des groupes de discussion menés auprès de physiothérapeutes et de thérapeutes en réadaptation physique du Québec. Le *Chapitre 6 : Tensions éthiques et défis liés à l'actualisation des valeurs professionnelles dans le travail des physiothérapeutes* et le *Chapitre 7 : Influence des politiques sur la pratique des physiothérapeutes* présentent les résultats découlant des entrevues individuelles réalisées auprès de physiothérapeutes et de leaders et d'administrateurs

provenant de groupes professionnels et de commissions d'indemnisation du travail, dans trois provinces canadiennes. Plus spécifiquement, le chapitre 6 présente les défis et les tensions éthiques se retrouvant au cœur de la pratique des physiothérapeutes dans leur travail quotidien auprès des travailleurs blessés. Le chapitre 7 décrit quant à lui l'influence des politiques des commissions d'indemnisation du travail et des milieux de soins sur la pratique des physiothérapeutes et sur les soins offerts à leurs patients.

Le *Chapitre 8 : Discussion* présente la discussion générale de la thèse. La première section du chapitre inclut un retour sur les principaux résultats du premier article de thèse ainsi que des groupes de discussions et des entrevues individuelles. Ces résultats sont également comparés avec les écrits scientifiques publiés sur le sujet. La deuxième section de la discussion présente quant à elle les forces et les contributions innovantes du projet, suivi par une présentation des principales limites de la thèse. S'ensuit une illustration des principales retombées cliniques du projet ainsi que des pistes d'amélioration pour la pratique physiothérapique. Enfin, le chapitre 8 se termine en explorant diverses pistes de recommandations pour l'élaboration de recherches futures dans le domaine de l'éthique en physiothérapie et de la réadaptation au travail.

La thèse se termine enfin par une brève conclusion qui réitère les aspects les plus importants du projet et permet de mettre en lumière la portée de l'ensemble des travaux.

Chapitre 2 : Recension des écrits et visées de la recherche

Dans la première partie de ce chapitre, je présente la littérature scientifique associée aux concepts clés faisant l'objet de cet ouvrage. Dans la deuxième section du chapitre, je détaille les questions et les objectifs de recherche spécifiques ayant guidé la conduite du projet et je présente brièvement quelques contributions novatrices de cette étude.

2.1 Recension des écrits

La recension des écrits se divise en plusieurs sous-sections qui permettent de mieux situer le projet par rapport aux écrits déjà publiés sur le sujet. J'y décris dans un premier temps ce que sont les valeurs professionnelles et je fais le point sur le concept d'éthique en physiothérapie, en soulignant les recherches ayant spécifiquement exploré la dimension éthique des soins offerts par les physiothérapeutes. Dans un deuxième temps, j'aborde les écrits portant sur l'influence de deux contextes de pratique distincts sur le travail des physiothérapeutes soit : 1) le contexte de la pratique privée et 2) le contexte de pratique impliquant des tiers payeurs. Cette section de la recension des écrits comprend d'ailleurs le premier article de la thèse, lequel documente les enjeux éthiques vécus par les physiothérapeutes travaillant en pratique privée. Je m'attarde ensuite à l'influence des commissions d'indemnisation du travail sur la pratique des professionnels de la santé ainsi que sur celle des physiothérapeutes. Enfin, dans la dernière section du chapitre, j'aborde les écrits qui traitent de plus spécifiquement l'expérience de soins des physiothérapeutes qui prodiguent des traitements aux travailleurs blessés indemnisés par une commission d'indemnisation du travail.

2.1.1 L'éthique dans les soins de physiothérapie

Les valeurs professionnelles comme fondements de la pratique

Les fondements de la pratique et du raisonnement clinique des physiothérapeutes reposent non seulement sur de multiples connaissances théoriques et des compétences cliniques variées, mais également sur des valeurs professionnelles. Ces valeurs soutiennent l'identité de la profession et influencent les comportements des professionnels (McGinnis, Guenther et Wainwright, 2016). En effet, les valeurs forment la base d'une profession (Drolet, 2014a), constituant l'essence même de son éthos, à savoir, le caractère distinctif, la nature morale ou

les croyances communes qui orientent les individus d'un même groupe (Merriam-Webster, 2017). Ainsi, elles informent la perception collective qu'ont les membres d'une profession de ce que sont les attributs, les croyances et les engagements fondamentaux de leur champ professionnel (Stiller, 2000). Ces valeurs définissent le comportement social et professionnel des membres d'une profession et affectent leur jugement moral (Weis et Schank, 2002). Plus concrètement, les valeurs professionnelles représentent des idéaux qui guident la pratique et les décisions cliniques afin de faire ce qui est bon pour le patient (McGinnis et al., 2016). Bien que toutes les valeurs ne soient pas de nature éthique (pensons aux valeurs esthétiques ou économiques par exemple), les valeurs mises de l'avant au sein d'une profession peuvent en effet être définies comme « des concepts abstraits et évaluatifs de nature éthique servant à déterminer l'acceptabilité ou le bien-fondé d'une attitude, d'une action, d'une préférence ou d'une situation » (Drolet, 2014b, p. 214).

Les valeurs fréquemment véhiculées dans le domaine de la santé sont notamment la dignité, le prendre soin (*caring*), l'autonomie, la sécurité, la pratique centrée sur le patient, le respect, l'excellence et la justice (International Collaborative for Communication in Healthcare, 2011-2013). Mais qu'elles sont les valeurs phares spécifiques à la physiothérapie?

Alors que certaines professions de la santé s'interrogent sérieusement sur les valeurs phares soutenant leur identité professionnelle (Beagan et Ells, 2009; Drolet et Désormeaux-Moreau, 2015; Drolet et Goulet, sous presse; Varcoe et al., 2004; Weis et Schank, 2002), très peu d'études ont exploré les valeurs professionnelles en physiothérapie. En 2009, en utilisant une méthode de consensus auprès de physiothérapeutes américains, l'Association américaine de physiothérapie a identifié sept valeurs phares de la profession que sont : la responsabilité, l'altruisme, la compassion, le prendre soin (*caring*), l'excellence, l'intégrité et le devoir professionnel (American Physical Therapy Association, 2009). Une étude australienne menée en 2012 a quant à elle recensé 22 valeurs suite à des entrevues réalisées auprès de physiothérapeutes travaillant dans des milieux de soins variés. Les valeurs recensées comprenaient, entre autres, le travail collaboratif, le respect, l'honnêteté, la compassion, l'établissement d'un lien de confiance avec le patient et la capacité de traiter le patient de façon holistique (Aguilar, Stupans, Scutter et King, 2012). Au Canada, les valeurs

professionnelles en physiothérapie sont énoncées comme fondements au code d'éthique de la profession mis de l'avant par l'association canadienne de physiothérapie (ACP). Bien qu'elles n'aient pas fait l'objet de recherche empirique, les valeurs identifiées par l'association sont : le respect et la dignité, le respect de l'autonomie du patient, la bienfaisance, la non-malfaisance, la responsabilité, l'intégrité et la fiabilité ainsi que le professionnalisme (Canadian Physiotherapy Association, 2017). Malgré certaines variations dans l'énonciation des valeurs propres à la profession de physiothérapie, les valeurs d'équité, d'intégrité et de bienfaisance dans les soins (*care*) se retrouvent tout de même au cœur des valeurs de la discipline et servent à guider, jour après jour, l'agir des professionnels (Romanello et Knight-Abowitz, 2000; Stiller, 2000; World Confederation for Physical Therapy, 2017).

En physiothérapie comme dans l'ensemble des professions de la santé, les valeurs soutenues par la profession se retrouvent ainsi à la base des fondements des normes de pratique et soutiennent les écrits normatifs formels tels que les codes de déontologie des physiothérapeutes. Ces valeurs professionnelles sont donc des concepts inhérents à l'éthique professionnelle. D'un point de vue éthique, bien qu'elles ne soient pas toujours explicites, les valeurs professionnelles permettent de porter des jugements cohérents avec l'identité de la profession et d'orienter les décisions cliniques des professionnels dans le contexte de leur pratique, plutôt que d'appliquer automatiquement des règles de conduite normatives ou procédurales prédéterminées qui ne tiennent pas compte des facteurs contextuels. En ce sens, les valeurs contribuent au raisonnement éthique des physiothérapeutes, en informant leurs choix et en les orientant vers des décisions qui sont cliniquement et éthiquement significatives pour eux et pour leurs patients (Jensen et Greenfield, 2012).

Au final, les valeurs professionnelles occupent une place nécessairement centrale dans l'exploration des défis rencontrés par les physiothérapeutes et de la dimension éthique de leur travail. La difficulté pour les professionnels d'actualiser certaines valeurs professionnelles en pratique peut d'ailleurs être à l'origine de tensions éthiques vécues dans leur travail.

Les tensions éthiques dans les professions de la santé et en physiothérapie

Dans cette thèse, les termes « enjeux éthiques » et « tensions éthiques », pour désigner ces moments éthiques où des valeurs sont compromises, sont employés comme des concepts similaires. Le terme « enjeu éthique » est souvent employé pour désigner de façon assez large des situations qui mettent en jeu des questionnements éthiques et où l'agir éthique doit être soupesé (Beauchamp et Childress, 2013). La notion de « tension éthique » a quant à elle été plus spécifiquement mise de l'avant dans le domaine des sciences infirmières (Jameton, 1984), puis reprise dans le domaine de la réadaptation par Karin Opacich et Anne Kinsella (Kinsella, Park, Appiagyei, Chang et Chow, 2008; Opacich, 1997). Selon Kinsella et collaborateurs, Jameton utilisait cette expression pour englober trois types de problématiques éthiques distinctes soit : l'incertitude éthique, la détresse éthique et le dilemme éthique. Ainsi, le terme « tension éthique » est utilisé par ces auteurs comme un terme général englobant un spectre plus large de problématiques éthiques, un peu comme le désigne l'expression « enjeu éthique ». Dans cette thèse, j'ai choisi d'employer l'une ou l'autre des expressions (tension éthique ou enjeu éthique) de manière interchangeable lorsque j'aborde ces notions.

La difficulté pour les professionnels d'actualiser leurs valeurs professionnelles en pratique peut être à l'origine de tensions éthiques vécues dans leur travail. Ces tensions surviennent lorsque les professionnels constatent un écart entre ce qu'ils peuvent faire dans une situation donnée et ce qu'ils aimeraient pouvoir faire (Kinsella et al., 2008). Elles peuvent également se manifester lorsque certaines valeurs entrent en conflit et qu'il semble difficile de les réconcilier ou lorsque le professionnel est incertain de la conduite éthique à tenir (Cohen et Erickson, 2006). Les tensions éthiques sont souvent ressenties comme un inconfort moral ou un malaise créant une sensation de tiraillement chez les professionnels (Bushby, Chan, Druif, Ho et Kinsella, 2015).

Le climat éthique dans lequel les professionnels de la santé pratiquent actuellement est de plus en plus complexe, ce qui leur impose des défis notables sur le plan éthique (Kinsella et al., 2008; Swisher et Page, 2005). Les tensions éthiques chez les professionnels de la santé surviennent ainsi dans des contextes où certains obstacles ou enjeux (ex. : limites à l'autonomie professionnelle, contexte interdisciplinaire, contexte légal, financement des soins)

les limitent ou les interrogent sur la meilleure conduite à adopter (Bushby et al., 2015; Swisher et Page, 2005). À titre d'exemple, dans le domaine des sciences infirmières, les éléments liés à la rareté du personnel, à la compétence des professionnels et de l'équipe en place, au soutien offert par les pairs et par le milieu, aux tâches administratives à compléter et au rationnement des ressources ont été identifiés comme étant à l'origine de tensions éthiques (Cohen et Erickson, 2006; Varcoe et al., 2004). En ergothérapie, Kinsella et ses collaborateurs ont mis en lumière la difficulté pour des étudiants en ergothérapie de maintenir un équilibre entre le fait de rester fidèles et cohérents envers leurs valeurs et le fait de négocier avec les pressions et les exigences du système de santé lors de leurs expériences de stage (Kinsella, Phelan, Lala et Mom, 2014). Des constatations similaires ont également été faites à la suite d'entrevues réalisées auprès d'ergothérapeutes québécois (Drolet et Maclure, 2016). Le domaine de la physiothérapie ne fait pas exception. Alors qu'il y a quelques années, plusieurs études portant sur les tensions éthiques vécues par les physiothérapeutes décrivaient des considérations éthiques plutôt microsystemiques et s'attardaient davantage à la relation thérapeute-patient (ex. : consentement éclairé, pratique centrée sur le patient, collaboration professionnelle, etc.) (Swisher, 2002), les éléments systémiques et les contextes de soins dans lesquels travaillent ces professionnels sont de plus en plus identifiés comme des facteurs clés contribuant aux difficultés d'actualisation des valeurs (Carpenter et Richardson, 2008; Swisher, 2002). D'ailleurs, Purtilo discutait déjà, en 1998, des difficultés associées au manque de ressources et à l'instauration de protocoles de soins en santé (*managed care*) dans le travail des physiothérapeutes, entraînant des enjeux liés à l'équité dans les soins (Purtilo, 1988). De nombreux auteurs ont également mis de l'avant les conflits que peuvent créer les structures de financement et de remboursement en physiothérapie (Stiller, 2000; Swisher et Page, 2005), et se sont interrogés sur leur impact sur la qualité des soins pour les patients (Emery, 1993; Kulju, Suhonen et Leino-Kilpi, 2013). Jensen et Greenfield (2012) ont eux aussi plaidé pour l'importance de s'attarder au rôle de l'éthique dans le contexte actuel de privatisation des soins, de manque de ressources et de complexité dans les décisions cliniques en physiothérapie (Jensen et Greenfield, 2012). Ces constats dans le domaine de l'éthique appellent ainsi à soupeser et à mieux comprendre l'influence des systèmes et des organisations sur le comportement des professionnels et dans la survenue de conflits de valeur dans les soins (Kinsella et al., 2014).

Or, à l'heure actuelle, alors que plusieurs écrits théoriques discutent de l'importance de l'environnement institutionnel et du contexte de pratique dans la survenue des tensions éthiques chez les physiothérapeutes (Geddes, Finch et Graham, 2005; Geddes, Wessel et Williams, 2004; Kornblau et Burkhardt, 2012; Purtilo et Doherty, 2011; Swisher et Page, 2005), très peu d'études empiriques se sont réellement attardées à l'influence des contextes de soins spécifiques sur la survenue d'enjeux éthiques en physiothérapie (Finch, Geddes et Larin, 2005; Greenfield, Anderson, Cox et Tanner, 2008; Kulju et al., 2013; Praestegaard et Gard, 2013). Deux recensions de la littérature portant sur les publications en éthique en physiothérapie de 1970 à 2007 supportent d'ailleurs ce manque d'évidences en la matière (Carpenter et Richardson, 2008; Swisher, 2002). Qui plus est, aucun des écrits documentés n'aborde la question des tensions éthiques sous l'angle des soins offerts aux travailleurs blessés. C'est suivant cette optique que cette thèse cible et explore deux contextes de pratique particulièrement propices à la survenue de tensions éthiques chez les physiothérapeutes : 1) la pratique de la physiothérapie en clinique privée et 2) la pratique impliquant des tiers payeurs – et plus spécifiquement les commissions d'indemnisation du travail. Chacun de ces contextes est décrit plus en détail ci-après.

2.1.2 Dimension éthique soulevée par le contexte de pratique de la physiothérapie au privé

En 2015, 49% des physiothérapeutes canadiens travaillaient dans le milieu public (Canadian Institute for Health Information, 2015) et pratiquaient dans les hôpitaux, les centres hospitaliers de longue durée, les centres locaux de services à la communauté ou encore les centres de réadaptation. Ces physiothérapeutes sont des salariés de l'état et ils offrent des soins aux clientèles desservies par leur établissement en accord avec les modèles de soins établis dans leur milieu, modèles qui sont entérinés au niveau provincial. Dans le milieu public, les patients ne paient pas les coûts associés à leurs traitements de physiothérapie qui sont financés via l'imposition de la population. La pratique de la physiothérapie en clinique privée diffère considérablement sur ces deux points. En effet, en pratique privée, les physiothérapeutes sont des travailleurs autonomes ou des employés de la clinique. Leur rémunération provient des frais déboursés par les patients pour recevoir des traitements. Les frais de traitement ainsi que

les modèles et modalités de soins sont déterminés par le physiothérapeute lui-même et/ou par la clinique qui l'engage. Les frais de traitement sont payés directement par le patient ou par l'entremise de tiers payeurs comme une assurance privée ou une commission d'indemnisation du travail.

Certains aspects inhérents à la pratique privée sont à considérer plus particulièrement. À titre d'exemple, l'offre de soins de physiothérapie en clinique privée présente une tension inévitable entre l'objectif de faire un profit (logique marchande) et le fait d'offrir les meilleurs soins possibles aux patients (logique professionnelle). Bien que ce puisse être le cas dans le milieu public, le contexte de la pratique privée est particulièrement propice ou vulnérable au rationnement des ressources afin de maintenir les frais d'exploitation des cliniques relativement bas et stables, tout en s'assurant de maximiser les profits. Ces éléments pourraient ainsi s'avérer favorables à la survenue de tensions éthiques singulières pour les professionnels. Sur ce point, déjà en 1996, Triezenberg avait identifié des enjeux éthiques relatifs aux relations d'affaires et aux facteurs économiques dans l'offre de soins de physiothérapie. Les enjeux identifiés touchaient notamment le choix de frais appropriés pour les soins, la publicité, la facturation de matériel, l'implication des physiothérapeutes dans des relations d'affaires pouvant nuire aux patients et la fraude lors de la facturation des soins (Triezenberg, 1996). L'auteur mentionnait d'ailleurs que les éléments économiques liés à la pratique privée apportaient des questionnements sérieux relatifs à l'autonomie des patients, à l'utilisation des services et à l'équité dans l'offre de soins (Triezenberg, 1996). Par ailleurs, l'influence du contexte de pratique de la physiothérapie en milieu privé sur la survenue de tensions éthiques chez les physiothérapeutes n'a pas été clairement dépeint dans les écrits scientifiques (Carpenter et Richardson, 2008). Alors que la proportion des physiothérapeutes travaillant dans le secteur privé était inférieure à 43% en 2007, elle était de 51% en 2015 (Canadian Institute for Health Information). Ainsi, l'accroissement récent du secteur de soins privés en physiothérapie justifie d'autant plus une meilleure compréhension des enjeux spécifiques associés à ce type de pratique. à travers

L'auteure de cette thèse a donc réalisé une recension des écrits avec les professeurs Marie-Josée Drolet, éthicienne et ergothérapeute, et Bryn Williams-Jones, bioéthicien, qui visait à

identifier les enjeux éthiques rencontrés par les physiothérapeutes travaillant en pratique privée et à recenser les recommandations permettant d'atténuer ces enjeux. Les méthodes employées pour réaliser cette recension ainsi que les résultats sont présentés ci-après, par l'entremise de l'article de thèse numéro 1.

Article 1: Ethical Issues Raised by Private Practice Physiotherapy Are More Diverse than First Meets the Eye: Recommendations from a Literature Review

Cet article a été soumis à la revue *Physiotherapy Canada* le 4 février 2014, accepté pour publication le 21 juillet 2014, publié en ligne en octobre 2014 et en édition papier au mois d'avril 2015. L'étudiante a réalisé la recension des écrits et les deux premières auteures ont travaillé conjointement à l'analyse des enjeux éthiques contenus dans les textes recensés. L'étudiante a rédigé l'article en entier avec la collaboration de Marie-Josée Drolet. Bryn Williams-Jones a commenté le travail d'analyse réalisé, fournit des idées conceptuelles à propos de l'organisation des résultats et a révisé les itérations du manuscrit jusqu'à sa forme finale.

Référence bibliographique :

Hudon, A., Drolet, M.-J. and Williams-Jones, B. (2015) Ethical Issues Raised by Private Practice Physiotherapy Are More Diverse than First Meets the Eye: Recommendations from a Literature Review, *Physiotherapy Canada*, 67, 2, 124-132.

L'article est reproduit ici avec l'autorisation de la revue *Physiotherapy Canada*. Le format de présentation du manuscrit est conforme aux exigences de cette revue.

Authors

Anne Hudon, MSc, PT;^{*†} Marie-Josée Drolet, PhD, OT;[‡] Bryn Williams-Jones, PhD^{§¶}

Affiliations

*Rehabilitation Sciences Program, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal;

†Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montréal, Montréal;

‡Department of Occupational Therapy, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières;

§Bioethics Program, Department of Social and Preventive Medicine, Université de Montréal;

¶Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal.

Correspondence to: Anne Hudon, Programme de Science de la réadaptation, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal, QC H3C 3J7; anne.hudon@umontreal.ca

Contributors: Anne Hudon and Marie-Josée Drolet designed the study and collected the data. All authors analyzed and interpreted the data; drafted or critically revised the article; and approved the final draft.

Competing Interests: None declared.

Anne Hudon is supported by a doctoral fellowship from the Fonds de recherche du Québec – Santé and the MENTOR program in collaboration with the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and the Quebec Research Rehabilitation Network. Marie-Josée Drolet's research is supported by institutional funds from the Université du Québec à Trois-Rivières. Bryn Williams-Jones's research is supported by funds from CIHR and the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada. Financial support for this work was also received from Dominion of Canada General Insurance, administered by the Physiotherapy Foundation of Canada.

Abstract

Purpose: Physiotherapy in private practice differs from physiotherapy practised in a public setting in several ways, the most evident of which is the for-profit nature of private physiotherapy clinics; these differences can generate distinct and challenging ethical issues. The objectives of this article are to identify ethical issues encountered by physiotherapists in private practice settings and to identify potential solutions and recommendations to address these issues. **Method:** After a literature search of eight databases, 39 studies addressing ethical issues in a private practice context were analyzed. **Results:** A total of 25 ethical issues emerging from the included studies were classified into three main categories: (1) business and economic issues (e.g., conflicts of interests, inequity in a managed care context, lack of time affecting quality of care); (2) professional issues (e.g., professional autonomy, clinical judgment, treatment effectiveness, professional conduct); and (3) patients' rights and welfare issues (e.g., confidentiality, power asymmetries, paternalism vs. patient autonomy, informed consent). Recommendations as to how physiotherapists could better manage these issues were then identified and categorized. **Conclusions:** The physiotherapy community should reflect on the challenges raised by private practice so that professionals can be supported – through education, research, and good governance – in providing the best possible care for their clients.

Keywords: ethics; physical therapy specialty; private practice; private sector; professional ethics.

Introduction

For Canadian physiotherapists, private practice (PP) is an important site of business interactions and a major employer. In Quebec, “from 1991 to 2006, the number of physiotherapists tripled in private practice,”^{1(p.1)} and in 2011, 43% of all practising physiotherapists across Canada were employed in PP.² This workplace reality creates a host of ethical issues for physiotherapists, and although some of these issues may be common to both public and private settings (e.g., maintaining confidentiality, dealing with scarce resources), others are specific to PP. The most evident difference is the for-profit nature of private physiotherapy (PT) clinics:³ The legitimate profit motive can influence private clinics to promote or even institutionalize certain behaviours that may go against the primary interests of patients, thus creating troubling conflicts of interest for health professionals and managers.⁴⁻⁷ For example, unlike physiotherapists working in the public sector who are paid a salary (based on an hourly rate), those in PP are most often paid according to the number of clients they see per day (i.e., a set amount per client). This payment structure can push physiotherapists in PP to find ways of keeping clients longer (i.e., for more sessions), seeing them more frequently, or treating more clients at the same time so as to ensure more stable revenue for the clinic and, by extension, their own professional income.

Because the volume of patients seen in private PT clinics also depends on referrals from physicians, other health care professionals, and third-party payers, physiotherapists in PP may have an interest in establishing special arrangements with physicians (e.g., priority referral in exchange for financial or non-financial favours), cherry picking (choosing “easy” clients, such as younger people with sports injuries, over those with multiple problems who generally require more treatment time), or aggressive marketing practices to stand out from the competition (e.g., overstating or even misrepresenting professional status or training).⁷⁻⁹ Physiotherapists in PP also have to deal with significant time pressures, often seeing more clients per day and thus working with tighter treatment schedules and less time per client than their colleagues in public settings.¹⁰ As a result, they may feel conflicted between offering the best treatment according to their client’s condition (case history, education, treatment) and respecting their work schedule.

Surprisingly, even though these ethical issues could have an impact on the quality of care for patients, there has been relatively little discussion in the professional PT community, and little published research, on the ethical issues that arise in PP.¹¹⁻¹³ For example, although publications in the grey literature have identified important ethical issues encountered in PP, these have not been the subject of in-depth exploration in the scientific literature. Furthermore, an examination of the 2014 disciplinary decisions by the Quebec College of Physiotherapists showed that the majority concerned physiotherapists working in the private sector.¹⁴ It seems clear that “the impact of the institutional environment on generating ethical issues and on practitioners’ management of them [has] not [yet] been systematically investigated.”^{12(p.373)} Because PT practice in the private sector differs in some important ways from that in the public sector and the current literature has not specifically highlighted the issues encountered by physiotherapists in the private sector, we decided to explore the ethical issues particular to this workplace setting. We thus sought to answer these questions: “What are the ethical issues encountered by physiotherapists in PP settings?” and “What are the main recommendations proposed in the literature to manage these issues?”

Before embarking on an empirical study on this topic, we decided to explore these questions through a comprehensive literature review that included articles in both peer-reviewed and professional journals. We aimed, first, to identify and classify the ethical issues encountered by physiotherapists in PP settings and, second, to synthesize recommendations that can stimulate reflection on how physiotherapists can manage these ethical issues. This study therefore constitutes the first step in improving our understanding of private institutional influence on the ethical issues experienced by physiotherapists working in the private sector.

Methods

Our literature search took place between August 5 and August 20, 2013, using eight databases: CINAHL, Medline, PubMed, PsycINFO, SportDiscus, ERIC, EM|Premium, and MANTIS; each was searched from the oldest journal issue available up to August 20, 2013. Keywords – in English and French – were combined in various ways to identify the most pertinent publications related to the subject of our literature review. Because our goal was to retrieve publications related to ethical issues in the PP context, we used three broad keyword

categories: (1) ethics and professionalism, (2) PT and rehabilitation, and (3) PP sector (Annexe 1). Articles retrieved from the databases had to meet all of the following criteria to be included in the sample: refereed or non-refereed publication; published in either English or French; and specifically discussing ethical issues encountered by physiotherapists in PP. All articles that met these criteria were included regardless of year of publication. We included non-refereed publications (e.g., those published in professional journals) because many discussed relevant ethical issues not included in previous literature reviews.^{12,13} We also included all relevant publications that were not identified by our database search but that appeared in the reference lists of articles retrieved by the search, provided that they met our inclusion criteria (i.e., a snowball technique).

The initial sample included 177 scientific articles, editorials, letters to the editor, commentaries, and articles in professional magazines; of these, we retained for analysis 39 publications that specifically addressed ethical issues experienced by physiotherapists in PP.^{7-9,15-50} Books and chapters dedicated to applied ethics in general PT practice were excluded because they did not specifically address ethical issues encountered in PP. We also excluded publications that discussed strictly legal issues (e.g., negligence, corporate law), as well as master's and doctoral theses.

Hermeneutic analysis

Two of the authors (AH, MJD) analyzed the 39 publications in the sample. We first used a broad and descriptive analysis to identify ethical issues explicitly mentioned in the sample (e.g., the text overtly mentioned confidentiality issues concerning patient information disclosed to third parties). For this analysis, we defined an ethical issue as any situation in which an ethical tension was created in the physiotherapist's practice – for example, a conflict of values, beliefs, or norms; uncertainty as to the appropriate ethical action to take; or distress arising from an inability to act in a way that met the professional's (or the profession's) ethical standards.⁵¹ Second, we used a hermeneutic method of semantic analysis,⁵² supported by a reading grid to facilitate classification, to identify issues that were not explicitly described as relating to ethics but that could nonetheless fall into that category (e.g., we classified a mention of physiotherapists' feeling conflicted about which roles to adopt toward an insurer

and a patient as a dual-agency issue). Following Triezenberg's¹¹ classification, we grouped the ethical issues we identified into three broad categories: (1) business and economic issues, (2) professional issues, and (3) patients' rights and welfare issues. We chose Triezenberg's classification because it is based on empirical research in PT and because it well represents the distinction between professional and institutional issues.

To meet the second objective of this study, we also identified and synthesized the recommendations made by the authors of the included publications on how to better manage the ethical issues encountered by physiotherapists working in PP.

Results

Description of the sample

Table 1 shows the types of publications retained for the study. The large majority (32 of 39, or 82%) appeared in professional journals or magazines; only 7 (18%) were peer-reviewed articles in academic journals. All were published between 1987 and 2013; 28 (72%) were published after 2003.

Table 1: Results of literature search

Publication type	No. (%)
Peer-reviewed journal	
Scientific article	7 (18)*
Professional magazine	
Letter to the editor	16 (41)
Case study or educational story	16 (41)
Total	39 (100)

*Includes 5 empirical and 2 theoretical articles.

Of the 39 publications, 34 had U.S. authors, including 2 peer-reviewed theoretical articles. Of the 5 empirical peer-reviewed articles, 3 were written by Danish authors, 1 by a group of Australian researchers, and the other by two Canadian researchers; 4 were qualitative studies

using semi-structured interviews with physiotherapists, and the last was a case example of an ethical issue arising in the context of private PT practice.

Identification and classification of ethical issues

Our analysis identified 25 different ethical issues, which we have classified into Triezenberg’s three categories:¹¹ (1) business and economic issues, (2) professional issues, and (3) patients’ rights and welfare issues (Table 2).

Table 2: Ethical issues encountered by physiotherapists in private practice

Classification	No. of studies
Business and economic issues	
Conflicts of interest ^{7-9,16,17,24,31,35-39,41-43,46,47,49,50}	20
Self-referral and autonomy of choice for patients in the context of clinics owned by physicians ^{7,28-34,39-42,44,45,47-50}	18
Cherry-picking and inequity of care ^{8,35,36,38,50}	5
Care provision in a managed care environment ^{20,37,38}	3
Misuse of resources ^{20,24,38}	3
Lack of time affecting quality of PT services ^{35,36}	2
Dual agency (between patients and third-party payers) ^{16,36}	2
Lack of competencies regarding issues related to third-party payers ³⁷	1
Product sales ⁴⁶	1
Return of profits from private clinics to physiotherapists ⁴⁹	1
Professional issues	
Advocacy for the autonomy of the profession ^{28,32,33,39,41,49,50}	7
Professional judgment versus authority ^{17,20,26}	3
Professional uncertainty about treatment effectiveness ^{37,38,46}	3
Breach of professional conduct (whistleblowing) ^{18,23}	2
Professional integrity issues ^{9,25}	2
Rights and duties of physiotherapists versus PT assistants ^{25,36}	2
PT care provided by non-physiotherapists ^{29,40}	2

Competition between colleagues ³⁶	1
Patients' rights and welfare issues	
Confidentiality of patients' information ^{16,19,21,22,35,37}	6
Power asymmetries between physiotherapists and patients ^{9,35,36,46}	4
Cultural issues (values and beliefs conflicts) ³⁵⁻³⁷	3
Patient advocacy in a context of scarce resources ^{16,37,38}	3
Paternalism vs. patient autonomy ^{15,36}	2
Patients' informed consent ^{15,35}	2
Intimate or business relations with patients ^{27,37}	2

PT = physiotherapy.

Almost half of the ethical issues we identified (10 of 25 issues) fell into the category of business and economic issues; the professional issues category accounted for 8 issues, and the patients' rights and welfare issues category for the remaining 7.

The business and economic issues category (10 of 25 issues) encompasses the ethical issues most frequently discussed in our sample: conflicts of interest (20 publications) and self-referral and autonomy of choice for patients (18 publications). In the situations discussed in our sample, conflicts of interest usually pitted the financial interests of the clinic owners against the best or most appropriate care for clients; however, physiotherapists also experienced conflicts of interest when a third party tried to restrain the costs of treatment and physiotherapists did not know whose side to take. Self-referral in PT clinics owned by physicians was also identified as an ethical issue dividing professionals, some of whom agreed that these practices could harm patient autonomy and others of whom considered it the way to keep generating business. How to behave and practice in the context of a managed care environment when resources are limited was also identified as a source of ethical concern. Other significant ethical issues in this category were lack of time (affecting treatments and charting); dual-agency issues (i.e., role conflicts involving duties toward employer, third-party payer, and client); product sales (e.g., what to sell and how to sell it); and cherry picking for the nicer, easier, and richer patients. Notably, 8 of 39 publications (20%) mentioned third-party payers in care management.^{8,16,17,20,35-38}

The professional issues category consists of issues related to how to act as a professional physiotherapist and the ethical tensions experienced in this context (8 of 25 issues). Examples included the autonomy of the PT profession (e.g., should only physiotherapists be entitled to own PT clinics? Should direct access in PT be available in all contexts, especially when physicians and third-party interests are involved?), professional judgment versus authority (e.g., should physiotherapists listen to their own clinical judgment or to the advice of their employer?), uncertainty about treatment effectiveness and the best approach to care, integrity at work, and whistleblowing. Some issues in this category were also related to inter-professional interactions, including challenges such as rights and duties of PT assistants versus physiotherapists, PT care provided by non-physiotherapists, and competition between colleagues.

Finally, the patients' rights and welfare issues category addressed patients' vulnerability and their right to be treated with care and respect (7 of 25 issues). Examples are confidentiality of patient information, power asymmetries between physiotherapists and their patients, difficulty dealing with differences and conflicts in cultural values and beliefs (e.g., a patient who does not want to be treated by a female physiotherapist for religious reasons), the dilemma of advocating or not for patients in the context of scarce resources, the decision to behave in paternalistic versus collaborative ways with patients, the issue of informed consent in a context in which time is lacking, and intimate and business relationships with patients.

Identification and classification of recommendations

We identified numerous recommendations on ways for physiotherapists in PP to manage potential ethical issues. Two authors (AH, MJD) grouped these recommendations into three broad categories (in order of decreasing frequency): (1) education and research and training, (2) clinical practice, and (3) legal and governance (Table 3, page 47).

Table 3: 12 Recommendations concerning ethical issues in physiotherapy private practice

Recommendations	No. of studies
Education and research and training	
Improve physiotherapists' training about ethical issues ^{7,20,35,43,50}	5
Implement mentorship activities between senior and junior physiotherapists ^{36,37,43,49}	4
Implement continuous postgraduate ethics training ^{36,49}	2
Gain more empirical knowledge about physician-owned physical therapy services ³⁴	1
Expand the ethical debate beyond the legality or deontology of the ethical issues presented ¹⁵	1
Clinical practice	
Diminish paternalism toward patients and explore other possibilities (informed consent, patient-centred approaches, etc.) ^{7,15,35}	3
Improve physiotherapists' patient advocacy (especially with third-party payers) and secure patients' access to PT services ^{7,16,38}	3
Establish collaboration between private clinics to share expertise and improve care for complex patients ^{36,37}	2
Discuss product sales in clinics; do not allow physiotherapists to profit from sales ⁴⁶	1
Legal and governance	
Implement obligatory supervision modalities by external firms to facilitate respect of codes of ethics ^{16,37}	2
Strengthen laws dealing with self-referral ^{7,50}	2
Create a code of ethics specific to private practice ¹⁶	1

Twelve broad recommendations were proposed by the authors in our sample. About one-quarter of the publications (10 of 39) made five recommendations pertaining to education and research and training. Authors recommended that training programs better educate future physiotherapists on conflicts of interest and ethical issues in PP and on the various impacts

that these can have on future practice.^{7,20,35,43,50} Some authors suggested offering more continuing education courses to physiotherapists to facilitate learning after completion of undergraduate or graduate professional curricula,^{36,49} and others proposed a mentoring approach between experienced and novice physiotherapists.^{36,37,43,49} Osterhues³⁴ recommended more empirical research to evaluate the impact of physician-owned PT clinics on quality of care and patient autonomy. Delany¹⁵ advised that discussions in PT ethics expand beyond the all-too-common legal and deontological analysis of issues to include the more conceptual and theoretical foundations of ethics as applied to the challenges arising in PT education.

One-fifth of the publications in our sample (8 of 39) also discussed four clinical practice recommendations. This category includes recommendations targeting specific ethical issues encountered in PP settings. For example, 3 publications mentioned the importance of improving physiotherapists' capacity for advocating for patients when third-party payers or financial constraints place patients at risk of having restrained access to PT services or to good-quality treatment.^{7,16,38} Also, to lessen the cherry-picking effect of PP and to facilitate the uptake of more complex patients in the private setting, Praestegaard and Gard³⁷ proposed that private clinics share their expertise and create networks of practice dedicated to treating more complex patients. Finally, Tumolo⁴⁶ recommended that the sale of products in PT clinics be better regulated and that physiotherapists not be able to profit from such sales.

The third category consists of legal and governance recommendations to decrease the occurrence of ethical issues in PP (4 of 39 publications). Kaiser and Brown¹⁶ argued for a specific code of ethics for rehabilitation professionals working in PP and for better external oversight of PT clinics. Others recommended strengthening legislation regarding self-referrals in private PT clinics in Canada and the United States.^{7,50}

Discussion

Through an analysis of the literature on the ethics of PT in PP, our study aimed to identify the ethical issues encountered and to highlight recommendations for addressing these issues. Many ethical challenges encountered in PP and presented in Table 2 also likely exist in public

settings: Power asymmetries, patient autonomy, treatment effectiveness, whistleblowing, and intimate or business relations with patients, for example, have all previously been described in the PT literature, independent of institutional setting.^{12,53} However, our synthesis identified other interesting and noteworthy ethical issues relating to the profession that are likely to arise in both public and private settings: the rights and duties of physiotherapists versus PT assistants, PT care provided by non-physiotherapists, and competition between colleagues for patients. These issues are of particular interest for the profession and point to a different vision of ethics from the traditional therapist–patient relationship. Relations between professionals working within the same profession – in this case, physiotherapists, rehabilitation therapists (only in Québec), and PT assistants – can be a source of substantial ethical tension and can disturb the ethical climate of the workplace.⁵⁴ These ethical issues have not yet been extensively investigated in the literature and should receive more attention because they compromise the quality of the PT services offered to patients. To help the PT field better understand such issues, future research could investigate the relations between members of the same profession (e.g., work relations among PT assistants, rehabilitation therapists, and physiotherapists) in different working environments (e.g., public vs. private settings) and their impact on working climate and patient care.

Moreover, given that business and economic issues were those most widely represented in our literature review, it is reasonable to assert that the institutional environment makes a significant difference in the types of ethical issues that physiotherapists encounter in practice.¹² In a recent article on ethics in PT, Dawson and Sim⁵⁵ advocated for physiotherapists to take a broader focus than the traditional micro-level perspective of the therapist–patient relationship (e.g., confidentiality, informed consent). We agree with their perspective and recommend that the profession continue exploring the organizational issues – institutional, political, economic, business, and social – that can have a major impact on the work of physiotherapists. The prevalence of concerns about institutional, economic, and business ethics issues in the publications we reviewed shows that researchers and professionals are starting to pay attention to these meso- and macro-level ethical challenges in PT.

Our findings demonstrate that institutional and economic ethical issues exist in the PP context that can pose serious challenges to physiotherapists; as such, these challenges should be more thoroughly investigated. Conflicts of interest, self-referral and cherry-picking practices, lack of time affecting quality of care, dual agency, and product sales are all weighty and substantial ethical issues that can have a major impact on the quality of PT service and on the profession's image and public trust. These issues are more salient in the private sector and should be acknowledged and discussed by PT professionals employed and involved in PP. For example, PT researchers could deepen their exploration of issues of conflicts of interest and self-referral practices in PP by trying to measure their prevalence, severity, and potential impact on PT services and care. Furthermore, the economic incentives unique to PP should be more closely examined in relation to quality of care for different patient populations. Situations involving managed care and dual agency, such as when a third-party payer is involved (e.g., automobile insurance or workers' compensation), should also be more thoroughly explored.⁵

The recommendations related to fostering a better understanding of ethical issues in PP and in PT in general (e.g., improving university ethics curricula, creating postgraduate continuing education courses, and facilitating mentorship between professionals) support previous findings in PT publications.^{56,57} Some studies have demonstrated that ethics training can help PT students and novice professionals to improve their ethical reasoning and decision-making skills in practice.⁵⁸⁻⁶⁰ Canadian PT programs could and should incorporate new knowledge about particular issues encountered in PP settings to help students better recognize, evaluate, and deal with these issues. For example, the first step toward avoiding conflicts of interest is to be able to recognize them; then, with support and reflection, a professional can evaluate the risk and determine an appropriate management strategy.

Knowledge of ethical theories could also help professionals better recognize and evaluate ethical issues encountered in their practice,⁶¹ but theoretical ethics knowledge is rarely mobilized in scientific and professional publications discussing ethical issues in PP.⁶² We believe that increasing teaching about ethical theories and frameworks in university programs could facilitate PT students' and professionals' understanding of what is an ethical issue and how such issues can be resolved or dealt with. Teaching PT students and professionals

different ways of approaching ethical issues using the lenses of deontology, utilitarianism, and virtues ethics (normative approaches), for example, as well as considering the values of the different stakeholders involved in any situation, could improve their ethical reasoning when faced with new ethical challenges.⁶² However, current ethics teaching in Canadian PT programs has certain limitations,⁶³ notably an all-too-common reduction of ethics to law or professional deontology, and the same is true of continuing education for practising physiotherapists. In addition to improving ethics education for both PT students and practitioners, we need to evaluate the impact of students' and professionals' theoretical backgrounds on the recognition and resolution of ethical issues in the field. Continuous training programs, whether within institutions or provided by professional organizations, could also incorporate reflection on and discussion of theoretical ethics knowledge and PP issues in their curricula.

The sample analyzed in our study consisted mostly of publications in professional magazines (32 of 39). This is an interesting finding because it shows that physiotherapists are involved with and participate in debates relating to important ethical issues in their practice. We believe that ethical questions should be discussed outside the context of scientific publications and so incorporate the voice of practicing physiotherapists. Fostering discussion about ethical issues in national or provincial professional journals, and encouraging practicing physiotherapists to contribute to these public forums, could help to advance knowledge and understanding of these issues. This study constitutes an opportunity to acknowledge that some clinicians are already taking part in ethical dialogue.

However, there are still few peer-reviewed articles specifically addressing ethical issues experienced by physiotherapists in PP (only 7 of 39 publications). New studies on professional ethics should more specifically target those ethical issues that are most closely related to this particular setting and that can have severe consequences for patients and for the profession if not addressed appropriately. As noted in our results, most peer-reviewed articles were written by U.S. authors, and only one had Canadian authors. The PT context in the United States differs from those of many other countries in that it is mostly based on managed care services and is almost entirely privatized. Given the particularities of the Canadian system and the fact

that almost half of all physiotherapists work in a private setting,² Canadian physiotherapists and researchers should participate more actively in advancing research about the specific ethical issues encountered in the PP sector in Canada. Policymakers should promote up-to-date PT research aimed at exploring the nature, prevalence, and impact of ethical issues encountered by physiotherapists in PP to find new strategies and solutions to better support practitioners.

Limitations

Although our study sheds light on important issues for physiotherapists working in PP, it also has several limitations. Because of the complex and variable nature of publications dealing with ethical issues in PT, it is possible that we missed some in our literature search. Also, we are aware that other publications have explored ethical issues in PT in general and that some of these incorporate issues for physiotherapists in public as well as PP settings; we did not include such general publications in our sample, however, because of the difficulty of separating out those issues specifically related to the institutional setting (public vs. private). Moreover, many of the publications appeared in U.S. PT professional magazines, and although they constitute important sources of ethical issues encountered in PP, their inclusion creates two limitations. First, because these publications are not consistently available in journal databases, our database searches may have failed to retrieve some professional publications targeting ethical issues. However, because our study was not intended as a scoping review of the evidence, this limitation is less significant. Perhaps more important, professional magazines from Canada and other countries (e.g., Australia, Denmark) are not indexed at all in the databases searched and therefore were not included in our study. It would be interesting for future work to analyze publications from professional magazines in Canada and elsewhere to see whether other ethical issues were raised besides those identified in our study.

Conclusion

This study demonstrated that physiotherapists working in PP settings encounter numerous ethical issues. Business and economic issues were found to create diverse and serious ethical challenges for physiotherapists working in the private sector. Almost half of physiotherapists work in this sector in Canada; the authors of the publications in our sample thus argue for a

more comprehensive ethics teaching curriculum in PT, and using more specific examples related to the PT profession in the PP sector, to better prepare students for their future work environments. The Canadian and international PT community should further reflect on the specific challenges related to working in PP if they are to ensure that physiotherapists can continue to provide the best and most professional care possible for their patients.

Key Messages

What is already known on this topic

In 2011, 43% of all working physiotherapists in Canada were employed in PP settings. This workplace reality creates a host of ethical issues for physiotherapists, and although some of these issues may be common to both public and private settings (e.g., maintaining confidentiality, dealing with scarce resources), others might be specific to PP. There has been relatively little discussion in the professional PT community on the ethical issues that arise in PP, nor has the scientific literature explored these issues in any depth.

What this study adds

This study showed that the institutional environment has a significant impact on generating ethical issues in the PT profession. Almost half of the ethical issues found in the publications analyzed in this literature review (10 of 25) are listed in the business and economic issues category that can be linked to the PP sector. Conflicts of interest and self-referral were the two most frequent issues identified in the publications analyzed, along with cherry-picking practices, lack of time affecting quality of care, dual agency, and product sales. These are all weighty and substantial ethical issues that can have a major impact on the quality of PT service and on the profession's image and public trust. These issues are more salient in the private sector and should be acknowledged and discussed by PT professionals employed and involved in PP. Only one peer-reviewed article discussing ethical issues in PP was written by Canadian authors.

References

1. Service Canada. Physiotherapists [Internet]. Ottawa: Service Canada; 2013 [updated 2003 Sep 3; cited 2013 Dec 16]. Available from:
http://www.servicecanada.gc.ca/eng/qc/job_futures/statistics/3142.shtml.
2. Canadian Institute for Health Information. Physiotherapists workforce, 2012 [Internet]. Ottawa: The Institute; 2012 [cited 2013 Dec 12]. Available from: <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/Theme/spending+and+health+workforce/cihi010658>.
3. Himmelstein DU, Woolhandler S. Privatization in a publicly funded health care system: the U.S. experience. *Int J Health Serv.* 2008;38(3):407–19.
<http://dx.doi.org/10.2190/HS.38.3.a>. Medline:18724573
4. O’Loughlin MA. Conflicting interests in private hospital care. *Aust Health Rev.* 2002;25(5):106–17. <http://dx.doi.org/10.1071/AH020106>. Medline:12474506
5. Laliberté M, Hudon A. Do conflicts of interest create a new professional norm? Physical therapists and workers’ compensation. *Am J Bioeth.* 2013;13(10):26–8.
<http://dx.doi.org/10.1080/15265161.2013.828120>. Medline:24024803
6. Laliberté M, Hudon A. La difficile interaction entre les physiothérapeutes et les agents payeurs québécois: une analyse éthique médiatique. *Éthique Santé.* 2014;11(2):91–9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.etiqe.2013.12.001>.
7. Saporita A, Gibson BE. Ethics of self-referral for profit: case example of a physician-owned physiotherapy clinic. *Physiother Can.* 2007;59(4):266–71.
<http://dx.doi.org/10.3138/ptc.59.4.266>.
8. Kirsch NR. When matters of reimbursement, time management, profitability, and convenience collide. *PTMagazine* 2006:42–6.
9. Kirsch NR. Certified deception. *PT in Motion.* 2010;2(4):44–5.
10. Harman K, Bassett R, Fenety A, et al. “I think it, but don’t often write it”: the barriers to charting in private practice. *Physiother Can.* 2009;61(4):252–8, disc. 259–60.
<http://dx.doi.org/10.3138/physio.61.4.252>. Medline:20808487
11. Triezenberg HL. The identification of ethical issues in physical therapy practice. *Phys Ther.* 1996;76(10):1097–107, disc. 1107–8. Medline:8863763
12. Carpenter C, Richardson B. Ethics knowledge in physical therapy: a narrative review of the literature since 2000. *Phys Ther Rev.* 2008;13(5):366–74.

<http://dx.doi.org/10.1179/174328808X356393>.

13. Swisher LL. A retrospective analysis of ethics knowledge in physical therapy (1970–2000). *Phys Ther.* 2002;82(7):692–706. Medline:12088466
14. Canadian Legal Information Institute. Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec—Quebec [Internet]. Ottawa: The Institute; 2014 [updated 2014 Sep 25; cited 2014 Sep 17]. Available from: <http://www.canlii.org/en/qc/qcoppq/>.
15. Delany CM. In private practice, informed consent is interpreted as providing explanations rather than offering choices: a qualitative study. *Aust J Physiother.* 2007;53(3):171–7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0004-9514\(07\)70024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0004-9514(07)70024-7). Medline:17725474 study. *Aust J Physiother.* 2007;53(3):171–7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0004-9514\(07\)70024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0004-9514(07)70024-7). Medline:17725474
16. Kaiser J, Brown J. Ethical dilemmas in private rehabilitation. *J Rehabil.* 1988;54:27–30.
17. Kirsch NR. Terminating the patient-PT relationship: case one. What's influencing the decision to discharge? *PTMagazine.* 2006;14(9):38–41.
18. Kirsch NR. Suspected impairment: case one. *PTMagazine.* 2007;15(1):39–42.
19. Kirsch NR. Suspected impairment: analysis. *PTMagazine.* 2007;15(4):44–8.
20. Kirsch NR. Reimbursement matters: case one. Ultrasound for everybody? *PTMagazine.* 2007;15(11):46–8.
21. Kirsch NR. Confidentiality issues: case one. *PTMagazine.* 2008;16(7):38–40.
22. Kirsch NR. Confidentiality issues: analysis. *PTMagazine.* 2008;16(11):38–44.
23. Kirsch NR. Matter of vitals concern. *PT in Motion.* 2010;2(6):44–6.
24. Kirsch NR. When is more too much. *PTMagazine.* 2012;4(1):50–1.
25. Kirsch NR. Sunset provision? *PT in Motion.* 2012;4(10):42–5.
26. Kirsch NR. Mind over mentor? *PT in Motion.* 2013;5(3):46–8.
27. Kirsch NR. Professional behaviour: case one. Too much togetherness. *PTMagazine.* 2009;17(5):10–3.
28. Gorman I. POPTS: focus on patient choice. *PTMagazine.* 2004;12(5):8.
29. Honderick E. POPTS are the least of our problems. *PTMagazine.* 2004;12(4):8.
30. Kiles M. Solution to POPTS is education. *PTMagazine.* 2005;13(7):8.
31. Leventhal A. POPTS and referrals. *PTMagazine.* 2005;13(2):9.
32. Nafpliotis H. Effort, sacrifice needed to end POPTS status quo. *PTMagazine.*

- 2005;13(7):8–10.
33. O’Hearn M. Solution to POPTS rests in hands of PTs. *PTMagazine*. 2004;12(1):8.
 34. Osterhues M. POPTS: An appropriate relationship. *PTMagazine*. 2004;12(4):8–9.
 35. Praestegaard J, Gard G. The perceptions of Danish physiotherapists on the ethical issues related to the physiotherapist-patient relationship during the first session: a phenomenological approach. *BMC Med Ethics*. 2011;12. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6939-12-21>.
 36. Praestegaard J, Gard G, Glasdam S. Practicing physiotherapy in Danish private practice: an ethical perspective. *Med Health Care Philos*. 2013;16(3):555–64. <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-012-9446-0>. Medline:23160855
 37. Praestegaard J, Gard G. Ethical issues in physiotherapy—reflected from the perspective of physiotherapists in private practice. *Physiother Theory Pract*. 2013;29(2):96–112. <http://dx.doi.org/10.3109/09593985.2012.700388>. Medline:22765019
 38. Resnik Mellion L. Balancing ethical challenges in a managed care environment. *PTMagazine*. 2001;9(7):48–51, 68.
 39. Roubal PJ. Prohibit POPTS. *PTMagazine*. 2005;13(5):5–8.
 40. Saffels N. Address physician employing non-PTs. *PTMagazine*. 2004;12(1):8.
 41. Scarpelli E. POPTS inhibit competition. *PTMagazine*. 2004;12(3):8.
 42. Schaefer K. POPTS deprive patients of choice. *PTMagazine*. 2004;12(3):8.
 43. Singleton MC. Independent practice—on the horns of a dilemma. A special communication. *Phys Ther*. 1987;67(1):54–7. Medline:3797477
 44. Tahan M. POPTS benefit patients. *PTMagazine*. 2005;13(5):5–8.
 45. Toffolo JJ. POPTS, self-referral and APTA’s vision statement 2020. *PTMagazine*. 2004;12(10):8.
 46. Tumolo J. Sell me the goods. King of Prussia (PA): Advance Healthcare Network for Physical Therapy & Rehab Medicine; 2000 [cited 2013 Aug 10]. Available from: <http://physical-therapy.advanceweb.com/Article/Sell-Me-the-Goods.aspx>.
 47. Viel JP. POPTS are wrong. *PTMagazine*. 2004;12(4):8.
 48. Welk FJ. To the editor. *PTMagazine*. 2004;12(10):8.
 49. Windsor B. POPTS, market forces, and autonomy. *PTMagazine*. 2005;13(9):8.
 50. Wojciechowski M. Physician ownership of physical therapy services. *PTMagazine*.

- 2005;13(4):34–40.
51. Kinsella EA, Park AJS, Appiagyei J, et al. Through the eyes of students: ethical tensions in occupational therapy practice. *Can J Occup Ther.* 2008;75(3):176–83.
<http://dx.doi.org/10.1177/000841740807500309>. Medline:18615929
 52. Gadamer H. *La philosophie herméneutique*. Paris: Presses Universitaires de France; 2001.
 53. Cooper I, Jenkins S. Sexual boundaries between physiotherapists and patients are not perceived clearly: an observational study. *Aust J Physiother.* 2008;54(4):275–9.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0004-9514\(08\)70007-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0004-9514(08)70007-2). Medline:19025508
 54. Fridlund M. Overutilisation of aides. *PTMagazine.* 2006;14(5):9.
 55. Dawson A, Sim J. Physical therapy and a public health ethics perspective. *Phys Ther Rev.* 2012;17(3):143–8. <http://dx.doi.org/10.1179/1743288X12Y.0000000017>.
 56. Jensen GM, Greenfield B. Ethics education: developing habits of mind through the use of pedagogical content knowledge. *Phys Ther Rev.* 2012;17(3):149–56.
<http://dx.doi.org/10.1179/1743288X11Y.0000000056>.
 57. Triezenberg H, Davis C. Beyond the code of ethics: educating physical therapists for their role as moral agents. *J Phys Ther Educ.* 2000;14(3):48–58.
 58. Swisher LL, Kessel GV, Jones M, et al. Evaluating moral reasoning outcomes in physical therapy ethics education: stage, schema, phase, and type. *Phys Ther Rev.* 2012;17(3):167–75. <http://dx.doi.org/10.1179/1743288X12Y.0000000011>.
 59. Geddes EL, Salvatori P, Eva KW. Does moral judgement improve in occupational therapy and physiotherapy students over the course of their pre-licensure training? *Learn Health Soc Care.* 2009;8(2):92–102. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1473-6861.2008.00205.x>.
 60. Dieruf K. Ethical decision-making by students in physical and occupational therapy. *J Allied Health.* 2004;33(1):24–30. Medline:15053217
 61. Edwards I, Braunack-Mayer A, Jones M. Ethical reasoning as a clinical-reasoning strategy in physiotherapy. *Physiotherapy.* 2005;91(4):229–36.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2005.01.010>.
 62. Drolet M-J, Hudon A. Theoretical frameworks used to discuss ethical issues in private physiotherapy practice and proposal of a new ethical tool. *Med Health Care Philos.* Published online before print 2014 Jun 19. Medline:24942342
 63. Hudon A, Laliberté M, Hunt M, et al. What place for ethics? An overview of ethics

teaching in occupational therapy and physio- therapy programs in Canada. *Disabil Rehabil.* 2014;36(9):775–80. Medline:23865909

Cette synthèse des écrits met en lumière la panoplie d'enjeux éthiques qui surviennent au quotidien dans la pratique des physiothérapeutes travaillant en pratique privée. Bien que peu d'articles empiriques soutiennent les constats établis, les écrits analysés mettent de l'avant des problématiques éthiques secondaires à l'implication des tiers payeurs dans les soins des patients, notamment le manque de compétences des physiothérapeutes dans la prise en charge des patients soutenus par des tiers payeurs et les conflits de rôles émanant des responsabilités parfois contradictoires des physiothérapeutes envers leurs patients, les tiers payeurs et leur propre employeur. De plus, 20% (n=8) des publications recensées dans cette étude discutaient ou mentionnaient l'implication des tiers payeurs dans les soins. La prochaine section vise en ce sens à situer l'influence des tiers payeurs sur l'offre de soins de santé et plus particulièrement, sur les soins de physiothérapie.

2.1.3 Les tiers payeurs et la physiothérapie

Les organisations désignées sous le nom de « tiers payeurs » ont pour mandat de rembourser les coûts de certains services pour des clientèles ciblées. Parmi les tiers payeurs les plus impliqués actuellement dans la couverture des soins de physiothérapie au Canada, on retrouve les compagnies d'assurances privées ainsi que les organismes paragouvernementaux provinciaux comme les commissions d'indemnisation du travail ou encore les assureurs automobiles.

En accord avec la *Loi canadienne sur les services de santé* ("Loi canadienne sur la santé"), le système de santé public canadien rembourse les coûts de physiothérapie qui sont prodigués sous l'égide des services jugés médicalement nécessaires. Hormis quelques rares exceptions, ces services, désignés sous le nom de « services hospitaliers assurés », comprennent ainsi les soins de physiothérapie pour les patients hospitalisés et en consultation externe lorsqu'ils sont prodigués dans des établissements publics et prescrits par un médecin⁴ (Santé Canada, 2015). Plusieurs changements récents dans le secteur public de la santé et des services sociaux au

⁴ Certaines exceptions existent dans la loi selon quelques particularités provinciales, mais elles ne sont pas discutées ici.

Canada, notamment la fermeture de nombreuses cliniques externes de physiothérapie offrant des soins à partir des hôpitaux, ont par ailleurs restreint l'accès à la physiothérapie au sein des établissements publics (Landry, Verrier, Williams, Zakus et Deber, 2009). De nombreux patients ont donc dû se tourner vers les cliniques privées de physiothérapie pour recevoir des soins, un virage démontré par la croissance continue du secteur privé dans le domaine de la physiothérapie dans les dernières années (Canadian Institute for Health Information, 2015). C'est dans ce contexte particulier que les assureurs privés, comme les compagnies d'assurance contractées de façon personnelle ou via l'employeur, ont pris une place grandissante dans le remboursement des soins pour les Canadiens nécessitant des soins de physiothérapie. Ces tiers payeurs privés remboursent les coûts des soins de physiothérapie prodigués par des cliniques privées selon la couverture de chaque individu.

Les tiers payeurs parapublics, comme les commissions d'indemnisation du travail présentes dans toutes les provinces canadiennes ou encore les assureurs automobiles présents en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Saskatchewan et au Québec, paient pour les services de santé, incluant les soins de physiothérapie, des personnes présentant des blessures ayant respectivement été causées soit par le travail soit par un accident de la route (Association des commissions des accidents du travail du Canada, 2014; Insurance Bureau of Canada, 2017). Les patients ayant subi des blessures pouvant faire l'objet d'une indemnisation par un tiers payeur parapublic doivent soumettre une requête au tiers payeur, qui sera ensuite évaluée. Si la requête est acceptée, et suivant une prescription du médecin traitant selon les lois en vigueur dans la province, la personne blessée est éligible à la couverture prévue en ce qui concerne les soins de physiothérapie. Notons que les patients se voyant défrayer les coûts des traitements de physiothérapie par une commission d'indemnisation du travail peuvent choisir de recevoir leurs soins dans l'établissement de leur choix, qu'il soit public ou privé. Bien que peu d'études empiriques soutiennent ce constat, l'accès considérablement réduit à la physiothérapie pour les blessures musculosquelettiques en milieu public au Canada peut expliquer que la plus grande part des patients indemnisés suite à des blessures au travail tendent présentement à recevoir leurs soins dans des cliniques privées (Camiré, 2010; Observatoire des services professionnels, 2016). Enfin, les lois sur les accidents du travail, les politiques réglementaires plus spécifiques découlant de ces lois, ainsi que l'organisation et le fonctionnement propre à chaque

commission d'indemnisation du travail détermineront plus concrètement les modalités d'accès et l'offre de soins de physiothérapie pour les travailleurs blessés, dans chacune des provinces. D'ailleurs, les trois provinces à l'étude dans cette thèse, que sont la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec présentent des politiques réglementaires bien distinctes en regard des soins de physiothérapie. La réalisation du projet dans ces trois juridictions permettra ainsi de mettre en lumière les points forts et les points faibles des divers cadres réglementaires. Afin d'éviter la redondance des propos, tous les détails pertinents concernant le fonctionnement des commissions d'indemnisation du travail et les politiques spécifiques liées aux soins de physiothérapie seront fournis dans les articles présentés aux chapitres 5, 6 et 7 de cette thèse.

Il est important de souligner que l'implication des tiers payeurs dans les soins place les physiothérapeutes dans un contexte de pratique différent du contexte traditionnellement rencontré lorsque les soins sont défrayés par l'état, notamment parce que ces tiers payeurs énoncent diverses attentes (ex. : retour au travail prompt, mais sécuritaire) et émettent certaines exigences (ex. : nombre de semaines maximales de traitement, utilisation de certains outils et rédaction de rapports) envers les milieux de soins et les professionnels. Ces attentes et exigences viennent indubitablement influencer les pratiques et les décisions cliniques des physiothérapeutes et viennent complexifier le processus de soins. Les écrits professionnels dans le domaine de la santé, incluant la physiothérapie, discutent de cette influence. Déjà en 1980, à la suite d'un sondage réalisé auprès de 450 physiothérapeutes de la Nouvelle-Angleterre, aux États-Unis, Guccione rapportait sept enjeux éthiques principaux mis de l'avant par les participants à l'étude. Parmi ces enjeux se trouvait l'implication des tiers payeurs dans les soins de physiothérapie et plus spécifiquement, la difficulté d'offrir les soins appropriés pour les patients tout en respectant les contraintes émises par les tiers payeurs (Guccione, 1980). Ces résultats sont peu surprenants vu la très grande place qu'occupent les tiers payeurs dans le système de santé américain, un système de santé majoritairement privatisé. Plusieurs auteurs ont également mis de l'avant les problématiques éthiques émergeant du remboursement des soins de physiothérapie par des tiers payeurs puisque ces derniers utilisent divers mécanismes et stratégies visant à contrôler les coûts (ex. : utilisation d'un réseau restreint de professionnels, utilisation de « *gatekeepers* » pour déterminer l'accès aux soins, offre de soins en blocs ou protocoles de services prédéfinis, etc.) (Greenfield et al., 2008;

Kornblau et Burkhardt, 2012; Purtilo, 1988; Sandstrom, 2007; Swisher et Page, 2005). Parmi ces problématiques éthiques, on note les problèmes d'accès aux soins (ex. : refus des demandes, critères d'admission très strictes), le manque d'équité dans l'offre de soins de santé (ex. : restriction dans l'utilisation des modalités, temps de traitement réduits), et l'inquiétude quant à la suffisance des soins (ex. : nombre maximal de traitements permis). Dans une étude de nature qualitative réalisée auprès de 21 physiothérapeutes travaillant en pratique privée au Danemark, Praestegaard et Gard ont dénoté le manque de compétences et la difficulté pour les physiothérapeutes à jongler avec les demandes des assureurs privés impliqués dans le financement des traitements de leurs patients (Praestegaard et Gard, 2013). Foster et Sayers ont également noté que le ressenti d'émotions négatives telles que la frustration chez des physiothérapeutes néo-zélandais travaillant en pratique privée provenait directement de tensions entre le désir de répondre aux besoins du patient et les contraintes et les structures de financement imposées par les tiers payeurs (Foster et Sayers, 2012).

Quelques rares auteurs ont spécifiquement cherché à mieux comprendre l'influence des commissions d'indemnisation du travail sur la prise en charge des patients par les physiothérapeutes et l'organisation des soins en physiothérapie. Une analyse des médias réalisée par Maude Laliberté, en collaboration avec l'auteure de cette thèse, discute de l'impact de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) au Québec (antérieurement appelée CSST) sur la distribution et l'offre de soins en physiothérapie (nombre de patients à l'heure, délais de prise en charge, fréquence de traitement) (Laliberté et Hudon, 2014). Une étude utilisant des vignettes cliniques distribuées aux physiothérapeutes de l'ensemble du Canada a quant à elle démontré que l'implication d'une commission d'indemnisation du travail influençait le choix de la fréquence de traitement par les physiothérapeutes (Orozco et al., 2017). Alors que plusieurs études se sont intéressées aux aspects cliniques et à l'application de certaines interventions spécifiques dans le domaine de la physiothérapie pour les travailleurs blessés (Ehrmann-Feldman, Rossignol, Abenhaim et Gobeille, 1996; Gross et Lowe, 2009; Lemstra et Olszynski, 2003; Poitras, Blais, Swaine et Rossignol, 2005, 2007), l'influence des commissions d'indemnisation sur la pratique des physiothérapeutes reste encore peu explorée.

En somme, bien que les modes de fonctionnement des tiers payeurs modifient le contexte de soins et imposent certaines règles aux organisations et aux professionnels qui pourraient influencer la qualité des soins prodigués, seulement quelques études ont abordé l'influence de ces tiers payeurs et de leur structure de financement sur la pratique des physiothérapeutes. La prochaine section de la recension des écrits discute plus spécifiquement de l'expérience de soins des physiothérapeutes qui travaillent dans de tels contextes.

2.1.4 L'expérience de soins des physiothérapeutes auprès des travailleurs blessés

Partout au Canada, des travailleurs blessés ainsi que des établissements de santé bénéficient du support des commissions d'indemnisation du travail afin d'assumer les coûts des services de physiothérapie prodigués à la suite d'une lésion professionnelle. En effet, en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec (les trois provinces investiguées dans cette étude), les lois provinciales portant sur les blessures et les accidents liés au travail autorisent le paiement des frais associés à la physiothérapie pour les travailleurs dont la requête est acceptée par la commission d'indemnisation du travail. Bien qu'il n'existe pas de données très précises à ce sujet, une consultation des rapports et publications publiés en ligne par ces commissions provinciales d'indemnisation du travail démontre la place centrale qu'occupent les soins de physiothérapie pour les travailleurs ayant subi des blessures affectant le système musculosquelettique. Leur proximité avec les travailleurs blessés (les physiothérapeutes ont généralement le privilège d'établir une relation thérapeutique avec les patients qui s'échelonne sur plusieurs semaines) et leur rôle important dans la réadaptation des blessures d'origine musculosquelettique font d'eux des professionnels clés dans les soins de santé offerts à cette clientèle. Malgré ces constats, les défis et les enjeux vécus par les physiothérapeutes qui prodiguent des soins aux travailleurs blessés supportés par une commission d'indemnisation du travail restent peu étudiés.

À ma connaissance, une seule étude, publiée en 2012 dans le journal *Physical Therapy*, a spécifiquement exploré les expériences des physiothérapeutes offrant des soins aux travailleurs blessés. Johnston et ses collaborateurs ont réalisé un groupe de discussion et des entrevues auprès de 25 physiothérapeutes de l'état de Queensland en Australie, afin d'explorer les rôles des physiothérapeutes dans la détermination et l'évaluation de la capacité du

travailleur à reprendre le travail (Johnston et al., 2012). Trois thèmes majeurs ont été identifiés par les participants soit : le rôle primordial qu'occupent les physiothérapeutes dans le processus de retour au travail, l'utilisation de diverses méthodes et outils pour déterminer la capacité de retour au travail et le manque de clarté du mandat des physiothérapeutes dans la détermination de ce retour au travail. Malgré que cette étude mette de l'avant des résultats fort intéressants, elle ne permet pas de dégager les enjeux et les défis plus larges rencontrés par les physiothérapeutes à travers l'ensemble du processus de soins, puisqu'elle s'est spécialement attardée au processus de retour au travail. Ainsi, afin d'obtenir un portrait plus étendu des expériences des physiothérapeutes, il faut donc se tourner vers les études empiriques faisant état des expériences de soins d'un amalgame de professionnels de la santé offrant des soins aux travailleurs blessés, incluant les physiothérapeutes. Ces études sont brièvement présentées dans le tableau I à la page suivante.

Tableau I : Études qualitatives portant sur l'expérience de soins des professionnels de la santé offrant des soins aux travailleurs blessés

Auteurs et année	Sources de données	Pays (et province, le cas échéant)	Taille de l'échantillon	Nombre de professionnels de la santé (type de professionnels)	Nombre de physiothérapeutes
Baril et al., 2003	Entrevues individuelles et groupes de discussion	Canada (Québec, Ontario, Manitoba)	258 participants	92 professionnels	Non précisé, mais on mentionne qu'un physiothérapeute a participé à l'étude
MacEachen et al., 2010	Entrevues individuelles et groupes de discussion	Canada (Ontario)	69 participants	7 professionnels	Non précisé, mais au moins un physiothérapeute a été inclus
Soklaridis et al., 2010	Groupes de discussions	Canada (Ontario)	59 participants	9 professionnels incluant 5 « cliniciens non-médecins » (chiropraticiens, ergonomes, ergothérapeutes et physiothérapeutes)	Non précisé, mais les physiothérapeutes se situent parmi les cinq « cliniciens non-médecins »
Pincus et al., 2010	Entrevues individuelles	Sud-est de l'Angleterre	44 participants	44 professionnels (chiropraticiens, physiothérapeutes et ostéopathes)	15 physiothérapeutes
Kosny et al., 2011	<i>Idem à MacEachen et al., 2010 (même groupe de données)</i>				
Kosny et al., 2016	Entrevues individuelles	Canada (Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario, Terre-Neuve/Labrador)	97 participants	97 professionnels, dont 19 professionnels paramédicaux (ergothérapeutes, physiothérapeutes, chiropraticiens, psychologues, infirmières)	Non précisé, mais se situent parmi les 19 professionnels paramédicaux

Il est important de mentionner que ce tableau a été mis sur pied suite au processus de recension des écrits réalisé dans le cadre de ce projet de thèse. Par ailleurs, malgré l'exhaustivité des recherches effectuées, il est possible que d'autres études de nature qualitative s'étant intéressées aux expériences des physiothérapeutes prodiguant des soins aux travailleurs blessés n'aient pas été recensées.

Tous ces articles mettent de l'avant des considérations importantes relatives à l'expérience de soins des professionnels de la santé auprès des travailleurs blessés indemnisés. À titre d'exemple, certains auteurs ont souligné le fait que les professionnels de la santé ont leurs propres besoins et intérêts et que le fonctionnement actuel des systèmes d'indemnisation ne permet pas de rencontrer de tels besoins, c'est-à-dire : avoir assez de temps pour s'occuper adéquatement des patients, assurer une rémunération adéquate pour le travail accompli et maintenir une reconnaissance de leur jugement clinique (Baril et al., 2003; MacEachen et al., 2010). Le groupe de travail mené par Agnieska Kosny en 2016 a résumé la problématique des soins prodigués aux travailleurs blessés en décrivant la rigidité apparente des systèmes d'indemnisation qui pose des défis importants aux professionnels (Kosny et al., 2016b). Ce groupe de recherche a notamment mis en lumière les tensions ressenties par les professionnels lorsque leurs patients souffrent de problématiques multiples, de troubles complexes ou d'apparition progressive, ainsi que de douleurs chroniques et de troubles mentaux. Les professionnels participants à l'étude ont également souligné divers obstacles administratifs, la survenue de désaccords quant aux décisions médicales et le manque de clarté dans leurs rôles et fonctions comme les principales problématiques associées à leur travail auprès des travailleurs blessés. D'autres auteurs ont mis de l'avant la difficulté liée au manque de communication et de coordination dans les soins, créant ainsi des délais dans les procédures et pouvant altérer la qualité des soins des patients (Kosny et al., 2016b; Soklaridis et al., 2010). La difficulté pour les professionnels de la santé de bien évaluer les obstacles liés au retour au travail (Soklaridis et al., 2010) ainsi que le manque de compréhension du fonctionnement du processus d'indemnisation ont aussi été soulevés (Kosny et al., 2016b). Bien que ces résultats soient fort intéressants et dressent un portrait des défis majeurs rencontrés par les professionnels de la santé, ils ne permettent toutefois pas de mettre en lumière les éléments spécifiques à la pratique de la physiothérapie auprès des travailleurs blessés. En effet, bien que les médecins, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les chiropraticiens et les psychologues puissent rencontrer des défis communs, les différences observées dans les modèles de pratique des physiothérapeutes ainsi que dans leurs approches, dans leurs contextes de prise en charge et dans les politiques régissant leur pratique justifient la nécessité d'explorer leurs expériences de façon distincte. D'ailleurs, le petit nombre de physiothérapeutes inclus au sein des échantillons de ces études ne permet pas d'affirmer que

les expériences de ces professionnels y aient été adéquatement représentées. De ce fait, il est probable que les défis propres aux physiothérapeutes n'aient pas été mis de l'avant dans les résultats. Enfin, malgré les quelques études effectuées au Canada, une seule étude a inclus des participants de la province de Québec (Baril et al., 2003) et une seule de la Colombie-Britannique (Kosny et al., 2016b) contre cinq études incluant des participants de l'Ontario (Baril et al., 2003; Kosny et al., 2016b; Kosny et al., 2011; MacEachen et al., 2010; Soklaridis et al., 2010).

En ce qui concerne l'exploration des considérations éthiques liées à la pratique des professionnels de la santé auprès des travailleurs blessés, très peu d'études se sont penchées sur le sujet. L'étude de Stahl et ses collaborateurs, en 2012, a mis en lumière la survenue de dilemmes éthiques chez les agents d'indemnisation et les médecins impliqués dans les soins et le retour au travail des travailleurs blessés en Suède (Ståhl et al., 2012). Ces dilemmes concernaient la difficulté pour ces acteurs à répondre adéquatement aux besoins du patient tout en suivant les règles strictes de l'assureur. Le manque de flexibilité du système pour accommoder les besoins des patients a été perçu comme une réelle tension chez ces participants. En 2014, Stahl et ses collaborateurs ont d'ailleurs statué sur l'importance de discuter formellement des éléments reliés à l'éthique dans la recherche portant sur les systèmes d'indemnisation des travailleurs (Ståhl et al., 2013). Par ailleurs, aucun article décrivant les expériences des physiothérapeutes et abordant la dimension éthique de leur travail n'a été recensé. En ce sens, il serait plus que pertinent de mieux cerner les tensions éthiques présentes dans les soins de physiothérapie pour les travailleurs blessés indemnisés.

2.1.5 Conclusion de la recension des écrits

En conclusion, la lecture de cet état des connaissances nous permet de conclure que la littérature publiée jusqu'à présent dans le domaine de la physiothérapie et de la réadaptation au travail n'adresse pas suffisamment en profondeur les défis et les tensions éthiques rencontrés par les physiothérapeutes dans le cadre de leurs expériences de soins auprès des travailleurs blessés supportés par une commission d'indemnisation du travail. Les écrits ne permettent pas non plus de démontrer l'influence du contexte d'indemnisation des travailleurs sur l'offre de soins de physiothérapie au Canada, ni de mettre en lumière des comparaisons entre les

politiques d'indemnisation pouvant permettre d'informer des changements dans la pratique de la physiothérapie. La partie empirique de cette thèse propose donc de répondre à ces lacunes afin de mieux comprendre les soins de physiothérapies offerts aux travailleurs blessés. Ainsi ces nouvelles connaissances pourront aider à orienter et à supporter les physiothérapeutes travaillant auprès de cette clientèle afin qu'ils puissent prodiguer des soins de qualité.

2.2 Questions de recherche, objectifs de l'étude et contribution novatrice

2.2.1 Questions de recherche

Les travaux réalisés dans cette thèse visent à répondre à deux questions de recherche, soit:

1) Quelles sont les tensions éthiques vécues au quotidien par les physiothérapeutes qui prodiguent des soins aux patients aux prises avec des blessures musculosquelettiques et soutenus par une commission d'indemnisation du travail au Canada?

2) Comment les politiques des commissions d'indemnisation du travail et des milieux de soins influencent-elles la pratique des physiothérapeutes et l'offre de soins de physiothérapie pour les aux travailleurs indemnisés au Canada?

2.2.2 Objectifs du projet

L'étude vise plus spécifiquement à explorer de façon empirique et approfondie les tensions éthiques vécues par les professionnels de la physiothérapie lorsqu'ils soignent des travailleurs blessés supportés par une commission d'indemnisation du travail dans trois provinces canadiennes. Elle avait également pour visée d'examiner comment les politiques organisationnelles⁵, c'est-à-dire, les règles et procédures issues du milieu de travail des physiothérapeutes (ex. : les politiques en vigueur dans leur clinique ou dans le département de physiothérapie) et les politiques systémiques, qui réfèrent ici à deux systèmes différents que sont le système d'indemnisation des travailleurs et le système de santé plus largement, influent

⁵ Dans la thèse, les termes micro, méso et macrosystémique sont également utilisés pour décrire la portée de l'analyse. Le terme « microsystémique » réfère au niveau clinique des soins, c'est-à-dire, à l'interaction directe entre le patient et son thérapeute. Le terme « mésosystémique » est utilisé comme synonyme au terme « organisationnel », puisqu'il réfère à l'organisation du milieu de travail des physiothérapeutes ou des institutions impliquées dans les soins des travailleurs. Enfin, le terme « macrosystémique » faire référence au niveau « systémique » décrit plus haut au point 2.2.2.

sur la survenue de tensions éthiques chez les physiothérapeutes et sur l'offre de soins pour les patients.

2.2.3 Contribution novatrice du projet à la science et à la pratique

La contribution novatrice de ce projet au corpus de connaissances scientifiques présente deux pôles importants. D'abord, ce projet permettra de mieux comprendre et de contextualiser les nombreux défis ainsi que les tensions éthiques rencontrées par les physiothérapeutes dans leur pratique auprès des travailleurs blessés indemnisés, des enjeux qui n'avaient jusqu'à ce jour pas été abordés dans les écrits. Deuxièmement, cette thèse permettra une meilleure compréhension de l'influence des politiques de soins de deux grands joueurs du système d'indemnisation (c.-à-d., les commissions d'indemnisation du travail et les milieux de soins de physiothérapie) sur le travail des physiothérapeutes. En interrogeant des physiothérapeutes issus de trois provinces canadiennes possédant des politiques réglementaires différentes, cette thèse permettra également de comparer et de mettre en lumière les aspects positifs et négatifs des politiques en vigueur dans chacune des provinces. Dans la pratique, ces résultats permettront ainsi de mieux cibler les actions visant à soutenir les physiothérapeutes dans leur travail et à améliorer les soins offerts aux patients.

Chapitre 3 : Éléments conceptuels reliés à la thèse

Les travaux de recherche réalisés dans cette thèse reposent sur plusieurs notions conceptuelles et théoriques. Bien qu'il soit fréquent dans le cadre de recherches quantitatives qu'un cadre conceptuel unique soit utilisé pour guider l'ensemble des étapes du projet, le devis méthodologique employé dans cette thèse préconise plutôt de mettre de l'avant les divers éléments théoriques, conceptuels et disciplinaires ayant nourri les réflexions et les interprétations du chercheur, tout au long du projet. Ce processus vise à rendre visible les notions théoriques phares utilisées pour construire et conduire la thèse et ainsi, permettre aux lecteurs de mieux juger de leur influence sur la conceptualisation finale des résultats. Ce chapitre décrit donc succinctement les concepts et modèles théoriques qui ont alimenté mes réflexions durant mon parcours de recherche, à savoir le concept de justice, le modèle écologique de gestion de l'incapacité et les notions de gouvernance clinique et d'intégration en santé.

3.1 La valeur éthique de justice

3.1.1. La justice comme genèse au projet

La justice se trouve aux fondements de la création de ce projet de recherche. En effet, cette thèse s'est plus particulièrement intéressée aux tensions éthiques et aux défis que rencontrent les physiothérapeutes lorsqu'ils traitent une clientèle bien particulière : les travailleurs blessés supportés par une commission d'indemnisation du travail. Cette thèse a ainsi été entreprise et conduite dans un contexte où, d'une part, des inégalités dans l'offre de soins de physiothérapie pour cette clientèle avaient déjà été notées de façon informelle dans mon parcours clinique et où, d'autres parts, les écrits mettaient déjà de l'avant la perception d'injustice ressentie par certains travailleurs blessés au cours de leur processus d'indemnisation et de réadaptation (Franche et al., 2009; Kilgour, Kosny, Akkermans et Collie, 2015). C'est donc entre autres dans cette perspective que ce projet a été conduit. Les paragraphes suivants explicitent davantage la valeur de justice en physiothérapie et l'importance de ce concept pour ce projet.

3.1.2 Le contrat social des physiothérapeutes

Depuis plus de trente ans, des auteurs discutent de l'importance de la notion de justice dans le domaine de la santé (Le Grand, 1987; Purtilo, 1982). Déjà, en 1987, Clifton Dummet affirmait que les praticiens de la médecine dentaire étaient réticents à admettre qu'ils leur incombent des responsabilités éthiques en rapport avec des questions et des enjeux sociaux plus larges que la pratique en cabinet (Dummett, 1987). Thorne, une chercheuse éminente en recherche qualitative⁶ dans le domaine des sciences infirmières écrivait pour sa part: « *Health sciences disciplines exist because of a social mandate that entails a moral obligation toward benefiting individual and the collective* ». (Thorne, 2008, p. 223) Cette notion de contrat social entre les professions de la santé et la société engage ainsi les professionnels à se préoccuper d'iniquités systémiques ou globales qui touchent les populations qu'ils soignent.

Aujourd'hui, le rôle essentiel que jouent les professions de première ligne telles que la médecine et les professions paramédicales dans le redressement des inégalités sociales en santé est de plus en plus reconnu et soutenu (Starfield, Shi et Macinko, 2005). En physiothérapie, alors que le principe de justice était jusqu'à tout récemment un principe éthique peu discuté, de nombreux auteurs ont plaidé en faveur d'une plus grande conscientisation des physiothérapeutes face aux enjeux de justice au sein de leur pratique et de la société (Dawson et Sim, 2012; Edwards, Delany, Townsend et Swisher, 2011; Jensen et Greenfield, 2012). Depuis les débuts de la profession, les intérêts des physiothérapeutes pour les enjeux éthiques se sont historiquement portés vers une conception clinique des soins, concernant le patient et son thérapeute dans une dyade thérapeutique (Edwards et al., 2011; Purtilo et Doherty, 2011). Par ailleurs, une réflexion grandissante sur la place et les rôles qu'occupent les physiothérapeutes au sein d'un système de santé complexe et multidimensionnel, tel que celui encadrant les soins de physiothérapie pour les travailleurs blessés indemnisés, a été entreprise récemment. Cette réflexion stipule que les physiothérapeutes peuvent et doivent devenir des vecteurs de changements pour faire avancer ou pour modifier les systèmes et les politiques de santé (Edwards et al., 2011; Jecker, 2008; Jensen et Greenfield, 2012). À titre d'exemple, la version révisée du code d'éthique de

⁶ Sally Thorne est également l'auteure du devis qualitatif que j'utilise pour réaliser mon projet de recherche : l'*Interpretive Description* (traduction libre : *description interprétative*).

l'association canadienne de physiothérapie (ACP) précise : « *[Physical therapists must] recognize their responsibility to improve the standards of health care and the wellbeing of society* » (Canadian Physiotherapy Association, 2013). Les programmes universitaires mettent également de l'avant l'engagement des physiothérapeutes dans la réduction des iniquités qui touchent leurs patients et la population en générale. Le guide national d'entrée à la pratique relate d'ailleurs l'importance de former les physiothérapeutes sur l'impact des politiques publiques (présentes et futures) sur la physiothérapie et sur les façons d'influencer ces politiques aux niveaux macro, méso et microsystemique (CCPUP et CPA, 2009). Ce mouvement vers une meilleure compréhension de l'influence des politiques sur l'offre de soins a ainsi teinté la mise sur pied des questions de recherche pour ce projet. Les chercheurs en physiothérapie embrassent eux aussi l'importance et la reconnaissance d'une approche globale et sociale du principe de justice et discutent d'enjeux tels que la priorisation des soins et l'implication communautaire et politique (Dawson et Sim, 2012). La notion de justice en physiothérapie se retrouve donc en tension entre une vision plus traditionnelle, centrée sur le patient, ainsi qu'une vision plus contemporaine, centrée sur les iniquités et les politiques sociales qui forgent l'équité et l'accessibilité aux soins (Edwards et al., 2011). Ces deux dimensions de la justice ont orienté l'élaboration des objectifs du projet, s'intéressant d'une part aux tensions éthiques issues des soins prodigués aux patients et de l'autre, aux politiques de soins qui influencent plus largement l'offre de traitements de physiothérapie.

3.1.3 Mais comment définit-on la justice ?

Comme démontré dans la section précédente, la justice est une valeur centrale aux professions de la santé et une préoccupation située au cœur des décisions des professionnels, des gestionnaires et des organismes chargés d'offrir des soins à la population. Au fil des époques et des courants philosophiques, la valeur de « justice » a été mise en lumière par plusieurs penseurs qui ont permis de mettre à jour différentes facettes de ce qu'elle représente (Beauchamp et Childress, 2013; Provencher, 2008). Ses caractéristiques ayant été débattues au sein de multiples théories, son importance au sein des sociétés actuelles n'est plus à démontrer (Saint-Arnaud, 2008). La justice, de façon très générale, constitue le fait de traiter les personnes d'une façon équitable (Beauchamp et Childress, 2013). Dans le domaine de la santé, la justice a été décrite comme « une égale considération et un égal respect envers tous les êtres

humains [et] des conditions d'égalités des chances pour tous, ce qui se concrétise [...] par une égalité d'accès aux services de santé » (Saint-Arnaud, 2008, p. 223). Ces définitions de la justice mettent donc en lumière les valeurs d'*équité* entre les individus et d'*accessibilité* aux soins et aux services de santé. Dans la littérature, la notion d'équité⁷ a été définie comme une égalité d'accès aux soins en fonction d'une égalité des besoins (Oliver et Mossialos, 2004; Saint-Arnaud, 2008). La notion d'accessibilité contient un peu plus de paramètres et a été définie comme la capacité d'obtenir des soins de santé *spécifiques*, à un niveau de qualité *spécifique*, sous réserve d'un niveau maximal *spécifique* de désagréments personnels et de coûts (Goddard et Smith, 2001, p. 1151). Les variations dans l'accessibilité s'appuient donc sur des notions de disponibilité, de qualité, de coûts des services et d'information sur les services offerts. Toutes ces différentes dimensions de la justice ont d'ailleurs servi à alimenter les questions posées aux participants de ce projet à propos des dimensions éthiques de leurs soins.

3.1.3 Les concepts de justice plus spécifiques ayant supporté mes réflexions

D'abord au niveau microsystemique, mon projet s'intéresse aux enjeux éthiques vécus par les physiothérapeutes lors des soins quotidiens prodigués aux travailleurs indemnisés. Des enjeux liés à l'équité dans la nature des soins de physiothérapie (ex. : modalités utilisées, type de prise en charge retenue par le thérapeute, fréquence de traitement proposée par le thérapeute, etc.) et à la qualité des soins de physiothérapie (ex. : qualification du personnel, temps de traitement accordé par le physiothérapeute, etc.) prodigués aux travailleurs indemnisés sont explorés. Ainsi, des notions de *justice comparative*, qui tablent sur la valeur d'équité entre chaque patient, en termes d'allocation des ressources et d'accès à des soins de qualité sont explorées (Kornblau et Burkhardt, 2012; Scitovsky et Capron, 1986; Scott et Scott, 1998). Au niveau méso et macrosystemique, ce projet tente également de bâtir une meilleure compréhension de l'influence des politiques des commissions d'indemnisation et des politiques des cliniques et des établissements de santé sur les soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique. Cette conceptualisation de la justice, qui

⁷Deux types d'équité sont retrouvés dans les écrits soit 1) l'équité horizontale qui exige des conditions permettant aux personnes ayant des besoins égaux d'obtenir des opportunités égales d'accès aux soins de santé et 2) l'équité verticale qui exige que ceux ayant des besoins inégaux aient des opportunités inégales d'accès aux soins de santé.

s'attarde aux normes qui structurent la coopération sociale et qui vise la répartition juste, équitable et appropriée des biens et des fardeaux de la société, est appelée la *justice distributive* (Beauchamp et Childress, 2013, p. 250). Cette façon de concevoir la justice en santé facilite l'exploration des motifs et des règles qui se cachent derrière les politiques de santé et les choix d'allocation de ressources et table également sur des valeurs d'équité et d'accessibilité. Ainsi, des notions de *justice distributive* dans un contexte d'allocation de soins ont été mises de l'avant (Beauchamp et Childress, 2013; Saint-Arnaud, 2008). Deux théories de la justice plus spécifiques ont également orienté mon projet : la théorie égalitariste de la justice et la théorie des capacités.

La théorie égalitariste de la justice, prenant son origine dans les travaux de John Rawls (Rawls, 1999), a été reprise et associée au domaine de la santé par Norman Daniels. Ce dernier met de l'avant une obligation sociale de réduire ou d'éliminer les barrières qui empêchent une juste égalité dans les opportunités (*fair equality of opportunity*) et prône une obligation des politiques sociales de compenser pour ces inégalités (Daniels et Sabin, 1997). L'égalité des opportunités permet à chaque citoyen d'avoir la possibilité de réaliser son plein potentiel de fonctionnement (Daniels, 2001). Cette vision de la justice propose donc d'orienter la théorie autour de l'évaluation éthique des institutions sociales ainsi que leurs responsabilités, leur légitimité et leurs faiblesses (Beauchamp et Childress, 2013). Appliquée à ce projet de recherche, cette théorie égalitariste de la justice stipule que les politiques mises en place par les organismes responsables d'octroyer les soins devraient faire en sorte que chaque patient ait l'opportunité de recevoir des soins lui permettant de récupérer à son plein potentiel fonctionnel, de façon égalitaire. Ces notions de justice ont accompagné mes réflexions et soutenu le fait que les organisations responsables ou impliquées dans les soins des travailleurs, telles que les commissions d'indemnisation du travail et les cliniques de physiothérapies, sont responsables de mettre en place des structures qui permettent de soigner ces patients de façon juste comparativement aux autres patients recevant également des soins. Enfin, la théorie égalitariste vue par Daniels accorde une grande importance à la santé et met de l'avant des notions «d'incapacité» et «d'opportunités», des éléments qui rejoignent de façon fort intéressante les construits fondamentaux de la physiothérapie (Daniels, 2001).

La deuxième approche de la justice ayant informé mon projet possède un objectif grandement valorisé dans le domaine de la physiothérapie : offrir la chance aux humains de réaliser et d'actualiser leurs pleines capacités. Il s'agit de la théorie des capacités (Nussbaum, 2007). Mise de l'avant par le philosophe Amartya Sen, elle a été développée par Martha Nussbaum qui s'est intéressée au handicap et à l'effet que ce dernier peut avoir sur l'actualisation du potentiel des personnes (Nussbaum, 2007; Sen, 1992). Cette théorie de la justice partage des affinités avec les fondements de la physiothérapie qui a comme mandat d'aider les personnes blessées à recouvrer le maximum de leurs capacités physiques en fonction de leur propre potentiel de récupération (Ordre Professionnel de la Physiothérapie du Québec, 2013). Aussi, cette théorie s'attarde à la stigmatisation de certains groupes d'individus (Sen, 1992); un parallèle pouvant être fait avec les travailleurs blessés qui ont été reconnus comme un groupe stigmatisé par les équipes de soins et par la société en générale (Lippel, 2007; Soklaridis et al., 2010). En accord avec cette théorie, je partage la vision qu'au cours des soins de réadaptation, il est primordial pour les physiothérapeutes d'aider les travailleurs à actualiser leurs capacités pour qu'elles puissent se transformer en un retour au travail satisfaisant, sécuritaire et autonome, tout en facilitant également un retour à leurs loisirs et à d'autres occupations. Dans une perspective disciplinaire, l'approche des capacités offre donc une conception de la justice répondant aux aspirations de la profession, et appelle ainsi aux responsabilités communautaires et sociales du physiothérapeute (Edwards et al., 2011). La théorie des capacités n'est pas totalement étrangère à la théorie de Daniels, puisqu'elle s'inscrit sous l'égide d'une théorie égalitariste (Beauchamp et Childress, 2013). Daniels a d'ailleurs lui-même discuté de la convergence entre son approche et celle de Sen et Nussbaum (Daniels, 2001). Leur différence se situerait plutôt au niveau de l'atteinte d'un certain bien-être et d'un accomplissement de soi du côté de la théorie des capacités, ce qui n'est pas mis de l'avant dans la théorie de Daniels. En accord avec l'approche des capacités, les analyses portant sur l'influence des politiques des commissions d'indemnisation et des cliniques de physiothérapie sur les soins de physiothérapie ont tenté de mettre en lumière les éléments de ces politiques qui permettent et ne permettent pas aux physiothérapeutes d'aider les travailleurs à réaliser leurs pleines capacités.

En définitive, tout au long du développement du projet de recherche ainsi qu'au cours de tout le processus de collecte et d'analyse des données, ces diverses notions théoriques liées à la justice m'ont permis de m'interroger sur la responsabilité sociale des physiothérapeutes quant à l'offre de soins « équitables » pour la clientèle des travailleurs blessés, touchant notamment l'accessibilité à des soins de qualité et l'atteinte d'un rendement fonctionnel optimal. Ces notions liées à la valeur de justice m'ont également permis de mieux percevoir les enjeux éthiques méso et macrosystémiques qui surviennent dans un contexte où diverses organisations sont responsables des soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés et de mettre en lumière les aspects qui facilitent ou qui font obstacle à une juste offre de soins, dans les trois provinces investiguées.

3.2 Complexité entourant les soins des travailleurs blessés : le modèle écologique de gestion de l'incapacité

La problématique ainsi que la recension des écrits présentés aux chapitres 1 et 2 de cette thèse mettent en lumière la grande complexité entourant les soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés. Bien que le projet de recherche réalisé dans le cadre de cette thèse s'intéressait spécifiquement aux enjeux éthiques vécus par un seul groupe de professionnels de la santé (les physiothérapeutes), le modèle écologique de gestion de l'incapacité de Loisel a été utilisé dans l'ensemble du projet pour m'aider à tenir compte du contexte plus large entourant le processus de soins et de retour au travail des travailleurs blessés.

Ce modèle a été proposé par Patrick Loisel et ses collaborateurs (Loisel et al., 2005; Loisel et al., 2001) et vise à mettre en lumière les nombreux éléments sociaux et systémiques entourant les travailleurs blessés. Il situe le travailleur en situation d'incapacité au centre d'une arène incluant quatre grands joueurs (Figure 1, page 76) que sont : le système personnel et affectif du travailleur, le système législatif et d'indemnisation (comprenant les lois entourant les blessures au travail et les assureurs), l'environnement de travail et le système de santé.

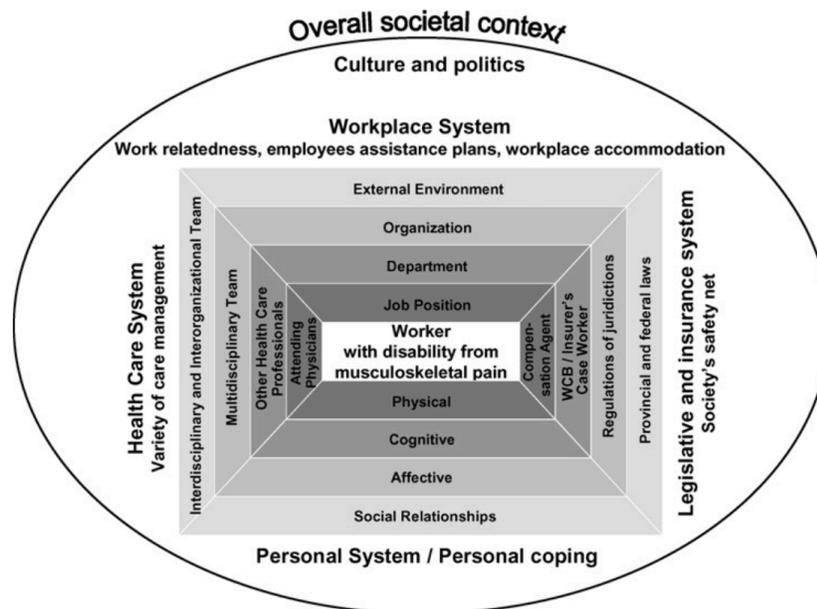


Figure 1 : Modèle écologique de gestion de l'incapacité de Loisel

Cette figure est tirée des articles de Loisel et collaborateurs 2001 et 2005 et a été reproduite ici avec l'autorisation de Springer.

Le travailleur et les quatre systèmes clés sont interreliés et enchâssés dans le contexte culturel et sociopolitique global. Ce modèle propose ainsi une illustration fort pertinente de la complexité et de la diversité des éléments à prendre en compte lorsqu'on explore les soins offerts aux travailleurs blessés. En effet, plusieurs chercheurs du domaine ont soulevé l'importance d'adopter une vision systémique dans les approches interventionnelles qui s'adressent aux travailleurs blessés ainsi que dans les projets de recherche qui s'y intéressent (Costa-Black, Feuerstein et Loisel, 2013; Durand et Loisel, 2001; Loisel et al., 2005; MacEachen et al., 2010). Ce modèle incite ainsi les différents acteurs que sont les législateurs, les assureurs, les milieux de travail, les professionnels de la santé et les travailleurs à être ouverts à un dialogue inter-organisationnel afin de faciliter les soins et le retour au travail, dans un paradigme de gestion écologique de l'incapacité (Loisel et al., 2005; Loisel et al., 2001).

Dans le cadre plus spécifique de ce projet de recherche, ce modèle théorique m'a permis de mieux visualiser les différents éléments (c.-à-d., les organisations, les acteurs, les dimensions cognitives, affectives, etc.) pouvant avoir une influence sur la survenue des tensions éthiques chez les physiothérapeutes dans leur pratique auprès des travailleurs blessés. Ainsi, grâce à ce modèle et ce, dès la conception du projet, les différents systèmes et acteurs prenant part à la remise sur pied des travailleurs blessés ont été inclus dans les questions et pistes de réflexion utilisées lors des groupes de discussions et ont également été repris dans les guides qui ont servi à conduire les entrevues individuelles. La prise en compte de ces différents éléments clés a aussi permis de contextualiser les résultats obtenus suivant une perspective systémique, en plus d'orienter les pistes de recommandations pour la pratique en mettant de l'avant des suggestions concrètes qui touchent l'un ou l'autre de ces systèmes.

3.3 Les concepts de gouvernance clinique et d'intégration en santé

Enfin, le concept de gouvernance clinique en santé a lui aussi grandement contribué à mes réflexions portant sur l'organisation des soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés. Ce concept provient des écrits et des travaux de recherche portant sur l'organisation et l'offre de soins de santé dans les milieux publics (Contandriopoulos, 2008; Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). Le concept de gouvernance clinique soutient que « les attributs organisationnels [des établissements de santé] ont un impact direct sur la qualité et la sécurité des soins et services, et que l'amélioration de ces deux éléments est inhérente à l'interaction entre l'expertise clinique des professionnels et le contexte organisationnel. » (Pomey et al., 2008, p. 183). Ainsi, le concept de gouvernance clinique repose sur un postulat stipulant que les problématiques rencontrées dans l'offre de soins ne sont pas le fruit de lacunes au niveau de l'expertise clinique et professionnelle, mais sont plutôt la résultante de problèmes affectant les niveaux organisationnel et clinique de façon interdépendante (Pomey et al., 2008). Ce concept suggère ainsi qu'il importe, pour que les soins aux patients puissent être améliorés, de mieux comprendre et d'intégrer adéquatement les approches cliniques, organisationnelles et managériales dans les soins de santé (Buetow et Roland, 1999). Ceci représente un défi important puisque la collaboration et la coordination nécessaires à cette intégration regroupent de multiples acteurs, qui opèrent et réfléchissent selon des logiques très différentes, voire

divergentes. Sur ce point, la gouvernance clinique reconnaît quatre grands groupes d'acteurs autonomes et interdépendants qui agissent au cœur du système de santé soit : les professionnels de la santé (ex. : physiothérapeutes, ergothérapeutes, médecins), les gestionnaires (ex. : gérants et propriétaires des cliniques de physiothérapie, gestionnaires d'hôpitaux), le monde marchand (ex. : assureurs et groupes de tiers payeurs tels que les commissions d'indemnisation du travail ou les assureurs privés) et le monde politique (ex. : élus, représentants des patients). Puisque les logiques (appelées logiques de régulation par Contandriopoulos) de ces acteurs divergent, voire s'opposent, des tensions surviennent inévitablement au cours de la prise de décisions (Contandriopoulos, 2008). Ainsi, « l'enjeu de la gouvernance du système de soins consiste donc à organiser les espaces d'expression et de tension qui existent entre les quatre grandes logiques de régulation, de façon à ce que les décisions prises en fonction de l'une ou de l'autre, par l'un des acteurs du système, soient comprises et perçues comme légitimes par tous les autres. » (Contandriopoulos, 2008, p. 195).

Dans cette optique, le concept de gouvernance clinique s'arrime bien à l'exploration du contexte des soins des travailleurs blessés en physiothérapie, car il permet de prendre en compte les nombreux groupes impliqués dans l'offre de soins (un peu à la manière du modèle écologique de Loisel) et met de l'avant la nécessité de leur interdépendance et de leur collaboration pour assurer une qualité de soins optimale. De plus, le concept de gouvernance clinique reconnaît les défis associés à la divergence de logique entre les acteurs et les difficultés inhérentes à l'intégration des soins. En effet, le concept d'intégration (Figure 2, page 79) implique une coordination étroite entre les acteurs coopérant à un projet collectif en mettant sur pied des zones d'échanges collectifs entre les organisations (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001). Mes lectures portant sur le concept d'intégration des soins ainsi que sur la gouvernance clinique m'ont d'ailleurs amené à mieux comprendre la nécessité de mobiliser des compétences, de faire appel à des valeurs communes et de coordonner les interactions de même que les processus de communication entre les différents acteurs impliqués dans les soins des patients. Les concepts de gouvernance et d'intégration ont à l'origine été développés pour discuter du fonctionnement global des réseaux de santé publics. Par ailleurs, leur capacité à appréhender la complexité des soins ainsi qu'à conceptualiser les interdépendances entre les différents systèmes et acteurs y étant impliqués m'a grandement

servi pour réfléchir aux soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés supportés par une commission d'indemnisation du travail. La réalisation de projets cliniques tenant compte de ces deux concepts apparaît donc comme fondamentale afin d'améliorer les soins aux travailleurs blessés et de rencontrer les objectifs collectifs d'un retour au travail sécuritaire et durable et d'une fonction optimale pour le patient.

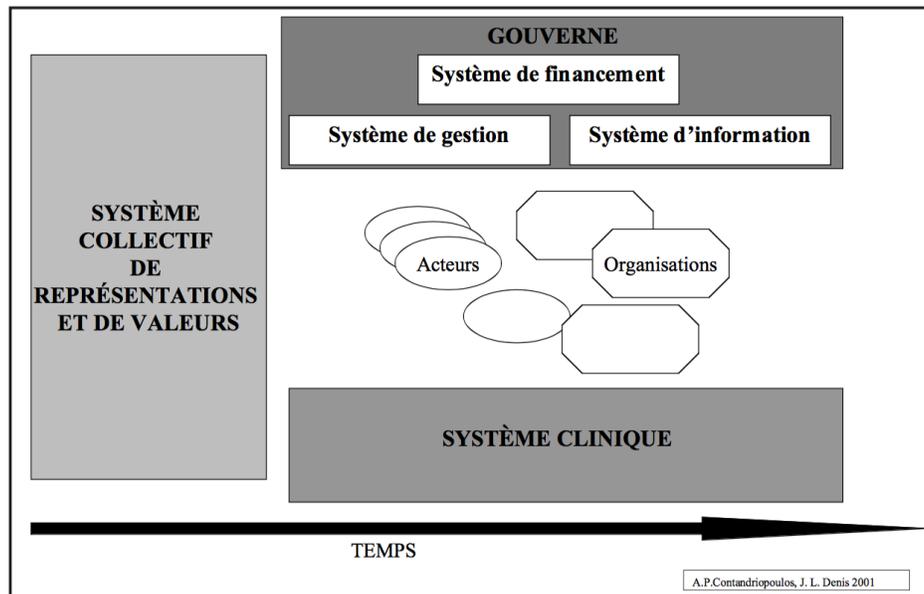


Figure 2: Espace de coopération.

Figure 2 : Espace de coopération dans le concept d'intégration en santé

Cette figure est tirée de l'article de Contandriopoulos et collaborateurs 2001 et reproduite ici avec l'accord de l'ensemble des auteurs ainsi que de la revue Ruptures, revue interdisciplinaire en santé.

3.4 Intégration des trois éléments conceptuels

Au cours de la réalisation de mon doctorat, les concepts inhérents à ces trois regroupements conceptuels que sont la valeur de justice, le modèle écologique de gestion de l'incapacité ainsi que la gouvernance clinique et l'intégration en santé se sont côtoyés et ont contribué ensemble à améliorer ma compréhension des soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés indemnisés au Canada. Les liens unissant ces concepts théoriques tels qu'entrevus dans ce projet peuvent être décrits comme suit. D'abord, le modèle écologique de gestion de l'incapacité de Loisel peut être considéré comme l'assise ayant permis d'identifier les grands

joueurs impliqués dans la problématique à l'étude. Malgré l'investigation des enjeux propres aux physiothérapeutes, le modèle a permis à plusieurs reprises de resituer les travailleurs blessés au centre de mes préoccupations et de ne pas perdre de vue les multiples systèmes intervenant dans le processus de réadaptation du patient. Par ailleurs, le modèle écologique de gestion de l'incapacité de Loisel est plutôt statique dans sa schématisation et ne permet pas de mettre en lumière ou de représenter les interactions qui unissent les différents systèmes qui composent le modèle. Ainsi, le modèle n'offre pas de piste de réflexion concrète quant aux relations (ex. : indépendance, opposition, collaboration, intégration) qui unissent ou qui animent les niveaux plus microsystémiques de la figure (ex. : les travailleurs blessés, les professionnels de la santé ou encore les agents d'indemnisation – tous représentés près du centre de l'illustration) et les niveaux méso et macrosystémiques, qui sont situés en périphérie. C'est pourquoi les concepts de gouvernance clinique et d'intégration en santé ont été utiles afin de bonifier ma réflexion sur ces aspects, en cours de projet. En effet, tel que décrit dans la section 3.3, le concept de gouvernance clinique discute de la nécessité d'intégrer les approches cliniques avec les approches organisationnelles afin d'offrir des soins de qualité. En mettant de l'avant l'importance des zones d'échange et la mise sur pied de stratégies collaboratives et intégratives entre les paliers cliniques (microsystémiques) et les paliers liés à la gestion et aux institutions (méso et macrosystémiques), le concept de gouvernance clinique vient clarifier les interactions potentielles entre les divers acteurs identifiés dans le modèle écologique de gestion de l'incapacité. Les concepts de gouvernance clinique et d'intégration en santé ajoutent ainsi une dimension plus « dynamique » au modèle de Loisel et permettent de mieux illustrer les interdépendances entre ses diverses composantes. D'ailleurs, la gouvernance clinique et l'intégration en santé soutiennent l'importance de rassembler les différents groupes d'acteurs en santé autour de certaines valeurs collectives ou de projets communs qui, malgré les logiques divergentes existant entre ces groupes, peuvent leur permettre d'en arriver à une réelle collaboration et de prendre des décisions légitimées par un grand nombre d'entre eux. C'est suivant cette idée que la valeur de justice entre en jeu. Dans ce projet, la valeur de justice se retrouve donc superposée aux modèles de gestion de l'incapacité et de gouvernance clinique en santé. Bien que d'autres valeurs telles que la bienfaisance, la santé ou le respect soient également fort importantes dans l'offre de soins de physiothérapie pour les travailleurs blessés, il était primordial dans ce projet que la valeur de justice se retrouve au centre des

réflexions sur les soins alloués à cette clientèle et qu'elle serve à orienter d'éventuels changements dans la prise en charge clinique et dans l'élaboration de politiques organisationnelles et systémiques. Les questions liées à l'accessibilité et à l'équité dans les soins pour les travailleurs blessés ont donc précisé l'orientation et l'utilisation des deux modèles théoriques utilisés dans la thèse. Ces questions m'ont donc accompagnée tout au long de la réalisation de ce projet. Enfin, dans l'utilisation des deux modèles conceptuels présentés, la justice comme valeur en santé devrait servir d'éclairage à la prise de décision au sein des sphères professionnelles et personnelles ainsi qu'au sein des sphères institutionnelles (cliniques, commissions d'indemnisation, milieux de travail du patient) et sociales (monde politique) qui touchent la prise en charge des travailleurs blessés par les professionnels de la physiothérapie.

Chapitre 4 – Aspects méthodologiques de la thèse

Ce chapitre met en lumière les éléments clés de la démarche méthodologique employée dans le cadre de cette thèse. J'y présente d'abord le paradigme de recherche dans lequel se sont inscrits mes travaux de recherche ainsi que l'approche méthodologique et le devis utilisés. Afin de fournir un aperçu global, mais cohérent des aspects méthodologiques qui n'ont pas pu être abordés dans les articles rapportant les résultats issus des présents travaux (les chapitres 5, 6 et 7), je présente ensuite ces aspects à l'aide de quatre grands critères permettant d'apprécier la qualité méthodologique des recherches qualitatives. Enfin, les considérations éthiques relatives au projet de recherche sont présentées.

4.1 Paradigme de recherche

Le paradigme qui sous-tend ce projet de recherche est le constructivisme. Ce paradigme est basé sur un ensemble de croyances, de principes et de valeurs qui stipulent que les connaissances obtenues en recherche sont le fruit d'une co-construction sociale de la réalité, d'un point de vue intersubjectif qui émerge de l'interaction entre le chercheur et ses participants (Lincoln, Lynham et Guba, 2011). Ce paradigme stipule également qu'aucune théorie ne peut adéquatement rendre compte, *a priori*, des connaissances qui seront développées dans un contexte social particulier. Selon cette perspective, tant le chercheur que les participants occupent une place centrale dans la construction des nouvelles connaissances. En effet, la recherche réalisée sous le paradigme constructiviste explore l'expérience et le vécu des participants afin d'accéder à la manière dont ces derniers construisent leur réalité (Charmaz, 2006). Le paradigme constructiviste met également de l'avant l'importance du contexte social, des points de vue variés et divergents ainsi que des interactions dans la recherche réalisée; des éléments qui s'arrimaient avec le sujet de l'étude que je souhaitais réaliser. Enfin, ce paradigme laisse une place importante à l'interprétation dans la conduite de la recherche et, plus spécifiquement, dans l'analyse des données et la présentation des résultats. Une telle liberté vise à permettre de formuler une compréhension du phénomène exploré qui soit ancrée dans son contexte social ainsi que dans la réalité des multiples parties qui y ont contribué.

4.2 Approche et devis méthodologiques

L'approche de ce projet de recherche est empirique et utilise une stratégie qualitative afin d'obtenir une compréhension riche et approfondie du phénomène à l'étude. En effet, les stratégies qualitatives sont particulièrement appropriées pour comprendre les perspectives et les expériences d'acteurs qui travaillent ou qui sont impliqués au sein de systèmes complexes, tels que les services de santé et les soins supportés par un tiers payeur (Creswell, 1998). La recherche qualitative présente des caractéristiques uniques permettant d'investiguer des phénomènes complexes ou plus difficiles à explorer (Carpenter et Suto, 2008; Fossey, Harvey, McDermott et Davidson, 2002). Elle se distingue par le fait qu'elle tente de mieux comprendre ces phénomènes en les explorant du point de vue des individus qui y prennent part, ainsi qu'en s'intéressant à la manière dont ceux-ci les perçoivent et les vivent, dans le contexte de leur environnement propre (Spencer, Ritchie, Lewis et Dillon, 2003). Il est également important de mentionner que la recherche qualitative vise souvent à répondre à des questions de recherche qui portent sur le « comment » et le « pourquoi » d'un phénomène (Green et Thorogood, 2013), ce qui était le cas pour ce projet.

J'ai choisi d'utiliser le devis méthodologique appelé *description interprétative* (traduction libre de *Interpretive Description*) (Thorne, 2016). S'inscrivant dans le paradigme constructiviste, ce devis a, à l'origine, été développé dans le domaine des sciences infirmières afin de répondre aux questions de recherche cliniquement pertinentes et orientées vers la pratique (Thorne, 2016). Ce devis va plus loin que la simple description qualitative ou que l'analyse de contenu, en amenant une dimension interprétative aux résultats. Elle prend ses sources dans la théorisation enracinée (*Grounded Theory*) (Glaser et Strauss, 1967) et dans l'investigation naturaliste (*Naturalistic Inquiry*) (Guba et Lincoln, 1985). Puisque mon projet de recherche s'intéressait à la façon dont les cliniciens, les structures organisationnelles et les politiques sont à l'origine d'enjeux éthiques et influencent la pratique clinique, le devis de la *description interprétative* était bien adapté aux objectifs du projet.

La *description interprétative* reconnaît et met également à profit l'importance des connaissances disciplinaires du chercheur afin d'orienter le projet. Puisque ce projet de

recherche a été conduit par une physiothérapeute clinicienne qui avait déjà un bagage expérimentiel concernant les soins offerts aux travailleurs blessés en physiothérapie, il était intéressant que ce devis propose d'utiliser ces connaissances en cours de projet, tout en s'assurant d'identifier les préconceptions et les idées qui pourraient indûment influencer les résultats (Thorne, Kirkham et O'Flynn-Magee, 2004). Ainsi, l'orientation clinique et disciplinaire de ce devis a su me guider à travers l'ensemble de la conduite des travaux et m'a permis de mettre de l'avant des résultats signifiants dans le contexte actuel de la pratique et de l'offre de soins aux travailleurs blessés dans le domaine de la physiothérapie.

4.3 Quatre critères de qualité et de rigueur

La rigueur est un enjeu fondamental dans toutes les pratiques de recherche et elle peut être décrite comme la qualité du travail d'investigation entrepris par le chercheur (Lehoux, 2013). La recherche est rigoureuse lorsqu'elle a été conduite de façon systématique, mais également créative et ouverte (Lehoux, 2013; Sandelowski, 1993). Ce qui assure la rigueur est donc un mélange entre la cohérence de l'ensemble du devis de recherche ainsi que les stratégies mobilisées pour préserver la qualité et l'originalité des données, incluant la réflexivité du chercheur qui la conduit (Lehoux, 2013; Thorne, 2016). La rigueur n'est pas une résultante du projet qui doit être évaluée à la toute fin du processus; elle est plutôt semée tout au long de la conduite de la recherche (Morse, Barrett, Mayan, Olson et Spiers, 2002). Elle constitue en ce sens un véhicule approprié pour discuter des aspects méthodologiques choisis et actualisés en cours de projet. Dans les écrits, plusieurs auteurs ont réfléchi au concept de rigueur et différents critères ont été proposés afin de soutenir les qualités méthodologiques des projets de recherche qualitatifs. J'ai choisi d'utiliser les quatre critères de qualité des recherches qualitatives présentés par Franco Carnevale (2002) pour mettre de l'avant les éléments clés de ma méthodologie soit : la crédibilité, la confirmabilité, la saturation et la transférabilité. Ces critères se rapprochent des critères utilisés par les chercheurs ayant développé l'approche naturaliste (notamment Guba et Lincoln, 1985) et ils ont été présentés, décrits et défendus par un chercheur expérimenté dans le domaine de la recherche qualitative, appliquée au domaine des sciences infirmières (Carnevale, 2002). Mon choix s'est donc arrêté sur ces critères, car ils sont soutenus par un chercheur qui privilégie l'importance de l'applicabilité et de la pertinence

des résultats qualitatifs à la réalité clinique des sciences de la santé, parce qu'ils sont mutuellement exclusifs et parce que j'estime qu'ils englobent assez bien tous les aspects pertinents permettant de juger adéquatement de la rigueur d'un projet. Enfin, il est important de mentionner que la *description interprétative* met de l'avant plusieurs principes généraux permettant de développer des projets de recherche de qualité, mais ne propose pas de critères spécifiques permettant d'illustrer de façon concise et succincte les aspects méthodologiques réalisés. C'est aussi dans cette optique que j'ai choisi d'utiliser les quatre critères présentés par Carnevale (2002). Ainsi, dans les prochains paragraphes, je définis brièvement chacun de ces critères et illustre les stratégies méthodologiques que j'ai employées pour conduire un projet de recherche de qualité.

4.3.1 Crédibilité

La crédibilité d'un projet de recherche qualitatif réfère à la capacité de ce dernier de refléter de façon crédible la réalité étudiée. Pour répondre à ce critère, le chercheur doit s'assurer que les résultats obtenus soient fidèles à l'expérience des participants étudiés. Les méthodes employées doivent favoriser une proximité entre le chercheur et les participants, afin d'obtenir un portrait réel de leurs expériences, tout en s'assurant de ne pas « contaminer » les participants en influençant de façon indue leur vécu ou la description de leur réalité. Les stratégies que j'ai employées pour assurer la crédibilité du projet sont décrites ci-après :

a) Multiples sources de données et triangulation

Le type de triangulation utilisé dans ce projet de recherche consiste en l'utilisation de multiples sources de données pour recueillir de l'information sur un même phénomène (Mays et Pope, 2000). L'utilisation de sources variées permet de voir sous des angles différents et avec une portée plus large, le phénomène étudié (Tuckett, 2005). La *description interprétative* encourage le chercheur à obtenir des données empiriques qui proviennent de différentes sources. Dans ce projet, quatre sources de données, dont deux sources principales (groupes de discussion et entrevues individuelles) et deux sources secondaires (les politiques des trois commissions d'indemnisation du travail et des mémos réflexifs) ont été utilisées.

Groupes de discussion

Deux groupes de discussion auprès de professionnels de la physiothérapie (six physiothérapeutes et sept thérapeutes en réadaptation physique⁸) ont été réalisés. Ces deux groupes de discussion ont été conduits en début d'étude (juin et septembre 2013) et visaient à débiter l'exploration des expériences vécues par les physiothérapeutes en lien avec la problématique et à supporter la création du guide d'entrevue allant servir aux entrevues individuelles en profondeur (Hancock, 1998; Kitzinger, 1995; Krueger et Casey, 2009). Il a été décidé au début du projet que les groupes de discussions seraient uniquement réalisés au Québec, à Montréal. En effet, question de faisabilité, il était plus pratique de réaliser les groupes de discussion dans la province de l'équipe de recherche et avec des participants de la grande région de Montréal, afin d'éviter de trop grands déplacements pour les participants. Les détails méthodologiques de la réalisation de ces groupes de discussion sont présentés au chapitre 5.

Entrevues semi-dirigées individuelles

Les entrevues semi-dirigées individuelles en profondeur ont été complétées auprès de physiothérapeutes, de leaders dans le domaine de la physiothérapie et de personnel administratif qui travaillent de près, ou ont un lien avec l'offre de soins de physiothérapie offerte aux travailleurs blessés indemnisés (ex. : participants travaillant au sein de commissions d'indemnisation du travail, d'associations ou d'ordres professionnels provinciaux). Les entrevues ont été conduites à l'aide de deux guides d'entrevues semi-structurés (un pour les physiothérapeutes cliniciens et l'autre pour les leaders et administrateurs) abordant les thèmes saillants reliés à la problématique étudiée. J'ai d'abord mis sur pied le guide d'entrevue pour les physiothérapeutes cliniciens en me basant sur les groupes de discussion. À l'approche des entrevues à réaliser avec les leaders et administrateurs, le guide d'entrevue utilisé avec les cliniciens a été modifié pour mieux correspondre au nouveau groupe de participants à l'étude. Ce guide a été révisé en équipe,

⁸ Tel que vu plus haut, ces professionnels sont membre de l'Ordre de la physiothérapie du Québec, mais sont diplômés du CÉGEP (technique de physiothérapie), plutôt que de la maîtrise professionnelle universitaire qui procure le diplôme des physiothérapeutes.

puis piloté avec le premier leader participant à l'étude. Ces guides d'entrevue n'ont pas été créés comme outils statiques, mais bien comme des supports itératifs au déroulement des entrevues. Les deux guides ont donc été modifiés au fil des entrevues pour mieux refléter et s'adapter aux préoccupations des participants. De nouveaux thèmes et de nouvelles questions ont été ajoutés et d'autres modifiées en cours de route. Ces guides sont présentés en annexe (Annexes 10, 11 et 12).

Sources secondaires des données

Hormis les groupes de discussion et les entrevues individuelles en profondeur, j'ai également utilisé deux autres sources de données qui sont qualifiées ici de sources secondaires. Les données récoltées par ces différentes sources n'ont pas été codées au même titre que les verbatim des entrevues, mais ont néanmoins été incluses lors de l'analyse structurée des données (cartes conceptuelles, tableaux) et ont aussi majoritairement servi à contextualiser les données empiriques récoltées. La première source de données secondaires est constituée des documents décrivant les politiques des trois commissions d'indemnisation du travail provinciales incluses dans ce projet, en regard des soins de physiothérapie. Ces sources documentaires ont pour la grande majorité été trouvées en ligne sur les sites des commissions d'indemnisation et quelques-unes furent transmises par courriel ou en main propre par des participants. Ces politiques ont permis de mettre en lumière les caractéristiques distinctes et communes des politiques d'indemnisation des trois provinces à l'étude et de les relier aux expériences discutées par les participants aux entrevues. Cette source de données documentaires a été utilisée plus spécifiquement lors de l'analyse servant à l'écriture de l'article présenté au chapitre 7 de cette thèse. Tout au long de la conduite du projet, j'ai également rédigé des mémos réflexifs (voir critère de confirmabilité à la section 4.3.2). Ces mémos ont été utilisés comme deuxième source de données secondaires, puisqu'ils ont servi à favoriser l'émergence d'interprétations en cours d'analyse et qu'ils ont textuellement été inclus dans les tableaux, les réflexions et les stratégies d'analyse à travers l'ensemble du projet.

b) Immersion dans le processus et dans les données

Une autre stratégie permettant d'améliorer la crédibilité de l'étude concerne le degré d'immersion du chercheur au sein des données récoltées (Carnevale, 2002). L'étalement de la collecte des données provenant des groupes de discussion (juin 2013 et septembre 2013) jusqu'aux dernières entrevues individuelles (mars 2015) et la durée totale du projet (cinq ans) m'ont permis de m'imprégner pleinement du phénomène à l'étude. Cette dispersion de la collecte et de l'analyse des données dans le temps m'a ainsi offert le temps nécessaire pour m'engager dans ma recherche et pour lire, analyser et réfléchir maintes et maintes fois à propos des données obtenues et des résultats à présenter.

c) Retour des résultats préliminaires aux participants

Afin d'assurer la crédibilité du projet, les chercheurs peuvent aussi utiliser une stratégie de restitution, qui consiste à soumettre une partie des données ou des résultats préliminaires à des participants de la recherche. Cette stratégie peut entre autres permettre d'obtenir de nouvelles idées (*insights*) à propos des résultats et d'étendre la portée des interprétations. Cette stratégie permet également de s'assurer que le chercheur a mis sur pied une représentation des résultats qui résonne avec la réalité des participants qui ont été interrogés sur le phénomène étudié (Tracy, 2010; Tuckett, 2005). La restitution peut aussi permettre de vérifier si les résultats obtenus expriment une pluralité de voix et de perspectives, ce qui accroît la richesse des données et permet d'atténuer la voix du chercheur (Macbeth, 2001). Thorne, dans la *description interprétative*, décrit cette stratégie de restitution en employant l'expression « *the thoughtful clinician test* » (Thorne, 2008, p. 85). Ainsi, pour que les résultats préliminaires obtenus dans le cadre de cette recherche soient évalués d'un œil critique et par des physiothérapeutes connaissant bien la pratique clinique, j'ai conduit un troisième groupe de discussion, en mars 2015, qui a regroupé sept participants ayant participé au premier ou au deuxième groupe de discussion tenus en 2013. Ce troisième et dernier groupe de discussion a été réalisé à l'Université de Montréal et a duré 109 minutes. Durant cette rencontre, j'ai présenté aux participants les résultats préliminaires de la recherche et ils ont été invités à discuter de la pertinence et de la crédibilité de ceux-ci. Leurs points de vue plus généraux concernant les résultats ont aussi été sollicités. La discussion a été enregistrée à l'aide d'un enregistreur audionumérique, mais n'a pas été transcrite en verbatim. Une observatrice (D.

Feldman) était également présente lors de la rencontre. Cette restitution des résultats préliminaires auprès de participants ayant une très bonne connaissance du phénomène étudié a effectivement permis de valider la crédibilité des résultats préalablement obtenus auprès des participants de l'ensemble de la recherche. Les participants au troisième groupe de discussion ont tous mentionné avoir été interpellés par les résultats qui représentaient bien leur vécu.

4.3.2 Confirmabilité

Un projet de recherche répond au critère de confirmabilité lorsque celui-ci démontre qu'il a su préserver le sens entourant les récits des expériences et des perspectives des participants et encadrer l'influence du chercheur sur les résultats obtenus (Carnevale, 2002). Afin de préserver l'essence des propos et des émotions partagés par les participants, le chercheur doit s'assurer que les données sont collectées et analysées de façon rigoureuse et que ces nombreuses étapes peuvent être confirmées par le lecteur. Les stratégies de confirmabilité que j'ai mises en place en cours de projet sont décrites ci-après.

a) Utilisation d'un journal de bord détaillé sur le processus de recherche

Pendant tout le processus de recherche, j'ai rédigé un journal de bord servant à consigner l'avancement du projet, la réalisation des différentes étapes du processus et les nouvelles prises de décisions ou les réorientations qui ont modifié la trajectoire de la recherche. La lecture de ce journal de bord permet donc de retracer l'ensemble des étapes du projet de recherche, dans un ordre chronologique. Ce journal se voulait également un outil de réflexivité (Birks, Chapman et Francis, 2008). En effet, j'y ai consigné des éléments de mon dialogue interne, portant sur mes réactions, sur mes interactions avec les participants ou encore sur mes émotions vécues lors de la collecte de données (Carpenter et Suto, 2008). La réflexivité peut ainsi amener le chercheur à réfléchir sur sa réactivité (Paterson, 1994) et sur les sentiments ressentis, tels que l'empathie ou l'antipathie, la culpabilité ou l'envie ou encore l'impuissance ou la défiance (Guillemin et Gillam, 2004; Lehoux, 2013; Mays et Pope, 2000). La rédaction d'un journal de bord m'a plus particulièrement incité à me pencher davantage sur l'impact de mes propres sentiments et émotions sur la conduite de la recherche. En utilisant ce journal de bord comme médium pour consigner les étapes formelles du processus de recherche et pour mettre sur papier des éléments de réflexivité, j'ai donc été à même de soupeser ma présence et

mon influence sur le déroulement du projet de recherche et de réexaminer au besoin, mes propres réactions et réflexions survenues pendant toutes les étapes du projet. Les éléments plus spécifiques liés à la réflexivité sont décrits au prochain point.

b) La réflexivité comme outil pour encadrer la place du chercheur

Le concept de réflexivité occupe une place cruciale pour encadrer la place du chercheur en recherche qualitative (Finlay, 2002; Horsburgh, 2003; Koch et Harrington, 1998; Pope et Mays, 2008). La réflexivité est une stratégie clé qui permet de répondre au critère de confirmabilité et qui permet aux chercheurs qui détiennent un bagage antérieur sur l'objet de leur recherche (tels les cliniciens) de faire une utilisation pertinente et mesurée de leurs connaissances à travers leur projet. En effet, la réflexivité permet de faciliter la prise de conscience par le chercheur de l'impact de sa subjectivité sur sa propre recherche, afin de soutenir sa compréhension du processus de création des nouvelles connaissances et de transformer sa subjectivité d'un élément indésirable vers une opportunité (Finlay, 2002). La réflexivité consiste donc essentiellement pour le chercheur à porter un regard réflexif et critique sur son propre rôle dans la recherche, à se questionner sur le parcours poursuivi, sur les choix réalisés en cours de route, ainsi qu'à réfléchir aux facteurs subjectifs qui ont pu influencer la planification, la conduite et les résultats de sa recherche (Fossey et al., 2002; Guillemain et Gillam, 2004). C'est un processus dynamique, itératif et immédiat (Finlay, 2002). Pope & Mays ont d'ailleurs décrit la réflexivité comme une sensibilité envers la manière dont le chercheur et le processus de recherche peuvent à eux deux façonner les données recueillies (Pope et Mays, 2008). Plusieurs stratégies favorisant la réflexivité ont été employées à travers mon projet.

En préparation à la recherche, je me suis questionnée à maintes reprises sur mes postures personnelles, mes *a priori* et mes idées préconçues sur les soins de physiothérapies offerts aux travailleurs blessés indemnisés. Souvent, j'ai repensé à ma propre pratique de physiothérapeute travaillant depuis plus de six ans auprès de travailleurs blessés indemnisés et aux éléments de mon contexte qui m'ont poussé à explorer davantage ce sujet. J'ai réfléchi à d'anciens patients et à certaines situations qui avaient généré chez moi des questionnements et des émotions dans ma pratique clinique, afin de pouvoir mieux reconnaître ma « position »

face à ce sujet fascinant (Macbeth, 2001). Avec mes superviseurs, j'ai aussi réfléchi aux présuppositions, aux valeurs, aux préférences et aux idéaux de ma discipline, la physiothérapie, afin de mieux comprendre comment ces lunettes disciplinaires pourraient influencer la conduite de mon projet (Thorne, 2016). Pour essayer de mieux cerner les différences existant entre mon rôle de chercheur et mon rôle de clinicien, j'ai lu des articles abordant des aspects importants à considérer dans ce double rôle, notamment les articles de Hunt et collaborateurs (Hunt, Chan et Mehta, 2011) et de MacNair et collaborateurs (McNair, Taft et Hegarty, 2008). Ma participation au programme des IRSC sur la prévention de l'incapacité du travail, donné par l'Université de Toronto en 2014 et 2015 m'a aussi permis de m'ouvrir aux différentes perspectives sociales, politiques, économiques et culturelles entourant le sujet de mon étude (Carpenter et Suto, 2008). Puisque les participants provenaient de plusieurs pays et avaient des formations disciplinaires très variées (ex. : économistes, psychologues, épidémiologistes, médecins, sociologues, etc.), ces derniers m'ont permis d'ouvrir considérablement mes horizons sur le phénomène étudié. En cours de projet, j'ai aussi tenté de prendre conscience des discours auxquels j'aurais accordé plus de poids dans mes analyses et mes réflexions et de réfléchir à ceux qui auraient été évacués ou censurés (Finlay, 2002; Lehoux, 2013). En plus des mémos réflexifs rédigés dans mon journal de bord, j'ai également rédigé des mémos dans des documents Word associés à chacune des entrevues analysées. Dans ces mémos, j'ai consigné mes émotions à la relecture de certains passages d'entrevues, mes hypothèses émergentes concernant certains concepts, des idées de catégories ou de thèmes pour l'analyse, ou encore des liens que je faisais entre différents concepts empiriques et théoriques. Ces mémos ont été utilisés comme sources de données secondaires et contribuent à renforcer le critère de confirmabilité de ce projet.

c) Processus d'analyse des données

L'étape d'analyse des données en recherche qualitative revêt parfois un caractère obscur pour les lecteurs. Par ailleurs, cette étape représente un processus crucial pour la recherche, puisque c'est cette analyse qui permet de mettre en lumière les résultats significatifs de l'étude et qui détermine si le produit de la recherche sera pertinent pour le domaine étudié. Afin que les lecteurs puissent pleinement apprécier le critère de confirmabilité de ce projet, les éléments

clés de l'analyse des données ont été décrits dans les articles présentés aux chapitres 5, 6 et 7. Par ailleurs, certaines précisions concernant le processus d'analyse sont décrites ici.

L'approche générale employée pour l'analyse des données provenant des groupes de discussion et des entrevues individuelles est une approche inductive. Cela signifie que les codes développés en cours d'analyse n'ont pas été définis en fonction de thèmes prédéterminés appartenant à un cadre conceptuel ou à une théorie déjà existante, mais ont plutôt émergés suite à la lecture des verbatim. Cette approche est en accord avec le caractère constructiviste de la *description interprétative*, où le sens accordé aux données doit se construire à travers le récit des participants, tout au long de l'analyse des données. La *description interprétative* préconise également d'en arriver à une interprétation des résultats qui permet de voir le phénomène à l'étude sous un angle nouveau, tout en s'assurant que les résultats obtenus restent bien ancrés dans la réalité clinique du phénomène. C'est ce degré d'interprétation qui confère à la recherche une portée intéressante et qui met de l'avant la créativité et l'esprit de synthèse du chercheur (Savoie-Zajc, 2000). Ce processus d'interprétation qui s'opère à travers l'arrimage des codes vers les catégories et des catégories vers les thèmes finaux a été réalisé au moyen de diverses stratégies d'analyse telles que la création de schémas, de tableaux et de cartes conceptuelles, une relecture de l'ensemble des verbatim, des synopsis, des mémos et des sources documentaires. Un exemple de tableau et un exemple de carte conceptuelle que j'ai réalisés dans le cadre des analyses sont d'ailleurs présentés à l'annexe 13. Des comparaisons multiples et fréquentes entre les différentes sources de données et les multiples stratégies d'analyse ont été réalisées. Ces stratégies ont permis de mettre à l'épreuve mes analyses primaires ou instinctives et de favoriser l'émergence de nouvelles idées. Ce processus d'analyse comprenant de nombreuses étapes et stratégies a permis d'éviter d'en arriver à des thèmes préconçus, sans avoir parcouru le chemin nécessaire pour bâtir des interprétations qui soient basées sur l'ensemble des données (Tracy, 2010). Afin d'apporter une contribution substantielle au domaine étudié, j'ai également tenté d'offrir une perspective plus microsystemique (chapitre 6) et une perspective plus macrosystemique (chapitre 7) des résultats, tel que suggéré par Morse (2002). J'ai aussi discuté à maintes reprises de mon processus d'analyse et de l'interprétation des données avec les membres de l'équipe de recherche. De ce fait, d'autres chercheurs ont pu confirmer l'authenticité des

données, apprécier le processus réalisé et fournir des pistes de réflexions et d'analyse intéressantes en cours de route. Ces discussions d'équipe contribuent au critère de confirmabilité du projet, puisqu'elles ont permis à quelques reprises de mettre en perspective mes interprétations, en plus d'encadrer mon influence sur les résultats de la recherche. J'ai également eu l'opportunité de discuter de mes résultats préliminaires avec des étudiants et chercheurs chevronnés dans le domaine de la réadaptation au travail, lors de mes deux années de participation au programme stratégique de formation des IRSC mentionné plus tôt. Enfin, lorsque possible, j'ai discuté des articles en cours d'écriture avec des membres d'un groupe de lecture scientifique à l'Université McGill. Une synthèse du processus d'analyse des données employé est schématisée ici à la figure 3.

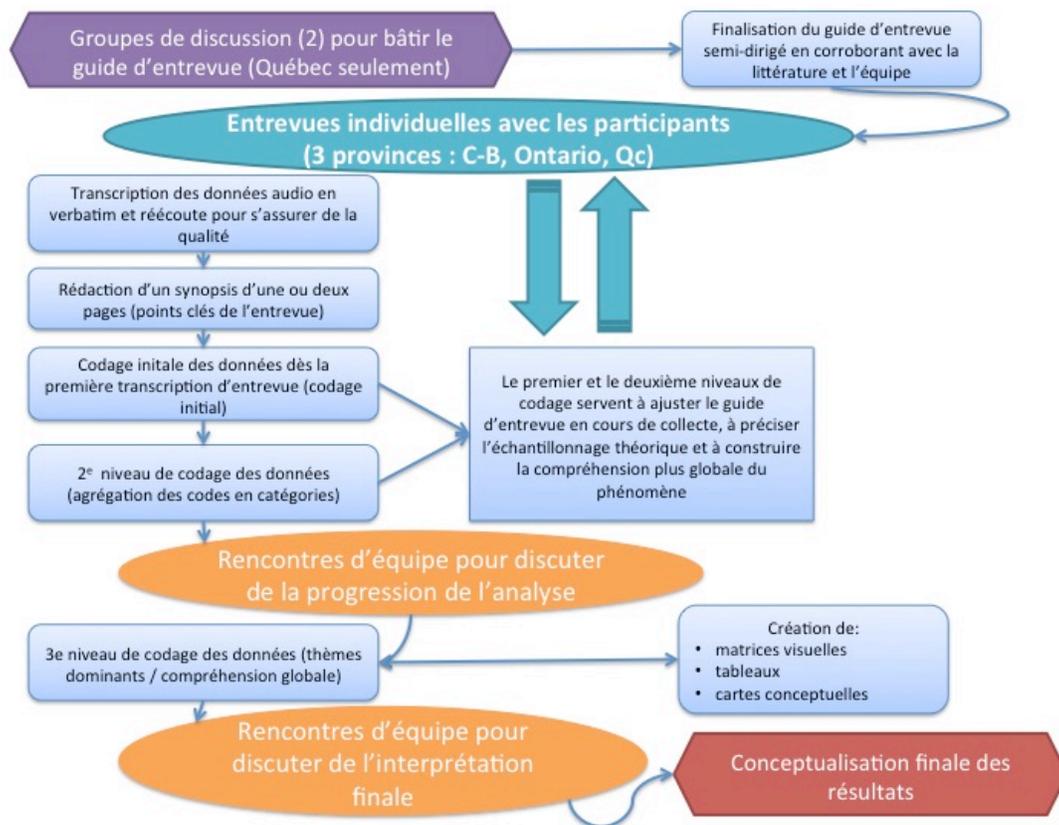


Figure 3 : Schématisation résumée du processus d'analyse des résultats

Cette figure est adaptée d'un schéma originalement développé par Matthew Hunt et présentée ici avec son accord.

d) Description détaillée, riche et vibrante des résultats

Enfin, j'ai utilisé une dernière stratégie afin d'assurer la confirmabilité de la recherche. Cette stratégie consiste à fournir une description détaillée, riche et vibrante des résultats dans les articles de cette thèse. L'utilisation de plusieurs extraits de verbatim provenant de différents participants permet au lecteur d'apprécier et de confirmer la place que j'ai accordée à l'expérience et aux perspectives des participants à l'étude. Dans les articles, les tableaux qui présentent les caractéristiques démographiques des participants permettent aussi de mieux visualiser ces personnes qui ont contribué à la recherche et de confirmer la pertinence des participants choisis dans le projet.

4.3.3 Saturation

Le critère de saturation fait référence à l'envergure des données récoltées et analysées par le chercheur. En effet, pour rencontrer le critère de saturation, le chercheur doit démontrer qu'il a obtenu assez de données pertinentes pour lui permettre d'étudier le phénomène choisi dans toute son ampleur. Ce critère est souvent atteint lorsque le chercheur perçoit des redondances dans les données recueillies, à travers les récits des participants. Par ailleurs, le critère de saturation est fortement lié à la pertinence ainsi qu'à la variabilité et la richesse des participants choisis (Morse et al., 2002). Les stratégies employées pour répondre à ce critère sont décrites ici :

a) Stratégies de recrutement permettant d'obtenir des données pertinentes et variées

Trois types d'échantillonnage, soit : l'échantillonnage intentionnel (*purposive sampling*), par effet boule-de-neige et par choix raisonné (*theoretical sampling*), ont été utilisés pour recruter les participants au projet de recherche. L'échantillonnage intentionnel a d'abord visé à recruter des participants des trois provinces choisies ayant des expériences de travail diversifiées comme physiothérapeutes auprès de travailleurs blessés au travail et indemnisés. Le recrutement en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec visait d'ailleurs à recruter des participants travaillant sous l'égide de politiques d'indemnisation différentes, permettant ainsi d'obtenir un portrait riche témoignant des similitudes et des différences dans l'offre de soins entre les trois juridictions. L'échantillonnage par effet boule-de-neige, lors duquel je demandais aux physiothérapeutes ayant participé aux entrevues de me fournir les noms de

gens qui pourraient potentiellement être intéressés à participer à l'étude, a permis d'augmenter mon bassin de recrutement. Cette stratégie m'a entre autres permis de recruter des participants plus difficiles à recruter tels que des participants travaillant dans des régions plus éloignées ou des participants occupant des postes de leaders au sein des organisations ciblées par le projet (Biernacki et Waldorf, 1981). Enfin, suite à la conduite et à l'analyse concomitante d'un bon nombre d'entrevues, l'échantillonnage théorique m'a permis de recruter des participants ayant certains points de vue qui n'avaient pas été abordés ou explorés assez en profondeur, me permettant ainsi de présenter un portrait plus complet de la situation (Marshall, 1996; Sandelowski, 1995). J'ai cherché à recruter des participants qui pourraient discuter plus spécifiquement de l'influence de leur propre milieu clinique sur les soins offerts (par exemple, des physiothérapeutes travaillant dans des grosses corporations de physiothérapie) et des participants travaillant avec plusieurs autres professionnels, en multi ou en interdisciplinarité.

b) Stratégies permettant d'éviter de « figer » les données trop rapidement

Certains auteurs ont mentionné qu'il était important, afin d'obtenir une saturation pertinente des données, de s'assurer que le chercheur évite de « figer » les résultats trop rapidement ou de façon prématurée, pendant la conduite des analyses (*premature closing*) (Thorne et al., 2004). Les chercheurs moins expérimentés ont tendance à organiser les données dès que des éléments clés commencent à se dégager, ce qui ne permet pas d'atteindre l'ampleur recherchée au niveau des résultats. Le chercheur doit donc constamment rester ouvert à de nouvelles façons de concevoir les données pour éviter que ses préconceptions prennent une trop grande place dans les résultats (Thorne et al., 2004). J'ai donc porté une attention particulière à cet aspect en cours de route et mes discussions avec mes directeurs de thèse m'ont également permis de maintenir une vision plus large des résultats, à travers la collecte et l'analyse des données. J'ai aussi tenté de mettre en lumière les cas atypiques (*negative cases*), présentant une vision distincte ou originale du phénomène, qui favorisent la remise en question de certaines interprétations et apportent ainsi une vision plus riche et plus large du phénomène exploré (Tuckett, 2005). Par exemple, l'emploi de cette stratégie est illustré brièvement dans l'article portant sur les groupes de discussion (chapitre 5), lorsqu'une distinction est faite entre certains éléments dominants du discours des physiothérapeutes qui ne trouvaient pas écho dans les discours des thérapeutes en réadaptation physique.

4.3.4 Transférabilité

La transférabilité concerne la capacité des résultats à résonner avec la réalité et l'expérience de personnes qui vivent le phénomène étudié, mais dans des contextes ou des lieux différents (Carnevale, 2002). Pour que les résultats de la recherche soient ainsi transférables, le chercheur doit s'être assuré de recruter des participants qui proviennent de contextes variés et représentatifs du phénomène à l'étude, en plus de mettre en lumière les éléments communs et divergents de ces différents contextes. Ainsi, les stratégies de transférabilité utilisées par le chercheur en cours de projet permettront aux lecteurs et aux leaders de changement visés par la recherche de déterminer si les résultats du projet sont applicables à leur propre réalité.

a) Stratégies de diversification des participants

Pendant toute la période de recrutement, je me suis assurée de recruter des participants provenant d'horizons variés et permettant d'obtenir des expériences riches et diversifiées concernant les soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés indemnisés. Sur ce point, j'ai cherché à obtenir un maximum de variabilité en regard des différents points de vue sur le phénomène à l'étude et j'ai tenté de choisir des participants « appropriés » pour enrichir les connaissances reliées au projet, sans toutefois me restreindre à une sélection de participants qui confirmerait ma vision originelle du problème étudié (Sandelowski, 1995; Savoie-Zajc, 2006; Tracy, 2010). Pour ce faire, j'ai recruté 30 physiothérapeutes cliniciens répartis dans trois provinces canadiennes et 10 leaders ou administrateurs occupant des postes clés dans les milieux reliés à la physiothérapie et aux commissions d'indemnisation du travail, et possédant des connaissances particulières sur le phénomène étudié. Des critères de diversification interne et externe ont été employés pour guider l'échantillonnage. Ces derniers ont été évalués par l'entremise de questions démographiques (Annexes 5 et 6) auxquelles les participants potentiels devaient répondre. Ces critères sont présentés au tableau II (page 97).

Tableau II : Critères de diversification des participants

<p>Diversification interne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Physiothérapeutes • Thérapeutes en réadaptation physique (Québec seulement) • Leaders ou administrateurs travaillant pour les associations professionnelles provinciales, les ordres de la physiothérapie provinciaux, des organismes de représentation de la physiothérapie ou des commissions d'indemnisation du travail provinciales
<p>Diversification externe (pour les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Genre : femme ou homme • Type de pratique (ex. : privée vs publique, soins de première ligne vs programme interdisciplinaire de deuxième ligne) • Rôle au sein de leur milieu de pratique (ex. : cliniciens, propriétaires, gérants, etc.) • Années d'expérience clinique • Années d'expérience à travailler auprès des travailleurs blessés indemnisés • Nombre de travailleurs blessés traités par semaine • Milieu rural vs milieu urbain • Province (Colombie-Britannique, Ontario, Québec)

b) Description des contextes de soins et des tiers payeurs dans les trois provinces explorées

Afin de permettre aux lecteurs d'évaluer la pertinence et la transférabilité des résultats de recherche, je me suis également assurée d'offrir une riche description des contextes de soins de physiothérapie dans le cadre de l'indemnisation des travailleurs blessés, dans les trois provinces investiguées. Bien que les lois et les cadres régissant l'indemnisation des travailleurs en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec diffèrent substantiellement et soient assez complexes, la mise en contexte présentée dans chacun des trois articles de résultats permet aux lecteurs de mieux apprécier et de mieux mesurer les ressemblances ou les dissemblances des contextes à l'étude avec leur propre contexte. En ce sens, l'article de thèse présenté au chapitre 7 et qui présente un tableau résumant les aspects clés des politiques d'indemnisation provinciales reliées aux soins de physiothérapie répond adéquatement à ce critère. De plus, la riche description des résultats à travers l'ensemble des articles permet aux lecteurs de mieux comprendre la portée de ces derniers et de vérifier leur applicabilité à leurs propres contextes de soin.

4.3.5 Résumé des éléments reliés à la rigueur

En résumé, les différents aspects méthodologiques présentés par l'entremise des quatre grands critères de rigueur en recherche qualitative que sont la crédibilité, la confirmabilité, la saturation et la transférabilité (Carnevale, 2002) ont permis de mettre en lumière les éléments clés du processus de recherche réalisé.

4.4 Considérations éthiques reliées à la conduite du projet de recherche

Le projet doctoral a été mené suite à l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR). L'approbation pour ce projet a été renouvelée annuellement (projet CRIR-794-0113). La copie du certificat d'éthique se trouve à l'annexe 2.

4.4.1 Consentement

Tous les participants à l'étude (c.-à-d. les participants aux groupes de discussion ainsi qu'aux entrevues individuelles) ont signé un formulaire de consentement avant de prendre part à l'étude (Annexes 7, 8 et 9). Pour la majorité des participants, ce formulaire a été transmis par courriel quelques jours avant la collecte des données. Tous les participants ont été invités à poser des questions et à demander des clarifications à propos du projet de recherche. Leur signature a ensuite été recueillie, témoignant de leur consentement volontaire et éclairé à participer au projet (Énoncé de politique des trois Conseils, 2010). Enfin, tous les participants ont été bien informés de la possibilité de mettre fin à leur participation à l'étude, en tout temps et sans préavis, dès qu'ils en expriment le besoin.

4.4.2 Compensation et remerciement des sujets

Les participants aux groupes de discussions et aux entrevues individuelles ont reçu une compensation qui a fait l'objet de nombreuses discussions dans l'équipe de recherche et auprès du comité d'éthique de la recherche du CRIR. Il a été convenu que les participants aux groupes de discussion recevraient 100\$ pour leur participation. Cela a été décidé compte tenu du fait que les participants devaient potentiellement prendre congé de leur travail clinique pour participer aux groupes de discussion (ces derniers se sont tenus en semaine, de l'après-midi

jusqu'en début de soirée), parce qu'ils devaient déboursier certains frais pour le déplacement et pour le stationnement et qu'en tout, les participants devaient réserver environ trois heures de leur temps pour participer (incluant environ une heure de transport aller-retour au lieu de rencontre et deux heures de discussion). Les participants aux entrevues individuelles ont quant à eux reçu une compensation de 50\$ pour leur participation. Ces derniers ne pouvaient pas participer à l'entrevue tout en étant rémunérés par leur employeur et devaient donc réaliser l'entrevue hors des heures de bureau, plus souvent le soir ou la fin de semaine. De plus, les participants ont en moyenne alloué deux heures pour prendre part à la collecte de données. Puisque les participants étaient presque tous des professionnels de la physiothérapie ou des administrateurs en poste dans des organismes provinciaux ou associatifs, il a été jugé que cette compensation ne favorisait pas une participation induite à l'étude. Tous les participants à l'étude ont également été personnellement remerciés par le biais d'un courriel suite à leur participation. Ceux qui ont manifesté l'intérêt d'être informés des résultats de la recherche se sont vus transmettre les articles de thèse qui ont été publiés jusqu'à présent. Un court document résumé présentant les éléments clés des résultats sera aussi transmis à l'ensemble des participants vers la fin septembre 2017.

4.4.3 Respect des répondants

Les thèmes et sujets abordés lors des groupes de discussion et des entrevues individuelles questionnaient les participants à propos de leurs pratiques professionnelles en lien avec les travailleurs blessés, les tiers payeurs et les autres acteurs impliqués dans la réadaptation de leurs patients. Je savais au tout début du projet que la pratique qui touche les travailleurs blessés indemnisés présentait des caractéristiques différentes de la pratique réalisée auprès d'autres types de clientèle (ex. : exigences administratives et cliniques, communications plus fréquentes avec les médecins et les tiers payeurs, etc.). Je savais également que j'allais questionner les participants sur les difficultés, contraintes et enjeux éthiques, organisationnels et systémiques rencontrés dans leur pratique. À travers l'ensemble du processus de recherche, je me suis donc assurée de recueillir avec le plus grand respect et sans jugement, les perspectives et les pratiques des participants. Les participants ont été informés à plusieurs reprises que l'objectif ultime du projet de recherche visait à proposer un constat juste de la situation actuelle ainsi que des recommandations et des stratégies ancrées dans la réalité des

soins, permettant de faciliter leur travail et d'améliorer les soins offerts aux travailleurs blessés.

4.4.5 Confidentialité

Afin de respecter la confidentialité des participants, les entrevues des participants ont été anonymisées dès leur transcription en verbatim et toutes les informations permettant d'identifier la personne (ex. : lieu de travail, ville, identification) ont été retirées de la transcription. Des codes fictifs (ex. : P3) ont été employés lors de la transcription afin de remplacer les noms des participants. Seule l'auteure de la thèse fut en possession de la liste des participants à l'étude. Certaines considérations spécifiques liées à la confidentialité ont également été prises en compte lors de la tenue des groupes de discussion. En effet, il est plus ardu de préserver la confidentialité des participants lors d'une collecte de données en groupe, comparativement à une entrevue individuelle. Puisque plusieurs participants prenaient part à l'activité, des mesures particulières ont été mises en place. Premièrement, les formulaires de consentement dédiés aux participants des groupes de discussions spécifiaient clairement l'importance de respecter la confidentialité des participants et d'éviter toute discussion ultérieure à propos des gens qui prenaient part à l'activité (Annexe 7). Deuxièmement, il a été demandé aux participants des groupes de discussion de se nommer uniquement par leur prénom lors du premier tour de table en grand groupe et de ne pas mentionner le nom de leur milieu de pratique ou tout autre renseignement qui permettrait de les identifier clairement.

La dernière considération spécifique liée à la confidentialité des participants concerne la participation des leaders et des administrateurs des grandes organisations impliquées dans les soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés. Au sein de ces organisations, il n'y a actuellement que quelques personnes spécifiquement impliquées dans les dossiers touchant les soins offerts aux travailleurs blessés. Ces personnes deviennent alors facilement identifiables lors de la présentation des résultats et de la publication des données. Afin de préserver au maximum l'identité des répondants de cette catégorie de participants, aucune donnée démographique n'a été publiée sur ce petit groupe de participants. Les citations ont également été choisies de façon rigoureuse, afin de préserver l'anonymat de ces personnes qui ont généreusement accepté de participer au projet.

4.4.6 Sécurité des données

Les enregistrements audionumériques des entrevues et des groupes de discussion ont été préservés dans l'ordinateur de l'auteure de la thèse. L'ordinateur était protégé par un mot de passe ainsi que les fichiers contenant les enregistrements. Les données papier concernant les participants (synopsis ou verbatim d'entrevue anonymisés) ont quant à eux été rangées dans un classeur verrouillé, au domicile de l'auteure de la thèse. Enfin, l'équipe de recherche s'est plus particulièrement penchée sur la sécurité des données obtenues en visioconférence par le logiciel Skype©. Bien que la récolte de données de recherche par l'entremise de ce logiciel est généralement considérée « moins sécuritaire » comparativement aux entrevues téléphoniques ou en face à face, après une consultation avec le comité d'éthique du CRIR, il a été convenu que l'utilisation du logiciel Skype© présentait tout de même un risque minimal pour la sécurité des données. De plus, le fait que ce logiciel permette un contact visuel avec les participants a été perçu comme un atout, ajoutant à la richesse de l'entrevue comparativement aux entrevues qui sont conduites par téléphone uniquement. C'est donc pour l'ensemble de ces raisons que le logiciel fut utilisé.

Chapitre 5 : Groupes de discussions portant sur la pratique des physiothérapeutes auprès des travailleurs blessés : regard sur la qualité des soins

5.1 Rappel des objectifs rencontrés par cet article

Cet article visait, dans un premier temps, à identifier certains enjeux clés et certaines préoccupations courantes rencontrés par les physiothérapeutes dans leur pratique auprès des travailleurs blessés indemnisés, au moyen de groupes de discussion. Dans un deuxième temps, les résultats issus de cet article ont servi à développer les guides d'entrevue qui ont été utilisés lors des entrevues individuelles en profondeur auprès de physiothérapeutes ainsi que de leaders et d'administrateurs dans les trois provinces canadiennes visées par l'étude.

5.2 Article 2 : Quality of Physiotherapy Services for Injured Workers Compensated by Workers' Compensation in Quebec: A Focus Group Study of Physiotherapy Professionals

Cet article a été soumis à la revue *Healthcare Policy* le 17 février 2014, accepté pour publication le 25 novembre 2014 et publié au mois de février 2015. L'étudiante a rédigé l'article en entier sous la supervision de Debbie Feldman et Matthew Hunt, coauteurs. Les quatre auteurs du manuscrit étaient présents lors de la collecte de donnée et tous ont contribué à la réflexion entourant l'analyse des données par l'étudiante, lors de discussions d'équipe. Tous les auteurs ont commenté les diverses itérations du manuscrit et approuvé le format final de l'article.

Référence bibliographique :

Hudon, A., Laliberté, M., Hunt, M. and Feldman, D. (2015) Quality of Physiotherapy Services for Injured Workers Compensated by Workers' Compensation in Quebec: A Focus Group Study of Physiotherapy Professionals, *Healthcare policy= Politiques de santé*, 10, 3, 32-47.

L'article est reproduit ici avec l'autorisation de la revue *Healthcare Policy*. Le format de présentation du manuscrit est conforme aux exigences de cette revue.

Authors:

ANNE HUDON, PT, MSc

*PhD Student in Rehabilitation Sciences, Faculté de Médecine, Université de Montréal Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal
Montréal, QC*

MAUDE LALIBERTÉ, PT, MSc

*PhD Student in Biomedical Sciences, Bioethics Option, École de Santé Publique, Université de Montréal Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal
Montréal, QC*

MATTHEW HUNT, PT, PhD

*Assistant Professor, School of Physical and Occupational Therapy, Faculty of Medicine, McGill University Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal
Montréal, QC*

DEBBIE EHRMANN FELDMAN, PT, PhD

*Full Professor, Rehabilitation School, Faculté de Médecine, Université de Montréal Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal
Montréal, QC*

Acknowledgements

The authors wish to thank members of a journal club at McGill University and Elaine Lamarre Leroux for their precious comments on an earlier version of this manuscript. Anne Hudon is supported by a doctoral fellowship from the Fond de recherche du Québec–Santé (FRQS) and from the MENTOR program in collaboration with the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and the Quebec Research Rehabilitation Network (REPAR). Maude Laliberté holds a doctoral fellowship from FRQS. Matthew Hunt and Debbie Feldman are supported by salary awards from the FRQS. Financial support for this work was also received from the CIHR and the Dominion of Canada General Insurance administered by the Physiotherapy Foundation of Canada (CIHR funding number of reference: EOG- 120255).

Correspondence may be directed to: Anne Hudon, École de réadaptation, Faculté de médecine,
Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal, QC H3C 3J7;
Fax: 1 (514) 343-6929; e-mail: anne.hudon@umontreal.ca.

Abstract

Musculoskeletal disorders are among the leading causes of work-related physical disability in the province of Quebec in Canada. The authors conducted a focus group study with physiotherapists and physical rehabilitation therapists working with patients whose treatments are compensated by the Quebec Workers' Compensation Board with the goal of exploring quality of care and ethical issues. Three main themes were identified: (1) systemic factors, (2) complexity in treatment decisions and (3) inequality of care. Although physiotherapy professionals strive to give these patients the best possible care, patients might not always be provided with optimal or equal treatment. When compared with other patients, there appear to be differences with respect to access to care and types of services offered to injured workers, raising equity concerns. Factors that shape and constrain quality of physiotherapy services for injured workers need to be addressed to improve care for these patients.

Introduction

In Quebec, a province of Canada, musculoskeletal disorders are among the leading causes of work-related physical disability and are very costly in terms of treatment, lost productivity and diminished quality of life (Lebeau and Duguay 2011). These disorders constitute almost 37% of occupational injuries compensated by the Quebec Workers' Compensation Board, the Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) (IRSST 2013). The CSST is a cause-based medico-legal system (Lippel and Lötters 2013) aiming at compensating injured workers after an injury sustained at work. Like other workers' compensation boards in Canada, as well as their counterparts in most Anglo-Saxon countries, the CSST considers the eligibility of injured workers' claims based on the cause of the injury, meaning that the injury must have happened at work and during work paid time to be eligible for compensation (Association des commissions des accidents du travail du Canada 2014). Laws regulate the functioning of the compensation process, and the CSST has the mandate of enforcing these laws with respect to compensation for medical care and for physical, social and vocational rehabilitation.

In the Quebec system, when a work injury is declared, the physician evaluates the patient, determines the diagnosis and confirms that the injury has been sustained and caused by work. If the physician's evaluation demonstrates that the injury was caused by their work, this information is sent to the CSST to support the injured workers' claim for compensation. Once the claim is accepted, the injured worker is entitled to receive different compensations such as replacement wages and medical benefits, as well as rehabilitation treatments such as physiotherapy. Indeed, as physiotherapists (PTs) are specialists in the musculoskeletal system, they are often implicated in the evaluation and treatment of persons with musculoskeletal injuries, including work-related back or neck pain and soft-tissue strains (Johnston et al. 2012). When physical work-related injuries are diagnosed by the physician, he or she often refers injured workers to physiotherapy clinics for treatment. The CSST then mandates the PTs involved in treating injured workers to improve their functional abilities and to prepare them for a safe return to work (RTW) (Commission de la santé et de la sécurité du travail 2010). However, as the CSST system is a medico-legal system, even if the primary healthcare professional involved in the care of an injured worker is a physiotherapist, the treating

physician is still recognized as the principal healthcare manager of the worker's case. The physician usually sets the parameters for the process of care and the RTW, and is the person responsible for transmitting this information to the CSST board. The physician is the only healthcare professional who makes decisions relating to supplementary imaging or investigations, change in RTW plans and ending treatment. Most of the time, the treating PTs will be responsible for informing physicians of the progress of the patient and options for RTW. Preferably, the RTW decisions would be made by the physician in conjunction with the treating physiotherapist, the CSST case manager, other involved healthcare professionals, the employer and the worker (Briand et al. 2008).

It is also important to note that even if Quebec has a public system of healthcare, most workers covered by the CSST and requiring physiotherapy treatment are seen in private, for-profit clinics, rather than in public physiotherapy departments located in hospitals or rehabilitation centres (Fédération des cliniques privées de physiothérapie du Québec 2010). In the private sector, the CSST reimburses the clinic owner for treatments provided to patients covered by workers' compensation on a fee-for-service basis. This high proportion of patients treated in private clinics rather than in public institutions might be attributable to the low accessibility of physiotherapy care in public settings throughout the province (i.e., the presence of long wait lists for accessing physiotherapy) (Camiré 2010; Commission de la santé et de la sécurité du travail 2010; Conseil du patronat du Québec 2010; Healy 2007).

In recent years, the CSST has implemented a strategic plan in order to increase accessibility, satisfaction and quality of care (QoC) for injured workers, while attempting to reduce rehabilitation costs. In its 2010–2014 strategic plan, the CSST defines ways of improving QoC by describing three essential aspects: better access to care services for all injured workers, more effective case management of workers presenting with serious injury or risk of chronicity, and simplification of the bureaucratic and administrative procedures associated with the CSST system (e.g., by improving technological support) (CSST 2010). In the United Kingdom, the Institute of Medicine has identified six central dimensions through which QoC is expressed: safety, effectiveness, patient-centredness, timeliness, efficiency and equity (The Health Foundation 2013). QoC is central to achieving the main goals of the healthcare system

and specifically of physiotherapy: improving the health (and functioning) of patients, and enhancing patient satisfaction (Andersen 2008). However, there remains uncertainty regarding whether patients covered by the CSST receive high-quality physiotherapy services (i.e., safe care, appropriate care for their condition, timely access to care, integrated and patient-centred care, and equitable provision of care) and, if not, what barriers to high QoC exist (Laliberté and Hudon 2013; Laliberté and Hudon 2014).

Some organizational factors (related to the clinic's rules and/or the process and programs of care) have been recognized as having an impact on the QoC for patients covered by workers' compensation boards in Canada (MacEachen et al. 2010), and in also many different countries (Kilgour et al. 2014). For example, in Quebec, the fees used to compensate physiotherapy care are much lower than what PTs usually receive when offering care to privately insured patients (i.e., \$36 for patients covered by CSST compared to the average of \$59.90 in Quebec private physiotherapy clinics) (Fédération des cliniques privée de physiothérapie du Québec 2010). This gap in remuneration could be seen as a disincentive for PTs to treat patients covered by workers' compensation boards. Additionally, PTs providing care to patients covered by the CSST are part of a complex system including the patient and his family, the CSST case managers and advisors, the physician in charge of the patient, the employer, the patient's supervisor and colleagues, and other healthcare practitioners involved in the case. Some administrative constraints (e.g., paperwork, payment scheme) also have been shown to increase the organizational pressure on healthcare professionals and can impede the quality of treatments for patients (Kilgour et al. 2014). Research from Canadian and Australian researchers indicates that systemic features of some workers' compensation systems pose potential barriers to the provision of high QoC for compensated patients treated in physiotherapy (Kilgour et al. 2014; MacEachen et al. 2010).

In addition, ethical considerations have recently been raised in the Quebec media regarding the excessively high frequency of physiotherapy sessions (that are not clinically justified) for patients whose treatments are compensated by the CSST (Desjardins October 1st, 2009; Nouvelles TVA October 7th, 2010). To our knowledge, these ethically questionable practices by physiotherapy clinics have not been thoroughly investigated. The lower reimbursement

rates paid by the CSST might also encourage discriminative practices between workers' compensation patients and privately insured patients inside these clinics (Kosny et al. 2011). For example, some clinics simply refuse to treat patients covered by a workers' compensation board because it involves more work for lower fees for the clinic and the treating physiotherapy professionals. This engenders a decrease in accessibility to quality care for patients and encourages discrimination towards this group of patients. One other important ethical challenge faced by PTs is that there is no well-defined or established end point to physiotherapy services (Poulis 2007). For patients with similar conditions, some PTs treat until the patient returns to a prior baseline level, some continue to treat until the patient reaches a functional threshold according to the demands of his or her employment, while others treat until the patient recovers completely and is within normal ranges of strength, motion, mobility or other relevant dimensions. In some cases, the judgement regarding when to end therapy may not be aligned with the recommendations from third-party payers such as workers' compensation boards who sometimes urge PTs to push for a faster RTW, potentially placing the treating therapist in a dilemma if this pressure goes against professional judgement (Poulis 2007).

Although many studies explore issues of QoC from the perspective of workers (Beardwood et al. 2005; Kirsh and McKee 2003; Lippel 2007; MacEachen et al. 2010), very few articles have explored this topic from the point of view of PTs (MacEachen et al. 2010; Pincus et al. 2010), and a recent systematic review on the subject concluded that further research was needed on the experiences of distinct healthcare professionals such as PTs (Kilgour et al. 2014). Exploring PTs' perspectives could help better understand these issues, identify potential obstacles to quality care, and support efforts to improve care for these persons. Given these gaps in knowledge, we conducted a focus group study to obtain a better portrait of QoC in physiotherapy services in the province of Quebec by examining two specific dimensions: the organizational and ethical issues encountered by physiotherapy professionals including PTs and physical rehabilitation therapists (PRTs) (who have a college-level training in contrast to PTs who have a master's-level training) working with CSST patients. The aim of this article is thus to highlight and raise awareness of some QoC issues associated with physiotherapy services for injured workers that are funded by the CSST.

Methods

We selected a focus group approach, as this method allows participants to discuss and brainstorm in a group setting about a particular subject. Focus groups are useful for examining workplace cultures (here the CSST physiotherapy treatment setting) and may facilitate discussion of “taboo” topics (Kitzinger 1994; Krueger and Casey 2009; Mays and Pope 1996). In this study, the interactions during the two focus groups promoted exchange of ideas around physiotherapy services funded by the CSST. These focus groups were organized as part of a larger research program funded by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and investigating organizational issues and ethical challenges in physiotherapy care paid for by workers’ compensation boards in Canada. The two focus groups conducted in this study represent a first step in exploring organizational and ethical issues that might impact QoC for injured workers supported by the CSST. These results will inform the conduct of a larger study exploring PTs’ perceptions of care for injured workers in Canada.

Participants

We recruited PTs and PRTs using purposive and snowball sampling methods, from May to September 2013 (Biernacki and Waldorf 1981; Marshall 1996). First, an invitation e-mail was sent to physiotherapy professionals who were identified through investigator contacts. Then, to recruit more participants in diversified settings, identified participants were asked to suggest other potential participants who might be interested to participate in the focus groups and who might have different experiences, views or opinions related to the phenomenon of interest (snowball sampling). Overall, purposive sampling was used to ensure a diversity of participants, from different clinics and with different experiences as clinicians. To participate, PTs and PRTs had to have at least two years of experience working with CSST patients. Six PTs took part in the first focus group (five females and one male). One participant exclusively held a management position in a public sector physiotherapy department and two participants were working half time as clinicians and half time as managers of private clinics (both were also the owners of their respective clinics). The other three participants worked full time as clinicians, two in the private sector and one in the public sector. There were seven PRTs in the second focus group (five females and two males), working as full-time clinicians in private clinics.

Focus groups

A member of the research team (A.H.) facilitated both focus groups while other researchers observed the sessions and took detailed notes. The main research question guiding the focus groups was: “How do physiotherapy professionals perceive organizational and ethical issues associated with the treatment of injured workers whose care is paid for by the CSST and how might these issues influence QoC for patients?” Different strategies were used to make sure that all participants could voice their own perspectives and experiences during the focus groups (Parker and Tritter 2006). First, a “round table” format was used to allow each participant in turn to share some of their concerns and identify issues they thought were the most important to discuss. An open group discussion followed with the facilitator only intervening to ensure that each participant had the chance to speak on the subject. Periodically, the facilitator proposed new questions to keep the discussion going among the participants. If needed, the facilitator asked the participants to clarify any ideas that were unclear or seemed incomplete. All questions posed by the facilitator were open-ended to encourage the participants to express themselves on each topic. Sufficient time was devoted to each topic so that all the participants had the time to share, discuss and even argue about it. Attention was given to preserve a respectful and productive dynamic and interaction between participants. Three observers were present during the focus groups and provided feedback to the facilitator during the break that occurred halfway through each focus group to help the facilitator address points that were unclear or had not been discussed in sufficient depth. At the end of the session, participants were asked to express anything they had not had the chance to share during the meeting. Both focus groups lasted 143 minutes with a 15-minute break and were audio-recorded. Recordings were transcribed in their original language (French). Translated verbatim quotations are included in the results section to illustrate aspects of the analysis in relation to the core themes. Quotes presented in this paper were translated from French by a native English-speaking member of the research team.

Analysis

A member of the team (A.H.) performed descriptive and thematic analyses of the focus groups based on the transcripts and supplemented by field notes. Other members of the team reviewed the emerging analysis at several points during its development. Initial inductive coding

responded to questions such as “ What is going on here?” and “ What is this about?” Examples of codes include communication, frustration and end of treatment. The second level of analysis sought to aggregate initial codes through identification of patterns and linkages within each focus group and to compare them with notes taken by the observers. Categories developed for focus group one and two were then compared with each other with the goal of identifying what was common or different between the focus groups. While comparing categories between the transcripts, core themes relating to system organization, ethics and QoC were developed.

Ethical Considerations

This project was reviewed and approved by the Research Ethics Board of the Center for Interdisciplinary Rehabilitation Research of Greater Montreal (CRIR). All participants signed a consent form prior to participating. Personal names and names of clinics or hospitals were removed from the transcripts and participants were assigned pseudonyms.

Results

We identified three core themes related to physiotherapy treatment of CSST patients: (1) systemic factors, (2) complexity in treatment decisions and (3) inequality of care. While there was a high degree of agreement between the two professional groups who participated in the study, some points of divergence were also noted. In particular, several topics which were discussed at length by PTs were not raised by PRT participants. For example, PTs talked about difficulties related to outcome measures used with CSST patients, and that standard measures were often inadequate for this context with several participants suggesting that additional tools were needed, such as psychosocial and fear of movement questionnaires. PTs also expressed dissatisfaction with the financial arrangements between CSST and physiotherapy clinics, suggesting that the rate of reimbursement was insufficient.

Systemic factors

The first theme, systemic factors, mostly relates to organizational problems encountered by physiotherapy professionals when caring for injured workers in Quebec. Participants in the focus groups returned frequently to the topic of communication among clinicians and between

clinicians and administrators involved in the care of CSST patients. Communication challenges were identified as being the result of structural features of the current system. For example, participants reported that collaboration with the physicians in charge of their patients was hindered, as it was difficult to reach the physicians by telephone and most communication was by written notes (e.g., faxed letters). These communication challenges were seen as having a negative impact on the QoC provided to patients, as they contributed to a lack of coordination in treatment planning and implementation, thus affecting the timeliness and coordination of the intervention. Participants in both focus groups also expressed the view that communication was sometimes impeded when CSST case managers (responsible for payments and follow-up) lacked basic scientific knowledge to understand the therapists' treatment requests or recommendations. Participants described how communication challenges sometimes result in patients receiving mixed messages. The lack of an integrated team approach and multiple communication barriers were viewed as obstacles to treatment planning and as having deleterious effects on patient care. Several participants suggested that interdisciplinary meetings might help clinicians better follow the patient's progression and lead to enhanced care coordination.

Participants also identified variability in the policies established by different CSST jurisdictions in adjoining regions as a source of further confusion. They felt that lack of uniformity in policies made the system more complicated for patients and for therapists alike. For example, some regulations about patients' absences from treatment differed for patients from Montreal or Laval (city just north of Montreal).

Participants described the long hours needed to complete routine CSST paperwork. Considerable time is also spent writing letters to physicians and phoning the employer or the CSST agent to inform them of the patient's progress. A participant stated: "*Since there is a third party payer, I, as a clinician, it makes more paperwork to fill out, there is a progress note that has to be done regularly ... thus it makes more paperwork to do.*" (PT-2). Participants acknowledged that this documentation was implemented for the CSST to monitor the progress of the rehabilitation process. However, they felt that the paperwork system was very inefficient, and doubted that their reports were correctly understood, or always read by

CSST case managers. As a result, they expressed that the effort expended on these administrative tasks was excessive and took time away from direct patient care, which they already felt was in short supply: *“In my 2.4 patients per hour, I can’t see how I can compose letters to the physician; I hardly have time to finish with my patients.”* (PRT-2).

Participants also expressed that they are not in total control of their patients’ rehabilitation care process and that many obstacles can delay their recovery or change the course of treatment. In fact, the patients and their therapists are often waiting for results (e.g., radiology or electromyography tests) or specific approval from physicians or employers, which can slow the progression of treatment and cause delays:

“Me, I find that they are mostly waiting, the CSST patients. They wait for their appointment for injection, they wait to see the physician, they wait to speak to a case manager ... thus they are not super independent I find. Maybe it’s the system that makes it so.” (PT-4).

This situation can lead to significant delays in the process of care for patients. In summary, the examination of systemic factors revealed organizational barriers (e.g., communication challenges between care providers themselves and with the CSST, lack of uniformity in regional policies, administrative burden and delays for specific requests) that can limit the provision of integrated care services and affect the QoC for patients in terms of efficiency, timeliness and patient-centred dimensions of QoC.

Complexity in treatment decisions

The second theme, complexity in treatment decisions, encompasses participants’ reflections and frustrations regarding complexity in treatment decisions when treating patients covered by CSST. Participants from both focus groups reflected on differences between treating CSST patients and patients covered by other forms of insurance (e.g., private insurance, automobile insurance). They felt that CSST patients had higher expectations about their recovery and wanted to get back to 100% of their previous capacity before returning to work, even if this was not always feasible. Dealing with these high and sometimes unrealistic expectations was considered challenging by participants. A participant made the following comparison:

“This, I find is a difference as I said with the private clientele. The private clientele ... they want to return [to work] even if I know that they are not at 100%, whereas [CSST patients] they expect, say, to be 100% in order to return to their work.” (PT-4).

Participants also expressed that CSST patients experience more psychosocial problems and were often categorized as “complex patients.” The fact that the injury happened at work, insecurities related to recovering their abilities, pressure from the employer or the fact that patients sometimes do not like their job may render the treatment context considerably more complex than the physical injury itself. As participants treat a “person” and not only a “physical injury,” they have to take these other factors into consideration when treating their patients. Some felt that their professional training did not adequately prepare them to help patients who experience psychosocial problems. Moreover, participants felt that their patients do not have easy access to specialized psychosocial health professionals when they would benefit from this support. One participant described that for CSST patients: *“their entire social and psychological environment is very affected and I feel that the majority of patients are missing the resources at this level...”* (PRT- 4). Participants in both focus groups expressed the view that there are insufficient resources (e.g., psychologists or social workers) available within the system to help patients progress further during their physiotherapy rehabilitation: *“...It is not the majority of clinics that have a mental health approach as well. And maybe that is missing.”* (PT-2). Participants suggested that this gap could impede the QoC provided to patients and delay recovery.

Ambiguities associated with decision-making about the course of treatment were also discussed by the participants. Issues around when to end physiotherapy care were a particular concern for many participants, particularly for patients with soft-tissue injuries and chronic pain. Several questions were repeated by participants, including who should make the decision to end treatment (e.g., physicians or PTs), when should treatment be ended (e.g., when patient has reached a plateau) and how the next steps to help the patient should be determined (e.g., surgery, intensive interdisciplinary programs). These ambiguities in patient progression and treatment planning created uncertainty for participants. In sum, participants felt that the injured workers often have high and sometimes unrealistic expectations, and many experience

significant psychosocial issues. The participants do not always feel well-equipped to help patients with regards to these dimensions of their care, and experience ambiguity about the course of the rehabilitation process in some cases, which could affect the QoC by potentially impeding the effectiveness of treatment.

Inequality of care

The third theme, inequality of care, addresses ethical issues relating to inequality in the provision of care for CSST patients treated in physiotherapy. According to participants, some clinic policies and practices related to CSST patients contribute to unequal care. As mentioned earlier in this text, reimbursement rates for a physiotherapy session are fixed at \$36 by the CSST, while a non-CSST patient typically pays much more in the same clinic (average of \$60) (Fédération des privée de physiothérapie du Québec 2010). Therefore, for financial reasons, some private clinic owners reduce the duration of treatments to CSST patients (e.g., 20 minutes instead of 30 minutes per treatment). Another strategy used to compensate the loss of income associated with the fixed session rate imposed by the CSST is to place these patients under the care of PRTs instead of PTs because these professionals have a lower salary (PRTs have a college degree compared with PTs who now have a postgraduate master's degree). A participant reported that “[at] the clinic where I work, the calculation that they have made, is to have PRTs and they only see patients who are reimbursed by third party payers; they see three patients per hour; me, I see two patients per hour.” (PT-2). Additionally, in the current CSST system, the same reimbursement rate applies (\$36) whether the patient is seen for an evaluation (generally lasting one hour and charged as a higher rate than a follow-up session) or for a follow-up treatment session (usually lasting 30 minutes). This \$36 is quite low compared with the fees charged by the clinics to patients for a whole hour evaluation time. Consequently, some owners prefer to split the evaluation in two for financial reasons. Thus, unlike non-CSST patients who receive a first evaluation in a one-hour session, in some clinics, CSST patients are evaluated in two separate sessions of 30 minutes. However, participants felt that this practice can impede the establishment of a good therapeutic relation and lead to a less effective evaluation of the patients' condition. Finally, participants also mentioned that in some clinics, CSST patients who are off work are only given appointments in the middle of the day because early morning and evening times are reserved for “active” workers.

In sum, many clinic-specific rules relating to physiotherapy care of CSST patients do not seem to encourage the best care possible and differ from the care offered to other patients in the same clinics. One participant summarized the situation: “*What the [CSST] patient needs is not exactly what he receives. It’s red tape politics you know.*” (PT-3). Participants also expressed many negative emotions during the focus groups. Terms like “frustration,” “discouragement” and “exhaustion” were used numerous times. Participants expressed these sentiments usually in relation to their sense of unjust practices and policies towards CSST patients. These concerns are reflected by a participant who described this feeling: “*...listen, at times I would like to switch and be a lawyer to defend the cases of the CSST. Ah I’d be happy!*” (PRT-3). The theme of inequality of care encompasses a range of ways in which CSST patients’ care is structured or provided differently than for other patients. Participants expressed that many clinic and CSST policies seem unjust and unfavourable in regards to CSST patients. Participants clearly expressed that these features lead to ethical tensions, and are associated with negative emotions and feelings of frustration. Inequality for CSST patients’ treatments might diminish the QoC they received and could also lead to stigmatization of this clientele and create ethical distress for professionals.

Discussion

Many important issues were identified in this study that provide an insight into physiotherapy services reimbursed by the CSST. Even though this study focused on the Quebec workers’ compensation system, these findings offer an important point of comparison for other Canadian provinces or other nations.

The study findings present some similarities with qualitative results from a systematic review of international studies on healthcare providers involved in the care of injured workers (Kilgour et al. 2014). These similarities relate to numerous factors such as the frustration of healthcare professionals when they experience a disconnect between their recommendations and what the insurer approves, challenges in communication with some claims managers, lower fees paid by workers’ compensation boards to healthcare professionals, administrative burden and increased workload when dealing with the workers’ compensation system and

healthcare professionals' lack of knowledge of the system that creates uncertainty about their role in it.

Many organizational or systemic factors were found as potentially impeding diverse dimensions of QoC. For example, the findings suggest that the communication modalities established between the different stakeholders in the care of CSST patients (such as three-week reports) are far from optimal, reducing the timeliness and efficiency of care for potential beneficiaries. Effective communication, both among caregivers and between caregivers and patients, is critical for high-quality care (Institute of Medicine and Committee on Quality of Health Care in America 2001). From the perspective of the PTs and PRTs, documentation and forms used in the CSST system are inefficient and do not serve the purpose well of promoting clear communication. Concern about excessive time spent on administrative paperwork and the effects of poor communication between different stakeholders are also reported by professionals involved in the care of injured workers in other settings (Kosny et al. 2011). For example, Wickizer and colleagues report that workers' compensation systems impose significant administrative burdens on physicians in the US in the form of billing requirements, referral approval procedures and utilization management processes (Wickizer et al. 2001). These physicians also described how aspects of the system were unresponsive to the needs of injured workers (Wickizer et al. 2001). In another study, MacEachen et al. (2010) examined the experiences of different healthcare professionals (chiropractors, occupational health physicians, PTs) in Ontario, Canada, regarding workers' compensation system. They identified QoC issues such as ineffective procedures for communication and a lack of collaboration between healthcare providers, leading to a "toxic dose of system problems" (MacEachen et al. 2010).

Participants in our study also emphasized the importance of psychosocial factors in the treatment of CSST patients. However, the current system does not facilitate the integration of other professionals to work in an interdisciplinary fashion in the patients' rehabilitation, despite the fact that consideration of psychosocial factors is an important determinant in injured workers' RTW processes (Franche and Krause 2002). Participants in this study also expressed their lack of training and the difficulties they experienced in addressing

psychosocial issues with their patients. This situation could contribute to a reduction in effectiveness of interventions for patients when relevant psychosocial factors remain unaddressed and unmet during the rehabilitation process, thereby reducing QoC (Soklaridis et al. 2010).

Studies about RTW after work-related injuries also emphasize the importance of integrating the employer in the process (Durand and Loisel 2001; Franche et al. 2005; Loisel and Anema 2013). However, participants rarely described the employer as a member of the rehabilitation team, and linkage with the workplace does not seem to be supported in the current system. In Quebec, the PTs never speak nor communicate with the injured worker's employer to respect confidentiality. This renders the potential adjustments for RTW plans much harder to orchestrate for the healthcare providers such as physicians and PTs. Quebec differs from other Canadian provinces on this matter. PTs in British Columbia and Ontario now communicate by phone or by letter with the employer, with their patient consent, to facilitate the RTW process. The impact of this lack of contact between healthcare providers and employers in Quebec should be investigated in greater depth in future studies.

Finally, the negative emotions expressed by participants with regards to the significant differences between the care provided to CSST patients compared with "other patients" illustrate the impact of lack of equity in the provision of care on clinicians. PT professionals are well-aware that the system and their clinic rules contribute to inequities, a situation which sometimes leads to feelings of ethical distress for them. Equitable care is compromised when quality varies based on the source of payment of treatments. These differences include, amongst others, structure and duration of evaluations, the likelihood of being treated by PRTs (rather than PTs) and the duration of individual treatment sessions.

In terms of policy change, many aspects of the results could orient future exploration of the impact of the CSST system on the QoC of injured workers, both for internal policies of private clinics and for CSST policies. First, private physiotherapy clinics should consider the impacts on patients' QoC of internal policies they have implemented. Depending on the PTs and their internal clinic policies, the length and frequency of treatment for patients covered by the CSST

can vary greatly. For example, for financial reasons (i.e., as the fees-for-service paid by the CSST to physiotherapy clinics are lower than those paid by patients out-of-pocket or through their private insurance companies), some clinics choose to treat patients covered by the CSST for 20-minute sessions, instead of the provincial average of 30 minutes offered to non-CSST patients. Decreased treatment time or restrictions in scheduling are practices that could encourage stigmatization of patients and increase inequity in care. These internal policies also led to the expression of negative emotions in participants having to deal on a regular basis with these disparities. The FPPPQ, a federation of private physiotherapy clinics in Quebec, could serve as a facilitator to help clinics implement internal policies that would have positive impacts on the QoC for CSST patients. Second, policy revisions of the structure and mechanisms of communication between stakeholders involved in the rehabilitation process should also be examined by the CSST. It would be valuable, for example, for the CSST to develop a new pilot project aimed at enhancing communication between physiotherapy professionals, the physician and employers to facilitate the RTW process. Moreover, some CSST policies could be developed to support a more coordinated decision framework between physicians, PTs and patients throughout the rehabilitation process. Finally, the availability of external and prompt psychosocial resources, such as psychologists or social workers, during the rehabilitation phase could also facilitate the RTW and healing process for patients, as well as supporting PTs in their management of these patients. However, before suggesting specific changes to actual policy, a larger study exploring these issues with physiotherapy professionals and other stakeholders is warranted.

Limitations

This exploratory study aimed to illuminate key QoC organizational and ethical issues encountered by PTs and PRTs treating injured workers compensated by the CSST. The results reflect how these issues were perceived and experienced by the 13 participants who took part in two focus group sessions, and may not reflect all issues related to QoC in the physiotherapy domain for CSST patients. Another limitation is that all participants worked in an urban region (greater Montreal) and the results may be less applicable to care in rural regions (Lamarche et al. 2011). Finally, the participants are themselves interested by the CSST system, and their insights might not reflect the variety of perspectives among PTs and PRTs who treat injured

workers. We propose that future studies on this topic use a larger sample of physiotherapy professionals in different regions of Quebec and other Canadian provinces. Other measures of QoC using quantitative methods could also be used to investigate other dimensions of this phenomenon.

Conclusion

This exploratory study suggests that CSST patients might not always be provided with optimal treatments owing to systemic barriers to adequate care. Because CSST patients often have complex needs requiring interdisciplinary care, the establishment of treatment plans can be challenging. This task can be complicated further by the lack of coordination and effective communication between the many stakeholders involved. Even if PTs and PRTs strive to give CSST patients the best possible care, when compared with other patients, there appears to be differences with respect to the type and quality of services offered, raising concerns about equity of care. These differences might partially be related to the model of financial reimbursement. Renewed and productive dialogue between the CSST and PTs is required to improve the different dimensions of patient care and to establish a greater sense of partnership. Work-related musculoskeletal physical disabilities are a significant burden for society, through treatment costs and loss of work productivity. They can also have a devastating impact on the quality of life of injured workers. Addressing systemic issues that limit QoC is a pressing need.

References

Andersen, R.M. 2008. “National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use.” *Medical Care* 46(7): 647–53.

Association des commissions des accidents du travail du Canada. 2014. *Indemnisation des accidents du travail 101*. Retrieved April 14, 2014. <http://awcbc.org/fr/?page_id=368>.

Beardwood, B.A., B. Kirsh and N.J. Clark. 2005. “Victims Twice Over: Perceptions and Experiences of Injured Workers.” *Qualitative Health Research* 15(1): 30–48.

Biernacki, P. and D. Waldorf. 1981. “Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling.” *Sociological Methods and Research* 10(2): 141–63.

Briand, C., M.-J. Durand, L. St-Arnaud and M. Corbière. 2008. “How Well Do Return-to-Work Interventions for Musculoskeletal Conditions Address the Multicausality of Work Disability?” *Journal of Occupational Rehabilitation* 18(2): 207–17.

Camiré, V. 2010. Groupe de travail: chargé de faire des recommandations concernant le régime Québécois de santé et de sécurité du travail. Politique 5.05: Les Soins, les traitements, les aides techniques et les frais déterminés par la CSST (2009).

Commission de la santé et de la sécurité du travail. 2010. “Bâtir l’assurance d’une prévention durable.” Plan Stratégique 2010–2014. Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010, Bibliothèque et Archives Canada, 2010. 1–36.

Conseil du patronat du Québec. 2010. *Mémoire du comité patronal consultatif*. Bibliothèque Nationale du Québec, Bibliothèque et Archives du Canada, 4^e trimestre 2010. <<https://www.cpq.qc.ca/wp-content/uploads/files/memoires/2010/memoire231110.pdf>>.

Desjardins, C. October 1, 2009. “La CSST poursuit une clinique de physiothérapie.” *Cyberpresse*. Retrieved November 20, 2014. <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/200910/01/01-907258-la-csst-poursuit-une-clinique-de-physiotherapie.php>>.

Durand, M.J. and P. Loisel. 2001. “La transformation de la réadaptation au travail d’une perspective parcellaire à une perspective systémique.” *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé (PISTES)* 3(2), 2001. Retrieved November 15th, 2015.

<<http://pistes.revues.org/3799>>.

Fédération des cliniques privée de physiothérapie en pratique du Québec. 2010. *Enquête Économique Auprès Des Propriétaires De Cliniques Privées Du Québec*. Vol. Décembre (pp. 22): Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec. Retrieved November 13th, 2014. <<http://physioquebec.com/publications/etudes-economiques/>>.

Franche, R.L., R. Baril, W. Shaw, M. Nicholas and P. Loisel. 2005. “Workplace-Based Return-to-Work Interventions: Optimizing the Role of Stakeholders in Implementation and Research.” *Journal of Occupational Rehabilitation* 15(4): 525–42.

Franche, R.L. and N. Krause. 2002. “Readiness for Return to Work Following Injury or Illness: Conceptualizing the Interpersonal Impact of Health Care, Workplace, and Insurance Factors.” *Journal of Occupational Rehabilitation* 12(4): 233–56.

Healy, T. 2007. *Health Care Privatization and the Workers’ Compensation System in Canada*. Paper presented at the Canadian Political Science Association, Saskatoon.

Institute of Medicine and Committee on Quality of Health Care in America. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press. Washington, DC.

IRSST. 2013. Prévention durable en SST et environnement de travail. Retrieved February 3, 2013. <<http://www.irsst.qc.ca/intro-prevention-durable-en-sst-et-environnement-de-travail.html>>.

Johnston, V., M. Nielsen, M. Corbière and R.-L. Franche. 2012. “Experiences and Perspectives of Physical Therapists Managing Patients Covered by Workers’ Compensation in Queensland, Australia.” *Physical Therapy* 92(10): 1306–15.

Kilgour, E., A. Kosny, D. McKenzie and A. Collie. 2014. “Healing or Harming? Healthcare

Provider Interactions with Injured Workers and Insurers in Workers' Compensation Systems.” *Journal of Occupational Rehabilitation* 25(1): 220–39. doi: 10.1007/s10926-014-9521-x. 2015.

Kirsh, B. and P. McKee. 2003. “ The Needs and Experiences of Injured Workers: A Participatory Research Study.” *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* 21(3): 221–31.

Kitzinger, J. 1994. “The Methodology of Focus Groups: The Importance of Interaction between Research Participants.” *Sociology of Health and Illness* 16(1): 103–21.

Kosny, A., E. MacEachen, S. Ferrier and L. Chambers. 2011. “ The Role of Health Care Providers in Long Term and Complicated Workers' Compensation Claims.” *Journal of Occupational Rehabilitation* 21(4): 582–90.

Krueger, R.A. and M.A. Casey. 2009. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Sage Publications inc., Thousand Oaks, California.

Laliberté, M. and A. Hudon. 2013. “Do Conflicts of Interest Create a New Professional Norm? Physical Therapists and Workers' Compensation.” *The American Journal of Bioethics* 13(10): 26–28.

Laliberté, M. and A. Hudon. 2014. “La difficile interaction entre les physiothérapeutes et les agents payeurs Québécois: une analyse éthique médiatique.” *Éthique & Santé* 11(2): 91–99.

Lamarche, P.A., R. Pineault, J. Gauthier, M. Hamel and J. Haggerty. 2011. “Availability of Healthcare Resources, Positive Ratings of the Care Experience and Extent of Service Use: An Unexpected Relationship.” *Healthcare Policy* 6(3): 46.

Lebeau, M. and P. Duguay. 2011. “Les coûts des lésions professionnelles: une revue de littérature. projets spéciaux. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé en sécurité du travail (IRSST), Rapport R-676. Bibliothèque et Archives, Montréal, PQ.

Lippel, K. 2007. “Workers Describe the Effect of the Workers' Compensation Process on

Their Health: A Quebec Study.” *International Journal of Law and Psychiatry* 30(4-5): 427–43.

Lippel, K. and F.J. Lötters. 2013. “Public Insurance System: A Comparison of Caused-Based and Disability-Based Income Support Systems.” In P. Loisel and J.R. Anema, eds., *Handbook of Work Disability*. New York, NY: Springer.

Loisel, P. and J.R. Anema, eds. 2013. *Handbook of Work Disability*. New York, NY: Springer. MacEachen, E., A. Kosny, S. Ferrier and L. Chambers. 2010. “The “Toxic Dose” of System Problems: Why Some Injured Workers Don’t Return to Work as Expected.” *Journal of Occupational Rehabilitation* 20(3): 349–66. Marshall, M.N. 1996. “Sampling for Qualitative Research.” *Family Practice* 13(6): 522–26.

Mays, N. and C. Pope. 2006. *Qualitative Research in Health Care*. Wiley Online Library, 3rd edition: Malden, Mass.: Blackwell Pub./BMJ Books.

Nouvelles TVA. October 7th, 2010. “CSST: La Physiothérapie coûte cher.” Agence QMI. Retrieved November 23, 2014. <<http://argent.canoe.ca/nouvelles/affaires/csst-la-physiotherapie-coute-cher-7102010>>.

Parker, A. and J. Tritter. 2006. “Focus Group Method and Methodology: Current Practice and Recent Debate.” *International Journal of Research and Method in Education* 29(1): 23–37.

Pincus, T., A. Woodcock and S. Vogel. 2010. “Returning Back Pain Patients to Work: How Private Musculoskeletal Practitioners Outside the National Health Service Perceive Their Role (an Interview Study).” *Journal of Occupational Rehabilitation* 20(3): 322–30.

Poulis, I. 2007. “The End of Physiotherapy.” *Australian Journal of Physiotherapy* 53: 71–73. doi: S0004951407700387.

Soklaridis, S., C. Ammendolia and D. Cassidy. 2010. “Looking Upstream to Understand Low Back Pain and Return to Work: Psychosocial Factors as the Product of System Issues.” *Social Science and Medicine* 71(9): 1557–66.

The Health Foundation. 2013. *Quality Improvement Made Simple*. London: The Health Foundation.

Wickizer, T.M., G. Franklin, R. Plaeger-Brockway and R.D. Mootz. 2001. "Improving the Quality of Workers' Compensation Health Care Delivery: The Washington State Occupational Health Services Project." *Milbank Quarterly* 79(1): 5–33.

Chapitre 6 : Tensions éthiques et défis liés à l'actualisation des valeurs professionnelles dans le travail des physiothérapeutes

6.1 Rappel de l'objectif rencontré par cet article

Cet article visait à identifier et à décrire les tensions éthiques rencontrées par les physiothérapeutes lorsqu'ils offrent des soins aux travailleurs blessés supportés par une commission d'indemnisation du travail, dans trois provinces canadiennes. Celui-ci utilise donc une perspective plutôt microsystemique pour décrire et mieux comprendre les tensions éthiques telles qu'elles sont vécues et ressenties par les participants dans leur travail quotidien auprès de ces patients.

6.2 Article 3 : Tensions living out professional values for physical therapists treating injured workers

L'article présenté dans ce chapitre est présentement en préparation pour être soumis au journal *Qualitative Health Research*. L'étudiante a rédigé l'article en entier sous la supervision de Debbie Feldman et Matthew Hunt, coauteurs. Les trois auteurs ont contribué à la réflexion entourant l'analyse des données par l'étudiante, lors de discussions d'équipe. Tous les auteurs ont commenté les diverses itérations du manuscrit et approuvé le format final de l'article.

Authors

Anne Hudon^{1,2,3}, Debbie Ehrmann Feldman^{1,2,3}, Matthew Hunt^{2,4}

Affiliations

¹ School of Rehabilitation, Faculty of Medicine, University of Montreal,

² Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal (CRIR)

³ Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)

⁴ School of Physical and Occupational Therapy, McGill University

Acknowledgements

We wish to thank all the participants who took time to participate with such great enthusiasm in this project. We also wish to thank the physiotherapy associations and colleges who helped in the recruitment of the participants and Julie Des Lauriers, Erin Douglas and Tatiana Orozco for their occasional help with some of the project aspects. We also thank members from the McGill journal club, Marie Laberge and Marie-Hélène Raymond for their input on earlier version of this manuscript. Finally, we want to express our deepest gratitude to the other members of the research team who contributed in time and advices on this project: Maude Laliberté, Barbara Mazer and Bryn Williams-Jones.

We also thank all the organizations that made this research project possible. Anne Hudon is supported by a doctoral fellowship from the Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQ-S) and was supported by a scholarship from the MENTOR program in collaboration with the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and the Quebec Research Rehabilitation Network (REPAR) at the time of the study. This project was funded by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR-EOG-120255) and by the Physiotherapy Foundation of Canada through the Dominion of Canada Scholarship.

Declaration of interests

The authors of this manuscript declare no financial or non-financial competing interests.

Abstract

In Canada, injured workers can be supported by a workers' compensation system through which they receive disability benefits, healthcare services and/or vocational rehabilitation. Although the healthcare services provided by these systems aim to facilitate recovery, some features are sources of recurring difficulties for health professionals and pose barriers to high quality care. We used *Interpretive Description* framework to elicit perceptions of 30 physical therapy clinicians and 10 leaders in the physical therapy and workers' compensation fields in three Canadian provinces, regarding ethical tensions arising in the care of patients with musculoskeletal injuries supported by Workers' Compensation Boards. In-depth interviews were conducted with each participant. Interview transcripts were analyzed using concurrent and constant comparative techniques. We developed inductive themes that reflect physical therapists' experiences of ethical challenges as they seek to uphold three core professional values: equity, competence and autonomy. These challenges illustrate multiple facets of physical therapists' struggles to uphold moral commitments and preserve their sense of professional integrity while providing care to injured workers within the structures of workers' compensation systems. This study reveals implications for patient care of the ethical tensions lived by physical therapists and maintained by complexity in the organization of health services for injured workers.

Keywords: Canada; physical therapy; workers' compensation; work disability; rehabilitation; ethics; values; musculoskeletal injuries

Introduction

Work-related musculoskeletal injuries are a major public health problem (Lippel and Lötters 2013). These injuries impact the physical and mental health of individuals and can lead to prolonged disability and absence from work (Loisel and Anema 2013). In Canada, injured workers who require healthcare and income replacement services are supported by a workers' compensation system through which they may receive disability benefits (i.e. income replacement), healthcare services (e.g., physical therapy (PT), occupational therapy, chiropractic) and vocational rehabilitation (which aims to help injured workers find different employment if they cannot return to their previous position) paid by their workers' compensation board (WCB). The majority of Canadian workers suffering from musculoskeletal injuries receive care from a physical therapist and most will be treated in private PT clinics with only a small proportion receiving PT services in hospitals.

Although healthcare support offered by workers' compensation systems aims to facilitate workers' recovery, some features of these systems can pose barriers to the provision of high quality care and have mixed impacts on recovery (Kilgour et al. 2014b; Lippel 2007; MacEachen et al. 2010). Compensation systems for injured workers have been identified as sources of recurring frustrations and difficulties for health professionals in the United States, Australia and Canada (Friesen et al. 2001; Kosny et al. 2011; Pergola et al. 1999). These issues include the complexity of administrative structures, magnitude of professionals' workloads, potential for conflicts of interests, lack of clarity of roles and expectations for stakeholders, and diverse communication challenges (Baril et al. 2003; Kilgour et al. 2014b; Kosny et al. 2011). When looking specifically at PT care, ethical and organisational tensions arise for physical therapists working with compensated injured workers, potentially hindering quality of care, and raising questions related to distributive justice and professional autonomy (Hudon et al. 2014; Hudon et al. 2015; Kilgour et al. 2014a). In these settings, PT care for injured workers takes place in a neoliberal context of economic efficiency and resource scarcity where physical therapists must respond to predetermined financial imperatives while continuing to provide care in a way that is satisfactory for them and their patients (Praestegaard et al. 2015; Whiteside 2009). Aligned with this neoliberal framework, WCBs and private physiotherapy clinics often put implicit values of effectiveness, self-responsibility,

profitability and predictability at the forefront of the provision of care (Parrish and Schofield 2005), which may conflict with health professionals' values of justice, empathy, trust, and honesty (Aguilar et al. 2012). Physical therapists' institutional roles and demands may also conflict with their personal values and result in "value dissonance" (Bruhn 2008). These value conflicts may lead to changes and strains in the therapeutic relationship with patients, affect clinicians' work satisfaction and emotional state and ultimately hinder the provision of equitable and adequate care for injured workers.

In an attempt to deepen their understanding of these challenges, researchers in the field of work disability have sought the perspectives of diverse stakeholders such as injured workers and employers (Beardwood et al. 2005; Dionne et al. 2013; K. Lippel 2007; Roberts-Yates 2003), healthcare providers (Cote et al. 2001; Guzman et al. 2002; Katherine Lippel et al. 2016; P. Loisel et al. 2005; Pergola et al. 1999; Russell et al. 2005; Soklaridis et al. 2011) and workers' compensation case managers (Newnam et al. 2016; Robichaud 2016). Although some studies have included physical therapists, (Baril et al. 2003; MacEachen et al. 2010; Pincus et al. 2010; Soklaridis et al. 2010), no study has conducted an in-depth examination of the ethical challenges encountered by physical therapists when treating injured workers supported by a WCB. A thorough exploration of the challenges experienced by physical therapists (key healthcare providers for workers with musculoskeletal injuries) could help improve the process of care for this clientele, including identifying sources of ethical tension and opportunities to address these challenges in the care of injured workers.

The objectives of this study were twofold. First, we sought to elicit perceptions of physical therapists, along with leaders in the PT and WCBs fields (e.g. from professional associations and WCBs), regarding ethical tensions arising in the care of patients with musculoskeletal injuries supported by a WCB, in three Canadian provinces. Second, we aimed to identify innovative strategies to address these ethical considerations.

Methods

We used *Interpretive Description* methodology to guide this inquiry (Thorne 2016). This methodological approach is grounded in a constructivist approach to inquiry and aims to

develop knowledge about a domain of human experience related to health and address the “so what” of the health disciplines (Thorne 2016). Interpretive description aims to develop “a coherent conceptual description that taps thematic patterns and commonalities believed to characterize the phenomenon that is being studied and also accounts for the inevitable individual variations within them.” (Thorne et al. 2004, page 4)

Choice of provinces and policy context

We included the three most populous Canadian provinces in our study: British Columbia, Ontario and Quebec. Physical therapists are the second most frequently consulted healthcare providers, after physicians, for injured workers with musculoskeletal disorders in these provinces. All three have “cause-based” compensation systems designed to compensate injuries attributable to work regardless of fault. These systems have the mandate to adjudicate the claims they receive and, once a claim is accepted, to provide medical benefits and income support based on pre-injury earnings. There are also important differences between the three workers’ compensation systems, including organization of PT services. The British Columbia WCB instituted a new PT model in June 2014, which works as a “block-care model” provided by contracted PT clinics. Physical therapists receive a fixed remuneration amount and have one week to initiate the worker’s evaluation and treatment duration is fixed at 6 weeks. If additional treatment is needed, physical therapists can request a 4-week extension. The Ontario WCB has a hybrid PT model where patients presenting specific criteria receive care under one of three programs of care (i.e., low back, shoulder or musculoskeletal) or through regular fee-for-service arrangements. Injured workers can choose their primary care provider: physician, physical therapist or chiropractor. In British Columbia and Ontario, a physician’s referral is not needed to access PT for injured workers, the case managers are responsible for making final decisions in each patient’s case (e.g., for granting PT extensions, or for starting or modifying the return-to-work process) and the professional recommendations from health professionals are not binding. In Quebec, the WCB pays for PT care following a referral from the injured worker’s treating physician and treatments are paid on a fee-for-service basis, in private PT clinics or in public hospitals. There are no fixed limits for treatment frequency and duration of PT, but the recommendations of the physician are binding for health professionals and the Quebec WCB.

Sampling

There were two groups of participants. The primary participants were physical therapists working with injured workers (in Quebec this included physical therapists and PT technicians). PT technicians are healthcare professionals who are included under the category of physical therapy professionals. They have a diploma-level training, in contrast to physical therapists who have a master's-level training. The term "physical therapist" is used throughout the text, but it also includes PT technicians when discussing Quebec physical therapy professionals. A second group of participants was interviewed in order to better understand systemic features in each province and provide insight into the current context of PT provision of care for injured workers. This group included leaders and administrators from PT associations, professional colleges or WCBs. We used a purposive sampling strategy to recruit participants between December 2013 and March 2015. We sought a diversified set of participants based on the following characteristics: type of professional (physical therapists, leaders and administrators), gender, practice setting (private vs public), clientele (acute vs chronic patients), clinical experience, experience treating injured workers, and location of practice (urban vs rural, regional distribution within province).

We used four strategies to recruit participants. First, information was distributed through the listservs and online bulletins of the three provinces' PT associations and/or professional colleges. Second, we used the professional networks of the research team to identify additional potential participants. Third, we employed a snowball sampling strategy whereby at the end of some interviews we asked participants to suggest others who might be interested to participate. As the study progressed, a fourth strategy was employed to guide recruitment. We used theoretical sampling to guide our recruitment of additional participants who could help us better understand aspects of the phenomena that remained underexplored. More specifically, we sought out additional participants who could speak to the influence of the clinical setting on physical therapists' experience of care, including large private clinics that were more corporate in their orientation, as well as the perspectives of physical therapists working in interdisciplinary settings (Charmaz 2006). Individuals interested to participate in the study were invited to contact the first author by email and were sent a short demographic questionnaire to assess their eligibility for the study and to facilitate the purposive recruitment

of participants. The questionnaire collected information about their gender, age, geographic location, current work, and professional experience. We then sent an email to selected individuals inviting them to pick a time and date for the interview.

A total of 30 physical therapists and 10 leaders and administrators were interviewed. Information about physical therapist participants is presented in Table 1 (page 135). Data from the 10 leaders and administrators are not presented in order to preserve anonymity. The participants in the three provinces were similar in terms of age and location of practice (urban or rural). Participants' characteristics broadly reflect the male/female ratio and mean age of physical therapists in Canada (in 2015, 75% of physical therapists were women and the greater proportion of professionals were in their 30s (Canadian Institute for Health Information, 2015)). The proportion of injured workers within their caseloads ranged between 2% to almost 100%. However, the median years of practice experience was higher in the province of Quebec.

Table 1: Demographic information about PT participants

Information / Province	British Columbia	Ontario	Quebec
N =	9 physical therapists	9 physical therapists	9 physical therapists 3 physical therapy technicians
Gender	Male: 3 Female: 6	Male: 3 Female: 6	Male: 3 Female: 9
Median age*	31 Range: 28 - 52	30 Range: 26 - 44	39 Range: 25-58
Participants working in private practice	8	6	10
Participants working in public settings	0	2	2
Participants working in both private and public settings	1	1	0
Participants with an adjunct administrative position (e.g., clinic owner/manager/leader)*	3	3	3
Median years of practice as a physical therapist*	3 (0.6 to 28)	3 (0.6 to 28)	14.5 (2.5 to 31)
Median number of years of practice with injured workers*	3 (0.6. to 22)	6.5 (1.5 to 18)	13 (2.5 to 29)

* Demographic info excludes one participant from Ontario who did not complete the demographic questionnaire

Data collection

All participants took part in an in-depth, semi-structured interview. The interview guide was developed based on issues identified through two focus groups with PT professionals from Quebec (Hudon et al. 2015) and was pilot tested. A different guide was developed for the interviews with PT leaders and administrators. The interviews with both groups were conducted at a time and location that was convenient for each participant. Most interviews were conducted by phone or Skype due to the wide geographic dispersion of the participants. The remaining interviews were conducted face-to-face. Interviews were conducted by the first

author, were done in French or in English depending on the preference of the participant, and lasted between one and two hours (mean: 1.5 hour). All interviews were digitally recorded and professionally transcribed. The first author then listened to the recordings while reading and correcting each verbatim. She subsequently wrote a one to two page synopsis of each interview.

Data analysis

We used a recursive approach to data collection and analysis; we began analysis after each interview was transcribed so that early analysis could be tested and refined in later interviews (Thorne et al. 2004). We also used constant comparative methods to create links and better see patterns across the whole set of data. Initial coding of the transcript involved categorizing segments of data using labels prompted by questions such as “what’s going on here?” and “what does this mean?” This was done by the first author and organized using NVivo 10 software. The codes were then mapped using conceptual mapping and diagramming processes (Charmaz 2006). While conducting this analysis, we sought to be attentive to variations amongst the participants’ work contexts, including province, clinical milieu (public vs private) and location (rural vs urban). We identified recurrent and common patterns using comparative tables that allowed us to aggregate codes into broader analytic categories. These categories were then placed together under higher order themes that emerged through the interpretation.

Memos written during the research process were also used as a supplemental data source to help contextualise and enrich the ongoing analysis. Throughout the project, the first author paid attention to her own professional background (she is a physical therapist who has treated injured workers in a private PT clinic in Quebec) and to her preconceived ideas about the topic. She reflected on her own ontological, epistemological and methodological commitments (Carpenter and Suto 2008; Thorne et al. 1997) and how these might affect the direction of the analysis. Preliminary results were presented and discussed with a group of seven physical therapists and physical therapy technicians during a focus group held in March 2016 in Montreal.

Ethics approval

This study was approved by the Research Ethics Board of the Centre for Interdisciplinary Research on Rehabilitation of Greater Montreal (CRIR-794-0113). All participants signed a consent form prior to participating in the interview.

Results

Participants encountered ethical challenges while seeking to uphold three core professional values as they provided care to injured workers. These values and associated challenges are presented below (Table 2) and described at length in the following paragraphs. Solutions proposed by the participants to respond to these value conflicts and improve the provision of PT care are also presented. Selected verbatim quotations are included to illustrate aspects of the analysis. French verbatim quotations are presented in English in this article and were translated by a native English-speaking member of the research team.

Table 2: Professional values that were in tension and associated challenges

Professional values	Main challenges in living out these values
1. Equity	<ul style="list-style-type: none">- Providing access to quality care- Witnessing inequalities in PT services- Resisting stereotypes- Advocating for appropriate care
2. Competence	<ul style="list-style-type: none">- Feeling insufficiently equipped- Addressing patients' anxieties and expectations- Handling return to work and administrative issues- Treating the patient in a holistic manner
3. Professional autonomy	<ul style="list-style-type: none">- Sharing duties and responsibilities- Looking for greater autonomy in decision-making- Seeking recognition of the value of PT

1. Equity

The narratives of the participants reflect a commitment to individuals being treated fairly and provided access to care in an impartial fashion. Four challenges were revealed regarding this value. The first challenge arose due to barriers for *access to quality care*, which participants considered ought to be a universal characteristic of workers' compensation systems. Participants from all three provinces discussed concerns that patients with some forms of

injury, such as repetitive movement or overuse injuries had less access to PT treatment. Others discussed how some clinical settings categorically refused to treat injured workers, suggesting that the low fees provided by WCBs were viewed as “too much work for too little money” to treat patients who were often “more complicated” from a clinical standpoint, in addition to the additional paperwork and phone call requirements of the WCB. Several participants from British Columbia and Ontario also identified limited options for interprofessional care as a barrier, since these WCBs do not reimburse other professionals (e.g. massage therapists, psychologists) while the patient is receiving PT treatment. Participants did identify some areas where injured workers had faster access than the general population, such as imaging (e.g. magnetic resonance imaging, electromyography testing) and referral to medical specialists.

The majority of participants also *witnessed inequalities in PT services*. They noted differences for evaluation and treatment time, such as injured workers being scheduled for one-on-one treatment times of 15 to 20 minutes, compared to 30-minute sessions for other patients. A participant expressed:

“Because I think that they're um...I think that every person deserves the same quality of treatment and I don't think that we're encouraged to give them the same quality of treatment because of [...] the amount of time that we're expected to see them for [...].”P1A

Several participants also reported that, if they were running late, they would be more likely to reduce the treatment time for an injured worker than for a patient with private insurance:

“[...] like I said, if I was running late I might only treat a WCB patient for 10 minutes and then send them to the gym versus 15. It's just...we have to sacrifice a WCB patient sometimes for the other patients to stay on time or to do my thing and stuff...because at least the WCB patients aren't paying out of their own pocket [...]?”P3B

Injured workers were identified as more likely to receive treatment from PT assistants, PT technicians, kinesiologists, or support personnel. While most participants recognised that these inequalities negatively impacted quality of care for injured workers, several expressed that there were few options for clinic owners: these participants saw these decisions as necessary

for the financial integrity of the clinic under the present funding system. In that regard, several participants mentioned the need for higher reimbursement fees for PT by WCB:

“I understand there are some clinics because the pay is so low they work on high-volume so that it makes it worthwhile, and that provides sort of substandard care to patients and then that gives physio sort of... a bad name.”P4B

Discussing the tension between equality of care and PT clinic finances, one participant said:

“As I am telling you, I do not wish to create two types of citizens in my clinic, that should not be. For me, it is not professional. But, it is clear to me that it’s not adequately paid.”P6C

Participants also complained about clinic owners who remunerate PTs differently according to the revenue they generate for the clinic, which is always less for injured workers compensated by the WCB. They stated that this approach did not take into consideration the effort and dedication PTs devote to the treatment of these patients, and that this was a form of discrimination against injured workers that could ultimately push PTs to alter the quality of care given to them.

Participants also discussed the *importance of not accepting stereotypes* about injured workers. They talked about the social stigmatization that exists and how this perspective can be an impediment to care. They noted that society at large, their entourage, and even the university where they studied, labelled injured workers on different occasions as “malingerers”, “scammers”, “fakers” or people “not wanting to get back to work”. However, participants reported that these judgements rarely matched the reality they observed working with their patients. They stated that they often had to remind themselves, however, to reject such stereotypes in order to remain impartial and provide quality care. On the other hand, the discourse of some participants reflected some of these views towards injured workers. A participant described the motivation of injured workers thus:

“Normally we're seeing people that are healthy and want to get better and, uh...you know...um... sometimes they're athletes and so there can be that contradiction between the injured worker and our sort of regular clientele.” P5B

Participants expressed views about injured workers including that they are more “demanding” than other clients, many do not like their jobs, and that they were often different than the “normal, high socioeconomic clientele” they were used to seeing in their clinic. So while many participants spoke of resisting stereotypes, it is apparent that some physical therapists continue to see injured workers in ways that echo these perceptions.

Finally, participants expressed the *need to advocate for appropriate care* for injured workers. For example, they advocated when they felt that insufficient justification was offered by the WCB or physician for stopping PT treatments. This could happen when dealing with a “block care model” which rendered it difficult to extend care for a patient. Their advocacy role also arose when expectations differed for therapy goals and necessity of treatment. Participants noted that many patients regained their capacity to complete work tasks but remained unable to perform leisure activities, still had considerable pain, or experienced work as exhausting. In these cases, participants stated that it was their duty to help their patients in other spheres (e.g. such as functional participation in family tasks or leisure activities), and not just to regain their function at work, which they try to do by advocating these rights to case managers (mostly in Ontario and BC) and to physicians (mostly in Quebec).

“So [...] I think case managers can sometimes be misguided in what they are expecting from an injury and they don’t take into account all of the other factors that go along with an injury and you try to advocate for them at times [...].” P4A

As this quote suggests, several participants also felt that some compensation case managers downplayed their patients’ injuries or need for care, thus requiring physical therapists to position themselves as advocates for their patients. In sum, participants explained that advocating on behalf of patients to WCB case managers, physicians or employers was important and necessary given the numerous challenges experienced by injured workers throughout their rehabilitation process.

2. Competence

Participants emphasized the importance of providing competent care. They sometimes felt that they were *insufficiently equipped or supported* to address the needs of injured workers. For example, several participants described challenges working with patients who had psychosocial issues. They noted that their professional training did not adequately prepare them to support patients with these challenges. A majority of participants expressed the desire to receive better training on how to help patients with psychosocial issues. Some others disagreed, however, about whether PTs should expand their competence in this area, believing that the physical therapist should focus on patients' functional limitations and that psychosocial issues are better handled by other professionals specifically trained in this field. Similarly, participants experienced difficulties in *addressing patients' anxieties and expectations*. Participants acknowledged that injured workers supported by a WCB often experience feelings such as fear, distrust, frustration, or a sense of injustice.

"I think my ability to actually...uh...de-escalate them...this fear of avoidance response...is, is pivotal in the speed of their recovery...in their ability to return to normal activities of life and occupational activities."P7B

In Quebec, eight participants mentioned that injured workers often experience stress and anxiety during their WCB medical evaluation. Participants described their role in trying to alleviate patients' fears that their treatment would be discontinued or reduced following the evaluation. In these instances, a solid trusting relationship was seen as fundamental. A participant described the importance of talking with and reassuring his patients:

"Yeah, I'd say I would spend... I would say 75 percent of my time talking to clients and about 25 percent of the time treating, and I'd say that's probably being optimistic in terms of the treatment."P4A

These counselling interventions were said to be a challenge for participants due to their lack of training and because of the energy it required. They were nonetheless seen as an essential component of treatment. Several participants also said that they felt it was hard to remain professional and impartial when discussing WCB procedures with their patients, sometimes feeling like a negotiator or a mediator. They tried to help patients understand their injuries and

to support them. Yet they also felt that they had to stand up for the WCB and explain why decisions were made. Some solutions proposed by the participants were to clarify for their patients at the start of the therapeutic relationship the particular context of WCB-sponsored care. They also said discussing more thoroughly the patient's and therapist's expectations with regards to treatment and return to work could ease the provision of care. To do so, participants wished they had more time to talk and care for their patients during each treatment session.

A third area in which most participants felt ill-equipped was in *navigating aspects of workers' compensation systems*. All participants said that the knowledge they had was acquired through the experience of working with this clientele, and some spoke about how this initially required a steep learning curve. Several participants stated that it would have been easier if they had a better understanding of the overall workers' compensation system prior to starting to work with this clientele. Some suggested that WCBs could present to PT clinics about how they functioned either via interactive presentations or using online tutorials. Participants also reported challenges assessing patient readiness to return to work (both physically and mentally), as well as the work setting's readiness to safely reintegrate the injured worker. A participant discussed these challenges:

“So, if it's modified duties what can they do, what can they not do? Modified hours, how many hours should they start and how to progress them. [...] they don't really teach us that in school [...] and that's something you have to learn on the job.”P3B

Most participants experienced *tensions between completing administrative tasks and providing patient care*. They reported that administrative tasks associated with treating injured workers were often much more time consuming than for other patients (e.g., initial, mid-term and discharge reports, progress notes to physicians, and phone calls to stakeholders). As a result, they had to choose to perform these tasks during patient treatment time or on unpaid personal time. Several participants explained that schedules and expectations in their clinical setting did not align well with these additional tasks:

“All of these things are things that private clients just do on their own and ethically when we have all of these other demands it can be sometimes hard to give the care that

we're required to give when we have a whole lot of other demands that we're not getting paid for on top of it so then I think care gets lost...appropriate care gets lost.”P1A

Conversely, those participants who worked in clinics that supported them in the completion of these tasks (e.g. by providing paid time to complete tasks or by distributing more tasks to administrative staff) experienced less frustration about this issue.

The nature of the compensation process and its numerous requirements also make it harder for participants to see and *treat their patients in a holistic manner*. Participants deplored in many instances the fact that patients were treated as “cases”, “injuries” or “numbers” during their rehabilitation process. This situation was associated with frustration for participants who stated that their patients were not just an “elbow” or a “finger”. One participant said:

“It’s not a person. It’s a case, right? That’s how they ... I guess they are case managers. They are not person managers, so [laughter] that’s how they deal with it. But um ... I guess because we have more in-person contact with the patients, we feel for the patient and uh ... that’s how we deal with it. And so there’s a big gap in how we think and how they think.”P6A

This difficulty to treat the patient holistically also emerged when discussing a perceived lack of flexibility in the three workers’ compensation systems, which do not account for the great variability in recovery for the same types of injuries and for other aspects of the patients’ lives that can modulate their recovery.

3. Professional autonomy

Participants experienced tensions relating to their professional autonomy in the care of injured workers. Participants expressed concerns regarding the *sharing of duties and responsibilities* with lower cadres of professionals, including PT assistants (Ontario), kinesiologists (Ontario and British Columbia) and PT technicians (Quebec). Many participants described these rehabilitation providers as making positive contributions to patient care, but sharing some of their professional duties with these groups was also seen as potentially hindering their capacity to progress treatment adequately. Some participants worried that injured workers who were

primarily treated by assistants could not be monitored and taken care of as thoroughly. Trust and hierarchical concerns were also discussed. Several participants viewed the capacity for assistants and technicians to recognize and discuss the limits of their competency as a crucial element to attenuate the struggle in sharing duties. For participants working in a team-based rehabilitation program with other professionals (e.g. occupational therapists or psychologists) the distribution of professional tasks was mostly seen as beneficial and described as easier than when professional duties were shared with technicians or assistants.

Participants also described how the workers' compensation system impacts their professional and decisional autonomy. For example, many Quebec participants stated that even if they judged that PT was not required anymore and wished to terminate treatment, the ultimate decision to end PT rests with the treating physician. More globally, *the lack of professional autonomy* was also perceived as creating a systemic issue with regards to overuse of healthcare resources in a time of budget cuts and constraints. Indeed, in order to seek official opinions and make decisions, patients from British Columbia and Quebec have to make repeated visits to their physicians during their rehabilitation process. Even though all the participants saw the involvement of the physician as an asset, they believed that repeated visits contributed to increasing the burden on the healthcare system. In that regard, some participants expressed that physical therapists' roles should be expanded (e.g. decisional power on RTW process, prescription of imaging tests, etc.).

"[...] if I want a decision made, or if the employer wants a note saying that they need to be off work for another two weeks [...] now they have to go waste healthcare time and money to go see the doctor. I think it would be so much more...expedient and efficient and money efficient is if that was something that was possible for the physiotherapist to write."P3A

Almost all participants also expressed frustration regarding the lack of recognition of the PT profession's contributions by the stakeholders involved in the care of injured workers. For example, participants stated that their *professional opinions were insufficiently valued by WCB case managers who held decisional power for their patients' case in BC and Ontario:*

“So I think if WCB had faith in the providers to say “okay, we sent the client to you and you get them back to work and do it whatever way you want to do it” then I think that would make a big difference.”P4A

The participants wished to be part of the discussions and decisions concerning the patient’s overall progression, as well as receiving more respect for their particular knowledge and skills in the musculoskeletal field.

Discussion

This study provided new insights on tensions that PTs encounter in the field of work disability, and the institutional and structural features that give rise to them. Participants from all three provinces expressed concerns regarding inequality as injured workers are treated for a shorter duration of time compared to other patients or are treated by personnel other than PTs, which concurs with our previous study (Hudon et al. 2015). However, this study also shows that for a few participants, disparities in PT services between injured workers and other clientele were justified by the lower treatment reimbursement fees for injured workers; as if some physical therapists had internalized economic efficiency as part of their professional reasoning. These findings should draw the attention of professional PT bodies because these approaches could potentially lead to inadequate care practices. Stigma was also a concern for participants since it could potentially influence their treatment decisions and create biases towards some patients. Although stigmatization with regards to injured workers has been widely discussed in the literature (Beardwood et al. 2005; Eakin and Mykhalovskiy 2003; K. Lippel 2007; Roberts-Yates 2003), the need for professionals to reflect on their practice and to evaluate their own prejudices has not.

This study also highlights the role of physical therapists in reducing injured workers’ fears and anxieties. Although physical therapists are trained to assess musculoskeletal injuries, our study demonstrates that they do not feel that their professional training adequately prepares them for undertaking the particular tasks associated with returning injured patients to work. These findings echo those of a recent study in Australia showing that physical therapists believe they have an important role to play in returning patients to work, but lack knowledge about the best

strategies to assess readiness and capacity to work and lack clarity about this role (Johnston et al. 2012).

The organisation of care also had a significant influence on the ethical tensions and challenges experienced by the participants in this study. For example, the administrative burden felt by participants is consistent with the experiences of other health professions (Cote et al. 2001; Kosny et al. 2011; MacEachen et al. 2010). Indeed, the solutions put forward by participants to attenuate tensions frequently entailed modifications to the clinic or department in which they worked. Participants working in contexts that were more flexible experienced less tension related to their professional values. This is an interesting finding since the broader ‘workers’ compensation policies’ are often deemed responsible for most of the difficulties encountered by healthcare professionals (MacEachen et al. 2010). Even though WCB policies impact the organisation of care in PT clinics and departments, this study shows that clinical settings themselves play an important role in creating or decreasing the challenges lived by PT professionals on a regular basis. This is in line with research on challenges stemming from institutional constraints in the fields of nursing (Beagan and Ells 2009; Varcoe et al. 2004), medicine (Førde and Aasland 2008) occupational therapy (Bushby et al. 2015; Foye et al. 2002; Penny et al. 2014) and PT (Carpenter 2010; Santos et al. 2010). These institutional constraints and system-level challenges create dissonance between values held by professionals and what is possible for them to achieve in their clinical context (Beagan and Ells 2009). Indeed, “role stress, particularly the frustrations and strains created by conflicting demands, appears to contribute to diminutions in the emotional and physical well-being of physical therapists” (Deckard and Present 1989, p.176). Professionals may encounter ethical distress and disillusionment if their work environments prevent them from living up to their values (Beagan and Ells 2009). Moreover, having a work environment in line with personal values was found to be one of the most significant factors for career satisfaction for these professionals (Randolph and Johnson 2005). Findings from our study are thus particularly important given that ethical tensions have been linked to negative consequences such as decreased quality of patient care (Aiken et al. 2001), and difficulties in relationships with colleagues (Radzvin 2011) burnout (Sundin - Huard and Fahy 1999), as well as having

implications for satisfaction, recruitment, and retention of health care providers (Pauly et al. 2012).

Our results have implications for practice on several levels. First, our findings demonstrate that PT practice for injured workers in Canada does not match recent recommendations in the occupational health and work disability fields (Hulshof and Pransky 2013). For example, the workplace is identified as a focal point when looking at facilitating care and RTW for injured workers (Costa-Black 2013). However, in the three provinces investigated (including one where physical therapists are primary care providers for injured workers), physical therapists have little contact with employers and workplaces (except by means of official forms or short phone conversations in BC). Patients could potentially benefit from physical therapists further interacting and negotiating with employers to better target treatments and interventions towards their working tasks requirements (Shaw et al. 2011). Furthermore, therapists with experience treating injured workers in this study seemed to be able to manage ethical tensions better than those with less experience. However, current models of care in many PT clinics make the least experienced therapists responsible for the “workers’ compensation caseload”. This is a crucial point to consider when looking at improving the quality of care for this clientele. Finally, a key driver for many of the tensions experienced by physical therapists concerns remuneration rates for professionals. These rates should be reviewed and increased to better match current PT fees for other patients. At the same time, PT models of care for injured workers could be revised and improved to better address the complexity of care for this clientele. These model changes should be planned and developed by all the major stakeholders involved (i.e. injured workers, physical therapists, PT associations, PT colleges and WCB authorities) so that physical therapists experience fewer struggles living out their professional values and, ultimately, provide better quality care.

Limitations

We recruited participants working in a diversity of settings and providing treatments for patients at different stages of recovery, from primary acute and sub-acute care, to capacity development programs involving patients with more chronic conditions. This approach allowed us to develop a broad understanding of the ethical tensions experienced by physical

therapists treating injured workers. It did not allow us to develop in-depth comparisons of tensions arising at different stages of the patient's recovery. Although we sought to identify similarities and differences across the three provinces, common patterns related to struggles in living out professional values emerged more strongly than contrasts between policy contexts. The median number of years of experience of the participants is lower in British Columbia and Ontario compared to Quebec, which may account for some differences among the views of participants from the three provinces. Furthermore, at the time of data collection, British Columbia had just made modifications to the provision of PT care in their workers' compensation system, which may have had an effect on the types of challenges discussed by the participants.

Conclusion

Health professionals must live up to their values to provide quality care to their patients in an equitable and respectful manner. This study provides insights regarding ethical tensions experienced by physical therapists providing care to injured workers supported by WCBs in three provinces in Canada. These tensions relate to physical therapists' commitments to the values of equity, competence and professional autonomy. The study sheds light on inequalities in the provision of PT care, roles of physical therapists working with this clientele, and the influences of organisation of care on physical therapists' experiences. Until now, difficulties for physical therapists to work in accordance with their values have not been thoroughly reported in the literature. Further, these tacit difficulties can have major implications on the care provided to patients and on physical therapists' own well-being. Although complexity of care seems inevitable in a context where workers' compensation systems are involved, results from this study can help to initiate dialogue among physical therapists, clinic owners/managers and WCBs to target specific aspects of the current models of practice where improvements could be instituted. This study could serve to improve PT practices in work disability by providing a better understanding of the struggles face by physical therapists in their day-to-day work with injured workers, as well as implementing proposed solutions.

References

- Aguilar, A., Stupans, I., Scutter, S. and King, S. 2012. "Exploring the Professional Values of Australian Physiotherapists." *Physiotherapy Research International*.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., . . . Shamian, J. 2001. "Nurses' Reports on Hospital Care in Five Countries." *Health Affairs*, 20(3): 43-53.
- Baril, R., Clarke, J., Friesen, M., Stock, S. and Cole, D. 2003. "Management of Return-to-Work Programs for Workers with Musculoskeletal Disorders: A Qualitative Study in Three Canadian Provinces." *Social Science & Medicine*, 57(11): 2101-2114.
- Beagan, B. and Ells, C. 2009. "Values That Matter, Barriers That Interfere: The Struggle of Canadian Nurses to Enact Their Values." *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, 41(1): 86-107.
- Beardwood, B. A., Kirsh, B. and Clark, N. J. 2005. "Victims Twice Over: Perceptions and Experiences of Injured Workers." *Qualitative Health Research*, 15(1): 30-48.
- Bruhn, J. G. 2008. "Value Dissonance and Ethics Failure in Academia: A Causal Connection?". *Journal of Academic Ethics*, 6(1): 17-32.
- Bushby, K., Chan, J., Druif, S., Ho, K. and Kinsella, E. A. 2015. "Ethical Tensions in Occupational Therapy Practice: A Scoping Review." *British Journal of Occupational Therapy*, 78(4): 212-221. doi: doi:10.1177/0308022614564770
- Carpenter, C. 2010. "Moral Distress in Physical Therapy Practice." *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(2): 69-78.
- Carpenter, C. and Suto, M. 2008. "Qualitative Research for Occupational and Physical Therapists: A Practical Guide." Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Charmaz, K. 2006. "Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Research." *Sage Publications Ltd, London*.
- Costa-Black, K. M. 2013. Core Components of Return-to-Work Interventions. *Handbook of Work Disability* (pp. 427-440) New York: Springer.
- Cote, P., Clarke, J., Deguire, S., Frank, J. W. and Yassi, A. 2001. "Chiropractors and Return-to-Work: The Experiences of Three Canadian Focus Groups." *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 24(5): 309-316. doi: <http://dx.doi.org/10.1067/mmt.2001.115267>

- Deckard, G. J. and Present, R. M. 1989. "Impact of Role Stress on Physical Therapists' Emotional and Physical Well-Being." *Physical Therapy*, 69(9): 713-718.
- Dionne, C. E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S. R. and Laperrière, È. 2013. "Obstacles to and Facilitators of Return to Work after Work-Disabling Back Pain: The Workers' Perspective." *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(2): 280-289.
- Eakin, J. M. and Mykhalovskiy, E. 2003. "Reframing the Evaluation of Qualitative Health Research: Reflections on a Review of Appraisal Guidelines in the Health Sciences." *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9(2): 187-194.
- Førde, R. and Aasland, O. 2008. "Moral Distress among Norwegian Doctors." *Journal of Medical Ethics*, 34(7): 521-525.
- Foye, S. J., Kirschner, K. L., Wagner, L. C. B., Stocking, C. and Siegler, M. 2002. "Ethical Issues in Rehabilitation: A Qualitative Analysis of Dilemmas Identified by Occupational Therapists." *Topics in Stroke Rehabilitation*.
- Friesen, M. N., Yassi, A. and Cooper, J. 2001. "Return-to-Work: The Importance of Human Interactions and Organizational Structures." *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 17(1): 11-22.
- Guzman, J., Yassi, A., Cooper, J. E. and Khokhar, J. 2002. "Return to Work after Occupational Injury. Family Physicians' Perspectives on Soft-Tissue Injuries." *Canadian Family Physician*, 48(12): 1912-1919.
- Hudon, A., Drolet, M.-J. and Williams-Jones, B. 2014. "Ethical Issues Raised by Private Practice Physiotherapy Are More Diverse Than First Meets the Eye: Recommendations from a Literature Review." *Physiotherapy Canada*: 1-9.
- Hudon, A., Laliberté, M., Hunt, M. and Feldman, D. 2015. "Quality of Physiotherapy Services for Injured Workers Compensated by Workers' Compensation in Quebec: A Focus Group Study of Physiotherapy Professionals." *Healthcare policy= Politiques de santé*, 10(3): 32-47.
- Hulshof, C. and Pransky, G. 2013. The Role and Influence of Care Providers on Work Disability. *Handbook of Work Disability* (pp. 203-215) New York: Springer.

- Johnston, V., Nielsen, M., Corbière, M. and Franche, R.-L. 2012. "Experiences and Perspectives of Physical Therapists Managing Patients Covered by Workers' Compensation in Queensland, Australia." *Physical Therapy*, 92(10): 1306-1315.
- Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D. and Collie, A. 2014a. "Healing or Harming? Healthcare Provider Interactions with Injured Workers and Insurers in Workers' Compensation Systems." *Journal of Occupational Rehabilitation*: 1-20. doi: 10.1007/s10926-014-9521-x
- Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D. and Collie, A. 2014b. "Interactions between Injured Workers and Insurers in Workers' Compensation Systems: A Systematic Review of Qualitative Research Literature." *Journal of Occupational Rehabilitation*: 1-22.
- Kosny, A., MacEachen, E., Ferrier, S. and Chambers, L. 2011. "The Role of Health Care Providers in Long Term and Complicated Workers' Compensation Claims." *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(4): 582-590.
- Lippel, K. 2007. "Workers Describe the Effect of the Workers' Compensation Process on Their Health: A Quebec Study." *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5): 427-443.
- Lippel, K., Eakin, J. M., Holness, D. L. and Howse, D. 2016. "The Structure and Process of Workers' Compensation Systems and the Role of Doctors: A Comparison of Ontario and Québec." *American Journal of Industrial Medicine*.
- Lippel, K. and Lötters, F. J. 2013. Public Insurance System: A Comparison of Caused-Based and Disability-Based Income Support Systems. In P. Loisel and J. R. Anema (Eds.), *Handbook of Work Disability*. New York: Springer.
- Loisel, P. and Anema, J. R. (Eds.). (2013). *Handbook of Work Disability*. New York: Springer.
- Loisel, P., Durand, M. J., Baril, R., Gervais, J. and Falardeau, M. 2005. "Interorganizational Collaboration in Occupational Rehabilitation: Perceptions of an Interdisciplinary Rehabilitation Team." *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4): 581-590. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-005-8036-x>
- MacEachen, E., Kosny, A., Ferrier, S. and Chambers, L. 2010. "The "Toxic Dose" of System Problems: Why Some Injured Workers Don't Return to Work as Expected." *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3): 349-366.

- Newnam, S., Petersen, A., Keleher, H., Collie, A., Vogel, A. and McClure, R. 2016. "Stuck in the Middle: The Emotional Labours of Case Managers in the Personal Injury Compensation System." *Work*, (Preprint): 1-11.
- Parrish, M. and Schofield, T. 2005. "Injured Workers' Experiences of the Workers' Compensation Claims Process: Institutional Disrespect and the Neoliberal State." *Health Sociology Review*, 14(1): 33-46.
- Pauly, B. M., Varcoe, C. and Storch, J. 2012. "Framing the Issues: Moral Distress in Health Care." *HEC Forum*, 24(1): 1-11.
- Penny, N. H., Ewing, T. L., Hamid, R. C., Shutt, K. A. and Walter, A. S. 2014. "An Investigation of Moral Distress Experienced by Occupational Therapists." *Occupational Therapy in Health Care*, 28(4): 382-393.
- Pergola, T., Salazar, M., Graham, K. and Brines, J. 1999. "Case Management Services for Injured Workers. Providers' Perspectives." *AAOHN journal: official journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 47(9): 397.
- Pincus, T., Woodcock, A. and Vogel, S. 2010. "Returning Back Pain Patients to Work: How Private Musculoskeletal Practitioners Outside the National Health Service Perceive Their Role (an Interview Study)." *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3): 322-330.
- Praestegaard, J., Gard, G. and Glasdam, S. 2015. "Physiotherapy as a Disciplinary Institution in Modern Society—a Foucauldian Perspective on Physiotherapy in Danish Private Practice." *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(1): 17-28.
- Radzvin, L. C. 2011. "Moral Distress in Certified Registered Nurse Anesthetists: Implications for Nursing Practice." *AANA journal*, 79(1).
- Randolph, D. S. and Johnson, S. P. 2005. "Predicting the Effect of Extrinsic and Intrinsic Job Satisfaction Factors on Recruitment and Retention of Rehabilitation Professionals." *Journal of Healthcare Management*, 50(1): 49.
- Roberts-Yates, C. 2003. "The Concerns and Issues of Injured Workers in Relation to Claims/Injury Management and Rehabilitation: The Need for New Operational Frameworks." *Disability and Rehabilitation*, 25(16): 898-907. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/0963828031000122203>

- Robichaud, M.-M. 2016. Retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle: perspective des intervenants en réadaptation du système. (Mémoire de maîtrise), Université Laval, Québec.
- Russell, G., Brown, J. B. and Stewart, M. 2005. "Managing Injured Workers: Family Physicians' Experiences." *Canadian Family Physician Médecin de famille canadien*, 51: 78-79.
- Santos, M. C., Barros, L. and Carolino, E. 2010. "Occupational Stress and Coping Resources in Physiotherapists: A Survey of Physiotherapists in Three General Hospitals." *Physiotherapy*, 96(4): 303-310.
- Shaw, W. S., Main, C. J. and Johnston, V. 2011. "Addressing Occupational Factors in the Management of Low Back Pain: Implications for Physical Therapist Practice." *Physical Therapy*, 91(5): 777-789.
- Soklaridis, S., Ammendolia, C. and Cassidy, D. 2010. "Looking Upstream to Understand Low Back Pain and Return to Work: Psychosocial Factors as the Product of System Issues." *Social Science & Medicine*, 71(9): 1557-1566.
- Soklaridis, S., Tang, G., Cartmill, C., Cassidy, J. D. and Andersen, J. 2011. "“Can You Go Back to Work?” Family Physicians’ Experiences with Assessing Patients’ Functional Ability to Return to Work." *Canadian Family Physician*, 57(2): 202-209.
- Sundin - Huard, D. and Fahy, K. 1999. "Moral Distress, Advocacy and Burnout: Theorising the Relationships." *International Journal of Nursing Practice*, 5(1): 8-13.
- Thorne, S. 2016. "Interpretive Description: Qualitative Research for Applied Practice (Vol. 2)." Walnut Creek, California: Left Coast Press.
- Thorne, S., Kirkham, S. R. and MacDonald-Emes, J. 1997. "Focus on Qualitative Methods. Interpretive Description: A Noncategorical Qualitative Alternative for Developing Nursing Knowledge." *Research in Nursing & Health*, 20(2): 169-177.
- Thorne, S., Kirkham, S. R. and O’Flynn-Magee, K. 2004. "The Analytic Challenge in Interpretive Description." *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1): 1-11.
- Varcoe, C., Doane, G., Pauly, B., Rodney, P., Storch, J. L., Mahoney, K., . . . Starzomski, R. 2004. "Ethical Practice in Nursing: Working the in - Betweens." *Journal of Advanced Nursing*, 45(3): 316-325.

Whiteside, H. 2009. "Canada's Health Care "Crisis": Accumulation by Dispossession and the Neoliberal Fix." *Studies in Political Economy*, 84(1): 79-100.

Chapitre 7 : Influence des politiques sur la pratique des physiothérapeutes

7.1 Rappel des objectifs rencontrés par cet article

Ce dernier article de thèse visait principalement à mettre en lumière l'influence des politiques des commissions d'indemnisation du travail et des cliniques de physiothérapie sur la pratique des physiothérapeutes offrant des soins aux travailleurs blessés indemnisés. Cet article visait également à identifier les aspects positifs et négatifs des politiques actuellement en vigueur afin de proposer des changements concrets permettant d'améliorer les soins de physiothérapie pour cette clientèle. Ayant déjà mieux compris les préoccupations plus personnelles et professionnelles des physiothérapeutes d'un point de vue microsystemique à l'aide de l'article précédent (chapitre 6), cet article offre ainsi une perspective nouvelle d'envergure méso et macrosystemique sur les soins de physiothérapie prodigués aux patients indemnisés suite à une blessure au travail.

7.2 Article 4 : Policy influences on physiotherapy care for injured workers

L'article présenté dans ce chapitre a été soumis à la revue *Journal of Occupational Rehabilitation*, le 17 mai 2017. L'étudiante a rédigé l'article en entier sous la supervision de Debbie Feldman et Matthew Hunt, coauteurs. Les trois auteurs ont contribué à la réflexion entourant l'analyse des données par l'étudiante, lors de discussions d'équipe. Tous les auteurs ont commenté les diverses itérations du manuscrit et approuvé le format final de l'article. Le format de présentation du manuscrit est conforme aux exigences de cette revue.

Authors

Anne Hudon^{1,2,3}, Matthew Hunt^{2,4}, Debbie Ehrmann Feldman^{1,2,3}

Affiliations

¹ School of Rehabilitation, Faculty of Medicine, University of Montreal,

² Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal (CRIR)

³ Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)

⁴ School of Physical and Occupational Therapy, McGill University

Acknowledgements

We wish to thank all the participants who took part in the focus groups and interviews for this study. We also want to thank representatives from the BC and Ontario PT associations, and from the three provinces' colleges, who generously helped in recruiting potential participants. We also thank Maude Laliberté, Barbara Mazer and Bryn Williams-Jones, members of the Professional Ethics Rehabilitation Network (Deom, Agoritsas, Bovier et Perneger), for their important contribution to this study. We finally thank Julie Des Lauriers, Erin Douglas and Tatiana Orozco for their occasional assistance.

Declaration of interests

The authors of this manuscript declare no financial or non-financial competing interests. Anne Hudon is supported by a doctoral fellowship from the Fonds de recherche du Québec–Santé (FRQS) and was supported from the MENTOR program in collaboration with the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and the Quebec Research Rehabilitation Network (REPAR) at the beginning of her doctoral studies. Matthew Hunt is supported by a salary award from the FRQS. Financial support for this work was also received from the CIHR and the Dominion of Canada General Insurance administered by the Physiotherapy Foundation of Canada (CIHR funding number of reference: EOG- 120255).

Abstract

Purpose: In Canada, third party payers play a significant role in financing physiotherapy care for people with musculoskeletal disorders. Para-governmental insurers such as workers' compensation boards are responsible for the care provided to injured workers. Although healthcare providers are accountable for delivering ethical care and to act according to their professional codes of conduct, policies from workers' compensation boards and healthcare clinics can (albeit unintentionally) negatively affect injured workers' care. Our objectives were to explore the influence of 1) workers' compensation boards' policies and 2) physiotherapy clinics' policies on the care that physiotherapists provide to workers with musculoskeletal injuries in three large Canadian provinces. **Methods:** The *Interpretive Description framework*, a qualitative methodological approach, guided this inquiry. Forty participants (30 physiotherapists and 10 leaders and administrators from physiotherapy professional groups and workers' compensation boards) were recruited in the three provinces. Inductive analysis was conducted using a recursive approach to data collection and analysis, and constant comparative techniques. **Results:** The narratives of participants reveal ways that physiotherapy care for injured workers is strongly modulated by policies established by provincial compensation boards and individual physiotherapy clinics, with both positive and negative influences on care. These policies relate to clinical and administrative requirements such as end points for treatment, reimbursement rates and support for clerical tasks. **Conclusion:** There is a need for provincial workers' compensation boards and physiotherapy clinics to examine how their policies influence care and to revise policies where necessary in order to improve the provision of rehabilitation care to injured workers.

Keywords: physical therapy specialty; musculoskeletal pain; workers' compensation; qualitative research; policy

Introduction

In Canada, third party payers play a significant role in financing physiotherapy (PT) care for people with musculoskeletal disorders. These payers, consisting mainly of private insurance companies, employer-based healthcare plans, car accident insurers, and workers' compensation boards (WCB), cover in whole or in part the costs of PT treatments that are not covered by the Canadian Health Act⁹, along with other items such as orthopaedic orthotics (1).

Policies set by third party payers influence the practices of healthcare organizations and the care provided by healthcare professionals (2). An American study showed that policies set by Medicare aiming to rationalize and downsize rehabilitation costs influenced physiotherapists' clinical decisions (3). In the same vein, the instauration of a therapy threshold for PT care within the US Medicare prospective payment system (i.e., imposition of a maximum reimbursement cap of 10 sessions) led to ethical struggles and affected therapy practice patterns (4). WCB policies can have an effect on healthcare professionals' practices and ultimately, on injured workers' care (5). Cost containment approaches to care in the U.S. by WCBs (e.g., fee schedule, provider choice limitation, managed care) have led to inferior treatment outcomes, poor quality of care and high costs (6). A large study on workers' compensation policies in seven American jurisdictions revealed that as insurance price control for chiropractic services increased, chiropractors tended to increase the number of services billed per visit; a strategy attributed to maintaining their income (7). In Canada, a study by Lippel and collaborators (2016) demonstrated physicians' reluctance to follow injured workers due to bureaucratic requirements that they viewed as excessively burdensome. Study participants also reported that their ability to provide treatment they felt their patients required was impaired by the rigidity of the WCB systems' policies. These authors concluded that: "differences in system design affect the role, practices, and experiences of the doctors in the systems" (8). In the field of PT, Canadian researchers have shown that the involvement of a WCB influences the frequency of PT treatments (9) and can negatively influence the quality of

⁹ PT services covered in the *Canadian Health Act* mainly refer to hospital-associated care such as inpatient hospital PT, PT services provided by community service centers (often observing strict criteria and usually accessible following an inpatient hospital stay) and PT provided in outpatient hospital departments (often accessible to patients who underwent a surgery or who have been referred through a special hospital program)

PT care provided to patients (10). However, the influence of WCBs' policies on PT care has yet to be comprehensively studied. (11).

Although healthcare providers are accountable for delivering ethical care and to act according to their professional codes of conduct, policies from WCBs and healthcare clinics can (albeit unintentionally) promote practices that negatively affect injured workers' care (10). Thus, the objectives of this study were to explore the influence of 1) WCBs' policies and 2) PT clinics' policies on the care physiotherapists provide to workers with musculoskeletal injuries in three Canadian provinces: British Columbia (BC), Ontario and Quebec.

Methods

We used Interpretive Description to guide this inquiry (12). This methodological framework is grounded in constructivist and naturalistic approaches to qualitative research (13) and aims to develop knowledge about a domain of human experience related to health with the goal of informing professional practice (14). More precisely, this framework encourages researchers to gather rich contextual knowledge about a phenomenon by exploring the tacit, subjective and experiential aspects from the perspective of the people involved in it, in order to better grasp its complexity and expose new ways of understanding it (12). Interpretive Description also aims to create robust and meaningful research findings in healthcare by aligning qualitative inquiry with “the epistemological underpinnings of the applied disciplines for which it is being used” (12). In this particular research, our objective was to better understand the various and complex policy factors that influence the provision of PT care for injured workers. Thus, we selected Interpretive Description for this project due to its close alignment with the objectives of the research, and due to its capacity to reveal the contextual and experiential aspects of the provision of PT care for injured workers and support the development of concrete policy recommendations applicable to current practices in PT.

The concept of “policy”

Policies from two categories of governing bodies, namely WCBs and PT clinics, were investigated in our project. For WCBs, policies can be conceptualised as the rules derived from provincial laws that are developed and enforced by administrators responsible for PT

care at the WCB. These rules regulate the fees paid to physiotherapists and what they must or must not do when providing care to injured workers. Policies are often described at length in official procedural documents produced for healthcare providers by the WCB, and are usually available on their website. Policies at the clinic level are more diverse and may be explicit and formalized, or tacit and informal (15). They are often described in a clinic's work agreement contract for professionals or in its policies and procedures manuals. Clinic policies can serve as guidelines to set expectations for employee behaviour, creating clear links with the values, mission and goals of the organization and to guide decision-making and day-to-day procedures (16).

Choice of provinces and WCB policies related to PT services

This study was carried out in the three most populous Canadian provinces: Ontario, Quebec and BC. These provinces have similarly designed compensation systems (8, 17). However, they have implemented different models of care and WCB policies, with implications for professional practice and patient care. The three WC systems are “no- fault” systems; access to compensation is available regardless of proof of fault and regardless of legal liability of the employer (18, 19). In each province, injured workers' claims are administered by a para public administrator financed by employer premiums. In all three, the acceptance of an injured worker's initial claim is determined by the WCB. However, once the claim is accepted, in both BC and Ontario, case managers are responsible for making final decisions for each patient (e.g., granting PT extensions or for starting or modifying the return-to-work process) and health professionals' recommendations are not binding. In Quebec, the treating physicians are the primary decision makers. Their recommendations are binding for other health professionals (including physiotherapists) and the WCB. They determine the patient's diagnosis and prescribe the type and duration of treatment, as well as establishing functional limitations and degree of permanent impairment¹⁰. Other differences related to remuneration, treatment parameters and administrative requirements that are more specific to PT care are described in Table 1, page 161 (BC (20), Ontario (21) and Quebec (22)).

¹⁰ An Act Respecting Industrial Accidents and Occupational Diseases, R.S.Q., c. A-3.001, (ARIAOD) s. 212.

Table 1: Key features of WCB policies for PT care

	British Columbia	Ontario	Quebec
Payment model	Block care model ^a [Care is provided as a predetermined block of services in weeks and payment is provided for the whole block]	Program of care (POC) model ^b <ul style="list-style-type: none"> • Low back • Shoulder • Musculoskeletal [Care is provided as a predetermined block of services in weeks] OR Fee-for-service (if patient is not eligible for a POC)	Fee-for-service model [Physiotherapists are reimbursed separately for each treatment session provided to the injured worker]
Length of treatment	Standard block: <ul style="list-style-type: none"> • 7 days for evaluation • 6 weeks of treatment Post-surgical block: <ul style="list-style-type: none"> • 7 days for evaluation • 8 weeks of treatment For both blocks, there is a possibility for a four-week extension if requested at least seven days before the end of the standard or post-surgical treatment block	Programs of care: <ul style="list-style-type: none"> • Low back POC: 8 weeks • Shoulder POC: 8 weeks • Musculoskeletal POC: 8 weeks For the fee-for-service model, the length of treatment is not specified	No pre-defined or maximum length of treatment but patient needs to see his or her treating physician after either: <ul style="list-style-type: none"> • 8 weeks of PT • 30 PT visits
Minimum treatment sessions per week	2 sessions per week [Fewer than two visits per week may be appropriate if the injured worker has either returned to work or is actively participating in a return to work plan, but this must be approved by the WCB]	Depending on the POC: <ul style="list-style-type: none"> • Low back: A minimum of 3 visits must be provided within the first 4 weeks of the program • Shoulder: A minimum of 7 visits must be provided during the 8 week program • Musculoskeletal: A minimum of 6 visits must be provided during the 8 week program 	No requirements
Contact with the employer	Required (by phone) during the evaluation period	Required (by phone or by a written form)	Physiotherapists not authorized to communicate with patient's employer
Clinical evaluation requirements	Physiotherapists must complete a functional evaluation that aligns with their patients' work tasks and critical job demands	Physiotherapists are required to use a functional outcome measure to track the functional improvements of their patients, which is set by the WCB and differs for each POC	No requirements
Guidelines with regards to clinical modalities to use	None provided, treatment is left to the physiotherapist's judgment	Yes, described in each POC manual and based on evidence	None provided, treatment is left to the physiotherapist's judgment

^a New model of care as of May 2014.

^b Eligibility to a POC is assessed by the injured worker's primary healthcare provider (who may be a physiotherapist) following the criteria set by the WCB. It must also be approved by the WCB.

Sampling

We recruited two groups of participants using a purposive sampling strategy: 1) Licensed physiotherapists working with injured workers (in Quebec this included physiotherapists and PT technicians¹¹) who provided information on the clinical aspects of PT care for injured workers; and 2) leaders and administrators from PT associations, professional colleges or WCBs who are knowledgeable about PT policies for injured workers and who provided insight into the current macroscopic context of PT provision of care for this clientele. We used four strategies for recruitment between December 2013 and March 2015. We first published information about the research project using the listservs and online bulletins of the three provinces' PT associations and/or professional colleges. We identified additional potential participants through the professional networks of the research team. After each interview, we also asked participants to suggest others who might be interested to participate. Finally, as data collection progressed we used theoretical sampling to seek out additional participants who could speak to two areas of the analysis that were initially underdeveloped: the influence of the clinical setting on physiotherapists experiences of providing care, including large private clinics that were more corporate in their orientation, as well as the perspectives of physiotherapists working in interdisciplinary teams.

We sought to recruit a diverse set of participants based on the following characteristics: role (PT clinicians, leaders and administrators), gender, practice setting (private or public; PT association, PT college or WCBs), extent of clinical experience, extent of experience treating injured workers (at least 6 months of work with injured workers), clientele (acute vs chronic patients) and location (urban vs rural, regional distribution within province). Individuals interested to participate in the study were invited to contact the first author by email. We then sent them a short demographic questionnaire in order to assess their eligibility and to facilitate the purposive recruitment of participants. The questionnaire collected information about potential participants' gender, age, geographic location, current work, and professional experience. Selected individuals then received an email inviting them to select a time and date for the interview.

¹¹ PT technicians are healthcare professionals who are included under the category of PT professionals. They have a diploma-level training, in contrast to physiotherapists who have a master's-level training. The term "physiotherapist" is used throughout the text, but it also includes PT technicians when discussing Quebec PT professionals.

A total of 30 physiotherapists and 10 leaders and administrators were interviewed. Information regarding clinician participants is presented in Table 2 (page 164). These participants had a proportion of injured workers in their caseloads ranging from 2% to almost 100%. Their characteristics broadly reflect the male/female ratio of physiotherapists in Canada (75% female)(23). However, the median years of practice experience was higher in the province of Quebec. For the second group of participants (PT leaders, decision-makers and administrators), 8 females and 2 males from the three provinces were recruited. Participants were employed in PT provincial associations and colleges, other PT professional groups and WCBs.

Table 2: Participant demographics for physiotherapists

Participants	British Columbia	Ontario	Québec
Physiotherapists	9	9	9
Physiotherapy technicians (Quebec only)	0	0	3
Total	9	9	12
Gender			
Male	3	3	3
Female	6	6	9
Age^a			
20-30	4	4	4
31-40	3	1	3
41-50	1	3	3
> 50	1	0	2
Practice setting			
Private	8	6	10
Public	0	2	2
Both private and public	1	1	0
Participants with adjunct administrative position (e.g., clinic owner/manager)	3	3	3
Years of practice as a PT^a			
Less than 1	1	0	0
1-10	6	6	5
11-20	0	2	2
> 20	2	0	5
Years worked with injured workers^a			
Less than 1	1	0	0
1-10	6	5	6
11-20	1	3 ^b	3
> 20	1	0	3

^a Demographic info excludes one participant from Ontario who did not complete the pre-interview questionnaire

^b Includes one participant who had worked as a kinesiologist with injured workers prior to becoming a physiotherapist.

Data collection

All participants took part in an in-depth, semi-structured interview that was conducted face-to-face, by Skype or by phone, at a time and location that was convenient for each participant. The interview guide used with PT clinicians was developed based on issues identified through two focus groups with PT professionals from Quebec. It was pilot tested in December 2013 with one participant and subsequently revised for flow and clarity. A different guide was

developed for the interviews with PT leaders and administrators. Interviews were conducted by the first author in French or English depending on the preference of the participant, and lasted between one and two hours (mean: 1.5 hour). All interviews were digitally recorded and professionally transcribed. The first author then listened to the recordings while reading and correcting each verbatim to ensure its accuracy. She subsequently wrote a synopsis of each interview. The first author also collected the WCB policy documents relative to the provision of PT care for injured workers in each of the three provinces from the respective WCB websites. They were used as a supplementary data source.

Data analysis

Data analysis was initiated concurrently with data collection, as soon as transcriptions of early interviews were available. This recursive approach allowed us to test insights and ideas from the analysis of earlier interviews in subsequent interviews. We used constant comparative methods to create links and better see patterns across the whole set of data (24, 25). The first author coded segments of data using labels that emerged through asking questions such as “what’s going on here?” and “what does this mean?” to the data. This process was undertaken using NVivo 10 software. Different strategies were then used to condense the empirical material into broader categories. The first author created conceptual maps, diagrams and comparative tables to identify common patterns across and within data sources (25). We then developed higher order analytic themes that addressed key elements of WCBs’ and clinics’ policies affecting physiotherapists’ provision of care for injured workers. During the analysis stage of the project, reflective memos written by the first author (26) and WCB policies documents related to PT care were used as secondary data sources to contextualise the analysis of interviews and to inform the creation of the interpretive description. Throughout the project, the first author paid attention to her own disciplinary background (she is a physiotherapist who has worked with injured workers) and to her preconceived ideas about the topic. She reflected on how these perspectives might affect the direction of the analysis (12). Throughout the analysis process, she sought to identify divergent as well as shared perspectives among the participants, and to pay attention to negative, contradictory or outlier perspectives (12). Provisional study results were presented and discussed in a focus group with seven

physiotherapists in March 2016. The feedback from this session was used to further refine the analysis. The data collected for this study was also analysed to investigate the ethical tensions and challenges experienced by physiotherapists as they sought to live out their professional values while caring for injured workers. These results are presented in a separate publication.

Ethics approval

The study was approved by the Research Ethics Board of the Centre for Interdisciplinary Research on Rehabilitation of Greater Montreal (CRIR-794-0113). All participants signed a consent form prior to participating in the interview.

Results

The results are divided into three sections. First, we present findings related to the influence of WCB policies on PT care for injured workers. Second, we discuss how policies developed in PT clinics modulate PT care provision. Finally, we present the weaknesses and strengths of these policies, according to the participants’ views. Selected verbatim quotations are included in the results section to illustrate aspects of our analysis.

1) Workers’ compensation policies

WCBs requirements varied between provinces. Table 3 summarizes key points discussed by the participants.

Table 3: Key elements discussed regarding WCBs’ policies

WCBs’ policies	Key elements
Clinical requirements	<ul style="list-style-type: none"> • End points for treatment • Treatment requirements
Administrative requirements	<ul style="list-style-type: none"> • Reimbursement rates • Communication

a) Clinical requirements

End points for treatment: limits to professional autonomy or means to clarify expectations and prevent overtreatment?

Participants from BC and Ontario mainly discussed how their WCBs' models of care were restrictive in terms of *duration of treatment*. Many participants mentioned that the prescribed duration of treatment was often not realistic for patients with complex issues. In that regard, a participant said:

You know, there's so much variability between different types of low back issues that I don't think it's reasonable to expect everyone ... with an acute, low back injury to improve within the eight weeks that the program is designed for. P6B

Several participants felt that they were pressured to get patients back to work prematurely. As such, a majority of participants from BC perceived the “extension block” as a necessary feature of their provincial WCB policy. A participant from Ontario reported being surprised that his WCB's policies provided physiotherapists with bonus remuneration when patients return to work before the set deadline. He believed this policy could induce professionals to pressure patients into returning to work before they are ready to do so. Participants from Quebec spoke positively about the fact that the Quebec WCB does not prescribe a set duration of treatment or a set amount of PT visits. Several participants noted, however, that this latitude could sometimes lead to physiotherapists providing more treatment sessions than necessary, potentially undermining the reputation of the profession.

Conversely, a few participants from BC and Ontario discussed the positive influence of having a set treatment duration. A participant said that this “*shift in the new model has meant that physios are thinking about treating injured workers very differently right from the first visit.*”*DIA*

Indeed, BC and Ontario participants said that the new requirements had led them to discuss the end-point of treatment with their patients much earlier than they did previously. They also stated that working with a clear return-to-work date helped them progress their treatments toward a defined goal and fostered communication about patient expectations. A participant explained:

So...and like we let them know right from the get-go when the end date is...of like treatment, that they have six weeks from this date, so it's not...it's not ambiguous. Like they know right from the get go that this ends at a certain point. P3A

A participant from Ontario said that this end-point prevented physiotherapists from over treating patients:

I think if you're treating somebody for 5 months you are not doing your job. Or they should be in a chronic pain management program, or referred somewhere else. So I think a lot of physiotherapist do a disservice to our profession by treating somebody for 10 months and not making a change. PIB

Treatment requirements: beneficial or burdensome adjuncts to clinical expertise?

Participants also discussed some specific treatment requirements set by their WCB. Participants from Ontario discussed features of the three POCs. Most of these participants viewed the clinical guidelines and evidence-based modalities included in the POCs as helpful to guide their provision of care. However, several reported that they did not always comply with them, preferring to use their own clinical experience, knowledge and judgment to plan their treatments. Regarding the prescriptive nature of these programs, one participant said:

I think that it's great to say this is the ideal and this is how we want to treat these problems but again, there is, there's so many other factors that may influence when and how the person is going to be able to return to work and the accommodations that the employer can make to get that person returned to work. So I think it puts a lot of pressure on, on the healthcare team to...to...work within this guideline um, knowing that there are so many other factors that may influence the success of the program. DIB

BC participants also discussed two new features of the block care model: the requirement to speak to their patients' employer and the requirement to complete a comprehensive functional evaluation of their patients. The first requirement was viewed differently amongst our participants. Some mentioned that it allowed for a better understanding of their patients' working environment and positioned them to make more pertinent recommendations to the WCB regarding their patients' return-to-work. Others were uncomfortable with this task,

fearing to compromise patient confidentiality and their trust relationship with patients. Most participants viewed the functional evaluation they now have to perform as relevant and useful to help their patients progress towards their return to work. Again, a few participants felt they were not adequately prepared to perform such functional evaluation. In that regard, a participant said:

I think one of the challenges with this new system is that they're asking the physiotherapist to venture into things that not necessarily every physiotherapist has experience with and then I'm particularly referring to two things. One would be doing some specific functional and fitness testing with somebody...particularly the functional testing, and then being able to relate that and make the connection with what peoples' job demands are. P9A

Nevertheless, most participants saw these new clinical requirements as demonstrating the WCB's trust in their clinical competencies.

b) Administrative requirements

PT reimbursement rates: a source of economic loss, professional disengagement and/or discriminatory practice?

Low rates of PT reimbursement by WCBs was a concern discussed by almost all participants. As insurers, provincial WCBs determine the fees paid to PT professionals for treating injured workers. In all three provinces, WCBs have set remuneration fees and clinics are prohibited from charging a co-payment fee to injured workers. WCB fees mostly affected two types of participants: self-employed physiotherapists (including contractors working in PT clinics) and clinic owners/managers. Self-employed participants explained that they usually receive a percentage of the fee paid to their clinics. Since WCB fees for treating injured workers are lower than what they receive when treating other clientele (regardless if it's fee-for-service or a block care model), these participants receive less money when treating injured workers:

[...] my private patients pay \$70 a visit for half an hour, of which I get 60 percent. WCB pays, if you, apparently, with this new system if you average out... the paperwork, if you average out the visit cost it would be \$60 a visit of which I get 50 percent. So it's quite a fair big difference for me. P5A

Many clinic owners and/or managers also said that the fees set by WCB for PT services negatively affected their clinic's revenue. WCB fees were most likely to be perceived as "too low" by the Quebec participants, although participants from all provinces discussed this issue. Participants also discussed ways in which the imposition of low fees can influence the care provided to patients. Indeed, some participants said they preferred not to treat or to treat only a small number of injured workers because of the loss in salary associated with treating this clientele. The low fees paid by WCB also seemed to contribute to the stigmatization of injured workers since some participants identified them as patients who do not pay well. The dissatisfaction regarding WCB fees by clinic owners and managers in BC, Ontario and Quebec have led to enforcement of certain policies by PT clinics, which will be described in greater detail later in this article.

Communication mechanisms: obstacles or missed opportunity for promoting efficient care and sharing comprehensive information?

Administrative requirements regarding communication between physiotherapists and WCBs were a major topic of discussion for the participants. In all three provinces, WCBs require physiotherapists to complete standardized administrative reports that are sent to the WCB on a predetermined basis. These reports are used to assess the patient's clinical progression during the rehabilitation process. WCBs also require physiotherapists to communicate with them by phone to inform them of any significant change in their patient's status. The frequency and format of these communications varied greatly between provinces, but despite these differences, a majority of participants explained that current ways of communication do not facilitate the provision of care for injured workers. For example, several participants from Quebec said they believed their clinical reports (completed every 3 weeks) were not read by the WCB case managers.

That's why I often think than when one thinks that our work is not read or recognized or taken into account, I think this is why the WCB files or progress reports are poorly completed. OK? While probably a better communication between the case manager and the physio, in terms of progress report, would improve this link. PIC

Some suggested that this is the result of first line case managers being too busy to read all the reports they receive. More than half of participants also talked about the difficulty to reach WCB case managers (playing “telephone tag”), although prompt communication is a WCB requirement. Several participants said they wished they could communicate with the WCB in a timely fashion and in more flexible ways (e.g., emails, secure Internet portal, possibility of planned phone meeting).

The lack of clarity about what to communicate to the third party payer was also perceived as an important issue with regards to communication policies. Some participants mentioned that they were uncertain what the WCB actually needed to know to adequately manage their cases and that the current forms are not effective for sharing information.

So do they want us to report what they are having trouble with in terms of ADLs [activities of daily living], or do they want an actual “here are limitations that we want to see imposed at work?” Like those are... I think those are both very valid interpretations of what that box is asking for, um, but we don’t know what WCB is looking for. P4B

Hence, participants mentioned the need for greater clarity in their interactions with WCB to better respond to communication requirements.

In summary, participants discussed at length the clinical and administrative requirements from WCBs’ policies and explained how these can affect the provision of care for injured workers.

2) PT clinics’ policies

In almost all the interviews, participants discussed the influence of their own clinical setting’s policies on the care they provide. They highlighted policies regarding treatment parameters and choice of professional, physiotherapists’ remuneration schemes and support for clerical tasks (Table 4). Their influence was experienced as more constraining in private PT clinics compared to those in the public sector. A participant explained:

I would say the employers do have a role to play because I’m in a private clinic. It’s you know, they want to make money and they’ll get a lot more money from a private patient than they will from a WCB patient. So, I can see their motivation to change the way that

their um, they're scheduled and the way that they're um ... the way they handle these sorts of patients. P9B

Table 4: Key elements discussed regarding PT clinics' policies

	Key elements
PT clinics' policies regarding	<ul style="list-style-type: none"> • Treatment session parameters and choice of professional • Physiotherapists' remuneration schemes • Support for clerical tasks

Treatment session parameters and choice of professional: disregard for professional autonomy or profitable use of healthcare personnel?

Some clinics' policies were described as having a negative influence on physiotherapists' work and patient care, including policies regarding treatment session length and frequency. In Ontario and BC, some participants reported that their employer (the clinic owner) set a maximum number of treatment sessions for the whole block-care or POC model because of financial considerations:

So there are definitely clinics that are working to the monetary outcome, hum before the, the worker outcome. So they're seeing the worker less often than is ideal because they don't want to lose money or they don't want to minimize how much they're getting paid; so some clinics, most of the big box clinics [...] are quite open with saying "no, we're only seeing workers twice a week". DIA

Hence, these participants explained they had no real choice about the number of sessions for these patients. A similar situation was discussed with regard to the length of each session. In order to preserve clinic profitability, participants from the three provinces said they had witnessed or worked in clinics where injured workers' sessions were shorter (e.g., 20 minutes instead of 30 minutes) than those provided to other patients.

Um, I also know of some who they'll see WSIB but they will limit their treatment... uh, times... a little bit, like more than we would, so that they can, we'll figure out, you know, if this is all WSIB fee for the session, then they would only get half or a quarter of the time say that a private patient would, just because of that difference in funding. P6B

Other participants explained that after conducting the initial evaluation of a patient, their clinic required them to transfer injured workers to a PT assistant, PT technician or to a group therapy class led by a kinesiologist so that it would be more profitable for their clinic. This was not the case for patients whose treatment was not covered by the WCB. A participant from Quebec explained:

...it's easier to suggest a PT technician to people who don't have the money to pay for the service, it's easier, it's easily more possible to have it accepted as a modality, than a patient who comes to a private facility who says: "good, as for me, I pay and I want to do business with Mr or Ms so and so because I have a good connection and all that". P1A

In Ontario and BC, several participants explained that they would have preferred to carry out all aspects of their patients' PT care without involving a kinesiologist or assistant.

[...] if you ask me, I prefer to just... cause not that I don't trust the assistants with exercises but I feel like I'd rather be the one who is doing it to so I know how patients respond to it and how I can progress them, basically. P3B

In sum, although these clinic policies were sometimes described as "logical" or "fair" by participants, most said they were uncomfortable with the way their clinics systematically discriminated against injured workers: *Well ... well, it very much confronts my values that my employer sees [injured workers] as a source of money and not as people who suffer. P2C*

Physiotherapists' remuneration schemes: financial insecurity or ways to fill in physiotherapists' schedules?

Clinic policies regarding physiotherapists' remuneration also influence patient care. In BC, one participant said her clinic only pays her on receivables and not on what is actually billed to the clinic. With the new block-care model, she said she only gets paid around six weeks after the end of the treatment block, which creates financial insecurity. In Quebec, some participants said that paying physiotherapists "by the visit" was a clear incentive for professionals who do not have a stable caseload of patients to see injured workers more frequently, even when it is not clinically justified. This concern was often discussed in relation

to younger physiotherapists without an established clientele and who are usually the ones who treat injured workers:

[...] me, I am not at the stage where I am going to keep a patient just for the extra pennies it will bring me. Because I know that when he will be discharged, there will be a new one that will come in, you know [...] I don't have this worry like the new ones who just started to work, but I understand them completely, you know, they have study debts, they have more debts to, to, to start out in life, as they say. P12C

Participants working in public clinical settings and those who are paid an annual salary did not express these concerns.

Support for clerical tasks: reduced burden and focus on clinical care

Conversely, some clinics' policies have been identified as making a positive contribution to physiotherapists' work and ease the care for injured workers. Participants from all provinces discussed the positive impact of the support provided by the clinic administrative personnel when dealing with injured workers' paperwork. Participants also expressed their satisfaction with regards to their employers when they provided paid time during the week to complete the necessary paperwork and to make phone calls. Most participants who said they were not provided with time for these tasks in their schedule chose to complete them during patient treatment time:

If my day is fully booked I have no spare time to do that but all these extra additional non-billable caseload management work has to be done before work, after work or in breaks, in my lunch. Right? So that makes a long work day so I wish my clinic paid me for that [0:41:15] But this is my clinic's problem, this is not WSIB. P3B

On the whole, when discussing their clinics' policies, participants mentioned the importance of having leeway to complete their professional work with injured workers and for their employer to trust their clinical judgment. Participants who seemed dissatisfied with having to treat injured workers often worked in clinical settings that imposed more rules and tacit policies that resulted in treating injured workers differently than other patients.

3) Policy strengths, weaknesses and recommendations for improvement

WCB and clinic policies affect the provision of PT care for injured workers. The results presented in the last two sections describe both the strengths and weaknesses of these organisations' current policies, as perceived by our study participants, as well as potential improvements to these systems.

Some participants in our study identified policies they viewed as having a positive influence on the care they provided to injured workers. Participants from BC explained that the new PT model encourages physiotherapists to perform a thorough functional evaluation of their patients to better match patients' functional abilities with their work requirements. Other participants from BC and Ontario mentioned that the requirement to speak with their patients' employers facilitates the planning of the return to work for their patients. The different policies supporting physiotherapists in executing their clerical tasks were also perceived as a strength by a great number of participants. However, although participants identified these elements as positive features of the systems they work in, the majority of them discussed weaknesses and areas for improvement. These key weaknesses of WCB and clinic policies are summarized in Table 5 (p.176), along with recommendations proposed by participants.

Table 5: Summary of policy weaknesses and recommendations for improvement

Area of policy weakness	Recommendations for improvement (who is responsible for this improvement)
Administrative requirements and clerical tasks for physiotherapists	<ul style="list-style-type: none"> • Decrease the administrative load (WCBs) • Provide paid time to complete additional tasks associated with injured workers' care (PT clinics) • Incorporate short periods of time for administrative tasks during business hours (PT clinics) • Diversify physiotherapists' caseloads so that they treat a mix of patients with varying degrees of administrative requirements (PT clinics) • Enable and plan for administrative staff to assist physiotherapists in these administrative tasks (PT clinics)
Ways of communication between WCBs and physiotherapists	<ul style="list-style-type: none"> • Extend availabilities for talking to case managers (e.g., before 8:30 am and/or after 4:30 pm)(WCBs) • Promote the use of efficient and modern ways for communicating (e.g., emails, easy-access Internet portals) (WCBs and PT clinics) • Develop new tools for documentation to facilitate the sharing of information. New forms should integrate knowledge from key stakeholders (e.g. WCB policy-makers, case managers and physiotherapists) (WCBs and PT clinics)
Cost-saving policies and reimbursement rates for PT	<ul style="list-style-type: none"> • Work towards remuneration rates that are closer to current rates for other PT services (WCBs) • Refrain from discriminatory practices based on financial rationales (PT clinics) • Ensure that financial rationales do not outweigh the importance of good care (PT clinics) • Adopt policies that promote equity across all categories of patients (PT clinics) • Remunerate physiotherapists at a set rate that does not fluctuate depending on the clientele treated, or provide a yearly salary (PT clinics)

Discussion

PT care for injured workers in BC, Ontario and Quebec is influenced by policies stemming from two sources: provincial WCBs and individual PT clinics. Patient-provider relationships and physiotherapist's clinical decisions are strongly modulated by policies established at these two organisational levels. The physiotherapists, leaders and administrators whom we interviewed identified these policies as having both positive and negative impacts on the provision of care for injured workers.

Experts in the work disability field have encouraged a greater focus on the systemic features that lead to current problems in the rehabilitation of injured workers, rather than focusing on the actions of individual clinicians (27). By exploring the influence of WCB and clinic policies on physiotherapists' experiences, this study allowed for a better understanding of the current systemic challenges that exist in the provision of care for injured workers. We found that clinical decisions and PT behaviours are strongly influenced by the policies enforced by WCBs and PT clinics. Views from participants also illuminated how problems with quality of care for patients are not exclusively related to clinical expertise, rather they often result from organisational structures (28). Hence, initiatives to improve injured workers' care should focus on improving policies and organisational factors (28). Indeed, WCBs and PT clinics have fiduciary obligations to implement policies that support fairness and claimant dignity, and that avoid stigmatization and prevent discrimination toward injured workers (17). Even though Workers' Compensation Acts do not explicitly articulate these requirements, Canadian WCBs were created following a historic compromise where injured workers surrender their right to sue their employer for their injury in exchange for a compensation system (19). As such, and in line with the commitments WCBs publicly make to provide high quality services (29) and fair benefits (30, 31) to injured workers, they should fulfill these obligations. PT clinics offering care to injured workers also have obligations to make sure that the values of quality of care and equity that lie at the core of PT profession's identity should not be outweighed by financial considerations such as optimizing profits (32, 33).

The third piece of the results section shows strengths and weaknesses of the current policies, as perceived by the participants. Other improvements with regards to WCBs and PT clinics'

policies can also be envisioned. Following the concept of clinical governance (34), it seems important that stakeholders involved in the process of care for injured workers, including physiotherapists, administrators or managers, insurers and politicians aim toward integrating services to offer good quality care for these patients. This could be done by developing policies in a collaborative and more transparent way. Policies at the WCB level are currently developed in political contexts, by politicised actors. According to some participants, this process does not always involve stakeholders who have good knowledge of clinical realities. Policies that are detached from the clinical context have the potential to be regarded as less relevant and overly restrictive by health professionals (34). Insuring that a variety of stakeholders with knowledge of the work disability field, including patient representatives, physiotherapists and work disability researchers, are able to inform the development or refinement of WCB policies regarding PT care might help address current challenges reported by the participants.

Employing a physiotherapist with extensive clinical knowledge in the work disability field ‘in-house’ at the WCB might also be helpful to evaluate applicability and coordinate the implementation of improved PT policies on the provision of care in clinics, as well as creating links and increasing collaboration with PT provincial associations. Long-term collaborations between PT associations and WCBs could also be initiated so that specific challenges could be better understood by both parties and concrete solutions, adapted to the policy context of each province, be developed and implemented.

Although only briefly discussed by one participant, another problem regarding current WCB policies relates to the inability for physiotherapists and PT clinics to receive feedback on the quality and the effectiveness of the care they provide. Health professionals and health organisations need to receive feedback on their performance so they can evaluate their practices (28) and motivate them to improve. BC WCB has recently implemented a policy to privately provide personalized feedback to each PT service provider by means of an individual online report card. To our knowledge, Ontario and Quebec WCBs have no specific feedback or performance evaluation systems.

Finally, as showed in the results, several participants in our study expressed being conflicted between what they are told to do and what they believe they should do, and most of them were uncomfortable when they witnessed practices which they viewed as discriminatory. However, few participants seemed to be aware that “*the rules of the system drive the behaviour*” (8) and did not explicitly link the practices they observed with underlying policies. Physiotherapists working with injured workers should have the opportunity to learn about the influence that formal or informal policies can have on their practice, including harmful effects. This awareness could help them advocate for changes to rules and policies at different levels. They could thus move from a circumscribed focus on patient treatment to become more attentive to the policy processes that shapes their behaviours (35).

WCB policies from BC and Ontario also encourage physiotherapists to speak with their patients’ employers to help plan the return to work. These policies thus push physiotherapists to account for realities of the workplace, a factor that has been shown to play a determining role in the return to work process after an injury (36) but has yet to be widely implemented in PT care (37). Programs of care put in place by the Ontario WCB propose evidence-based guidelines to direct physiotherapists’ practice for different types of injuries. Although these guidelines (as for any practice guideline) should not be used without clinical judgement and are mostly generic, they nonetheless provide up-to-date guidance on modalities that have been proven to be effective (as well as those that are ineffective) for certain types of injuries. In addition, the Ontario WCB requires physiotherapists to use functional outcome measures adapted to each POC to evaluate the improvement of injured workers. These outcome measures possess good psychometric properties and their prescribed use insures objective measurement of the patient’s progression. Indeed, it has been shown that insurance providers can promote the use of best practices (38).

Study limitations and strengths

Over the course of the interviews, we observed that several participants were hesitant or refrained from discussing certain topics, despite being reassured regarding the steps that the research team would take to preserve their anonymity. PT care for compensated workers appears to be a sensitive and even politicised topic, especially for participants who held

management or leadership positions. Consequently, it is possible that some important information might not have been shared during the collection of data, which might limit the reach of our investigation of this phenomenon. Further, the web of systemic features involved in the provision of care for injured workers is complex and our study may have only revealed certain aspects that affected the participants. Nevertheless, our results provide interesting insights on how current policies affect injured workers' PT treatments - an issue that has not been previously investigated. Also, considering that policies enforced by PT clinics with regards to injured workers are often tacit and informal, these policies and their effects on patient care might not have been clearly identified with a different research design. Finally, although we provided contextual details about the larger socio-political context surrounding the provision of PT care in the three provinces, it was impossible to fully address the specificities of each of the province's occupational health and safety laws since they differ considerably.

Future research

This study corroborates the importance of recognizing that patient care is largely influenced by the organizational dynamics of healthcare institutions and compensation structures rather than upon individual professionalism (39). New studies could thus aim to explore and understand the influence of inter-organisational interactions on the provision of PT care for injured workers, following the concept of clinical governance (34). Future studies could also use the frameworks of business and organizational ethics to investigate how administrators from WCBs and PT clinics could foster a stronger ethics culture in their organizations and insure that specific policies and procedures allow their values to be proactively incorporated on a day-to-day basis (39). Other studies could also aim at quantifying the impact of certain macro and meso-level policies on outcomes of care for patients and professional satisfaction. Follow-up projects could then target and modify problematic policies in order to improve care for injured workers.

Conclusion

This study demonstrates that clinical decisions and PT behaviours in the provision of care for injured workers in Canada are strongly influenced by policies of WCBs and PT clinics. At the

WCB level, clinical and administrative requirements regarding treatments interventions, end points for treatment, reimbursement rates and ways of communicating create some challenges for physiotherapists. Provincial WCBs should acknowledge the influence their policies can have on the provision of PT care and should also ensure that their policies foster dignity, fairness and justice for all the workers. PT clinics are for-profit entities. Nonetheless, they provide important health services and need to ensure that quality care is provided to all their clients. Clinic owners and managers should implement policies that promote equity, and critically appraise if their policies could lead to a lower standard of care for injured workers. Finally, PT leaders in the occupational health field in each province should advocate for policies that will reduce challenges encountered by physiotherapists while treating injured workers.

References

1. Health Canada. Canada Health Act Annual Report (2015-2016) February 2017.
2. Ramanujam R, Rousseau DM. The challenges are organizational not just clinical. *Journal of Organizational Behavior*. 2006;27(7):811-27.
3. Uili RM, Wood R. The effect of third-party payers on the clinical decision making of physical therapists. *Social Science & Medicine*. 1995;40(7):873-9.
4. Collins TL. The therapy threshold within the medicare prospective payment system: associated ethical dilemmas and influence of therapy practice patterns and quality of patient care. *Home Healthcare Nurse*. 2006;24(9):581.
5. MacEachen E, Kosny A, Ferrier S, Chambers L. The “toxic dose” of system problems: why some injured workers don’t return to work as expected. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2010;20(3):349-66.
6. Wickizer TM, Franklin G, Plaeger-Brockway R, Mootz RD. Improving the quality of workers' compensation health care delivery: the Washington State Occupational Health Services Project. *Milbank Quarterly*. 2001;79(1):5-33.
7. Wasiak R, McNeely E. Utilization and costs of chiropractic care for work-related low back injuries: Do payment policies make a difference? *The Spine Journal*. 2006;6(2):146-53.
8. Lippel K, Eakin JM, Holness DL, Howse D. The structure and process of workers' compensation systems and the role of doctors: A comparison of Ontario and Québec. *American Journal of Industrial Medicine*. 2016.
9. Orozco T, Feldman DE, Mazer B, Chilingaryan G, Hunt M, Williams-Jones B, et al. Low Back Pain: Current Patterns of Canadian Physiotherapy Service Delivery. *Physiotherapy Canada*. 2016:1-8.
10. Hudon A, Laliberté M, Hunt M, Feldman D. Quality of physiotherapy services for injured workers compensated by workers' compensation in Quebec: A focus group study of physiotherapy professionals. *Healthcare policy= Politiques de santé*. 2015;10(3):32-47.
11. Matthews LR, Hanley F, Lewis V, Howe C. Rehabilitation of compensable workplace injuries: effective payment models for quality vocational rehabilitation outcomes in a changing social landscape. *Disability and Rehabilitation*. 2015;37(6):548-52.

12. Thorne S. *Interpretive Description: Qualitative research for applied practice*. Walnut Creek, California: Left Coast Press; 2016.
13. Guba EG, Lincoln YS. *Naturalistic inquiry*: Sage Publications, Incorporated; 1985.
14. Thorne S, Kirkham SR, O'Flynn-Magee K. The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Methods*. 2004;3(1):1-11.
15. Crammond B, Carey G. What is policy and where do we look for it when we want to research it? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2016;jech-2016-207945.
16. Anderson C. Canadian Physiotherapy Association private practice division. 2016. Available from: <http://cpaprivatepractice.ca/policy-procedure-manual/>.
17. Lippel K. Preserving workers' dignity in workers' compensation systems: An international perspective. *American Journal of Industrial Medicine*. 2012;55(6):519-36.
18. Lippel K. Workers describe the effect of the workers' compensation process on their health: a Quebec study. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2007;30(4-5):427-43.
19. Association des commissions des accidents du travail du Canada. Indemnisation des accidents du travail 101 2014 [Available from: http://awcbc.org/fr/?page_id=368].
20. WorkSafe BC. Physiotherapists 2017 [Available from: <https://www.worksafebc.com/en/health-care-providers/provider-types/physiotherapists>].
21. Workplace Safety and Insurance Board. Programs of care 1998-2017 [Available from: <https://lc.cx/wRoY>].
22. Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail. Politique 5.05: Les soins, les traitements, les aides techniques et les frais déterminés par la CSST. 2009. p.4.
23. Canadian Institute for Health Information. Physiotherapists 2015 [updated February 27, 2017. Available from: <http://www.cihi.ca>].
24. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*: Aldine de Gruyter; 1967.
25. Charmaz K. *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative research*. Sage Publications Ltd, London. 2006.
26. Birks M, Chapman Y, Francis K. Memoing in qualitative research. Probing data and processes. *Journal of Research in Nursing*. 2008;13(1):68-75.

27. MacEachen E. Understanding work disability systems and intervening upstream. *Handbook of work disability*. New York: Springer; 2013. p. 217-28.
28. Pomey M, Denis J, Contandriopoulos A. Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé. *Pratiques et organisation des soins*. 2008;39(3):183-94.
29. WorkSafe BC. Our mandate, vision, mission, goals & values 2017 [Available from: <https://www.worksafebc.com/en/about-us/who-we-are/mission-vision-values>].
30. Workplace Safety and Insurance Board. Service Delivery Model 1998-2017 [Available from: <https://lc.cx/wR4m>].
31. Commission des normes de l'équité, de la santé et sécurité du travail. Déclaration de services 2016 [Available from: <http://www.cnesst.gouv.qc.ca/a-propos-de-la-CNESST/Pages/declaration-de-services.aspx>].
32. Romanello M, Knight-Abowitz K. The "ethic of care" in physical therapy practice and education: challenges and opportunities. *Journal of Physical Therapy Education*. 2000;14(3):20-5.
33. World Confederation for Physical Therapy. WCPT ethical principles 2017 [Available from: <http://www.wcpt.org/ethical-principles>].
34. Contandriopoulos A-P. La gouvernance dans le domaine de la santé: une régulation orientée par la performance. *Santé publique*. 2008;20(2):191-9.
35. Jones RJ, Santaguida P. Evidence-based practice and health policy development: the link between knowledge and action. *Physiotherapy*. 2005;91(1):14-21.
36. Costa-Black KM. Core Components of Return-to-Work Interventions. In: Loisel P, Anema JR, editors. *Handbook of work disability*. New York: Springer; 2013.
37. Shaw WS, Main CJ, Johnston V. Addressing occupational factors in the management of low back pain: implications for physical therapist practice. *Physical Therapy*. 2011;91(5):777-89.
38. Fritz JM, Cleland JA, Brennan GP. Does adherence to the guideline recommendation for active treatments improve the quality of care for patients with acute low back pain delivered by physical therapists? *Medical Care*. 2007;45(10):973-80.

39. Silverman HJ. Organizational ethics in healthcare organizations: Proactively managing the ethical climate to ensure organizational integrity. HEC Forum. 2000 ;12(3):202-215.

Chapitre 8 : Discussion

Ce dernier chapitre de la thèse se veut un endroit où nous pouvons prendre du recul sur ce qui a été accompli et discuter du cœur du projet afin d'y mettre en perspective les éléments clés qui s'en dégagent. Ces derniers ont été choisis avec soins pour tenter de ne pas trop répéter ce qui a précédemment été décrit dans les articles de résultats joints à cette thèse. Cette section invite donc à faire le point sur les nouvelles connaissances ayant émergé de ce travail doctoral et servira j'espère, de tremplin pour poursuivre l'exploration de la recherche en éthique et en réadaptation au travail, dans le domaine de la physiothérapie.

Rappelons que les travaux réalisés dans cette thèse visaient d'abord à explorer empiriquement et de façon approfondie les tensions éthiques vécues par les professionnels de la physiothérapie lorsqu'ils offrent des soins aux travailleurs indemnisés par une commission d'indemnisation du travail. En deuxième lieu, cette thèse cherchait à mieux comprendre comment les politiques et les éléments organisationnels et systémiques relatifs au contexte de soins des travailleurs blessés influencent les tensions éthiques rencontrées par les physiothérapeutes ainsi que les soins offerts aux patients.

Dans la première section du chapitre, je présente donc un bref retour sur les résultats clés obtenus lors de mes travaux. Dans ce résumé, je fais également le pont et la comparaison entre les résultats obtenus et divers écrits scientifiques publiés sur le sujet. Dans la deuxième section, je mets en lumière les forces et les éléments novateurs du projet de recherche. Je discute ensuite des limites conceptuelles et méthodologiques du projet. Puis, je présente les retombées de la thèse liées à la pratique, en décrivant les diverses initiatives concrètes entreprises à la suite des travaux. Enfin, je termine le chapitre en discutant des pistes de solutions pour la pratique clinique et des pistes de recommandations pour la recherche. Des liens entre les résultats et les notions conceptuelles décrites au chapitre 3 sont également présentés à travers l'ensemble du chapitre. Somme toute, je souhaite que cette discussion fournisse des idées qui permettront de mieux soutenir le travail quotidien réalisé par les physiothérapeutes et d'améliorer les soins offerts aux travailleurs indemnisés.

8.1 Résumé et mise en perspective des principaux résultats de recherche

8.1.1 Travaux découlant de la synthèse des écrits portant sur les enjeux éthiques en pratique privée

Les résultats du premier article de cette thèse (chapitre 2, article 1) ont permis de statuer que très peu d'études empiriques ont exploré la question des enjeux éthiques rencontrés dans le cadre de la physiothérapie en pratique privée, là où sont traités la plupart des travailleurs indemnisés. En effet, seulement sept articles scientifiques révisés par les pairs ont été répertoriés, dont un seul était d'origine canadienne. L'ensemble des enjeux éthiques identifiés lors de l'analyse des écrits ont été regroupés en trois grandes catégories soit : 1) les enjeux liés aux aspects économiques et d'affaires, 2) les enjeux associés à la conduite professionnelle du physiothérapeute et 3) les enjeux se rattachant aux droits et au bien-être des patients. Le fait que la plus grande proportion d'enjeux éthiques identifiés soit liée aux aspects économiques de la pratique illustre bien l'influence du milieu de soins sur la survenue d'enjeux dans le travail des physiothérapeutes lequel, dans le contexte de la pratique privée, repose sur un modèle d'affaires à visée lucrative. Il est surprenant de constater que peu d'articles scientifiques dans le domaine de la physiothérapie se sont intéressés aux problématiques liées aux aspects lucratifs de la pratique (Hudon, 2014; Mitchell et Scott, 1992; Praestegaard et al., 2015). La physiothérapie au Canada s'étant d'abord développée comme une profession paramédicale, sous l'égide du système public de santé, il est possible que les écrits scientifiques en la matière soient encore peu développés. Par ailleurs, le nombre de physiothérapeutes qui travaillent dans le secteur privé ayant désormais dépassé la majorité au pays (Canadian Institute for Health Information, 2015), il semble important que les chercheurs de la discipline s'y attardent davantage. Il est également intéressant de noter que les enjeux éthiques répertoriés lors de notre recension des écrits et qui touchent le thème des aspects économiques de la pratique sont assez similaires aux enjeux éthiques identifiés dans certains écrits en dentisterie et en médecine (Dharamsi, Pratt et MacEntee, 2007; Masella, 2007; Relman, 2007; Sulmasy, Bloche, Mitchell et Hadley, 2000).

Quant aux enjeux éthiques touchant plus spécifiquement l'implication des tiers payeurs dans les soins, trois ont été répertoriés au total dans cette étude et ceux-ci ont tous été associés à la

catégorie d'enjeux touchant les aspects économiques et d'affaires. D'abord, les enjeux éthiques soulevés par les conflits d'intérêts dans la pratique des physiothérapeutes furent les plus nombreux à être identifiés. Parmi ceux-ci, certains touchaient plus particulièrement aux conflits qui peuvent survenir chez les physiothérapeutes entre le souci de répondre entièrement aux intérêts et aux besoins de leurs patients et celui de préserver ou de prioriser leurs propres intérêts financiers (ou ceux de la clinique privée), notamment en présence d'un tiers payeurs. Des conflits d'intérêts semblables, liés à la pratique en entreprise privée, ont été décrits dans le domaine de la médecine (Mitchell, 2008; Murray, 1986; Rodwin, 1995), mais ils tardent toujours à faire l'objet d'études plus approfondies en physiothérapie (Hudon, 2014). Notre étude a également identifié des enjeux éthiques liés au double mandat ou à la double allégeance des physiothérapeutes qui d'une part, tiennent à répondre le mieux possible aux besoins des patients, mais de l'autre, doivent rencontrer les diverses exigences émises par les tiers payeurs impliqués dans les soins (ex. : respecter le nombre de traitements maximal prédéterminé, répondre aux exigences administratives). Dans les écrits scientifiques, ces enjeux liés à la double allégeance des professionnels ont davantage été présentés dans le cadre du travail des infirmières et des médecins en santé du travail engagés par les entreprises afin de faire la gestion des blessures à l'interne (à titre d'exemple, on dit en anglais : *occupational nurses or occupational physicians*) (London, 2005; Martimo et al., 1998; Russell et al., 2005; Tamin, 2013; Walsh, 1986) ainsi que pour ceux travaillant pour des équipes de sport (Riendeau et al., 2015) ou dans l'armée (London, Rubenstein, Baldwin-Ragaven et Van Es, 2006). Ainsi, il est intéressant de constater que le concept de « double allégeance » pourrait s'appliquer de façon similaire aux physiothérapeutes qui travaillent en pratique privée, auprès de travailleurs blessés. Le troisième enjeu éthique recensé portait quant à lui sur le manque de connaissances des physiothérapeutes à propos du fonctionnement des tiers payeurs. Ce manque de connaissances a déjà été identifié par certains auteurs ayant sondé les médecins et les chiropraticiens impliqués dans les soins pour les travailleurs blessés (Cote et al., 2001; Kosny et al., 2016a) et cette recension des écrits a permis d'associer cet enjeu au groupe des physiothérapeutes. Enfin, les recommandations recensées dans ce premier article et visant à diminuer la survenue des enjeux éthiques dans le travail des physiothérapeutes ont été regroupées selon qu'elles impliquaient des stratégies éducatives, cliniques ou normatives.

Tout compte fait, les résultats de cette recension des écrits démontrent que les milieux de soins (milieu privé) et les contextes de pratique (pratique impliquant des tiers payeurs) contribuent à déterminer le type d'enjeux éthiques vécus par les physiothérapeutes. Le très petit nombre de publications académiques recensées sur le sujet supporte également la pertinence de s'intéresser plus en profondeur aux enjeux éthiques que soulève la pratique professionnelle, et ce, de manière à mieux comprendre l'influence des problématiques éthiques spécifiques sur le travail quotidien des physiothérapeutes.

8.1.2 Travaux découlant de la partie empirique du projet

Les conclusions tirées de la partie empirique du projet sont décrites ici en trois principaux volets : 1) les résultats discutant des préoccupations des participants aux groupes de discussion quant à la qualité des soins offerts aux travailleurs blessés (chapitres 5, article 2), 2) les résultats décrivant les tensions éthiques rencontrées dans le travail des physiothérapeutes soignant ces patients (chapitre 6, article 3) et 3) les résultats décrivant l'influence des politiques de soins en vigueur sur le travail des physiothérapeutes (chapitre 7, article 4).

La qualité des soins : une préoccupation clé des participants aux groupes de discussion

Les résultats des groupes de discussions (chapitre 5) ont permis de mieux cerner plusieurs des préoccupations courantes des physiothérapeutes en regard de la qualité des soins offerts aux travailleurs blessés indemnisés. Ces travaux s'ajoutent donc aux études qui ont déjà cherché à explorer la qualité des soins de santé offerts à cette clientèle (Kilgour et al., 2015; Kilgour et al., 2014; Rudolph, Dervin, Cheadle, Maizlish et Wickizer, 2002; Sears, Wickizer, Franklin, Cheadle et Berkowitz, 2007). Toutefois, considérant la place d'avant-plan qu'occupent les physiothérapeutes dans les soins de ces patients, et ce, au Canada et à travers le monde, il est surprenant que la qualité des soins de physiothérapie n'ait pas fait l'objet d'une plus grande exploration scientifique dans le passé.

Dans cette thèse, les participants québécois ont rapporté rencontrer des problématiques qui touchent notamment l'organisation, la complexité ainsi que la présence d'inégalités dans les soins associés à la prise en charge des travailleurs indemnisés. Au quotidien, ces problématiques prennent la forme de difficultés de communication avec la CNESST, d'un

manque de temps pour compléter les rapports administratifs ainsi que d'un manque de contrôle sur la progression des traitements de leurs patients, dû à des délais et des décisions qui ne relèvent pas directement d'eux. Ces problématiques ne sont pas uniques aux physiothérapeutes (Schonstein, Kenny et Maher, 2002), puisque des enjeux similaires liés à l'organisation et aux aspects administratifs des soins pour les professionnels de la santé pratiquant auprès des travailleurs blessés indemnisés ont déjà été identifiés par des chercheurs dans le domaine de la gestion de l'incapacité au travail (Kosny et al., 2011; MacEachen et al., 2010). Les participants à ce projet ont également discuté des attentes élevées des patients concernant leur rétablissement, de la difficulté à aider ceux qui présentent des problématiques psychosociales concomitantes, de même que de l'ambiguïté omniprésente concernant la portée de leur rôle dans les décisions relatives aux soins. Il est intéressant de noter que les questionnements chez les physiothérapeutes quant à la portée de leur rôle et de leurs compétences dans la gestion des problématiques psychosociales est un sujet d'actualité pour la profession (Foster et Delitto, 2011; Hall et al., 2016; Ross et Haidet, 2011; Sanders, Foster, Bishop et Ong, 2013; Singla, Jones, Edwards et Kumar, 2015; Sullivan et Adams, 2010). Les préoccupations répertoriées dans ce projet de recherche contribuent ainsi à enrichir la discussion actuellement en cours sur le sujet. Dans le domaine spécifique de la réadaptation au travail, plusieurs écrits récents recommandent d'ailleurs d'identifier et d'agir face aux éléments psychosociaux liés à l'incapacité afin d'améliorer le potentiel de réadaptation et de retour au travail (Beales, Mitchell, Pole et Weir, 2016; Soklaridis et al., 2010; Sullivan, Feuerstein, Gatchel, Linton et Pransky, 2005). Enfin, les participants aux deux groupes de discussion ont fourni de nombreux exemples d'inégalités perçues dans leur travail touchant plus spécifiquement la réduction de la durée des traitements et l'inaccessibilité de certaines plages horaires pour les travailleurs blessés ainsi que la réalisation de traitements par des thérapeutes en réadaptation physique plutôt que par des physiothérapeutes. Ces éléments font écho aux notions de justice et d'équité dans l'offre de soins (Braveman et Gruskin, 2003). Ces derniers rejoignent également certaines préoccupations des travailleurs blessés préalablement identifiées dans les écrits scientifiques (Beardwood, Kirsh et Clark, 2005; Kilgour et al., 2014; Lippel, 2007; Sager et James, 2005), notamment le manque d'appui et d'aide de la part des professionnels de la santé pour répondre à leurs questions et à leurs besoins, le manque de temps lors des thérapies pour décrire leurs problématiques au travail, le sentiment d'être

discriminés dans leurs interactions avec les professionnels de la santé, les difficultés liées à l'accès aux soins et les nombreux délais associés à leur prise en charge et à leur parcours médical. Ces inégalités liées aux soins de physiothérapie ne répondent pas adéquatement au contrat social de la profession, tel qu'il est discuté au chapitre 3 (Edwards et al., 2011). Les participants aux groupes de discussion ont mis de l'avant cette inadéquation entre les responsabilités sociales des physiothérapeutes et les valeurs de la profession, avec la pratique dont ils sont témoins et à laquelle ils participent, jour après jour. Selon les théories égalitaristes de Daniels et de Nussbaum, tous les patients devraient recevoir les soins appropriés en fonction de leur condition et de leurs besoins, afin de leur permettre de réaliser leurs pleines capacités (Daniels, 2001; Nussbaum, 2007). Ces résultats démontrent que ce n'est pas le cas à l'heure actuelle au Québec, pour les travailleurs blessés.

En somme, les résultats issus des groupes de discussion ont contribué à situer et à ancrer la problématique étudiée dans la réalité de la pratique quotidienne des professionnels consultés, en plus d'informer la rédaction du guide d'entrevue utilisé lors des entrevues individuelles subséquentes.

Tensions éthiques rencontrées par les physiothérapeutes

Les entrevues individuelles réalisées auprès de physiothérapeutes, de leaders et d'administrateurs travaillant dans trois provinces canadiennes et le processus interprétatif inhérent à l'analyse des données ont permis de mettre au jour et de mieux comprendre les tensions éthiques vécues par les physiothérapeutes offrant des soins aux travailleurs indemnisés qui présentent des lésions musculosquelettiques (chapitre 6). Mes analyses m'ont ainsi permis de comprendre que les physiothérapeutes travaillant auprès des travailleurs indemnisés aimeraient offrir des soins équitables, compétents et dans le respect de leur autonomie professionnelle, mais que les nombreux défis rencontrés dans leur pratique ne leur permettent pas toujours d'actualiser pleinement ces trois valeurs. Les résultats ainsi obtenus ont confirmé que le contexte de pratique impliquant une commission d'indemnisation du travail peut être source de multiples tensions éthiques pour les physiothérapeutes. Il est d'ailleurs fort intéressant de constater que malgré les différences existant entre les systèmes d'indemnisation des trois provinces étudiées, les valeurs touchant l'équité, la compétence et

l'autonomie professionnelle sont tout de même ressorties comme des valeurs phares et communes, situées au cœur des préoccupations de l'ensemble des participants sondés. Ces résultats sont utiles puisque les valeurs professionnelles dans le domaine de la physiothérapie et les défis associés à leur actualisation ont jusqu'à présent été peu discutés dans les écrits scientifiques (Aguilar et al., 2012; McGinnis et al., 2016). De plus, à ma connaissance, très peu d'études dans le domaine de la réadaptation au travail ont abordé les enjeux liés aux soins des travailleurs blessés en examinant les valeurs en jeu dans la situation et les éléments éthiques liés à la pratique (Martimo et al., 1998; Westerholm, 2007), ce qui apporte un éclairage nouveau à la problématique étudiée.

Les défis spécifiques au contexte de pratique décrits et discutés par les participants lors des entrevues soutiennent également la grande complexité entourant les soins de physiothérapie offerts à cette clientèle et ses répercussions sur les tensions ressenties par les professionnels. Certains défis associés aux soins des travailleurs indemnisés rejoignent d'ailleurs ceux rapportés par d'autres groupes de professionnels de la santé et documentés dans les écrits scientifiques, notamment en ce qui concerne :

- la problématique d'accès aux soins (Kosny et al., 2011);
- l'ampleur de la bureaucratie et des éléments administratifs (Cote et al., 2001; Kilgour et al., 2014; Kosny et al., 2011; MacEachen et al., 2010; Soklaridis et al., 2011);
- les enjeux liés au manque d'autonomie professionnelle (Cote et al., 2001; Kosny et al., 2011);
- le manque de connaissances des professionnels quant aux éléments psychosociaux et/ou liés au retour au travail et au système d'indemnisation (Baril et al., 2003; Cote et al., 2001; Friesen et al., 2001; Kilgour et al., 2014; Kosny et al., 2016b; Pransky et al., 2002; Soklaridis et al., 2011);
- la nécessité de réaliser des activités de plaidoyer (*advocacy* ou défense des droits) pour les patients (Kosny et al., 2016b; Russell et al., 2005).

Certaines tensions éthiques mises en lumière suite aux entrevues individuelles font également écho aux enjeux éthiques de la pratique privée répertoriés dans le premier article de cette thèse

(enjeux liés à l'autonomie et au jugement professionnel, à la pratique impliquant des assistants physiothérapeutes, au besoin de jouer le rôle de défenseur des droits des patients (*advocate*) et aux difficultés organisationnelles dans les milieux cliniques comme le manque de temps par exemple).

Enfin, plusieurs éléments jusqu'alors peu discutés ont par ailleurs été soulevés par les participants physiothérapeutes, notamment la présence d'inégalités notables dans l'offre de soins de physiothérapie pour les travailleurs blessés indemnisés dans les trois provinces explorées, la nécessité pour les physiothérapeutes de résister aux préjugés et aux stéréotypes souvent associés à leurs patients, le besoin de prendre en compte et de gérer adéquatement les attentes et l'anxiété des patients et les difficultés associées au partage des tâches et des responsabilités professionnelles entourant les soins. En ce qui concerne certains préjugés des professionnels de la santé envers leurs patients (Baillie et Matiti, 2013; Johnson, 1993), quelques publications sur le sujet ont à ce jour exploré les attitudes des physiothérapeutes en regard des patients obèses ou en surpoids (Setchell, Watson, Jones et Gard, 2015), des patients présentant une déficience intellectuelle (Vermeltfoort et al., 2014), des patients aux prises avec des douleurs chroniques (Morin Chabane, 2017) ou encore des patients âgés (Watkins et Waterfield, 2010). Les discussions portant sur la stigmatisation de certaines clientèles dans le cadre des soins de physiothérapie sont également peu présentes dans les écrits scientifiques (Setchell, Gard, Jones et Watson, 2017; Slade, Molloy et Keating, 2009). Une étude récente réalisée auprès de 846 physiothérapeutes canadiens a d'ailleurs mis en lumière la présence de biais implicites dans la pratique des physiothérapeutes auprès des travailleurs indemnisés (Laliberté et al., 2017). Suite à la lecture de deux vignettes cliniques, les participants de cette étude ont mentionné voir les travailleurs supportés par une commission d'indemnisation du travail plus fréquemment que ceux possédant une assurance privée ou pas d'assurance du tout. Par contre, lorsqu'il leur a été demandé explicitement, ceux-ci n'étaient pas conscients de l'influence du statut d'assurance de leurs patients sur leurs décisions cliniques. Ces résultats démontrent bien la présence de biais implicites chez les professionnels de la physiothérapie, notamment envers les travailleurs blessés indemnisés. Les résultats de la thèse bonifient ainsi la littérature sur le sujet dans notre propre cadre disciplinaire, en démontrant également l'existence de tels préjugés face à la clientèle blessée au travail et présentant des blessures

musculosquelettiques variées. Toujours dans une perspective de justice, ces préjugés envers certains groupes de patients, comme les travailleurs blessés, peuvent nuire à une offre de soin équitable et attentive aux besoins des patients issus de ces groupes.

Influence des politiques des commissions d'indemnisation du travail et des milieux de soins sur la pratique de la physiothérapie

Enfin, le troisième volet du projet a tenté de mieux comprendre l'influence des politiques organisationnelles et systémiques sur le travail des physiothérapeutes et sur les soins offerts aux patients (chapitre 7). Les entrevues individuelles ont démontré que bien que certaines politiques encadrant les soins de physiothérapie pour les travailleurs blessés puissent influencer positivement sur la qualité des soins, elles soulèvent pour la plupart des défis supplémentaires pouvant contribuer à des inégalités importantes dans les soins prodigués. Ainsi, les résultats ont permis de mieux comprendre comment le travail des physiothérapeutes peut être modulé par des exigences cliniques et administratives dictées par les commissions d'indemnisation du travail et les milieux de travail de ces professionnels (c.-à-d. les cliniques et départements de physiothérapie). À ce jour, l'influence des politiques d'indemnisation a été étudiée à quelques reprises et dans divers contextes afin de mieux comprendre l'influence des politiques en vigueur sur le retour au travail, la durée de l'incapacité ainsi que la prise en charge des travailleurs (Anema et al., 2009; Lippel, 2012; MacEachen, Ferrier, Kosny et Chambers, 2007; Wickizer et al., 2001). Ces études se sont surtout intéressées aux lois sur les accidents du travail et aux politiques des commissions d'indemnisation dans diverses juridictions. À titre d'exemple, une étude a mis en lumière le fait que des critères moins restrictifs pour l'accès à l'indemnisation et une approche qui vise la réintégration favorisent un maintien prolongé dans l'emploi comparativement à des critères plus stricts et une approche centrée sur l'indemnisation (Anema et al., 2009). Une autre étude a démontré que les politiques qui favorisent un retour rapide au travail sans tenir compte de la douleur résiduelle du patient peuvent nuire aux travailleurs et au maintien dans l'emploi à plus long terme (MacEachen et al., 2007). Les résultats de cette thèse complètent les écrits sur le sujet en comparant les politiques d'indemnisation issues de trois provinces canadiennes sur l'offre de soins de physiothérapie. De plus, cette thèse innove en fournissant une meilleure compréhension de

l'influence des exigences réglementaires des cliniques de physiothérapie elles-mêmes sur les soins prodigués.

Les participants aux entrevues ont souligné le caractère bénéfique de certaines politiques qui selon eux, permettent d'optimiser la prise en charge et le suivi des patients. À titre d'exemple, les politiques exigeant l'utilisation de questionnaires de mesure standardisés pour évaluer l'amélioration fonctionnelle des patients ou encore celles encourageant les échanges avec les parties prenantes clés tels que l'employeur ou le milieu de travail des patients ont été identifiées. Les politiques des cliniques visant à soutenir les physiothérapeutes dans les tâches administratives associées à la prise en charge des travailleurs indemnisés ont également été discutées.

Les résultats ont, d'autres parts, permis d'identifier plusieurs politiques pouvant avoir un effet négatif sur le travail des physiothérapeutes et sur la prise en charge des patients, notamment l'imposition d'une fin de traitement prédéterminée (ex. : bloc maximal de huit semaines), l'utilisation de certains modes et moyens de communication jugés sous-optimaux ou encore la détermination de frais jugés insuffisants pour le remboursement des traitements. Les participants ont aussi discuté de l'impact négatif des politiques minimisant leur autonomie et leur jugement professionnel comme celles qui prescrivent une durée de traitement prédéfinie pour les travailleurs indemnisés (ex. : 20 minutes au lieu de 30 minutes) ou encore celles qui exigent des physiothérapeutes qu'ils ne fassent pas plus de traitements par semaine que le nombre déterminé par leur clinique. Ceci rejoint les conclusions de plusieurs articles qui discutent de l'influence négative des assureurs sur l'autonomie professionnelle des médecins et des psychologues et de la perte de latitude dans leurs décisions cliniques au quotidien (Deom et al., 2010; Miller, 2004; Schlesinger, Dorwart et Epstein, 1996; Sullivan, 1999).

Les participants aux entrevues ont aussi discuté de l'influence de leur propre mode de rémunération sur leur pratique (ex. : le physiothérapeute a-t-il un salaire à l'année?, est-il payé pour chaque traitement prodigué?). Ici encore, le volume d'écrits scientifiques portant sur l'influence des types de rémunérations sur la pratique des physiothérapeutes est restreint. Cette influence a davantage été étudiée dans le domaine de la médecine, mais reste un sujet d'étude

plutôt complexe en raison de la diversité des modes de rémunération (ex. : le paiement à l'acte, le salariat, la capitation) et de l'interaction entre plusieurs facteurs y étant associés (ex. : type de pratique, type de clientèle, etc.) (Brosig-K, Hennig, Kairies et Wiesen, 2013; Devlin et Sarma, 2008; Giuffrida et al., 1999; Wranik et Durier-Copp, 2010). Dans le domaine de la physiothérapie, ces résultats issus de la thèse ouvrent donc une nouvelle fenêtre sur la pertinence d'étudier l'influence de la rémunération des physiothérapeutes sur les services prodigués.

Les résultats de cette thèse quant à l'influence des politiques méso et macrosystémiques sur le travail des physiothérapeutes peuvent également être considérés du point de vue de la gouvernance clinique. Ces résultats démontrent clairement que la compétence clinique des professionnels (ici, les physiothérapeutes) ne suffit pas afin d'offrir des soins appropriés à la clientèle des travailleurs blessés. L'organisation des soins en ce qui a trait à la gestion de la clinique ainsi que les règles et procédures qui sont mises en place pour encadrer le travail des physiothérapeutes doivent pouvoir s'arrimer dans l'objectif d'offrir des soins adéquats et justes. Le concept de gouvernance clinique suggère d'unir les différents groupes d'acteurs impliqués autour de valeurs communes afin de mener à bien le projet de soins. Ceci pourrait être réfléchi sérieusement et actualisé dans la pratique afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux travailleurs blessés et de rendre plus cohérent le travail des physiothérapeutes.

Au terme de ce projet de thèse, il apparaît en somme que les soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés, à tout le moins dans les trois provinces canadiennes où l'étude a été réalisée, sont prodigués dans des contextes complexes d'où émergent plusieurs tensions éthiques et conflits de valeurs liés à ce domaine de pratique. Sur ce point, les facteurs organisationnels, notamment les politiques des commissions d'indemnisation du travail et des cliniques de physiothérapie occupent une place centrale dans la survenue de ces tensions et affectent sérieusement la façon de prodiguer les soins pour cette clientèle. Or, bien que les physiothérapeutes soient des professionnels très impliqués dans les soins des travailleurs indemnisés aux prises avec des blessures musculosquelettiques, très peu de travaux empiriques se sont attardés à leurs expériences de soins. Au niveau clinique, les pistes de solutions et les recommandations mises de l'avant dans les quatre articles et les sections 8.5 et 8.6 de cette

thèse devraient servir de fondation solide pour réfléchir aux changements professionnels, organisationnels et systémiques qui pourraient être développés et implantés dans le futur.

8.2 Forces du projet et contributions innovantes

8.2.1 Contribution aux connaissances dans les sphères étudiées

Cette thèse comporte des forces et contribue à sa façon à enrichir les connaissances scientifiques dans le domaine de l'éthique professionnelle en physiothérapie et de la réadaptation au travail. D'abord, au niveau théorique, ce projet répond à plusieurs lacunes identifiées dans les écrits concernant les enjeux éthiques vécus par les physiothérapeutes dans deux contextes de pratique propices à la survenue de tels enjeux soit : la pratique privée et la pratique impliquant une commission d'indemnisation du travail. Notre recension des écrits a permis de confirmer que très peu d'études empiriques se sont attardées aux enjeux éthiques vécus par les physiothérapeutes pratiquant dans le secteur privé. Qui plus est, bien que quelques études dans le domaine de la gestion de l'incapacité du travail aient inclus des physiothérapeutes dans leur échantillon (Baril et al., 2003; Johnston et al., 2012; Kosny et al., 2016b; Kosny et al., 2011; MacEachen et al., 2010; Pincus et al., 2010; Soklaridis et al., 2010), aucune n'avait auparavant examiné les enjeux éthiques et les défis propres à cette profession. Cette recherche permet ainsi d'ajouter les voix et les perspectives des physiothérapeutes à ceux des autres acteurs déjà sondés dans les écrits. Cette thèse répond également à un besoin bien réel en utilisant une lorgnette éthique pour discuter des défis quotidiens rencontrés par les physiothérapeutes impliqués dans les soins des travailleurs indemnisés (Ståhl et al., 2013). En abordant les défis des physiothérapeutes sous l'angle des valeurs, il a ainsi été possible de dégager les considérations éthiques communes aux professionnels travaillant dans trois provinces canadiennes, soit la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec. Il est d'ailleurs plus que souhaitable, afin de maintenir ce regard réflexif sur les pratiques professionnelles des physiothérapeutes et d'éviter les pièges qui s'y présentent, que la profession s'interroge sur les enjeux éthiques propres à ses réalités particulières de soins (Carpenter et Richardson, 2008; Triezenberg, 1996). Cette thèse fournit donc un apport notable à la science du point de vue professionnel et ajoute à la réflexion déjà amorcée portant sur le contrat social des physiothérapeutes.

Un autre aspect innovant de ce projet relève du fait qu'il ait été possible d'identifier des politiques macro et mésosystémiques qui, selon les perceptions des participants consultés, influent sur les soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés. Bien que d'autres études se soient déjà intéressées aux aspects cliniques des modèles de pratiques en physiothérapie ainsi qu'à leurs effets sur la réadaptation clinique des travailleurs (Ehrmann-Feldman et al., 1996; Gross et Lowe, 2009; Lemstra et Olszynski, 2003; Poitras et al., 2005, 2007), très peu d'entre elles se sont attardées aux préoccupations quotidiennes des professionnels à l'égard des politiques de soins en vigueur dans leur travail (Kilgour et al., 2014). Ce projet fournit donc un éclairage nouveau sur la question et soutient l'importance d'explorer les éléments réglementaires formels et informels qui régissent les pratiques en physiothérapie. Ces travaux soutiennent également le besoin d'une appréciation plus large (c'est-à-dire, organisationnelle et systémique) de l'effet des politiques et du contexte de pratique sur les soins prodigués (Costa-Black et al., 2013; Durand et Loisel, 2001; Feuerstein, 1996; MacEachen et al., 2010). Cette réflexion devrait d'ailleurs servir à orienter les actions des associations et des organismes professionnels de réglementation lors de la mise sur pied de nouvelles politiques ou de recommandations visant à améliorer la pratique de la physiothérapie. Le modèle conceptuel de la gouvernance clinique pourrait être utile pour concrétiser ces buts.

8.2.2 Diffusion des connaissances scientifiques vers un large auditoire

Les résultats présentés dans cette thèse ont été et continueront d'être diffusés dans la sphère scientifique grâce aux publications dans des revues avec comité de pairs et à travers ma participation à diverses conférences scientifiques. Plus spécifiquement, les deux premiers articles de cette thèse ont été publiés dans les revues *Physiotherapy Canada* et *Healthcare Policy*. Avec ces deux publications, les résultats rejoignent deux publics cibles de ces travaux soit la communauté scientifique et professionnelle en physiothérapie et les gestionnaires, administrateurs, législateurs et décideurs du domaine de la santé. Ces deux articles ont également été transmis par courriel à l'ensemble des participants à la recherche. Les deux articles finaux de la thèse seront également publiés dans des revues scientifiques avec comité de lecture, qui représentent des chefs de file dans le domaine de la physiothérapie, de la

recherche qualitative et de la réadaptation au travail. Les présentations orales et affichées dans des congrès internationaux (World Conference on Physical Therapy – WCPT à Singapour, Conference on Work Disability Prevention and Integration – WDPI à Toronto), nationaux (Canadian Bioethics Society à Montréal) et locaux (Colloque des étudiants du CRIR à Montréal) ont également mis de l’avant les résultats des travaux de cette recherche. Plusieurs autres présentations orales et par affiches sont également à prévoir afin de présenter les résultats décrits aux chapitres 6 et 7. En accord avec le modèle de gestion de l’incapacité de Loisel, les stratégies futures qui viseront à présenter les résultats issus de ce projet devront cibler l’ensemble des groupes impliqués dans le processus des soins de physiothérapie pour les travailleurs et non pas simplement les acteurs de la profession.

8.2.3 Forces méthodologiques des travaux

L’approche constructiviste de ce projet a permis de révéler toute la richesse des perspectives des physiothérapeutes directement impliqués dans les soins aux patients (Lincoln et al., 2011). Les données obtenues ont ainsi permis de mieux comprendre les défis rencontrés au quotidien par ces professionnels et de contextualiser les tensions éthiques vécues afin d’obtenir un portrait riche et vibrant des soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés. La nature inductive des analyses a permis de laisser entièrement la place aux perspectives des participants et de proposer une interprétation qui soit proche de leur réalité.

La répartition des physiothérapeutes (neuf physiothérapeutes en Colombie-Britannique, neuf en Ontario et douze au Québec) ainsi que la diversification des participants (ex. : milieu urbain vs rural, clinique de première ligne vs centre de réadaptation, etc.) a également contribué à la richesse des données. L’ajout de dix participants occupant des postes décisionnels et administratifs au sein de regroupements professionnels ou encore de commissions d’indemnisation du travail provinciales a aussi contribué à contextualiser les perceptions des physiothérapeutes sondés, en favorisant un regard plus macrosystémique sur les soins. La rigueur déployée pour conduire l’ensemble du processus de recherche et qui a pu être appréciée dans la section méthodologique de cette thèse (chapitre 4) constitue aussi une force de ce projet.

Une autre force de ces travaux réside également dans le recrutement de participants provenant de trois provinces canadiennes. Ainsi, malgré des différences significatives entre les systèmes d'indemnisation de ces provinces relativement à l'offre de soins de physiothérapie, des éléments similaires empêchent les physiothérapeutes d'actualiser des valeurs communes dans leur pratique. Il est ainsi possible de croire que certaines recommandations visant à diminuer les conflits de valeurs chez ces professionnels de la santé pourraient être appliquées de façon transversale dans les provinces et les pays qui partagent certaines similitudes au niveau de leur système d'indemnisation (par exemple, des pays anglo-saxons tels que le Canada, les États-Unis et l'Australie) ou encore dans les milieux cliniques en physiothérapie qui fonctionnent de manière semblable. Les différences observées entre les trois provinces quant à l'offre de soins de physiothérapie pourraient quant à elles permettre, à partir des politiques perçues positivement par les participants consultés, d'informer des changements politiques et réglementaires concrets dans l'une ou plusieurs de ces commissions d'indemnisation.

Enfin, ce projet de recherche tire également sa force du fait qu'il ait sondé les physiothérapeutes quant à l'ensemble du processus des soins traversé par les travailleurs ayant subi des lésions musculosquelettiques, dans un contexte impliquant une commission d'indemnisation du travail. En effet, la partie empirique du projet n'a pas spécifiquement investigué la problématique du retour au travail en elle-même ou encore une problématique clinique définie (ex. : évaluation fonctionnelle des travailleurs), mais s'est intéressée de façon plus étendue à tout le processus de prise en charge des patients par les physiothérapeutes, ce qui inclut divers moments clés entourant les traitements (ex. : accès aux soins, évaluation initiale de la condition, communication entre les acteurs impliqués, suivi en physiothérapie, retour au travail, etc.). Qui plus est, alors que certains écrits scientifiques ont ciblé une pathologie bien spécifique pour étudier les soins offerts aux travailleurs blessés indemnisés (Anema et al., 2002; Atlas, Wasiak, Van Den Ancker, Webster et Pransky, 2004; Azoulay, Ehrmann-Feldman, Truchon et Rossignol, 2005; Ehrmann-Feldman et al., 1996; Poitras et al., 2005; Wasiak et McNeely, 2006), la présente étude s'est intéressée aux soins des patients présentant tous types de pathologie musculosquelettiques, offrant ainsi un portrait plus étendu des pratiques investiguées.

8.3 Limites de la thèse

Sur le plan théorique et méthodologique, cette recherche comporte quelques limites. Certaines d'entre elles ont d'ailleurs déjà été abordées dans les articles présentés dans les chapitres précédents; je reviendrai uniquement brièvement sur celles-ci. D'autres limites n'ont pu être soulevées, faute d'espace. Ces dernières seront ainsi discutées plus longuement dans la présente section.

8.3.1 Contexte de recherche politiquement « sensible » et en transformation

Afin de mieux comprendre les limites associées à ce projet, il importe de mentionner que l'offre de soins de physiothérapie chez les travailleurs blessés soutenus par une commission d'indemnisation du travail constitue un sujet de recherche politiquement « sensible ». En effet, les décisions tarifaires et cliniques portant sur les modèles de soins offerts aux travailleurs blessés font l'objet de négociations constantes au sein des commissions d'indemnisation (ex. : entre la partie patronale et la partie syndicale ainsi que les différents membres du conseil d'administration) de même qu'entre les commissions d'indemnisation et les organismes de représentation professionnelle (ex. : branches provinciales de l'association canadienne de physiothérapie ou encore fédération des cliniques privées de physiothérapie du Québec). Ces négociations se font dans un contexte privé, propre à chacune des organisations et les éléments qui sont négociés lors de ces instances sont confidentiels. Ce contexte particulier a teinté certains aspects du projet. D'abord, à l'étape du recrutement, il a été difficile d'obtenir la participation de certains leaders et/ou décideurs stratégiques en poste qui craignaient de discuter des éléments propres à leur système de soins avec une chercheuse. Or, certains participants occupant des postes stratégiques et qui auraient pu contribuer à contextualiser davantage les résultats n'ont pu être recrutés. Dans les entrevues réalisées, certains participants ont explicitement exprimé être inconfortables par rapport à certaines questions et ont refusé d'y répondre. D'autres ont aussi délibérément omis certaines parties de leur réponse puisque celles-ci étaient jugées trop sensibles ou de nature confidentielle. Malgré le souci d'anonymisation et toutes les précautions prises afin d'assurer la confidentialité des propos échangés, certains éléments n'ont donc pu être pleinement discutés lors des entrevues, en raison de la nature du sujet abordé. Pour finir, il s'avère donc probable que certains éléments

du phénomène n'aient pas été mis en lumière au cours de la recherche, pour cette raison particulière.

Un biais contextuel, de nature historique, a aussi pu influencer la conduite des entrevues. En effet, la collecte de données pour ce projet s'est déroulée de la fin de l'année 2013 au milieu de l'année 2015. Pendant cette période, plus précisément le 1^{er} mai 2014, un changement majeur dans le modèle de soins de physiothérapie pour les travailleurs blessés de la Colombie-Britannique a été implanté. Les traitements sont ainsi passés d'un modèle utilisant une rémunération à l'acte (*fee-for-service*) vers une rémunération concernant un bloc prédéfini de soins contenant des exigences sur le nombre de visites et un nombre maximal de semaines de traitement. Bien que tous les participants provenant de la Colombie-Britannique aient participé au projet après ce changement réglementaire, plusieurs d'entre eux se situaient dans une phase d'adaptation et de transition face au nouveau modèle implanté. En ce sens, certains participants n'ont pas toujours été en mesure de discuter de l'impact de ce nouveau modèle de soins sur un grand nombre de leurs patients (manque de recul nécessaire) et les nombreuses adaptations à leur pratique dans cette même période ont probablement influencé leurs façons de percevoir les soins de physiothérapie prodigués.

8.3.2 Choix des groupes de participants

Vu les méthodes de recrutement de cette étude, il est possible que les physiothérapeutes vivant de plus grandes tensions éthiques au quotidien ou se sentant particulièrement interpellés par la problématique se soient portés volontaires et aient accepté de participer au projet en plus grand nombre que ceux qui ne perçoivent pas les enjeux éthiques soulevés par leur pratique. De plus, malgré le recrutement de dix participants occupant des postes de leaders et d'administrateurs dans des organisations professionnelles et des commissions d'indemnisation du travail, ce projet de recherche a somme toute été conduit auprès d'un seul groupe d'acteurs : les physiothérapeutes. Ceci ne permet donc pas de représenter l'ensemble des acteurs et des systèmes impliqués dans les soins de physiothérapies prodigués aux travailleurs blessés.

8.3.3 Collecte des données

Les méthodes de collecte de données de cette thèse, uniquement basées sur des groupes de discussions, des entrevues semi-dirigées et sur la lecture de documents écrits (c.-à-d. politiques des commissions d'indemnisation du travail, écrits portant sur les modèles de soins) peuvent constituer une limite du projet. La réalisation d'une étude ethnographique aurait pu permettre d'accéder à une réalité autre, permettant davantage de saisir la culture relative à la pratique de la physiothérapie ainsi qu'aux enjeux culturels rattachés à l'indemnisation des travailleurs indemnisés (Creswell, 1998). L'observation propre à ce devis aurait aussi pu permettre d'apprécier le travail des physiothérapeutes en pleine action au sein de leur milieu et ainsi corroborer ou contredire certains éléments mentionnés lors des entrevues. Par ailleurs, puisque les objectifs de recherche visaient à explorer l'expérience des professionnels et leurs perceptions face aux tensions éthiques vécues au sein de leur pratique, les groupes de discussion et les entrevues s'avéraient tout de même des stratégies de collecte de données très appropriées.

8.3.4 Réalisation des entrevues

Dans le même ordre d'idées, plusieurs questions contenues dans le guide d'entrevue portaient sur ce que les physiothérapeutes font dans leur quotidien auprès des patients et les interrogeaient sur la réalisation de certaines activités spécifiques (ex. : utilisation de certains outils de mesure, type de prise en charge, modalités utilisées, décisions sur le congé). Il est ainsi possible que certains participants aient fourni des réponses en évitant de mentionner des aspects pouvant être perçus comme socialement indésirables ou, au contraire, aient répondu en fonction de ce qu'ils jugent socialement ou cliniquement souhaitable dans la situation. Dans la mesure du possible, j'ai essayé de tenir compte de cette limite en demandant aux répondants d'ancrer leurs réponses dans des exemples concrets de leur pratique et de me donner des détails sur leurs façons concrètes de procéder. Par ailleurs, ce biais ne peut pas complètement être évité dans le cadre d'entrevues.

Enfin, il est important de considérer l'influence de la langue dans la conduite des entrevues de recherche. En effet, certains ouvrages scientifiques discutent de la difficulté de conduire des entrevues de recherche dans une autre langue que notre langue maternelle (Hennink, 2008;

Welch et Piekkari, 2006). Pour ce projet, j'ai réalisé la majorité des entrevues en anglais, une langue seconde pour moi. La fluidité dans les propos, la précision des termes utilisés et la spontanéité des questions et des enchaînements dans les entrevues en ont donc certainement été affectées. Par ailleurs, pour contrer cette limite, j'ai tenté, lors de chacune des entrevues réalisées, de prendre le temps nécessaire pour rectifier des éléments moins bien compris par les participants et de m'assurer de la clarté de mes questions. Vu l'analyse concomitante des entrevues avec la collecte des données, j'ai également cherché à m'améliorer davantage pour chaque nouvelle entrevue à faire et j'ai rectifié certaines questions problématiques en cours de route, à la suite de la réécoute des enregistrements.

8.4 Retombées concrètes liées à la pratique

Aux niveaux professionnel, politique, organisationnel et systémique, des retombées concrètes sont à prévoir suite à la réalisation de ce projet. Une courte vidéo d'environ 9 minutes en version française et anglaise visant à sensibiliser les organismes professionnels en physiothérapie (associations, regroupements de cliniques, ordres professionnels), les commissions d'indemnisation du travail et les physiothérapeutes cliniciens à propos des constats identifiés dans cette thèse est en cours de production et sera tournée au début octobre 2017. Le scénario a été développé en collaboration avec mes deux directeurs de thèse ainsi que l'équipe de recherche élargie. Cette vidéo met en scène les enjeux éthiques phares rencontrés par les physiothérapeutes lors de leurs traitements auprès des travailleurs blessés indemnisés. Ces enjeux sont illustrés lors d'une scène fictive qui met en scène une physiothérapeute et son patient lors d'une séance de physiothérapie. La vidéo met également en scène une discussion entre la physiothérapeute et son patron qui porte sur de potentielles solutions à implanter dans leur milieu clinique et à plus grande échelle. Je souhaite que cette vidéo puisse contribuer à éveiller les consciences face aux enjeux éthiques rencontrés dans la pratique et stimule des discussions dans les milieux cliniques et les organisations décisionnelles à ce sujet. Un résumé vulgarisé des travaux est aussi en préparation et sera transmis à tous les participants de la recherche vers la fin septembre 2017. Je souhaite également que les différentes recommandations cliniques et politiques émanant de ces travaux servent à enrichir et à élargir le dialogue entre les différents partenaires spécifiquement impliqués dans les soins de

physiothérapie aux travailleurs blessés, tel que mis de l'avant dans le modèle écologique de gestion de l'incapacité (Loisel et al., 2001). À ce titre, j'aimerais d'ailleurs organiser des rencontres au cours de l'automne et de l'hiver 2017 afin de discuter avec ces différents partenaires (c.-à-d. administrateurs des commissions d'indemnisation du travail, gestionnaires des cliniques de physiothérapie et groupes professionnels et/ou associatifs) des dimensions éthiques, organisationnelles et systémiques entourant les soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés et mises en lumière par nos travaux. Ces rencontres pourraient présenter les résultats ainsi que les recommandations potentielles afin d'améliorer les soins sous l'angle des principes de la gouvernance clinique en santé. Ainsi, les résultats de cette thèse pourraient servir de façon concrète à informer des changements législatifs et/ou des politiques et réglementations au sein des commissions d'indemnisation du travail et des milieux cliniques en physiothérapie permettant d'améliorer l'expérience de soins des physiothérapeutes et des patients.

De façon instrumentale, ces résultats serviront aussi à soutenir la création de modules et cours de formation continue visant à bonifier les compétences des physiothérapeutes cliniciens en regard de la pratique impliquant les commissions d'indemnisation du travail. Le développement et la réalisation de ces formations continues découlant de ces travaux (pouvant par exemple, être offertes par l'entremise de l'Université de Montréal) constituent l'un de mes objectifs principaux à moyen terme. Toujours dans une optique de transfert des connaissances, des formations pour les administrateurs des organismes professionnels et des commissions d'indemnisation du travail pourraient également être alimentées par les résultats issus de cette thèse. Une partie de ce que pourrait constituer le contenu plus spécifique de ces formations est explicitée dans les pistes d'amélioration pour la pratique décrites à la prochaine section.

8.5 Pistes d'amélioration pour la pratique

Dans la prochaine section de ce chapitre de discussion, j'aborde plusieurs pistes de solutions qui pourraient être mises en application pour améliorer la pratique de la physiothérapie offerte aux travailleurs atteints de blessures musculosquelettiques qui sont supportés par une commission d'indemnisation du travail. Certaines recommandations ont déjà été présentées

dans les articles se situant aux chapitres 5, 6 et 7 de la thèse. Ainsi pour éviter la redondance, j'élaborerai uniquement les idées qui n'auraient pas pu être assez explicitées dans ces articles et je présenterai d'autres pistes que je considère importantes. Il est important de mentionner que ces pistes d'amélioration ne sont pas uniquement tirées des entrevues que j'ai conduites auprès des participants, mais sont plutôt le fruit de multiples réflexions que j'ai eues pendant la conduite du projet et qui ont été alimentées par des rencontres d'équipe, des discussions informelles, la lecture et l'analyse critique d'articles scientifiques, mon expérience clinique et mes interprétations des résultats.

8.5.1 Le travail d'équipe pour mieux répondre aux problématiques actuelles

À la lumière des résultats de ce projet, il semble primordial que les divers partenaires impliqués dans les soins des travailleurs blessés travaillent de concert pour arriver à mieux intégrer les soins de physiothérapie prodigués. En effet, le processus d'intégration en santé, issu du concept de gouvernance clinique, vise à mettre de l'avant les moyens nécessaires pour offrir des soins cliniques de façon optimale, coordonnée et intégrée, tout en permettant aux acteurs impliqués (ex. : commissions d'indemnisation du travail, cliniques de soins de physiothérapie, médecins) de rencontrer leurs propres objectifs organisationnels et de préserver leur autonomie (Contandriopoulos et al., 2001). Les constats tirés de cette thèse appuient les écrits qui invitent les partenaires de soins à s'écarter d'une vision microsystemique du processus de soins, centrée sur l'individu, pour se tourner plutôt vers une perspective plus méso et macrosystemique afin de trouver des solutions et des plans d'action adaptés à la complexité des soins (Costa-Black et al., 2013; Durand et Loisel, 2001). Des partenariats solides entre les commissions d'indemnisation, les associations professionnelles, les regroupements de cliniques privées et les groupes de patients impliqués dans les dossiers de soins de physiothérapie pour les travailleurs blessés devraient être développés. Ces acteurs pourraient ainsi mettre sur pied des comités de travail officiels chargés de proposer diverses modifications permettant d'améliorer les processus de soins de physiothérapie, selon leur propre contexte. Plutôt que d'être le fruit d'initiatives ponctuelles dans le temps et répondant uniquement à des besoins pressants ou à des impératifs purement politiques, le caractère répétitif de ces rencontres pourrait permettre à ces partenaires de mieux apprécier le travail de chacun pour ainsi développer des relations à long terme et des solutions pertinentes.

Évidemment, les enjeux politiques et financiers qui les divisent actuellement ne devraient pas empêcher l'élaboration de solutions cliniques intégrées visant à améliorer la qualité des soins.

Les commissions d'indemnisation du travail et les cliniques de physiothérapie devraient utiliser ces partenariats pour propulser des changements positifs dans la prise en charge des travailleurs blessés en physiothérapie, en se basant sur les résultats de ces travaux et les résultats probants disponibles dans les écrits scientifiques. À titre d'exemple, dans les exigences cliniques et administratives qu'elles émettent, ces groupes pourraient favoriser l'utilisation de certains outils cliniques valides et fidèles (ex. : questionnaires d'évaluation des difficultés fonctionnelles ou psychosociales), encourager certaines pratiques (ex. : discussions concertées à propos des tâches modifiées possibles, mise sur pied d'un plan de retour au travail avec l'employeur) ou encore propulser de nouveaux modes de communications qui pourraient faciliter le suivi des patients entre les différents intervenants.

Certaines stratégies visant à améliorer les soins devraient également s'inspirer d'initiatives novatrices mises sur pied par des physiothérapeutes qui travaillent sur le terrain. À titre d'exemple, un physiothérapeute ontarien ayant participé à cette étude a mis sur pied un formulaire de communication « maison » visant à faciliter les communications entre les intervenants impliqués dans le retour au travail de ses patients. Il a mentionné avoir utilisé ce formulaire depuis déjà quelques années et a affirmé que cet outil l'aidait grandement à organiser le processus de retour au travail de ses patients. Ce genre d'initiative devrait être encouragée par les milieux de soins et les commissions d'indemnisation du travail afin d'inspirer d'autres initiatives s'attaquant directement aux défis rencontrés quotidiennement par les physiothérapeutes sur le terrain. Les initiatives les plus utiles pourraient ainsi être répliquées à plus grande échelle et dans un plus grand nombre de milieux, afin d'améliorer la prise en charge des patients.

8.5.2 Former les intervenants à la complexité de la réadaptation au travail

L'article présenté au chapitre 6 a mis de l'avant le besoin pour les physiothérapeutes de devenir plus compétents dans la prise en charge des travailleurs blessés. D'ailleurs, les professionnels de la santé ont été identifiés comme des personnes clés pouvant aider ces

patients à naviguer au sein du système d'indemnisation (Lippel, 2007). Des formations continues offertes aux professionnels en exercice (ex. : comment désamorcer certains facteurs psychosociaux, comment aider les patients à naviguer dans le système d'indemnisation, comment communiquer adéquatement avec l'employeur du patient, comment éviter les biais inconscients ou la stigmatisation des travailleurs, comment bien évaluer les capacités fonctionnelles du patient et faire le lien avec son travail, comment voir plus loin que la perspective biomédicale qui prédomine encore dans la profession) s'avèreraient donc tout à fait pertinentes. Qui plus est, ces mêmes formations pourraient aussi informer les physiothérapeutes quant aux différents services plus généraux pouvant être utiles à leurs patients blessés au travail (ex. : programmes d'aide aux employés, groupes de soutien visant les travailleurs blessés, etc.). Les nouvelles connaissances des physiothérapeutes sur ces divers sujets leur permettraient donc de mieux apprécier la complexité entourant les soins aux travailleurs et de se sentir plus compétents dans leur travail, tout en arrivant à orienter adéquatement leurs patients lorsque nécessaire.

Les intervenants de première ligne impliqués dans la prise en charge des travailleurs indemnisés doivent aussi mieux se connaître et comprendre leurs rôles respectifs dans le processus de soins. Certains participants aux entrevues réalisées dans le cadre de cette thèse et travaillant au sein des commissions d'indemnisation du travail ont d'ailleurs mentionné la nécessité de recevoir plus de formations sur le travail des physiothérapeutes auprès des travailleurs blessés et sur les aspects contextuels entourant leur pratique. En effet, plusieurs études, dont certaines incluant des physiothérapeutes, ont mis en lumière les problématiques liées à l'ambiguïté de rôles chez les professionnels de la santé et les agents d'indemnisation, dans ce contexte de soin (Johnston et al., 2012; Kilgour et al., 2014; Kosny et al., 2016b). Des formations visant à clarifier les rôles des physiothérapeutes et des autres intervenants entre eux s'avèreraient donc fort utiles.

Des stratégies pourraient également être mises en place pour que les physiothérapeutes soient davantage invités à réfléchir à l'éthique et aux éléments qui favorisent ou qui rendent plus difficile l'actualisation de leurs valeurs professionnelles dans leurs milieux de soins respectifs (Hammond, Cross et Moore, 2016). Ces discussions critiques sur les enjeux éthiques auxquels

ils sont confrontés quotidiennement pourraient leur permettre de ventiler leurs préoccupations et de réfléchir en groupe à des pistes de solutions adaptées à leur contexte de pratique, dont celui impliquant des soins aux travailleurs blessés (Hammond et al., 2016; Kinsella et al., 2014). Les différentes organisations impliquées dans les soins offerts aux travailleurs blessés pourraient également être mieux outillées au niveau éthique, en regard des valeurs qu'elles véhiculent et qu'elles mettent en application dans leur organisation. Parallèlement, afin d'engager clairement ces organisations à fournir des soins qui favorisent l'équité et la dignité des patients, il serait souhaitable que les documents officiels qui énoncent la mission et les valeurs de ces organisations décrivent formellement ces engagements. La mise sur pied de valeurs communes aux différentes organisations qui sont impliquées dans les soins aux travailleurs blessés (la valeur de justice à titre d'exemple) pourrait ainsi favoriser une meilleure intégration des services, sous l'angle de la gouvernance clinique (Contandriopoulos et al., 2001). Cet engagement écrit constituerait ainsi un premier pas pour maintenir et favoriser l'agir éthique de ces assureurs et fournisseurs de soins.

8.5.3 Développer et soutenir le rôle des physiothérapeutes auprès des travailleurs blessés

Comme le démontre l'ensemble de ces travaux, les politiques liées à l'indemnisation des travailleurs blessés en physiothérapie ont des implications sociétales importantes et les physiothérapeutes doivent s'impliquer dans les initiatives pouvant permettre d'améliorer les systèmes et les politiques de santé (Edwards et al., 2011; Jecker, 2008; Jensen et Greenfield, 2012). À travers cette étude, j'ai réalisé que peu de leaders dans le domaine de la physiothérapie connaissent l'ampleur des enjeux liés aux soins des travailleurs blessés et la place importante que les physiothérapeutes peuvent prendre afin d'améliorer les soins de ces patients. Les physiothérapeutes passent beaucoup de temps auprès de leurs patients et sont des acteurs privilégiés pour bâtir une relation de confiance avec eux. Ils se situent également en bonne position pour les aider à travers leur processus d'indemnisation et pour revendiquer des changements permettant d'améliorer leurs expériences de soins. Comme le disait Swisher, en tant que professionnels, les physiothérapeutes ont une obligation d'évaluer et de mieux comprendre les politiques de santé qui régissent leurs pratiques, non seulement en s'attardant aux éléments liés au remboursement de leurs soins et en protégeant leurs intérêts financiers,

mais surtout en tenant compte des effets et des conséquences que peuvent avoir ces politiques sur la santé de leurs patients (Swisher et Page, 2005, p. 213).

À ce sujet, nos résultats démontrent que plusieurs facteurs associés à la prise en charge des travailleurs blessés, notamment certaines politiques des milieux de soins cliniques, découlent actuellement du financement des services de physiothérapie par les commissions d'indemnisation du travail. Par ailleurs, il semble peu probable que seule une hausse de la rémunération des soins de physiothérapie améliore l'ensemble des problématiques recensées dans ces travaux. Il est également impensable d'attendre que tout le dossier politique lié au financement des soins des travailleurs blessés, impliquant de nombreuses joutes de négociations entre acteurs et se déroulant sur de très longues périodes, se règle dans son entièreté avant que les services offerts par les physiothérapeutes soient modifiés pour devenir optimaux. Il est donc impératif que les physiothérapeutes démontrent dès maintenant leur savoir-faire dans le domaine de la réadaptation au travail et s'y présentent comme des leaders cliniques portés par le désir d'offrir la meilleure qualité de soins à l'ensemble de leurs patients. En agissant de la sorte, les physiothérapeutes pourront continuer à être respectés dans leur travail, se présenter comme des leaders positifs de changement et ainsi continuer de préserver la confiance que le public lui accorde depuis de nombreuses années.

8.5.5 Pour conclure cette discussion sur les pistes d'amélioration...

Il est important de mentionner que les pistes d'amélioration présentées dans cette section ne s'appliqueront pas toutes de la même façon à travers les différents contextes associés à la prise en charge des travailleurs blessés indemnisés. Lorsque l'on réfléchira à de potentielles solutions à mettre sur pied dans une ou plusieurs organisations, il importera de prendre en compte les multiples éléments contextuels entourant les soins offerts aux travailleurs blessés indemnisés et qui viendront indubitablement influencer l'applicabilité de ces solutions. Les résultats de nos travaux démontrent que parmi les éléments contextuels importants à considérer on retrouve : la législation en vigueur portant sur la réparation des accidents du travail et les soins de physiothérapie dans le pays ou la province concernée, le fonctionnement du système d'indemnisation, incluant les politiques et procédures spécifiques relatives aux soins de physiothérapie, les rôles attribués aux physiothérapeutes dans le système

d'indemnisation, les différents acteurs impliqués dans le processus de soins de physiothérapie et leurs rôles respectifs ainsi que les éléments organisationnels et les caractéristiques des fournisseurs de soins de physiothérapie eux-mêmes (milieu de physiothérapie public ou privé, personnel y pratiquant) incluant bien sûr une compréhension de leurs politiques et procédures internes. Bien que plusieurs recommandations mentionnées dans cette thèse soient applicables dans la pratique clinique individuelle des physiothérapeutes, il est important de terminer en soulignant que les enjeux éthiques majeurs et les défis répertoriés dans ce projet ne pourront être modifiés sans des interventions organisationnelles et systémiques touchant aux politiques de santé à l'échelle des commissions d'indemnisation du travail et des cliniques de physiothérapie. La reconnaissance de ces problématiques par l'ensemble des acteurs impliqués et la mise sur pied réfléchie de solutions prometteuses à l'échelle méso et macrosystémique restent donc absolument nécessaires.

8.6 Recommandations pour la recherche

Pour la prochaine et dernière section de cette discussion, une question très importante se pose : à quoi sert-il de réaliser un projet doctoral si ce dernier n'engendre pas des fruits qui pourront à leur tour contribuer à bonifier le corpus de connaissances scientifiques dans les domaines de recherche étudiés? Certaines recommandations clés portant sur les recherches futures qui devraient être réalisées dans les domaines scientifiques touchés par cette thèse sont donc présentées. Ces recommandations sont perçues comme étant les plus significatives de mon point de vue, mais il est certain que plusieurs autres projets pourraient être envisagés.

8.6.1 Recherches dans le domaine de l'éthique en physiothérapie

Identifier les facteurs clés liés aux tensions éthiques

Il reste beaucoup de travail à faire pour répertorier et comprendre les mécanismes et les contextes qui placent les physiothérapeutes dans des situations éthiques inconfortables ou malsaines. Une première piste de recherche vise donc à clarifier les facteurs contextuels ou organisationnels qui contribuent à augmenter ou à diminuer la survenue de tensions éthiques dans le travail des physiothérapeutes œuvrant auprès d'une clientèle blessée au travail et indemnisée. En effet, à titre d'exemple, cette thèse a mis en lumière l'influence positive de

l'appui du personnel administratif (ex. : aide dans la retranscription des dossiers, rappel des échéanciers) ainsi que des propriétaires et gestionnaires de cliniques (ex. : temps payé dédié à certaines tâches administratives, respect de l'autonomie du professionnel) sur le travail des physiothérapeutes. Ainsi, il serait pertinent que de futures études empiriques s'attardent à l'identification de certains facteurs transversaux ou distinctifs étant associés à différents contextes de soins et contribuant de façon importante à générer (facteurs aggravants) ou à atténuer (facteurs protecteurs) les tensions éthiques chez les professionnels. La reconnaissance de ces facteurs clés négatifs et positifs pourrait ainsi servir à faire des recommandations claires à propos de certains éléments organisationnels à privilégier ou à éviter dans les soins. L'identification de ces facteurs pourrait donc mieux guider les gestionnaires quant à l'organisation des soins. Entre autres, on pourrait investiguer l'influence de la taille des milieux de soins (ex. : grosseur et importance de la clinique ou du département de physiothérapie), la présence ou non de divers professionnels dans le milieu (ex. : physiothérapeutes, ergothérapeutes, massothérapeutes, acuponcteurs, médecins, etc.), l'influence d'un regroupement de cliniques (bannières) ou du type de propriétaire (ex. : cliniques gérées par un physiothérapeute ou par un gestionnaire provenant d'un autre domaine de formation comme un homme d'affaires par exemple) sur la survenue de tensions éthiques chez les physiothérapeutes. Il serait aussi pertinent d'évaluer les défis et les enjeux rencontrés par les physiothérapeutes travaillant avec d'autres tiers payeurs (ex. : assureur privé, assureur automobile) afin de les comparer avec ceux engendrés lors de leur travail impliquant des commissions d'indemnisation du travail. Certains déterminants phares contribuant à la survenue de tensions éthiques pourraient ainsi être révélés. Des concepts tirés des écrits portant sur l'éthique organisationnelle (Silverman, 2000) pourraient davantage être utilisés pour comprendre et analyser ces enjeux.

Il pourrait également être pertinent de mener une étude de plus grande envergure qui permettrait de comparer les facteurs engendrant des tensions éthiques tels qu'identifiés par différents professionnels de la santé (ex. : infirmières, ergothérapeutes, orthophonistes, médecins, etc.). Ces comparaisons des données empiriques pourraient contribuer à mettre en lumière des similitudes et des dissemblances dans les pratiques cliniques en santé, ce qui

pourrait permettre d'étendre la portée des recherches en éthique professionnelle et d'élargir le spectre des recommandations pratiques à travers diverses disciplines.

Mesurer les répercussions des tensions éthiques sur la pratique professionnelle

Il serait également intéressant de tenter de mesurer certains paramètres de la pratique professionnelle qui pourraient être influencés par la survenue de tensions éthiques chez les physiothérapeutes. À titre d'exemple, il existe une échelle mesurant la détresse éthique (aussi appelée « détresse morale ») des professionnels de la santé, mise sur pied par des chercheurs en sciences infirmières (Corley, Elswick, Gorman et Clor, 2001). En effet, la littérature démontre que les professionnels de la santé, notamment les physiothérapeutes, qui vivent dans un climat de travail complexe et dans lequel existe des tensions éthiques importantes, peuvent développer de la détresse éthique (Carpenter, 2010; Källemark, Höglund, Hansson, Westerholm et Arnetz, 2004). La détresse éthique peut être définie comme la présence de symptômes de stress négatif (détresse) impliquant des dimensions éthiques et qui surviennent lorsque le prestataire de soins de santé sent qu'il ou qu'elle n'est pas en mesure de rencontrer tous les intérêts et les valeurs en jeu dans la situation (Källemark et al., 2004). La détresse éthique peut, par exemple, survenir lorsqu'un professionnel est forcé d'agir d'une façon qui s'oppose avec ses valeurs personnelles et professionnelles (Bell et Breslin, 2008; Førde et Aasland, 2008). Cette détresse peut occasionner des problèmes sérieux et délétères pour la santé tels que l'anxiété et le stress, l'épuisement professionnel, la dépression, en plus d'entraîner l'abandon de la profession (Wilkinson, 1987). Certaines études ont tenté de mieux cerner l'impact de la détresse éthique sur la santé des physiothérapeutes, mais ce domaine reste peu étudié (Carpenter, 2010). D'un point de vue professionnel, il serait ainsi fort intéressant de comparer les niveaux de détresse éthique de physiothérapeutes travaillant dans divers contextes de soins et de lier ces mesures de la détresse avec certains paramètres de la pratique comme l'épuisement professionnel ou la qualité de la relation thérapeutique avec les patients.

8.6.2 Recherches dans le domaine de la réadaptation au travail

Le champ de recherche portant sur la réadaptation et la gestion de l'incapacité liée au travail est un domaine fort complexe. De nombreuses avenues de recherches suivant les résultats de ce projet peuvent donc être envisagées, et ce, sous différents angles.

Étendre l'investigation de l'influence des politiques organisationnelles en physiothérapie

Il serait pertinent qu'une étude similaire soit réalisée dans les provinces canadiennes qui n'ont pas été incluses dans les présents travaux, afin de pouvoir mieux comprendre comment certaines politiques se présentent comme étant prometteuses ou néfastes à travers divers contextes de soins et diverses provinces. Pour permettre de bien saisir la complexité du phénomène, il serait également pertinent d'explorer le point de vue des principaux intéressés, c'est-à-dire les travailleurs blessés bénéficiaires de nos soins, à propos de la qualité des soins de physiothérapie reçus. Plusieurs études ont déjà investigué les perspectives des travailleurs blessés indemnisés en regard de leur processus d'indemnisation et de leur relation avec leurs professionnels de la santé (Beardwood et al., 2005; Dionne et al., 2013; Lippel, 2007; Roberts-Yates, 2003), mais à ma connaissance, une seule semble avoir interrogé les travailleurs blessés de façon approfondie à propos de leurs soins de physiothérapie (Azoulay et al., 2005).

Faire le lien entre les politiques de soins et la reproduction de certains comportements par les physiothérapeutes

Il serait intéressant de mettre sur pied des recherches qui permettraient de mieux cerner et de mieux comprendre l'influence des politiques des commissions d'indemnisation et des milieux de soins sur le comportement des physiothérapeutes. À titre d'exemple, on pourrait répertorier de manière quantitative certains comportements des physiothérapeutes impliqués dans les soins des travailleurs blessés (ex. : nombre de communications avec différents intervenants, types et nombre de modalités d'intervention utilisées avec les patients, utilisation de questionnaires standardisés ou d'outils de mesure fonctionnels, etc.). On pourrait ainsi analyser et mieux comprendre les liens possibles entre la reproduction de certains comportements par les physiothérapeutes et les politiques en vigueur dans les milieux investigués. Une étude récente a d'ailleurs démontré que les travailleurs indemnisés traités par des cliniques de physiothérapie faisant partie de grosses corporations privées reçoivent plus de

soins (plus de visites comptabilisées) que les patients traités dans d'autres milieux (Beattie 2013). Ces études seraient fort pertinentes pour mieux cerner la réalité des soins offerts à ces patients et pour orienter l'élaboration de politiques afin qu'elles puissent favoriser certains comportements souhaités.

Déterminer qui prodigue les soins de physiothérapie et dans quelle proportion

Plusieurs participants à l'étude m'ont mentionné qu'ils partageaient certaines tâches et certaines parties des soins de physiothérapie avec d'autres intervenants (ex. : assistants en physiothérapie, thérapeutes en réadaptation physique, kinésiothérapeutes, etc.). Aussi, il est très difficile, à l'heure actuelle, d'obtenir des données quantitatives précises qui informent sur qui offre des soins de réadaptation aux travailleurs blessés dans chacune des provinces (ex. : quelle est la proportion de patients traités par des physiothérapeutes, par des chiropraticiens, par des kinésiothérapeutes, etc?). Ces informations sont détenues par les commissions d'indemnisation du travail provinciales ou par les cliniques elles-mêmes qui ne divulguent pas publiquement ces données. Afin de dresser un portrait plus compréhensif des soins actuellement offerts aux travailleurs blessés canadiens, il serait intéressant de répondre de façon quantitative à la question : « qui prodigue et dans quelle mesure les soins dits « de physiothérapie » et « de réadaptation » aux travailleurs blessés dans les différentes provinces canadiennes? ».

Réaliser des analyses en fonction du genre

La conduite d'analyses spécifiques en fonction du genre est un sujet qui occupe de plus en plus les discussions scientifiques et qui revêt une grande importance pour la recherche en santé et en réadaptation (Johnson, Greaves et Repta, 2009). Dans cette thèse, il aurait été intéressant de réaliser des analyses qualitatives spécifiques en fonction du genre, par exemple en comparant les tensions, les défis ou les difficultés vécus par les participants de genre féminin comparativement aux participants de genre masculin. On aurait aussi pu tenter de voir comment l'influence des politiques des commissions d'indemnisation et des milieux cliniques diffère dans la perspective des femmes et des hommes. Certains philosophes dans le domaine de l'éthique ont d'ailleurs mis en lumière l'importance de tenir compte des différences liées au genre dans les discours et dans l'analyse des problématiques éthiques (Drolet, 2014b; Gilligan,

2008). Ces analyses devraient donc faire l'objet de travaux subséquents à cette thèse, dans un futur rapproché, mais n'ont pu être réalisées ici.

Mettre sur pied des projets de recherche-action

La section portant sur les recommandations de recherches futures ne pourrait se terminer sans discuter de l'importance de créer de nouvelles recherches qui soient conçues dans un esprit de collaboration et de participation entre les différents acteurs concernés par la problématique des soins de physiothérapie offerts aux travailleurs blessés. À l'image des collaborations que nous aimerions voir dans la sphère clinique entre tous les acteurs qui ont comme mandat d'aider les travailleurs blessés à recouvrer leur fonction et leur qualité de vie, il serait important que les futures recherches tentent d'engager les acteurs clés du processus de soins de physiothérapie autour de problématiques de recherche qui les touchent et les motivent. Il a été démontré que les acteurs sont plus motivés à financer la recherche et à utiliser les résultats probants issus de projets scientifiques lorsqu'ils sont impliqués eux-mêmes dans le processus de recherche (Krause, Frank, Dasinger, Sullivan et Sinclair, 2001). Il serait donc important que les administrateurs et agents d'indemnisation des commissions d'indemnisation du travail, que les différents professionnels de la santé impliqués dans les soins de physiothérapie, que les employeurs et superviseurs en milieu de travail et que les travailleurs blessés eux-mêmes discutent de recherches potentielles à conduire dans le domaine de l'offre de soins de physiothérapie et s'engagent à les réaliser ensemble. Ces partenariats permettraient un meilleur alignement des questions de recherche avec les besoins de la pratique et les besoins décisionnels des divers acteurs impliqués. Ces recherches auraient ainsi plus de chances de mener à de réels changements sur le terrain (Krause et al., 2001).

Conclusion

Au Canada, les soins de physiothérapie pour les travailleurs blessés indemnisés par une commission d'indemnisation du travail sont principalement offerts par l'entremise de cliniques privées, impliquent de multiples acteurs aux intérêts parfois divergents et sont encadrés par de nombreuses politiques à l'échelle organisationnelle et systémique. Cette complexité dans l'offre de soins peut être à l'origine de tensions éthiques chez les physiothérapeutes et peut ultimement affecter la qualité des soins pour cette clientèle. Sachant que le processus de soins peut avoir une influence majeure sur la réadaptation et le retour au travail des patients, cette thèse visait donc à explorer et à mieux comprendre les expériences des physiothérapeutes qui prodiguent des soins aux travailleurs blessés et indemnisés par une commission d'indemnisation du travail, au pays. Afin de mieux saisir les similitudes et les disparités existant entre les différentes politiques provinciales et leur influence sur la pratique en physiothérapie, des physiothérapeutes de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec ont été interrogés.

Les groupes de discussion ainsi que les entrevues individuelles réalisées auprès de 53 participants dans le cadre de cette thèse ont permis de mettre au jour les dimensions éthiques, organisationnelles et systémiques du travail des physiothérapeutes offrant des soins aux travailleurs souffrant de blessures musculosquelettiques et étant supportés par une commission d'indemnisation du travail.

Bien que certaines études aient déjà démontré que les systèmes d'indemnisation peuvent être sources de difficultés pour les professionnels de la santé œuvrant auprès des travailleurs blessés, aucune étude n'avait à ce jour exploré de façon approfondie les tensions éthiques et l'influence des politiques macro et mésosystémiques sur la pratique des physiothérapeutes canadiens. Globalement, ces travaux de doctorat mettent en lumière la complexité inhérente au contexte de soins de physiothérapie pour les travailleurs blessés (ex. : exigences cliniques et administratives imposées par les organismes payeurs et les milieux de soins, interaction avec de multiples acteurs œuvrant au sein de nombreux systèmes) ainsi que les répercussions de cette complexité sur le travail des physiothérapeutes. La réalisation du projet au sein de trois

grandes provinces canadiennes constitue une force indéniable de ces travaux puisqu'elle permet à la fois d'apprécier les éléments communs liés à la pratique de la physiothérapie auprès des travailleurs blessés au Canada, et de comparer l'influence bénéfique ou néfaste de certaines politiques organisationnelles et systémiques en provenance des commissions d'indemnisation du travail provinciales et des milieux cliniques locaux.

La recension des écrits réalisée au début de ce projet (chapitre 2) a mis en lumière le manque d'études empiriques s'intéressant plus particulièrement aux enjeux éthiques rencontrés par les physiothérapeutes qui pratiquent dans le secteur privé. La prépondérance d'enjeux éthiques touchant les aspects économiques et d'affaires et la présence d'enjeux liés aux tiers payeurs ont également illustré l'influence du contexte de soin sur la survenue d'enjeux éthiques pour ces professionnels. Puisque la majorité des physiothérapeutes canadiens travaillent dans le secteur privé et que les travailleurs blessés y sont soignés dans une très grande proportion, il apparaît donc fort pertinent d'avoir réalisé une telle recension. Ces résultats appuient également la réalisation du volet empirique de la thèse et la nécessité de poursuivre les travaux qui s'intéressent à la pratique privée et aux tiers payeurs en physiothérapie.

Les résultats portant sur la dimension éthique des soins (chapitres 5 et 6) ont démontré que plusieurs défis associés aux soins des travailleurs blessés entrent en conflit avec les valeurs professionnelles des physiothérapeutes sur une base quotidienne. Ces défis limitent l'actualisation de trois valeurs chères aux yeux des participants que sont l'équité, la compétence et l'autonomie professionnelle. La reconnaissance formelle de ces défis spécifiques par les commissions d'indemnisation du travail, les organismes professionnels et les milieux cliniques en physiothérapie devrait ainsi contribuer à la mise sur pied de stratégies concrètes permettant d'améliorer le travail des physiothérapeutes. La compréhension plus détaillée de l'influence des politiques en vigueur sur l'organisation des soins de physiothérapie (chapitre 7) offre quant à elle un regard novateur sur la pratique de la profession dans la sphère de la réadaptation au travail au pays. De ce fait, les recommandations issues de ces travaux permettront d'orienter la révision de certaines politiques méso et macrosystémiques jugées problématiques par les participants.

Somme toute, les récits des expériences des physiothérapeutes œuvrant auprès des travailleurs blessés et supportés par une commission d'indemnisation du travail ont permis de dresser un portrait riche et vibrant des soins de physiothérapie offerts à cette clientèle. À la lumière des constats de ce projet doctoral, il apparaît fort important de développer de nouveaux projets de recherche permettant de poursuivre l'exploration de l'offre de soins de physiothérapie pour les travailleurs blessés, puisque ce domaine reste à ce jour peu étudié. Enfin, je souhaite que ces résultats contribuent à mettre sur pied de réels changements permettant de faciliter le travail des physiothérapeutes et d'améliorer les soins pour tous les travailleurs blessés indemnisés du pays.

Bibliographie

- Aguilar, A., Stupans, I., Scutter, S. et King, S. (2012). Exploring the professional values of Australian physiotherapists. *Physiotherapy Research International*.
- Amanda E Young. (2014). Return to work stakeholders' perspectives on work Disability. Dans Patrick Loisel & Johannes R. Anema (dir.), *Handbook of Work Disability*. New York: Springer.
- American Physical Therapy Association. (2009). Professionalism in physical therapy: core values. Repéré le 15 avril 2017 à <http://www.ptcas.org/Professionalism/>
- Anema, J., Schellart, A., Cassidy, J., Loisel, P., Veerman, T. et Van der Beek, A. (2009). Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 419-426.
- Anema, J., Van Der Giezen, A., Buijs, P. et 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.
- Association des commissions des accidents du travail du Canada. (2014). Indemnisation des accidents du travail 101. Repéré le 14 avril 2014 à http://awcbc.org/fr/?page_id=368
- Association of Workers' Compensation Boards of Canada. (2013a). 2015 Injury Statistics Across Canada. Repéré le 20 avril 2017 à http://awcbc.org/?page_id=14
- Association of Workers' Compensation Boards of Canada. (2013b). Benefits. Repéré le 15 avril 2017 à http://awcbc.org/?page_id=75
- Atlas, S. J., Wasiak, R., Van Den Ancker, M., Webster, B. et Pransky, G. (2004). Primary care involvement and outcomes of care in patients with a workers' compensation claim for back pain. *Spine*, 29(9), 1041-1048. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-200405010-00017>
- Azoulay, L., Ehrmann-Feldman, D., Truchon, M. et Rossignol, M. (2005). Effects of patient–clinician disagreement in occupational low back pain: a pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 27(14), 817-823.

- Baillie, L. et Matiti, M. (2013). Dignity, equality and diversity: an exploration of how discriminatory behaviour of healthcare workers affects patient dignity. *Diversity & Equality in Health and Care*.
- Baril, R., Clarke, J., Friesen, M., Stock, S. et Cole, D. (2003). Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Social Science & Medicine*, 57(11), 2101-2114.
- Beagan, B. et Ells, C. (2009). Values that matter, barriers that interfere: The struggle of Canadian nurses to enact their values. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, 41(1), 86-107.
- Beales, D., Mitchell, T., Pole, N. et Weir, J. (2016). Brief biopsychosocially informed education can improve insurance workers' back pain beliefs: Implications for improving claims management behaviours. *Work*, 55(3), 625-633.
- Beardwood, B. A., Kirsh, B. et Clark, N. J. (2005). Victims twice over: perceptions and experiences of injured workers. *Qualitative Health Research*, 15(1), 30-48.
- Beauchamp, T. L. et Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. (7^e éd.). New York, NY: Oxford University Press.
- Bell, J. et Breslin, J. M. (2008). Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 10(4), 94-97.
- Biernacki, P. et Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research*, 10(2), 141-163.
- Birks, M., Chapman, Y. et Francis, K. (2008). Memoing in qualitative research: Probing data and processes. *Journal of Research in Nursing*, 13(1), 68-75.
- Braveman, P. et Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), 254-258.
- Brosig-K, J., Hennig, H., Kairies, N. et Wiesen, D. (2013). How to improve patient care? An analysis of capitation, fee-for-service, and mixed payment schemes for physicians. Bochum, Dortmund, Duisburg, Essen, Germany.
- Buetow, S. A. et Roland, M. (1999). Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in Health Care*, 8(3), 184-190.

- Bushby, K., Chan, J., Druif, S., Ho, K. et Kinsella, E. A. (2015). Ethical tensions in occupational therapy practice: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(4), 212-221. doi: doi:10.1177/0308022614564770
- Camiré, V. (2010). Groupe de travail chargé de faire des recommandations concernant le régime québécois de santé et de sécurité du travail (p. 154).
- Canadian Institute for Health Information. (2015, February 27, 2017). Physiotherapists 2015. Repéré à <http://www.cihi.ca>.
- Canadian Physiotherapy Association. (2012). Description of Physiotherapy in Canada (p. 15). Ottawa, Ontario.
- Canadian Physiotherapy Association (2013). *Canadian Physiotherapy Association Code of Ethics Revision: 2013*.
- Canadian Physiotherapy Association. (2017). CPA Code of Ethics. Repéré le 30 mars 2017 à <https://physiotherapy.ca/cpa-code-ethics>
- Carnevale, F. A. (2002). Authentic qualitative research and the quest for methodological rigour. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 34(2).
- Carpenter, C. (2010). Moral distress in physical therapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(2), 69-78.
- Carpenter, C. et Richardson, B. (2008). Ethics knowledge in physical therapy: a narrative review of the literature since 2000. *Physical Therapy Reviews*, 13(5), 366-374.
- Carpenter, C. et Suto, M. (2008). *Qualitative research for occupational and physical therapists: A practical guide*. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- CCPUP et CPA. (2009). Entry-to-Practice Physiotherapy Curriculum: Content Guidelines for Canadian Physiotherapy Programs (p. 70).
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative research*. London: Sage Publications Ltd.
- Cohen, J. S. et Erickson, J. M. (2006). Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(6), 775.
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé: une régulation orientée par la performance. *Santé publique*, 20(2), 191-199.
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N. et Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures*, 8(2), 38-52.

- Corley, M. C., Elswick, R. K., Gorman, M. et Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-256.
- Costa-Black, K. M., Feuerstein, M. et Loisel, P. (2013). Work disability models: past and present. *Handbook of Work Disability* (p. 71-93). New York: Springer.
- Cote, P., Clarke, J., Deguire, S., Frank, J. W. et Yassi, A. (2001). Chiropractors and return-to-work: The experiences of three Canadian focus groups. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 24(5), 309-316. doi: <http://dx.doi.org/10.1067/mmt.2001.115267>
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Incorporated.
- Daniels, N. (2001). Justice, health, and healthcare. *American Journal of Bioethics*, 1(2), 2-16.
- Daniels, N. et Sabin, J. (1997). Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy & Public Affairs*, 26(4), 303-350.
- Dawson, A. et Sim, J. (2012). Physical therapy and a public health ethics perspective. *Physical Therapy Reviews*, 17(3), 143-148.
- Deom, M., Agoritsas, T., Bovier, P. A. et Perneger, T. V. (2010). What doctors think about the impact of managed care tools on quality of care, costs, autonomy, and relations with patients. *BMC Health Services Research*, 10(1), 331.
- Devlin, R. A. et Sarma, S. (2008). Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *Journal of Health Economics*, 27(5), 1168-1181.
- Dharamsi, S., Pratt, D. D. et MacEntee, M. I. (2007). How dentists account for social responsibility: economic imperatives and professional obligations. *Journal of Dental Education*, 71(12), 1583-1592.
- Dionne, C. E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S. R. et Laperrière, È. (2013). Obstacles to and facilitators of return to work after work-disabling back pain: The workers' perspective. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(2), 280-289.
- Drolet, M.-J. (2014a). The axiological ontology of occupational therapy: A philosophical analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 2-10.
- Drolet, M.-J. (2014b). *De l'éthique à l'ergothérapie. La philosophie au service de la pratique ergothérapeutique. 2e édition* Québec (Québec): Presses de l'Université du Québec.

- Drolet, M.-J. et Désormeaux-Moreau, M. (2016). The values of occupational therapy: Perceptions of occupational therapists in Quebec. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 272-285 .
- Drolet, M.-J. et Goulet, M. (sous presse). Les barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs professionnelles : perceptions d'ergothérapeutes du Québec. *Recueil annuel belge francophone d'ergothérapie*.
- Drolet, M.-J. et Maclure, J. (2016). Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie: perceptions d'ergothérapeutes. *Approches inductives: Travail intellectuel et construction des connaissances*, 3(2), 166-196.
- Dummett, C. (1987). *Ethical issues in dentistry*. New York.
- Durand, M. J. et Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 3(2), 1-14.
- Edwards, I., Delany, C. M., Townsend, A. F. et Swisher, L. L. (2011). New perspectives on the theory of justice: implications for physical therapy ethics and clinical practice. *Physical Therapy*, 91(11), 1642-1652.
- Ehrmann-Feldman, D., Rossignol, M., Abenhaim, L. et Gobeille, D. (1996). Physician referral to physical therapy in a cohort of workers compensated for low back pain. *Physical Therapy*, 76(2), 150-156.
- Emery, M. (1993). The impact of the prospective payment system: perceived changes in the nature of practice and clinical education. *Physical Therapy*, 73(1), 18-29.
- Énoncé de politique des trois Conseils. (2010). Éthique de la recherche avec des êtres humains.
- Feuerstein, M. (1996). Does the workers' compensation system think multidimensionally? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 6(1), 1-3.
- Finch, E., Geddes, E. L. et Larin, H. (2005). Ethically-based clinical decision-making in physical therapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 21(3), 147-162.
- Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531-545.
- Førde, R. et Aasland, O. (2008). Moral distress among Norwegian doctors. *Journal of Medical Ethics*, 34(7), 521-525.

- Fossey, E., Harvey, C., McDermott, F. et Davidson, L. (2002). Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 717-732.
- Foster, C. et Sayers, J. (2012). Exploring physiotherapists' emotion work in private practice. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 40(1), 17-23.
- Foster, N. E. et Delitto, A. (2011). Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice—challenges and opportunities. *Physical Therapy*, 91(5), 790-803.
- Franché, R.-L., Severin, C. N., Lee, H., Hogg-Johnson, S., Hepburn, C. G., Vidmar, M. et MacEachen, E. (2009). Perceived justice of compensation process for return-to-work: Development and validation of a scale. *Psychological Injury and Law*, 2(3-4), 225-237.
- Franché, R. L., Baril, R., Shaw, W., 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.
- Friesen, M. N., Yassi, A. et Cooper, J. (2001). Return-to-work: The importance of human interactions and organizational structures. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 17(1), 11-22.
- Geddes, E. L., Finch, E. et Graham, K. (2005). Ethical choices: A moral and legal template for health care practice. *Physiotherapy Canada*, 57(2), 113-120.
- Geddes, E. L., Wessel, J. et Williams, R. M. (2004). Ethical issues identified by physical therapy students during clinical placements. *Physiotherapy Theory and Practice*, 20(1), 17-29.
- Gilligan, C. (2008). Une voix différente. Pour une éthique du care. Paris, Flammarion (trad. Annick Kwiatek).
- Giuffrida, A., Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I., Sergison, M., Leese, B., . . . Sutton, M. (1999). Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4).
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter.

- Goddard, M. et Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, 53(9), 1149-1162.
- Gouin, M.-M. (2015). Prise de décisions en contexte de réadaptation au travail: un processus concerté?
- Green, J. et Thorogood, N. (2013). *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage Publications Ltd.
- Greenfield, B. H., Anderson, A., Cox, B. et Tanner, M. C. (2008). Meaning of caring to 7 novice physical therapists during their first year of clinical practice. *Physical Therapy*, 88(10), 1154-1166.
- Gross, D. P. et Lowe, A. (2009). Evaluation of a knowledge translation initiative for physical therapists treating patients with work disability. *Disability and Rehabilitation*, 31(11), 871-879.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications, Incorporated.
- Guccione, A. A. (1980). Ethical issues in physical therapy practice A survey of physical therapists in New England. *Physical Therapy*, 60(10), 1264-1272.
- Guillemin, M. et Gillam, L. (2004). Ethics, reflexivity, and “ethically important moments” in research. *Qualitative Inquiry*, 10(2), 261-280.
- Hall, A., Richmond, H., Copsey, B., Hansen, Z., Williamson, E., Jones, G., . . . Lamb, S. (2016). Physiotherapist-delivered cognitive-behavioural interventions are effective for low back pain, but can they be replicated in clinical practice? A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 1-9.
- Hammond, R., Cross, V. et Moore, A. (2016). The construction of professional identity by physiotherapists: a qualitative study. *Physiotherapy*, 102(1), 71-77.
- Hancock, B. (1998). *An introduction to qualitative research*. Trent Focus Group.
- Hennink, M. M. (2008). Language and communication in cross-cultural qualitative research. *Doing cross-cultural research*, 21-33.
- Horsburgh, D. (2003). Evaluation of qualitative research. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 307-312.
- Hudon, A. (2014). L’auto-référencement en physiothérapie: la mise de l’avant d’une culture éthique pour encadrer la pratique organisationnelle. *BioéthiqueOnline* 3(12).

- Hunt, M. R., Chan, L. S. et Mehta, A. (2011). Transitioning from clinical to qualitative research interviewing. *International Journal of Qualitative Methods*, 10(3), 191-201.
- Insurance Bureau of Canada. (2017). Insurance 101: Public versus private auto insurance. Repéré le 10 avril 2017 à <http://www.ibc.ca/bc/insurance-101/public-versus-private-auto-insurance>
- International Collaborative for Communication in Healthcare. (2011-2013). International Charter for Human Values in Healthcare. Repéré à http://charterforhealthcarevalues.org/?page_id=1579
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Prentice Hall.
- Jecker, N. S. (2008). A broader view of justice. *The American Journal of Bioethics*, 8(10), 2-10.
- Jensen, G. M. et Greenfield, B. (2012). Ethics education: developing habits of mind through the use of pedagogical content knowledge. *Physical Therapy Reviews*, 17(3), 149-156.
- Johnson, J. L., Greaves, L. et Repta, R. (2009). Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *International Journal for Equity in Health*, 8(1), 14.
- Johnson, R. (1993). Attitudes Don't Just Hang in the Air...': Disabled People's Perceptions of Physiotherapists. *Physiotherapy*, 79(9), 619-627.
- Johnston, V., Nielsen, M., Corbière, M. et Franche, R.-L. (2012). Experiences and perspectives of physical therapists managing patients covered by workers' compensation in Queensland, Australia. *Physical Therapy*, 92(10), 1306-1315.
- Källemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P. et Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, 58(6), 1075-1084.
- Kilgour, E., Kosny, A., Akkermans, A. et Collie, A. (2015). Procedural justice and the use of independent medical evaluations in workers' compensation. *Psychological Injury and Law*, 8(2), 153-168.
- Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D. et Collie, A. (2014). Healing or Harming? Healthcare Provider Interactions with Injured Workers and Insurers in Workers' Compensation Systems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-20. doi: 10.1007/s10926-014-9521-x

- Kinsella, E. A., Park, A. J.-S., Appiagyei, J., Chang, E. et Chow, D. (2008). Through the eyes of students: Ethical tensions in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 176-183.
- Kinsella, E. A., Phelan, S. K., Lala, A. P. et Mom, V. (2014). An investigation of students' perceptions of ethical practice: engaging a reflective dialogue about ethics education in the health professions. *Advances in Health Sciences Education*, 1-21.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: introducing focus groups. *BMJ*, 311(7000), 299-302.
- Koch, T. et Harrington, A. (1998). Reconceptualizing rigour: the case for reflexivity. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 882-890.
- Kornblau, B. L. et Burkhardt, A. (2012). *Ethics in rehabilitation: a clinical perspective*. Thorofare, New Jersey: Slack Incorporated.
- Kosny, A., Lifshen, M., Tonima, S., Yanar, B., Russell, E., MacEachen, E., . . . Cooper, J. (2016a). The role of health-care providers in the workers' compensation system and return-to-work process: Final report. Toronto (Ontario).
- Kosny, A., Lifshen, M., Tonima, S., Yanar, B., Russell, E., MacEachen, E., . . . Cooper, J. (2016b). The role of health-care providers in the workers' compensation system and return-to-work process: Final report. Toronto, Ontario: Institute of Work & Health.
- Kosny, A., MacEachen, E., Ferrier, S. et Chambers, L. (2011). The role of health care providers in long term and complicated workers' compensation claims. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(4), 582-590.
- Krause, N., Frank, J. W., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J. et Sinclair, S. J. (2001). Determinants of duration of disability and return - to - work after work - related injury and illness: challenges for future research. *American Journal of Industrial Medicine*, 40(4), 464-484.
- Krueger, R. A. et Casey, M. A. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Pine Forge Press.
- Kulju, K., Suhonen, R. et Leino-Kilpi, H. (2013). Ethical problems and moral sensitivity in physiotherapy: A descriptive study. *Nursing Ethics*.

- Laliberté, M. et Hudon, A. (2014). La difficile interaction entre les physiothérapeutes et les agents payeurs québécois: une analyse éthique médiatique. *Éthique & Santé*, 11(2), 91-99.
- Laliberté, M., Mazer, B., Orozco, T., Chilingaryan, G., Williams-Jones, B., Hunt, M. et Feldman, D. E. (2017). Low back pain: An investigation of biases in outpatient Canadian physical therapy. *Physical Therapy*.
- Landry, M. D., Verrier, M. C., Williams, A. P., Zakus, D. et Deber, R. B. (2009). Strategic responses to fiscal constraints: a health policy analysis of hospital-based ambulatory physical therapy services in the Greater Toronto Area (GTA). *Physiotherapy Canada*, 61(4), 221-230.
- Le Grand, J. (1987). Equity, health, and health care. *Social Justice Research*, 1(3), 257-274.
- Lehoux, P. (2013). *Introduction à la recherche qualitative. Séance 12: Rigueur*. Document inédit.
- Lemstra, M. et Olszynski, W. (2003). The effectiveness of standard care, early intervention, and occupational management in worker's compensation claims. *Spine*, 28(3), 299.
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A. et Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 97-128.
- Lippel, K. (2007). Workers describe the effect of the workers' compensation process on their health: a Quebec study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 427-443.
- Lippel, K. (2012). Preserving workers' dignity in workers' compensation systems: An international perspective. *American Journal of Industrial Medicine*, 55(6), 519-536.
- Lippel, K., Eakin, J. M., Holness, D. L. et Howse, D. (2016). The structure and process of workers' compensation systems and the role of doctors: A comparison of Ontario and Québec. *American Journal of Industrial Medicine*.
- Lippel, K. et Lötters, F. J. (2013). Public insurance system: A comparison of caused-based and disability-based income support systems. Dans P. Loisel & J. R. Anema (dir.), *Handbook of Work Disability*. New York: Springer.
- Loi canadienne sur la santé
- Loisel, P. et Anema, J. R. (dir.). (2013). *Handbook of Work Disability*. New York: Springer.

- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., Van Tulder, M. et Webster, B. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507-524. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-005-8031-2>
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., . . . Tremblay, C. (2001). Disability prevention: New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- London, L. (2005). Dual loyalties and the ethical and human rights obligations of occupational health professionals. *American Journal of Industrial Medicine*, 47(4), 322-332.
- London, L., Rubenstein, L. S., Baldwin-Ragaven, L. et Van Es, A. (2006). Dual loyalty among military health professionals: human rights and ethics in times of armed conflict. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 15(4), 381-391.
- Macbeth, D. (2001). On “reflexivity” in qualitative research: Two readings, and a third. *Qualitative Inquiry*, 7(1), 35-68.
- MacEachen, E. (2014). Understanding Work Disability Systems and Intervening Upstream. Dans P. Loisel & J. R. Anema (dir.), *Handbook of Work Disability*. New York: Springer.
- MacEachen, E., Ferrier, S., Kosny, A. et Chambers, L. (2007). A deliberation on hurt versus harm logic in early-return-to-work policy. *Policy and Practice in Health and Safety*, 5(2), 41-62.
- MacEachen, E., Kosny, A., Ferrier, S. et Chambers, L. (2010). The “toxic dose” of system problems: why some injured workers don’t return to work as expected. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 349-366.
- Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13(6), 522-526.
- Martimo, K.-P., Antti-Poika, M., Leino, T. et Rossi, K. (1998). Ethical issues among Finnish occupational physicians and nurses. *Occupational Medicine*, 48(6), 375-380.
- Masella, R. S. (2007). Renewing professionalism in dental education: overcoming the market environment. *Journal of Dental Education*, 71(2), 205-216.
- Mays, N. et Pope, C. (2000). Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7226), 50.

- McGinnis, P. Q., Guenther, L. A. et Wainwright, S. F. (2016). Development and integration of professional core values among practicing clinicians. *Physical Therapy*, 96(9), 1417.
- McNair, R., Taft, A. et Hegarty, K. (2008). Using reflexivity to enhance in-depth interviewing skills for the clinician researcher. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 73.
- Merriam-Webster, I. (2017). Definition of ethos. Repéré le 22 avril 2017 à <https://www.merriam-webster.com/dictionary/ethos>
- Miller, J. H. (2004). Third-party funding and counselling in New Zealand: Implications for counselling services and professional autonomy. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26(3), 285-299.
- Mitchell, J. M. (2008). Do financial incentives linked to ownership of specialty hospitals affect physicians' practice patterns? *Medical Care*, 46(7), 732-737.
- Mitchell, J. M. et Scott, E. (1992). Physician ownership of physical therapy services. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 268(15), 2055-2059.
- Morin Chabane, S. (2017). *Rehabilitation professionals' attitudes and beliefs towards chronic pain: a scoping review, consultation and survey*. (Université de Montréal, Canada).
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K. et Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2).
- Murray, T. H. (1986). Divided loyalties for physicians: social context and moral problems. *Social Science & Medicine*, 23(8), 827-832.
- Nussbaum, M. C. (2007). *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*. Cambridge, MA: Belknap (Harvard University Press).
- Observatoire des services professionnels. (2016). Physiothérapie et coûts d'évitement pour les accidentés du travail (p. 42): Fédération des cliniques privées de physiothérapie du Québec.
- Oliver, A. et Mossialos, E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(8), 655-658.
- Opacich, K. J. (1997). Moral tensions and obligations of occupational therapy practitioners providing home care. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(6), 430-435.

- Ordre Professionnel de la Physiothérapie du Québec. (2013). Qu'est-ce que la physiothérapie ? Repéré le 20 novembre 2013 à <http://oppq.qc.ca/grand-public/definitions-et-presentation/>
- Orozco, T., Feldman, D. E., Mazer, B., Chilingaryan, G., Hunt, M., Williams-Jones, B. et Laliberté, M. (2017). Low back pain: current patterns of canadian physiotherapy service delivery. *Physiotherapy Canada*, 69(1), 49-56.
- Paterson, B. L. (1994). A framework to identify reactivity in qualitative research. *Western Journal of Nursing Research*, 16(3), 301-316.
- Pergola, T., Salazar, M., Graham, K. et Brines, J. (1999). Case management services for injured workers. Providers' perspectives. *AAOHN journal: official journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 47(9), 397.
- Pincus, T., Woodcock, A. et Vogel, S. (2010). Returning back pain patients to work: how private musculoskeletal practitioners outside the National Health Service perceive their role (an interview study). *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 322-330.
- Poitras, S., Blais, R., Swaine, B. et Rossignol, M. (2005). Management of work-related low back pain: a population-based survey of physical therapists. *Physical Therapy*, 85(11), 1168.
- Poitras, S., Blais, R., Swaine, B. et Rossignol, M. (2007). Practice patterns of physiotherapists in the treatment of work - related back pain. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(3), 412-421.
- Pomey, M., Denis, J. et Contandriopoulos, A. (2008). Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé. *Pratiques et organisation des soins*, 39(3), 183-194.
- Pope, C. et Mays, N. (2008). *Qualitative research in health care*. John Wiley & Sons.
- Praestegaard, J. et Gard, G. (2013). Ethical issues in physiotherapy—Reflected from the perspective of physiotherapists in private practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(2), 96-112.
- Praestegaard, J., Gard, G. et Glasdam, S. (2015). Physiotherapy as a disciplinary institution in modern society—a Foucauldian perspective on physiotherapy in Danish private practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(1), 17-28.

- Pransky, G., Katz, J., Benjamin, K. et Himmelstein, J. (2002). Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disability and Rehabilitation*, 24(16), 867-874.
- Provencher, M. (2008). *Petit cours d'éthique et politique*. Montréal Chenelière Education.
- Purtilo, R. B. (1982). Justice in the distribution of health care resources the position of physical therapists in the United States and Sweden. *Physical Therapy*, 62(1), 46-50.
- Purtilo, R. B. (1988). Saying "no" to patients for cost-related reasons alternatives for the physical therapist. *Physical Therapy*, 68(8), 1243-1247.
- Purtilo, R. B. et Doherty, R. F. (2011). *Ethical dimensions in the health professions*. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Rawls, J. (1999). *A theory of justice: Revised edition*. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Relman, A. S. (2007). Medical professionalism in a commercialized health care market. *JAMA*, 298(22), 2668-2670.
- Riendeau, C., Parent-Houle, V., Lebel-Gabriel, M. E., Gauvin, P., Liu, L. Y., Pearson, I. et Hunt, M. R. (2015). An investigation of how university sports team athletic therapists and physical therapists experience ethical issues. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 45(3), 198-206.
- Roberts-Yates, C. (2003). The concerns and issues of injured workers in relation to claims/injury management and rehabilitation: The need for new operational frameworks. *Disability and Rehabilitation*, 25(16), 898-907. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/0963828031000122203>
- Rodwin, M. A. (1995). *Medicine, money, and morals: physicians' conflicts of interest*. Oxford University Press.
- Romanello, M. et Knight-Abowitz, K. (2000). The "ethic of care" in physical therapy practice and education: challenges and opportunities. *Journal of Physical Therapy Education*, 14(3), 20-25.
- Rosenstock, L. et Hagopian, A. (1987). Ethical dilemmas in providing health care to workers. *Annals of Internal Medicine*, 107(4), 575-580.

- Ross, E. F. et Haidet, P. (2011). Attitudes of physical therapy students toward patient-centered care, before and after a course in psychosocial aspects of care. *Patient Educ Couns*, 85(3), 529-532. doi: 10.1016/j.pec.2011.01.034
- Rudolph, L., Dervin, K., Cheadle, A., Maizlish, N. et Wickizer, T. (2002). What do injured workers think about their medical care and outcomes after work injury? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44(5), 425-434.
- Russell, G., Brown, J. B. et Stewart, M. (2005). Managing injured workers: family physicians' experiences. *Canadian Family Physician Médecin de famille canadien*, 51, 78-79.
- Sager, L. et James, C. (2005). Injured workers' perspectives of their rehabilitation process under the New South Wales workers compensation system. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(2), 127-135.
- Saint-Arnaud, J. (2008). *L'éthique de la santé: guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal, Canada: G. Morin éditeur.
- Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis: The problem of rigor in qualitative research revisited. *Advances in Nursing Science*, 16(2), 1-8.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183.
- Sanders, T., Foster, N. E., Bishop, A. et Ong, B. N. (2013). Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC musculoskeletal disorders*, 14(1), 65.
- Sandstrom, R. W. (2007). The meanings of autonomy for physical therapy. *Physical Therapy*, 87(1), 98-106.
- Santé Canada. (2015). Loi canadienne sur la santé: Rapport annuel 2014-2015 (p. 182). Ottawa, Ontario.
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Les actes*, 99.
- Schlesinger, M., Dorwart, R. A. et Epstein, S. S. (1996). Managed care constraints on psychiatrists' hospital practices: bargaining power and professional autonomy. *The American Journal of Psychiatry*, 153(2), 256.
- Schonstein, E., Kenny, D. T. et Maher, C. G. (2002). WorkCover's physiotherapy forms: Purpose beyond paperwork? *Australian Journal of Physiotherapy*, 48(3), 221-225.

- Scitovsky, A. A. et Capron, A. M. (1986). Medical care at the end of life: the interaction of economics and ethics. *Annual Review of Public Health*, 7(1), 59-75.
- Scott, R. W. et Scott, R. (1998). *Professional ethics: A guide for rehabilitation professionals*. St. Louis, Missouri: Mosby.
- Sears, J. M., Wickizer, T. M., Franklin, G. M., Cheadle, A. D. et Berkowitz, B. (2007). Nurse practitioners as attending providers for workers with uncomplicated back injuries: Using administrative data to evaluate quality and process of care. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(8), 900-908.
- Seing, I., MacEachen, E., Ekberg, K. et Ståhl, C. (2015). Return to work or job transition? Employer dilemmas in taking social responsibility for return to work in local workplace practice. *Disability and Rehabilitation*, 37(19), 1760-1769.
- Seing, I., Ståhl, C., Nordenfelt, L., Bülow, P. et Ekberg, K. (2012). Policy and practice of work ability: A negotiation of responsibility in organizing return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4), 553-564.
- Sen, A. (1992). *Inequality reexamined*. Oxford University Press.
- Setchell, J., Gard, M., Jones, L. et Watson, B. (2017). Addressing weight stigma in physiotherapy: Development of a theory-driven approach to (re) thinking weight-related interactions. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1-14.
- Setchell, J., Watson, B., Jones, L. et Gard, M. (2015). Weight stigma in physiotherapy practice: patient perceptions of interactions with physiotherapists. *Manual Therapy*, 20(6), 835-841.
- Silverman, H. J. (2000). Organizational ethics in healthcare organizations: Proactively managing the ethical climate to ensure organizational integrity. *HEC Forum*, 12(3), 202-215.
- Singla, M., Jones, M., Edwards, I. et Kumar, S. (2015). Physiotherapists' assessment of patients' psychosocial status: are we standing on thin ice? A qualitative descriptive study. *Manual Therapy*, 20(2), 328-334.
- Slade, S. C., Molloy, E. et Keating, J. L. (2009). Stigma experienced by people with nonspecific chronic low back pain: a qualitative study. *Pain Medicine*, 10(1), 143-154.

- Soklaridis, S., Ammendolia, C. et Cassidy, D. (2010). Looking upstream to understand low back pain and return to work: psychosocial factors as the product of system issues. *Social Science & Medicine*, 71(9), 1557-1566.
- Soklaridis, S., Tang, G., Cartmill, C., Cassidy, J. D. et Andersen, J. (2011). "Can you go back to work?" Family physicians' experiences with assessing patients' functional ability to return to work. *Canadian Family Physician*, 57(2), 202-209.
- Spencer, L., Ritchie, J., Lewis, J. et Dillon, L. (2003). *Quality in qualitative evaluation: A framework for assessing research evidence*. Government Chief Social Researcher's Office, Cabinet Office.
- Ståhl, C., MacEachen, E. et Lippel, K. (2013). Ethical perspectives in work disability prevention and return to work: Toward a common vocabulary for analyzing stakeholders' actions and interactions. *Journal of Business Ethics*, 1-14.
- Ståhl, C., Müssener, U. et Svensson, T. (2012). Implementation of standardized time limits in sickness insurance and return-to-work: experiences of four actors. *Disability and Rehabilitation*, 34(16), 1404-1411.
- Starfield, B., Shi, L. et Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.
- Stiller, C. (2000). Exploring the ethos of the physical therapy profession in the United States: Social, cultural, and historical influences and their relationship to education. *Journal of Physical Therapy Education*, 14(3), 7.
- Sullivan, M. J. et Adams, H. (2010). Psychosocial treatment techniques to augment the impact of physiotherapy interventions for low back pain. *Physiotherapy Canada*, 62(3), 180-189.
- Sullivan, M. J., Feuerstein, M., Gatchel, R., Linton, S. J. et Pransky, G. (2005). Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 475-489.
- Sullivan, W. M. (1999). What is left of professionalism after managed care? *Hastings Center Report*, 29(2), 7-13.
- Sulmasy, D. P., Bloche, M. G., Mitchell, J. M. et Hadley, J. (2000). Physicians' ethical beliefs about cost-control arrangements. *Archives of Internal Medicine*, 160(5), 649-657.

- Swisher, L. (2002). A retrospective analysis of ethics knowledge in physical therapy (1970–2000). *Physical Therapy*, 82(7), 692-706.
- Swisher, L. L. et Page, C. G. (2005). *Professionalism in physical therapy: History, practice, & development*. Elsevier Health Sciences.
- Tamin, J. (2013). Models of occupational medicine practice: an approach to understanding moral conflict in “dual obligation” doctors. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(3), 499-506.
- Thorne, S. (2008). *Interpretive Description*. Walnut Creek, California: Left Coast Press.
- Thorne, S. (2016). *Interpretive Description: Qualitative research for applied practice*. Walnut Creek, California: Left Coast Press.
- Thorne, S., Kirkham, S. R. et O’Flynn-Magee, K. (2004). The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), 1-11.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.
- Triezenberg, H. L. (1996). The identification of ethical issues in physical therapy practice. *Physical Therapy*, 76(10), 1097-1107.
- Tuckett, A. G. (2005). Part II. rigour in qualitative research: complexities and solutions. *Nurse Researcher*, 13(1), 29.
- Varcoe, C., Doane, G., Pauly, B., Rodney, P., Storch, J. L., Mahoney, K., . . . Starzomski, R. (2004). Ethical practice in nursing: working the in - between. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 316-325.
- Vermeltfoort, K., Staruszkiewicz, A., Anselm, K., Badnjevic, A., Burton, K., Switzer-McIntyre, S., . . . Balogh, R. (2014). Attitudes toward adults with intellectual disability: a survey of Ontario occupational and physical therapy students. *Physiotherapy Canada*, 66(2), 133-140.
- Walsh, D. C. (1986). Divided loyalties in medicine: the ambivalence of occupational medical practice. *Social Science & Medicine*, 23(8), 789-796.
- Wasiak, R. et McNeely, E. (2006). Utilization and costs of chiropractic care for work-related low back injuries: Do payment policies make a difference? *The Spine Journal*, 6(2), 146-153.

- Watkins, C. et Waterfield, J. (2010). An exploration of physiotherapy students' perceptions of older adult rehabilitation. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 28(3), 271-279.
- Weis, D. et Schank, M. J. (2002). Professional values: key to professional development. *Journal of Professional Nursing*, 18(5), 271-275.
- Welch, C. et Piekkari, R. (2006). Crossing language boundaries: Qualitative interviewing in international business. *Management International Review*, 46(4), 417-437.
- Westerholm, P. (2007). Professional Ethics in Occupational Health-Western European Perspectivesa. *Industrial Health*, 45(1), 19-25.
- Whiteside, H. (2009). Canada's health care "crisis": Accumulation by dispossession and the neoliberal fix. *Studies in Political Economy*, 84(1), 79-100.
- Wickizer, T. M., Franklin, G., Plaeger, R. et Mootz, R. D. (2001). Improving the quality of workers' compensation health care delivery: the Washington State occupational health services project. *Milbank Quarterly*, 79(1), 5-33.
- Wilkinson, J. M. (1987). Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*, 23(1), 16-29.
- WorkSafe BC. 2015 Annual Report and 2016–2018 Service Plan (p. 139).
- World Confederation for Physical Therapy. (2017). WCPT ethical principles. Repéré le 10 janvier 2017 à <http://www.wcpt.org/ethical-principles>
- Wranik, D. W. et Durier-Copp, M. (2010). Physician remuneration methods for family physicians in Canada: expected outcomes and lessons learned. *Health Care Analysis*, 18(1), 35-59.
- WSIB. (2015). By the numbers: 2015 WSIB Statistical Report. Repéré le 5 novembre 2016 à <http://www.wsibstatistics.ca/en/s1benefit-payment/s1health-care-payments/>
- Young, A. E., Wasiak, R., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Anema, J. et Van Poppel, M. N. (2005). Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 543-556.
- Zinn, W. et Furutani, N. (1996). Physician perspectives on the ethical aspects of disability determination. *Journal of General Internal Medicine*, 11(9), 525-532.

Annexes

Annexe 1 : Mots-clés utilisés pour la recherche documentaire (article 1)

Ethics and professionalism	Physiotherapy and rehabilitation	Private practice sector
1. ethic*	15. physical therap*	24. private sector
2. bioethic*	16. physiotherap*	25. private practice
3. medical ethics	17. physical therapy service	26. management
4. ethical theory	18. rehab*	27. private practice
5. code of ethics	19. physical therapy practice	28. privat* outpatient treatment
6. decision-making	20. allied health professions	
7. ethical analysis	21. allied health personnel	29. solo practice
8. conflict of interest	22. physiotherapy evidence database	30. public-private partnership
9. role conflict, moral*		
10. deontology	23. 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22	31. 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29
11. beneficence		
12. professional*		
13. competence		
14. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13		

Annexe 2 : Certificat d'éthique

Comité d'éthique de la recherche
des établissements du CRIR



Montréal, le 6 mars 2013

Madame Debbie Feldman, Ph.D.
Professeure titulaire
École de réadaptation
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

- o Centre de réadaptation
Constance-Lethbridge
- o Centre de réadaptation
Lucie-Bruneau
- o Hôpital juif de réadaptation
- o Institut de réadaptation
Gingras-Lindsay-de-Montréal
- o Institut Nazareth
et Louis-Braille
- o Institut Raymond-Dewar

Objet : Émission de votre certificat d'éthique
Notre dossier : CRIR-794-0113

Partenaires

- o Centre de réadaptation en
déficience physique Le Bouclier
- o Centre de réadaptation Estrie
- o Centre de réadaptation
MAB-Mackay

Madame Feldman,

Veuillez trouver, ci-joint, une copie du certificat d'éthique qui a été décerné pour votre projet de recherche intitulé « **Perceptions des physiothérapeutes et des partenaires en santé sur l'implication des agents payeurs dans les soins de réadaptation musculo-squelettique: exploration pancanadienne des enjeux éthiques et conflits d'intérêts** ».

Ce certificat est valable pour un an. Le CÉR demande à être informé de toute modification qui pourrait être apportée au projet de recherche mentionné ci-dessus (Formulaire M).

Veuillez recevoir, Madame Feldman, mes cordiales salutations.


Me Anik Nolet
Coordonnatrice à l'éthique de la recherche
des établissements du CRIR
☎ (514) 527-4527, poste 2649
✉ anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca

AN/cl

Pièces jointes : certificat d'éthique et copie des documents approuvés

Certificat d'éthique

Par la présente, le comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR (CÉR) atteste qu'il a évalué, lors de sa réunion du 6 février 2013, le projet de recherche CRIR-794-0113 intitulé:

« Perceptions des physiothérapeutes et des partenaires en santé sur l'implication des agents payeurs dans les soins de réadaptation musculo-squelettique: exploration pancanadienne des enjeux éthiques et conflits d'intérêts ».

Présenté par: **Debbie Feldman, Ph.D.**
Matthew Hunt, Ph.D.
Bryn Williams-Jones, Ph.D.
Barbara Mazer, Ph.D.
Anne Hudon, étudiante
Maude Laliberté, étudiante

Le présent projet répond aux exigences éthiques de notre CÉR. Le Comité autorise donc sa mise en œuvre sur la foi des documents suivants :

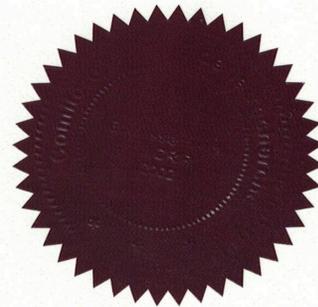
- Lettre d'introduction datée du 8 janvier 2013;
- Formulaire A daté du 1^{er} janvier 2013;
- Évaluation scientifique du projet de recherche effectuée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC);
- Preuve d'octroi d'une subvention de 246 574 \$ des IRSC;
- Budget;
- Protocole de recherche;
- Formulaire d'information et de consentement pour les groupes de discussions (versions anglaise et française du 6 mars 2013);
- Formulaire d'information et de consentement pour les entrevues (versions anglaise et française du 6 mars 2013);
- Courriel qui sera envoyé aux participants choisis pour prendre part au « focus group » (versions anglaise et française du 6 mars 2013);
- Courriel qui sera envoyé aux professionnels de la physiothérapie et autres participants visés par l'étude (versions anglaise et française du 6 mars 2013);
- Document intitulé « Principaux thèmes abordés lors du premier focus group et des entrevues avec les participants »;
- Courriel réponse 'Anne Hudon daté du 5 mars 2013.

Ce certificat est valable pour un an. En acceptant le présent certificat d'éthique, le chercheur s'engage à :

1. Informer, dès que possible, le CÉR de tout changement qui pourrait être apporté à la présente recherche ou aux documents qui en découlent (Formulaire M) ;
2. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout incident ou accident lié à la procédure du projet ;
3. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, ou encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet ;
4. Notifier, dès que possible, le CÉR de toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme de subvention ou de réglementation ;
5. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet ainsi que la décision du CÉR ;
6. Notifier, dès que possible, le CÉR de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet. Cette modification doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions sur celles-ci sur les sujets de recherche ;
7. Fournir annuellement au CÉR un rapport d'étape l'informant de l'avancement des travaux de recherche (formulaire R) ;
8. Demander le renouvellement annuel de son certificat d'éthique ;
9. Tenir et conserver, selon la procédure prévue dans la *Politique portant sur la conservation d'une liste des sujets de recherche*, incluse dans le cadre réglementaire des établissements du CRIR, une liste des personnes qui ont accepté de prendre part à la présente étude ;
10. Envoyer au CÉR une copie de son rapport de fin de projet / publication ;
11. En vertu de l'article 19.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, obtenir l'autorisation du Directeur des services professionnels de l'établissement sollicité avant d'aller consulter les dossiers des usagers de cet établissement, le cas échéant.

[Redacted signature box]

Me Michel T. Giroux
Président du CÉR



Date d'émission
6 mars 2013

Annexe 3 : Courriel envoyé aux participants aux groupes de discussion



Bonjour,

Nous aimerions vous inviter à participer à un groupe de discussion concernant votre pratique professionnelle en physiothérapie.

Nous aurions grandement besoin de votre expertise pour contribuer à notre recherche.

Titre du projet : Perception des physiothérapeutes et des partenaires en santé sur l'implication des agents payeurs dans les soins de réadaptation musculo-squelettique: exploration pancanadienne des enjeux éthiques et des conflits d'intérêts

Responsables : Debbie Feldman, PhD, Université de Montréal
Matthew Hunt, PhD, Université McGill
Bryn Williams-Jones, PhD, Université de Montréal
Barbara Mazer, PhD, Université McGill
Anne Hudon, étudiante au doctorat à l'Université de Montréal
Maude Laliberté, étudiante au doctorat à l'Université de Montréal

Objectifs du projet de recherche

Le présent projet vise à explorer les perceptions et les expériences des physiothérapeutes, des gestionnaires des établissements de soins, des regroupements professionnels ainsi que des organismes payeurs au Canada quant aux enjeux éthiques, politiques et organisationnels liés à l'accessibilité et à la prestation de soins chez une clientèle musculo-squelettique en milieu public ou privé qui est supportée ou non par le financement de la CSST au Québec ou d'une commission des accidents du travail ailleurs au Canada (CSPAAT en Ontario ou WorkSafe en Colombie-Britannique).

Ces rencontres nous permettront d'obtenir un portrait exhaustif de la situation des soins incluant des agents payeurs en physiothérapie au Canada.

Votre participation prendrait la forme d'une rencontre de type «groupe de discussion» avec d'autres professionnels de la santé. Votre participation consiste à prendre part à deux rencontres d'une durée d'environ 90 à 120 minutes chacune. La première rencontre se déroulera au tout début de l'étude et la deuxième aura lieu vers la fin de l'étude. Ces groupes de discussion se dérouleront à l'Université de Montréal et se dérouleront le matin ou l'après-midi, durant une journée de la semaine (lundi au vendredi).

Nous aimerions que la première rencontre ait lieu à la fin septembre 2013. Nous ferons un «doodle» avec tous les participants pour déterminer la date officielle.

À titre d'indemnisation, 100\$ vous seront remis à la fin de chacune des séances de groupe de discussion.

Si vous êtes intéressé à participer à ce projet, veuillez contacter Madame Anne Hudon, par courriel à: anne.hudon@umontreal.ca.



Anne Hudon, pht, M.Sc.
Étudiante au doctorat en Sciences de la réadaptation
Université de Montréal



Debbie Feldman, pht, Ph.D.
Directrice des programmes aux études supérieures en sciences de la réadaptation
Université de Montréal
Chercheuse principale pour le projet

Annexe 4 : Courriels envoyés aux participants aux entrevues

Courriel en français qui sera envoyé aux professionnels de la physiothérapie et autres participants visés par l'étude

a) Groupe des physiothérapeutes

Bonjour,

Êtes-vous un physiothérapeute travaillant en milieu public ou privé en Ontario, au Québec ou en Colombie Britannique et réalisez des traitements auprès d'une clientèle supportée par une commission des accidents du travail (ex : CSST)?

Travaillez-vous avec une clientèle orthopédique ou musculo-squelettique qui comprend des patients supportés par une commission des accidents du travail?

Avez-vous plus de 5 ans d'expérience de travail avec cette clientèle spécifique?

Si tel est le cas, nous aimerions vous inviter à participer à une entrevue de recherche concernant votre pratique professionnelle.

Titre du projet : Perception des physiothérapeutes et des partenaires en santé sur l'implication des agents payeurs dans les soins de réadaptation musculo-squelettique: exploration pancanadienne des enjeux éthiques et des conflits d'intérêts

Responsables : Debbie Feldman, PhD, Université de Montréal
Matthew Hunt, PhD, Université McGill
Bryn Williams-Jones, PhD, Université de Montréal
Barbara Mazer, PhD, Université McGill
Anne Hudon, étudiante au doctorat à l'Université de Montréal
Maude Laliberté, étudiante au doctorat à l'Université de Montréal

Objectifs du projet de recherche

Le présent projet vise à explorer les perceptions et les expériences des physiothérapeutes, des gestionnaires des établissements de soins, des regroupements professionnels ainsi que des organismes payeurs au Canada quant aux enjeux éthiques, politiques et organisationnels liés à l'accessibilité et à la prestation de soins chez une clientèle musculo-squelettique en milieu public ou privé qui est supportée ou non par le financement de la CSST au Québec ou d'une commission des accidents du travail ailleurs au Canada (CSPAAT en Ontario ou WorkSafe en Colombie-Britannique).

Ces entrevues nous permettront d'obtenir un portrait plus exhaustif de la situation des soins incluant des agents payeurs en physiothérapie au Canada.

L'entrevue à laquelle vous participerez se déroulera à votre choix, pendant, avant ou après vos heures de travail habituelles, selon votre convenance et celle du chercheur. À titre d'indemnisation, 50\$ vous seront remis à la fin de l'entrevue.

Si vous êtes intéressé à participer à ce projet, veuillez contacter Madame Anne Hudon, par courriel : anne.hudon@umontreal.ca.

b) Groupe des gestionnaires ou propriétaires

Bonjour,

Êtes-vous un gestionnaire en physiothérapie ou un propriétaire de clinique privé de physiothérapie en Ontario, au Québec ou en Colombie Britannique et gérez des services offerts à une clientèle supportée par une commission des accidents du travail (ex : CSST)?

Gérez-vous des services qui sont offerts à une clientèle orthopédique ou musculo-squelettique comprenant des patients supportés par une commission des accidents du travail?

Avez-vous plus de 3 ans d'expérience de gestion dans ce domaine spécifique?

Si tel est le cas, nous aimerions vous inviter à participer à une entrevue de recherche concernant votre pratique professionnelle.

Titre du projet : Perception des physiothérapeutes et des partenaires en santé sur l'implication des agents payeurs dans les soins de réadaptation musculo-squelettique: exploration pancanadienne des enjeux éthiques et des conflits d'intérêts

Responsables : Debbie Feldman, PhD, Université de Montréal
Matthew Hunt, PhD, Université McGill
Bryn Williams-Jones, PhD, Université de Montréal
Barbara Mazer, PhD, Université McGill
Anne Hudon, étudiante au doctorat à l'Université de Montréal
Maude Laliberté, étudiante au doctorat à l'Université de Montréal

Objectifs du projet de recherche

Le présent projet vise à explorer les perceptions et les expériences des physiothérapeutes, des gestionnaires des établissements de soins, des regroupements professionnels ainsi que des organismes payeurs au Canada quant aux enjeux éthiques, politiques et organisationnels liés à l'accessibilité et à la prestation de soins chez une clientèle musculo-squelettique en milieu public

Annexe 5 : Fiches démographiques pour les participants aux groupes de discussion

Perception des physiothérapeutes et des partenaires en santé sur l'implication des agents payeurs dans les soins de réadaptation musculo-squelettique: exploration pancanadienne des enjeux éthiques et des conflits d'intérêts



Fiche de renseignements démographiques – Participants du groupe de discussion #1

1) Milieu de pratique actuel : milieu privé milieu public

2) Type de milieu de pratique (centre de réadaptation, centre hospitalier, clinique privée)

3) Ville dans laquelle vous travaillez : _____

4) Poste occupé actuellement (ex : physiothérapeute clinicien, gestionnaire du département de physiothérapie) :

5) Nombre d'années d'expérience à ce poste : _____

6) Nombre d'années de pratique en tant que physiothérapeute : _____

** Si vous faites de la clinique et de la gestion, ou si vous ne travaillez pas à temps plein à votre poste actuel, veuillez indiquer la proportion du temps dédié à ces autres occupations dans votre semaine : _____

7) Dans votre établissement, veuillez indiquer si ce sont les physiothérapeutes ou les thérapeutes en réadaptation physique qui réalisent plus souvent les traitements des patients indemnisés par la CSST :

Physiothérapeute

TR

8) a) Indiquez le type de clientèle que vous traitez actuellement et le pourcentage approximatif de cette clientèle dans votre pratique :

Musculo-squelettique : _____%

Neurologique : _____%

Rééducation périnéale : _____%

Cardio-respiratoire : _____ %

Autres, précisez _____

b) Indiquez le nombre moyen de patients CSST vus dans votre pratique :

Par semaine : _____

c) Veuillez indiquer le pourcentage approximatif de vos patients qui sont indemnisés par la CSST dans votre pratique annuelle : _____ %

d) En moyenne, combien de fois par semaine les patients indemnisés par la CSST sont-ils vus dans votre milieu (ex : tous les jours, 4x/sem, 3x/sem, 2x/sem, 1x/sem) :

_____.

Section relative aux autres formations professionnelles

9) Veuillez indiquer les trois formations post-graduées les plus importantes que vous avez suivies au cours de votre carrière et qui sont en lien avec le domaine musculo-squelettique ou avec le traitement des patients indemnisés par la CSST :

Ex : Cours en rééducation posturale globale en 2006

- Formation : _____
- Formation : _____
- Formation : _____
- _____

10) Veuillez indiquer, le cas échéant, les autres titres professionnels que vous détenez (ex : ostéopathe, kinésiologue) :

- _____
- _____
- _____

Merci pour votre participation.

Annexe 6 : Questions démographiques pour les participants aux entrevues

Questions démographiques pour les participants potentiels aux entrevues

Ces questions seront envoyées par courriel à toutes les personnes qui manifestent leur intérêt à participer aux entrevues en tant que physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique. Une fois les informations reçues, la chercheuse pourra ainsi faire une sélection raisonnée des participants qui prendront part à l'entrevue, afin d'obtenir un échantillon diversifié.

Questions pour tous les participants

- Nom du milieu de pratique
- Milieu privé ou public
- Type de milieu (centre de réadaptation, clinique externe, clinique privée)
- Ville et province dans lesquelles le milieu de pratique se trouve
- Poste occupé lors de l'entrevue par le participant
- Âge du participant
- Nombre d'années de pratique en tant que physiothérapeute
- Nombre d'années de pratique avec la clientèle indemnisée par une commission des accidents au travail (comme physiothérapeute)
- Avez-vous tenu d'autres rôles ou été employé à d'autres postes qui sont directement en lien avec les soins des patients indemnisés par une commission des accidents au travail ?
- Indiquez le nombre moyen de plages de traitement occupées par des patients indemnisés par une commission des accidents au travail dans votre pratique par semaine.
- Veuillez indiquer, le cas échéant, les autres titres professionnels que vous détenez (ex : ostéopathe, kinésiologue).

Questions spécifiques aux participants du Québec :

- Dans votre établissement, veuillez indiquer si ce sont les physiothérapeutes ou les thérapeutes en réadaptation physique qui réalisent plus souvent les traitements des patients indemnisés par la CSST ?
- Est-ce que la durée des traitements est la même pour les patients CSST que pour les autres patients ?
- À quelle fréquence les patients indemnisés par la CSST sont-ils vus par semaine dans votre milieu (tous les jours, 4x/sem, 3x/sem, 2x/sem, 1x/sem) ?

Annexe 7 : Formulaire de consentement aux groupes de discussion

Perception des physiothérapeutes et des partenaires en santé sur l'implication des agents payeurs dans les soins de réadaptation musculo-squelettique: exploration pancanadienne des enjeux éthiques et des conflits d'intérêts



Formulaire d'information et de consentement

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique votre participation en tant que participant à un groupe de discussion traitant de votre pratique professionnelle en lien avec les agents payeurs en physiothérapie (CSST, CSPAAT, Worksafe BC). Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des informations que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur et aux autres membres du personnel impliqués dans le projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Identification du participant : _____

Titre du projet : Perception des physiothérapeutes et des partenaires en santé sur l'implication des agents payeurs dans les soins de réadaptation musculo-squelettique: exploration pancanadienne des enjeux éthiques et des conflits d'intérêts

Responsables : Debbie Feldman, PhD, Université de Montréal
Matthew Hunt, PhD, Université McGill
Bryn Williams-Jones, PhD, Université de Montréal
Barbara Mazer, PhD, Université McGill
Anne Hudon, étudiante au doctorat à l'Université de Montréal
Maude Laliberté, étudiante au doctorat à l'Université de Montréal

Description du projet

La gestion des listes d'attente, les structures de financement et l'allocation des ressources dans les services de réadaptation soulèvent des préoccupations liées à l'équité et la justice dans les soins aux patients, et peuvent être sources de dilemmes

éthiques pour les cliniciens et les gestionnaires en santé. Alors que de nombreux facteurs peuvent influencer les décisions d'allocation des ressources, ceux-ci ne sont pas tous aussi justifiables. Il est donc important que ces facteurs soient minutieusement examinés, pour diminuer le risque d'injustice.

Par exemple, les systèmes de paiements peuvent influencer les comportements des professionnels de la santé. C'est dans ce contexte que le présent projet propose une exploration des enjeux éthiques liés aux interactions entre les physiothérapeutes et les agents payeurs. Vous serez donc sollicité pour participer à une entrevue dans laquelle vous pourrez discuter de votre pratique professionnelle en lien avec les agents payeurs tels que la CSST au Québec, le CSPAAT en Ontario ou WorkSafe en Colombie-Britannique.

Objectifs du projet de recherche

- 1) Le projet vise à explorer les perceptions des physiothérapeutes, des gestionnaires des établissements de soins, des regroupements professionnels ainsi que des organismes payeurs au Canada quant aux enjeux éthiques, politiques et organisationnels liés à l'accessibilité et à la prestation de soins chez une clientèle musculo-squelettique en milieu public ou privé qui est supportée ou non par le financement de la CSST au Québec ou d'une commission des accidents du travail ailleurs au Canada (CSPAAT en Ontario ou WorkSafe en Colombie-Britannique).
- 2) Nous explorerons les opinions des différents acteurs du système de santé en lien avec la physiothérapie quant à la suffisance des règles établies en cette matière au Canada.

Ces rencontres pourraient nous permettre d'obtenir un portrait plus exhaustif de la situation des soins incluant des agents payeurs en physiothérapie au Canada.

Nature et durée de votre participation

Nous vous demandons de participer à deux séances en cours d'étude qui prendront la forme d'un groupe de discussion d'une durée d'environ 90 à 120 minutes.

Le premier groupe de discussion se déroulera avec l'un des chercheurs du groupe de recherche ainsi que 6 à 7 autres professionnels de la santé travaillant dans le domaine de la physiothérapie et ayant des liens avec les agents payeurs, et aura lieu en début d'étude.

Ce premier groupe de discussion aura pour but d'aider à élaborer le guide d'entrevue qui sera ensuite utilisé auprès d'un autre groupe de participants à la recherche qui participeront à des entrevues. Durant ce groupe de discussion, nous vous demanderons de discuter de votre pratique professionnelle lorsqu'elle implique un agent payeur (CSST, CSPAAT, WorkSafe) ainsi que des thèmes que vous trouvez les plus importants en lien avec l'indemnisation des travailleurs dans les soins de physiothérapie.

Le deuxième groupe de discussion se déroula aussi avec les mêmes participants rencontrés lors du premier groupe de discussion, soit l'un des chercheurs du groupe de recherche ainsi que les mêmes 6 à 7 autres professionnels de la santé travaillant dans le domaine de la physiothérapie et ayant des liens avec les agents payeurs.

Ce deuxième groupe de discussion se déroulera à la toute fin de l'étude et aura pour but de revenir en groupe sur les résultats et de discuter de leur pertinence et de leur validité.

Les deux groupes de discussion se dérouleront dans un des locaux de l'Université de Montréal et sera réalisé en personne. Ces rencontres seront enregistrées à l'aide d'un enregistreur audio.

Avantages personnels pouvant découler de votre participation

Vous ne retirerez personnellement pas d'avantage à participer à cette étude. Par ailleurs, les résultats de cette étude pourraient, nous l'espérons, nous aider à améliorer l'avancement des connaissances sur les enjeux et les dilemmes éthiques vécus par les physiothérapeutes au Canada, lorsque leurs patients sont indemnisés par des agents payeurs.

Nous espérons également que ces nouvelles connaissances nous serviront à la création d'outils et de ressources reliés à l'équité des services de physiothérapie pour les patients. Certains résultats pourraient aussi servir à bonifier les ressources offertes pour supporter les physiothérapeutes lors de la survenue de dilemmes éthiques dans leur pratique. Ces ressources pourraient ne pas vous être utiles directement, mais, elles pourraient l'être pour votre pratique à plus long terme ou pour vos collègues.

Inconvénients et risques potentiels pouvant découler de votre participation

Votre participation à cette étude n'impliquera aucun risque à votre santé ou à votre bien-être. Toutefois, puisque le groupe de discussion aura lieu à l'université du chercheur, le déplacement de votre domicile jusqu'au site de recherche et la durée de chacune des 2 sessions d'environ 1 à 2 heures peuvent représenter un inconvénient pour certaines personnes.

Informations concernant le projet

Les chercheurs responsables de ce projet de recherche répondront de façon satisfaisante à toutes les questions que vous pourriez avoir concernant le présent projet de recherche.

Autorisation d'utiliser les résultats

En signant ce formulaire, vous acceptez que l'information recueillie puisse être utilisée à des fins de communication scientifique et d'enseignement professionnel. Il est entendu que l'anonymat sera respecté à votre égard et à celui de votre établissement, et ce dans

tous les rapports, publications scientifiques ou autres documents qui seront produits suite à cette recherche.

Confidentialité

Tous les renseignements personnels recueillis à votre sujet au cours de l'étude seront codifiés afin d'assurer leur confidentialité. Les données audio/numériques enregistrées seront encryptées et conservées dans un ordinateur avec mot de passe au 7077 avenue du Parc, à l'Université de Montréal, par la responsable de l'étude. Les données papiers vous concernant seront également conservées au même endroit par la responsable de l'étude. Toutes ces données seront conservées pendant un délai de 7 ans et seront détruites par la suite. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) des établissements du CRIR ou par l'Unité de l'éthique du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui adhère à une politique de stricte confidentialité. En cas de présentation des résultats de cette recherche ou de publication, rien ne pourra permettre de vous identifier.

Puisque vous participez à un groupe de discussion, il est important de noter que les propos qui seront tenus par vous ou par l'un des participants pendant la rencontre devront rester strictement confidentiels. Ceci est valable pour vous et pour tous les participants qui signeront ce formulaire de consentement à la participation au groupe de discussion.

Indemnité compensatoire

À titre d'indemnité compensatoire, 100\$ vous seront remis à la fin de chacun des deux groupes de discussion auquel vous participerez.

Retrait de votre participation

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait libre et volontaire; il est également entendu que vous pouvez, à tout moment, mettre un terme à votre participation sans aucune conséquence.

Advenant votre retrait de l'étude, les documents audio et écrits vous concernant seront conservés, à moins d'indication contraire de votre part. Toutefois, les documents audio vous concernant ne pourront être détruits puisqu'ils auront été enregistrés dans le cadre d'un groupe de discussion et contiennent aussi les propos des autres participants. Seuls les documents écrits vous concernant pourront être détruits si vous le souhaitez.

Mes droits et recours

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur le projet de recherche ou sur votre participation, vous pouvez contacter la personne ressource de ce projet, Madame Debbie Feldman, chercheure en réadaptation à l'Université de Montréal. Vous pouvez la rejoindre au (514) 343-6111 poste 1252 ou par courriel à l'adresse : debbie.feldman@umontreal.ca

Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez également communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au (514) 527-4527 poste 2649 ou par courriel à l'adresse : anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques/inconvénients auxquels je m'expose tels qu'ils sont présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude, par téléphone, courriel ou skype et j'ai reçu des réponses qui me satisfont.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise par courriel ou en main propre.

Nom du sujet

Signature

Fait à _____, le _____ 201__.

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e), _____, certifie

- a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire
- b) avoir répondu aux questions qu'il (elle) m'a posées à cet égard et
- c) lui avoir clairement indiqué qu'il (elle) reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus,
- d) et que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Perception des physiothérapeutes et des partenaires en santé sur l'implication des agents payeurs dans les soins de réadaptation musculo-squelettique: exploration pancanadienne des enjeux éthiques et des conflits d'intérêts

Signature de la responsable du projet ou de son représentant

Fait à _____, le _____ 201____.

Annexe 8 : Formulaire de consentement aux entrevues (version française)

Perception des physiothérapeutes et des partenaires en santé sur l'implication des agents payeurs dans les soins de réadaptation musculo-squelettique: exploration pancanadienne des enjeux éthiques et des conflits d'intérêts



Formulaire d'information et de consentement

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique votre participation sous la forme d'une entrevue portant sur votre pratique professionnelle. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des informations que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur et aux autres membres du personnel impliqué dans le projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Identification du participant : _____

Titre du projet : Perception des physiothérapeutes et des partenaires en santé sur l'implication des agents payeurs dans les soins de réadaptation musculo-squelettique: exploration pancanadienne des enjeux éthiques et des conflits d'intérêts

Responsables : Debbie Feldman, PhD, Université de Montréal
Matthew Hunt, PhD, Université McGill
Bryn Williams-Jones, PhD, Université de Montréal
Barbara Mazer, PhD, Université McGill
Anne Hudon, étudiante au doctorat à l'Université de Montréal
Maude Laliberté, étudiante au doctorat à l'Université de Montréal

Description du projet

Le présent projet propose une exploration des enjeux éthiques liés aux interactions entre les physiothérapeutes et les commissions de la santé et de la sécurité du travail. Vous serez donc sollicité pour participer à une entrevue dans laquelle vous pourrez discuter de votre pratique professionnelle en lien avec les agents d'indemnisation des travailleurs tels que la CSST au Québec, le CSPAAT en Ontario ou WorkSafe en Colombie-Britannique.

Objectifs du projet de recherche

- 1) Nous explorerons les perceptions des physiothérapeutes, des gestionnaires des établissements de soins, des regroupements professionnels ainsi que des organismes payeurs au Canada quant aux enjeux éthiques, politiques et organisationnels liés à l'accessibilité et à la prestation de soins chez une clientèle musculo-squelettique en milieu public ou privé qui est supportée ou non par le financement de la CSST au Québec ou d'une commission des accidents du travail ailleurs au Canada (CSPAAT en Ontario ou WorkSafe en Colombie-Britannique).
- 2) Nous explorerons également les opinions des différents acteurs du système de santé en lien avec la physiothérapie quant à la suffisance des règles établies en cette matière au Canada.

Nature et durée de votre participation

Nous vous demandons de participer à une entrevue d'une durée d'environ 60 à 90 minutes qui se déroulera avec l'un des chercheurs du groupe de recherche. Elle se déroulera dans le lieu de votre choix et selon le cas, sera réalisée en personne, par téléphone ou par Skype (ex : locaux de l'Université de Montréal ou de l'Université McGill ou dans votre milieu de travail). Cette entrevue sera enregistrée à l'aide d'un enregistreur audio. Durant cette entrevue, nous vous demanderons de discuter de votre pratique professionnelle lorsqu'elle implique un agent payeur (CSST, CSPAAT, WorkSafe).

Avantages personnels pouvant découler de votre participation

Vous ne retirerez personnellement pas d'avantage à participer à cette étude. Par ailleurs, les résultats de cette étude pourraient, nous l'espérons, nous aider à améliorer les connaissances sur les enjeux éthiques vécus par les physiothérapeutes au Canada, lorsque leurs patients sont indemnisés par des agents payeurs.

Nous espérons également que ces nouvelles connaissances nous serviront à la création d'outils et de ressources reliés à l'équité des services de physiothérapie pour les patients canadiens. Certains résultats pourraient aussi servir à bonifier les ressources offertes pour supporter les physiothérapeutes lors de la survenue de dilemmes éthiques dans leur pratique.

Inconvénients et risques potentiels pouvant découler de votre participation

Votre participation à cette étude n'impliquera aucun risque à votre santé ou à votre bien-être.

Confidentialité

Tous les renseignements personnels recueillis à votre sujet au cours de l'étude seront codifiés afin d'assurer leur confidentialité. Les données audio/digitales enregistrées seront encryptées à l'aide d'un mot de passe et conservées dans un ordinateur avec mot de passe. Les formulaires de consentement vous concernant seront conservés sous clé, au 7077 avenue du Parc, à l'Université de Montréal par la responsable de l'étude. Toutes ces données seront conservées pendant un délai de 7 ans. Seuls les membres de l'équipe de recherche nommés ci-haut y auront accès. Par ailleurs, dans l'éventualité de la publication des résultats de cette étude, ni votre nom, ni le nom de votre clinique/hôpital/milieu de travail ne seront inclus et identifiables. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) des établissements du CRIR ou par l'Unité de l'éthique du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui adhère à une politique de stricte confidentialité. En cas de présentation des résultats de cette recherche ou de publication, rien ne pourra permettre de vous identifier.

Informations concernant le projet

Les chercheurs responsables de ce projet de recherche sont obligés de répondre de façon satisfaisante à toutes les questions que vous pourriez avoir concernant le présent projet de recherche.

Autorisation d'utiliser les résultats

En signant ce formulaire, vous acceptez que l'information recueillie puisse être utilisée à des fins de communication scientifique et d'enseignement professionnel. Il est entendu que l'anonymat sera respecté à votre égard et à celui de votre établissement, et ce dans tous les rapports, publications scientifiques ou autres documents qui seront produits suite à cette recherche.

Indemnité compensatoire

À titre d'indemnité compensatoire, 50\$ vous seront remis à la fin de l'entrevue. Dans le cas où l'entrevue se déroulerait par téléphone ou par Skype, un chèque de ce montant sera posté à votre attention, à l'adresse de votre choix.

Retrait de votre participation

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait libre et volontaire; il est également entendu que vous pouvez, à tout moment, mettre un terme à votre participation sans aucune conséquence.

Advenant votre retrait de l'étude, les documents audio et écrits vous concernant seront conservés, à moins d'indication contraire de votre part.

Mes droits et recours

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur le projet de recherche ou sur votre participation, vous pouvez contacter la personne ressource de ce projet, Madame Debbie Feldman, chercheuse en réadaptation à l'Université de Montréal. Vous pouvez la rejoindre au (514) 343-6111 poste 1252 ou par courriel à l'adresse : debbie.feldman@umontreal.ca

Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez également communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au (514) 527-4527 poste 2649 ou par courriel à l'adresse : anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques/inconvénients auxquels je m'expose tels qu'ils sont présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude, par téléphone, courriel ou skype et j'ai reçu des réponses qui me satisfont.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise par courriel ou en main propre.

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. J'accepte qu'il puisse y avoir un enregistrement audio de l'entrevue. | OUI | NON |
| 2. J'aimerais qu'on m'envoie les résultats de l'étude. | OUI | NON |

Si vous avez répondu oui, veuillez préciser l'adresse d'envoi des résultats :

Adresse électronique : _____

Adresse postale : _____

3. J'accepte qu'on communique avec moi pour une courte entrevue de suivi et comprends qu'en tout temps je pourrai refuser la demande. OUI NON

Veillez communiquer avec moi au : _____

Nom du sujet

Signature

Fait à _____, le _____ 201__.

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e), _____, certifie

- a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire
- b) avoir répondu aux questions qu'il (elle) m'a posées à cet égard et
- c) lui avoir clairement indiqué qu'il (elle) reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus,
- d) et que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Signature de la responsable du projet ou de son représentant

Fait à _____, le _____ 201__.

Annexe 9 : Formulaire de consentement aux entrevues (version anglaise)

Perceptions of physiotherapists and other stakeholders regarding the involvement of third party payers in musculoskeletal rehabilitation in three Canadian provinces: an exploration of ethical issues and potential conflicts of interest



Information Document and Consent Form

We are inviting you to participate in a research project. Your participation will consist of an interview during which you will be asked about your professional experience and practice. Before agreeing to participate in this research project, please take the time to read and carefully consider the following information.

This consent form explains the aim of the study, the procedures, the risks and benefits as well as the persons to contact, if necessary.

This consent form may contain information that you do not understand. Do not hesitate to ask any questions to the researcher and/or the others members of the staff assigned to the research project regarding any clarifications or additional information about the study.

Identification of participant: _____

Title of Project:

Perceptions of physiotherapists and other stakeholders regarding the involvement of third party payers in musculoskeletal rehabilitation in three Canadian provinces: an exploration of ethical issues and potential conflicts of interest

Researchers: Debbie Feldman, PhD, Université de Montréal
Matthew Hunt, PhD, McGill University
Bryn Williams-Jones, PhD, Université de Montréal
Barbara Mazer, PhD, McGill University
Anne Hudon, PhD Student at Université de Montréal
Maude Laliberté, PhD Student at Université de Montréal

Description of the study

This project focuses on the influence of payment systems (such as workers compensation) on the behaviour of health care professionals. It explores ethical issues that arise from the interactions between physiotherapists, their clients and third-party payers. Your participation involves an interview during which you will be asked to discuss your professional practice in connection with paying agents such as CSST in Quebec, the WSIB in Ontario or WorkSafe in British-Columbia.

Objectives of the study

- 1) We will explore the perceptions of physiotherapists, managers of health care institutions, professional groups, as well as paying agencies in Canada with respect to ethical, political and organizational issues related to accessibility and delivery of care for musculoskeletal patients in a public or private setting whether they are or are not covered by the CSST in Quebec or a workers compensation board elsewhere in Canada (Ontario WSIB or WorkSafe BC).
- 2) We will also explore the views of different stakeholders involved in the healthcare system in conjunction with physiotherapy as to the adequacy of the rules and regulations established in this area in Canada.

Nature and duration of your participation

We ask you to participate in a single interview lasting approximately 60 to 90 minutes. One of the researchers of the research group will conduct the interview. It will take place either in person at a location of your choosing (e.g. your workplace, McGill University, or the University of Montreal) or by phone or Skype. The interview will be recorded using an audio recorder. During the interview, the researcher will ask you to discuss your practice when it involves a paying agent (CSST, WSIB, WorkSafe).

Personal benefits that may arise from your participation

You will not personally benefit from taking part in this study. However, you will be making a contribution towards understanding the ethical challenges experienced by physiotherapists in Canada when third party payers compensate their patients.

We also hope that this new knowledge will be used to create tools and educational resources for patients and ensure equity for Canadians in receiving physiotherapy services. Some results could also be used to enhance the available resources to support physiotherapists in the occurrence of ethical dilemmas in their practice.

Risks and inconvenience associated with participating in the research study

Your participation in this study will not involve any risk to your health or your well-being.

Confidentiality

All personal information collected about you during the study will be coded to ensure confidentiality. Only the members of the research team will have access to it. The person in charge of this study will keep the audio/digital data encrypted with a password. The consent forms will also be kept under lock and key at 7077 Parc Avenue, Université de Montréal by the researcher. The consent forms and audio/digital data will be kept for a period of 7 years following the end of the study. In the event that the results of this study are presented or published, neither your name nor the name of your clinic/hospital/work setting will be included. However, for monitoring of the research project, our research folder could be accessed by a person appointed by the Committee of Research Ethics Board (REB) of the Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) or by the Ethics Unit of the Ministry of Health and Social Services [Unité de l'éthique du ministère de la Santé et des Services sociaux], which adheres to a policy of strict confidentiality.

Questions concerning the study

The researchers responsible for this research project are obliged to satisfactorily answer any questions you might have regarding this research project.

Authorization to use the results

By signing this form, you agree that the information collected can be used for scientific communication and vocational education. It is understood that your anonymity and the anonymity of your institution will be respected in all reports, scientific publications or other documents to be produced from this research.

Voluntary participation and withdrawal of the participation of the subject

You are under no obligation to participate in this study. Your participation in the research study described above is completely voluntary. It is understood that you can, at any time, put an end to your participation.

In the event you decide to withdraw from the study, the audio and written documents concerning you can be destroyed if that is your wish. However, if your interview data has already been used in the analysis of the results it will be impossible to remove your information from the results of the study.

Compensatory indemnity

As compensation for your participation in this study, you will receive \$50 at the end of the interview. For a phone or Skype interview, a cheque will be mailed to you at an address of your choice.

Responsibility clause

By agreeing to participate in this study, you do not waive any of your rights nor release the researchers, the sponsor or the involved institutions from their legal and professional obligations.

Annexe 10 : Guides d'entrevue pour les physiothérapeutes (versions du Québec, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique)

Guide d'entrevue – Projet agents payeurs en physiothérapie Version française

Entrevue # _____ (Code ou numéro de l'entrevue)

Date : _____

Lieu où se déroule l'entrevue : _____

Type d'entrevue (personne, Skype ou téléphone)

Début de l'entrevue (heure) : _____

Nom du participant : _____

Éléments à ajouter (31 mars 2014)

- Notion sur le diagnostic et les contraintes associées
- Notion sur les délais (plus rapides ou plus lents avec les patients CSST)
- Notion sur la gestion du cas ou la prise de décision (physio ou MD?)
- Notion sur la gestion du RAT, comment il s'organise, est-ce qu'il y a des éléments particulier dans ce moment et dans le rôle de retourner le patient au travail ?

Introduction / Mise en contexte

Bonjour !

Je souhaite d'abord vous remercier d'avoir accepté de m'offrir votre temps pour participer à ce projet de recherche. L'objectif de ce projet est d'explorer les perceptions des physiothérapeutes et de d'autres acteurs du système de santé en lien avec les traitements des patients indemnisés par la CSST. Au cours de cette entrevue, je souhaite donc que vous partagiez vos perceptions et vos expériences qui vont nous permettre d'enrichir notre compréhension de la pratique de la physiothérapie avec les agents payeurs, tels que la CSST. Il est très important pour moi de connaître vos idées et vos expériences sur le sujet puisque il n'y a pas beaucoup d'informations disponibles à ce jour sur cette question.

Directives pour le déroulement de l'entrevue et retour sur le formulaire de consentement :

La durée approximative de l'entrevue sera de une heure à une heure et demie (mais elle peut être plus courte ou plus longue) et elle sera enregistrée. Avant de commencer, je voudrais vous rappeler que vous pouvez arrêter l'entrevue à tout moment si vous le souhaitez et vous pouvez refuser de répondre à une ou plusieurs questions sans besoin de me fournir d'explication. Même si l'entrevue est enregistrée, je prendrai tout de même des notes pendant l'entrevue afin de

m'aider à me rappeler de certaines choses que je voudrais approfondir avec vous. L'entrevue est enregistrée pour que je puisse la transcrire dans son intégralité.

Tel que mentionné dans le formulaire de consentement, ce que vous direz et ce dont nous discuterons dans cette entrevue demeurera strictement confidentiel. Un code sera attribué à votre entrevue et seulement moi connaîtra le lien entre votre identité et votre code. Je vais également vérifier les questions démographiques auxquelles vous avez répondues par la fiche pré-entrevue, mais ces réponses ne seront pas associées à votre entrevue.

Vérification des questions démographiques obtenues préalablement à l'entrevue

*Voir fichier portant sur les questions démographiques pré-entrevue.

Avez-vous des questions sur le déroulement de l'entrevue ou sur l'enregistrement ?

Est-ce que vous acceptez de débiter l'entrevue?

Je vais maintenant ouvrir l'enregistreuse et vérifier que tout fonctionne bien.

Thèmes à aborder dans l'entrevue (exemple du Québec):

a) Pratique quotidienne + brise-glace

- Est-ce que vous pouvez me parler de votre rôle ici dans votre milieu (hôpital ou clinique) ?
- Pourriez-vous me dire comment fonctionne la prise en charge des patients CSST dans votre milieu ?

b) Problèmes généraux retrouvés dans la pratique avec les patients CSST

- Quelles sont les problématiques globales ou récurrentes rencontrées quand vous traitez des patients CSST? - Qu'est-ce qui fonctionne moins bien?
- Quelles sont les contraintes que vous rencontrez lorsque vous traitez des patients CSST?

Questions de suivis, précisions:

- Pouvez-vous penser à des moments où vous ne pouvez pas remplir pleinement votre rôle de physiothérapeute avec ces patients ?

c) Enjeux administratifs ou organisationnels

- Comment trouvez-vous votre gestion du temps quand vous traitez les patients indemnisés par la CSST? (traiter le patient, rédaction de documents (rapport d'étape), appels, communications)
- Comment se vivent vos relations/collaborations avec : le patient, l'agent de la CSST, le médecin, l'employeur, vos collègues en physio ou de d'autres disciplines (ostéo, masso, ergo)?

Questions de suivis, précisions:

- Comment qualifieriez-vous votre connaissance du système de fonctionnement de la CSST? Est-elle bonne? Moyenne? Pourquoi?
- Vivez-vous des problèmes en lien avec le pouvoir ou l'autorité dans vos relations avec d'autres professionnels ? Si oui, pouvez-vous me donner des exemples?

d) Enjeux éthiques et valeurs

- Avez-vous en tête des moments avec des patients CSST où vous avez été témoins d'injustices ou d'inégalités ? Pouvez-vous me décrire ces moments ?
- Est-ce que certaines problématiques rencontrées dans le traitement des patients CSST touchent ou confrontent vos valeurs comme physiothérapeute ?

Questions de suivis, précisions:

- Est-ce que vous voyez des tensions entre vos responsabilités envers votre patient (donner les meilleurs soins) et d'autres responsabilités que vous avez (ex : responsabilité sociale).
- Est-ce que vous êtes témoins de problématiques liées à la confidentialité en lien avec la vie privée du patient CSST, son médecin et son employeur ? Donnez des exemples...

e) Enjeux financiers / légaux

- Selon vous, est-ce qu'il a des problèmes financiers associés au traitement des patients CSST en physiothérapie ? Quels sont-ils ?
- Est-ce que vous avez déjà été témoins de conflits d'intérêts dans votre pratique avec les patients indemnisés par les patients CSST ? Si oui, pouvez-vous nous donner un exemple ?

Questions de suivis, précisions:

- Y a-t-il des règlements ou des exigences du système en place avec la CSST qui ne semblent pas bien fonctionner ? (ex : règle du rapport motivé après 8 semaines de traitements / rapports à chaque 21 jours). Lesquels ?
- Êtes-vous témoins de problèmes légaux lors de vos interactions avec le patient ou son agent (avocat du patient, dossiers pour la cours, etc.) ? Si oui, pouvez-vous nous donner des exemples?
- Dans certaines cliniques, ce sont plutôt les thérapeutes en réadaptation physique et les jeunes gradués qui voient les patients. Que pensez-vous de cela ? (question posée uniquement aux participants qui travaillent avec des T.R.P.)

f) Soins offerts aux patients

- À la lumière de tout ce dont nous avons discuté plus tôt, comment pensez-vous que tous les problèmes mentionnés affectent les soins offerts aux patients CSST ?
- Comment pensez-vous que ces problèmes mentionnés plus tôt affectent le système? Ou l'efficacité du système?
- Est-ce que les outils d'évaluation et de mesure qui sont utilisés avec les patients CSST sont les bons outils à votre avis? Si oui ou si non, pourquoi?
- Lorsque vous pensez à votre pratique, les patients bénéficiaires de la CSST sont-ils similaires ou différents des autres patients (avec assurances privées ou pas d'assurance)?

Questions de suivis, précisions:

- À votre avis, quelle est l'importance de la composante bio-psycho-sociale dans le traitement des patients CSST ?
- Quand mettez-vous fin aux traitements de vos patients ?
- Aimerez-vous avoir une plus grande charge ou une moins grande charge de patients CSST dans votre horaire hebdomadaire/quotidien ? Pourquoi ?

g) Facteurs professionnels vs personnels

- Est-ce que vous vivez plus de stress lors du traitement des patients CSST ?

Questions de suivis, précisions:

- Est-ce que vous vivez des émotions différentes dans votre pratique avec les patients CSST versus les autres patients ?

h) Pistes de solution

- Y a-t-il des pistes de solutions que vous envisagez pour améliorer les soins offerts aux patients CSST en physiothérapie / ou pour améliorer le système de fonctionnement ?

Clôture

J'ai maintenant terminé de poser mes questions.

Avez-vous d'autres choses à me dire sur le sujet et dont nous n'avons pas discuté (discussion ouverte, choses non dites)? Acceptez-vous que nous vous contactions à nouveau si nous avons besoin de clarification un peu plus tard dans l'étude ou pour faire un suivi? Souhaitez-vous recevoir de l'information lorsque nous aurons complété l'étude? Il est également possible qu'après les premières analyses de votre entrevue, nous vous contactions à nouveau afin de valider le contenu de votre entrevue. Seriez-vous intéressé à ce qu'on vous contacte une fois les analyses réalisées? Je vous remercie grandement pour votre participation à cette entrevue et à ce projet de recherche. Vos réponses seront très utiles pour la poursuite de ce projet. Je voudrais encore mentionner que vos réponses resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous avez d'autres réflexions ou de nouveaux questionnements qui émergent dans le futur, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Je vais vous faire parvenir un chèque de 50\$ pour votre participation à cette entrevue.

Merci encore, ceci conclut l'entrevue.

Mettre fin à l'enregistrement.

Fin de l'entrevue (heure) : _____

**** Rédaction immédiate de notes post-entrevue

**Interview Guide – Third party payers project
English Version**

Interview # _____ (Code or number of interview)

Date: _____

Place of interview: _____

Type of interview (face to face, Skype, telephone): _____

Starting time: _____

Name of participant: _____

Éléments à ajouter (31 mars 2014)

- Notion sur le diagnostic et les contraintes associées
- Notion sur les délais (plus rapides ou plus lents avec les patients CSST)
- Notion sur la gestion du cas ou la prise de décision (physio ou MD?)
- Notion sur la gestion du RAT, comment il s'organise, est-ce qu'il y a des éléments particulier dans ce moment et dans le rôle de retourner le patient au travail ?

Introduction

Hello!

First of all, I want to thank you for agreeing to give us your time to participate in this research project. The objective of this project is to explore the perceptions of physiotherapists and other actors in the health care system in relation to the treatment of patients compensated by a workers' compensation board. During this interview, I will be asking you to share your perceptions and experiences about the treatment of injured workers who's treatment is paid for by a third party payer, with the intent that this information will allow us to increase our understanding of this important issue. To date, there is very little information available in this area.

Interview directives and return of the consent form:

The approximate length of the interview will be 60 – 90 minutes, but may be shorter or longer depending on your responses. The interview will be audio recorded and will be transcribed at a later date, with all personal information anonymised. Before we begin, I want to remind you that you can stop the interview at any time if you wish, and that you can refuse to answer one or more questions without the need to give an explanation. Even though the interview will be recorded, I will be taking notes to help me remember some things that I'd like to explore with you.

As mentioned in the consent form, what you say and what we discuss in this interview will be kept strictly confidential. A code will be assigned to your interview and I am the only person who will know the link between your identity and your code. All demographic information that I collected on the pre-interview form will not be linked to your interview.

Verification of demographic questions

* See file containing the demographic questionnaire

Do you have questions about how the interview or recording will be conducted?

Do you agree to begin the interview?

I will now open the recorder and check that everything works.

Themes to discuss during the interview (Ontario):

a) Daily Practice + icebreaker

- What is your role in your clinic/hospital/work setting?
- Could you tell me how the rehabilitation of patients compensated by WSIB works in your clinic? What is your specific role with WSIB patients?

b) General problems encountered during treatment of WSIB patients?

- What recurrent (administrative?) problems do you encounter when treating WSIB patients? (what is not working well?)
- What are some constraints you face when dealing with patients WSIB?

Probes/Follow-up:

- Can you think of times when you could not fulfill your role as a therapist with these patients?

c) Administrative or organizational issues

- How do you manage your time when you treat patients compensated by the WSIB? (treatment hands-on with the patient, forms, writing, calls, communications)
- How do you experience relationships/collaborations with: the patients, the WSIB agent, the physician, the employer, other colleagues in physiotherapy or other disciplines (osteotherapy, massage therapy, occupational therapy)?

Probes/Follow-up:

- How would you describe your knowledge of the operating system of the WSIB? Is it good? Average? Why?
- Do you have issues in relation to the power or authority in your relationships with other professionals? (e.g. doctor's decision against consideration of the physiotherapist). If so, can you give me some examples?

d) Question of ethical issues and professional values

- Have there been times where you witnessed unfair practices or inequalities in the course of your treatments with WSIB patients? Can you describe these moments?
- Have certain problems you encountered while treating WSIB patients countered your professional or personal values as a physiotherapist?

Probes/Follow-up:

- Do you ever experience tensions between your responsibilities to your patient (giving the best care) and other responsibilities you have as a physiotherapist (e.g. social responsibility)?
- Have you witnessed issues related to privacy or confidentiality while treating WSIB patients? Could you give me some examples?

e) Financial and legal issues

- Are there financial issues associated with treating WSIB patients in physiotherapy? Do you have examples?
- Have you witnessed any conflicts of interests in your practice with patients compensated by the WSIB? If so, can you give me some examples?

Probes/Follow-up:

- Are there any regulations or requirements from the WSIB that do not seem to work well in practice? What are they?
- Have you witnessed legal issues while interacting with the patient or an agent? If so, can you give me some examples?
- In some clinics, it is reported that young graduates see and treat WSIB patients more often. What do you think of this?

f) Care provided to patients

- In light of all that we just discussed, do you feel that any problems you may have identified impede the quality of treatment offered to WSIB patients? If so, how?
- If you identified problems, how do you think they affect the system as a whole? Or affect the effectiveness of the system?
- Are the tools physiotherapists use to evaluate and treat the WSIB patients appropriate? Why or why not?
- When you think about your practice, are WSIB patients similar or different from other patients (with private insurance or no insurance)?

Probes/Follow-up:

- In your opinion, what is the importance of the bio-psycho-social component in the treatment of WSIB patients?
- How do you determine discharge with you patients?
- Would you prefer to have a bigger load or smaller load of WSIB patients in your weekly\daily schedule? Why?

g) Professional vs personal factors

- Does treating WSIB change the level of stress in your practice?

Probes/Follow-up:

- Do you experience different emotions in your practice with WSIB patients vs. other patients?

h) Possible solutions

- Are there solutions that you think could improve the care offered to WSIB patients in physiotherapy?

Closing

I have now completed my questions.

Do you have anything else that you would like to say that we have not yet discussed? If I have further questions, or need clarification, would it be alright if I contact you later? Would you like to receive information when the study will be completed?

Thank you very much for your participation in this interview and this research project. Your answers will be very useful for the continuation of this project. I would also like to mention again that everything that we have discussed today will remain strictly confidential and anonymous. If you have other ideas or new questions that emerge in the future and would like to share with our project, please do not hesitate to contact me.

I will send you your \$50 compensation for your time and participation in the interview.

Thank you again for your time, this concludes the interview.

End recording.

End of the interview (time): _____

**** Write notes immediately post-interview

**Interview Guide – Third party payers project
English Version**

Interview # _____ (Code or number of interview)

Date: _____

Place of interview: _____

Type of interview (face to face, Skype, telephone): _____

Starting time: _____

Name of participant: _____

Introduction

Hello!

First of all, I want to thank you for agreeing to give us your time to participate in this research project. The objective of this project is to explore the perceptions of physiotherapists and other actors in the health care system in relation to the treatment of patients compensated by a workers' compensation board. During this interview, I will be asking you to share your perceptions and experiences about the treatment of injured workers who's treatment is paid for by a third party payer, with the intent that this information will allow us to increase our understanding of this important issue. To date, there is very little information available in this area.

Interview directives and return of the consent form:

The approximate length of the interview will be 60 – 90 minutes, but may be shorter or longer depending on your responses. The interview will be audio recorded and will be transcribed at a later date, with all personal information anonymised. Before we begin, I want to remind you that you can stop the interview at any time if you wish, and that you can refuse to answer one or more questions without the need to give an explanation. Even though the interview will be recorded, I will be taking notes to help me remember some things that I'd like to explore with you.

As mentioned in the consent form, what you say and what we discuss in this interview will be kept strictly confidential. A code will be assigned to your interview and I am the only person who will know the link between your identity and your code. All demographic information that I collected on the pre-interview form will not be linked to your interview.

Verification of demographic questions

* See file containing the demographic questionnaire

Do you have questions about how the interview or recording will be conducted?

Do you agree to begin the interview?

I will now open the recorder and check that everything works.

Themes to discuss during the interview (British-Columbia):

a) Daily Practice + icebreaker

- What is your role in your clinic/hospital/work setting?
- Could you tell me how the rehabilitation of patients compensated by WSBC works in your clinic? What is your specific role with WSBC patients?

b) General problems encountered during treatment of WSBC patients?

- What recurrent (administrative?) problems do you encounter when treating WSBC patients? (what is not working well?)
- What are some constraints you face when dealing with patients WSBC?

Probes/Follow-up:

- Can you think of times when you could not fulfill your role as a therapist with these patients?

c) Administrative or organizational issues

- How do you manage your time when you treat patients compensated by the WSBC? (treatment hands-on with the patient, forms, writing, calls, communications)
- How do you experience relationships/collaborations with: the patients, the WSBC agent, the physician, the employer, other colleagues in physiotherapy or other disciplines (osteotherapy, massage therapy, occupational therapy)?

Probes/Follow-up:

- How would you describe your knowledge of the operating system of the WSBC? Is it good? Average? Why?
- Do you have issues in relation to the power or authority in your relationships with other professionals? (e.g. doctor's decision against consideration of the physiotherapist). If so, can you give me some examples?

d) Question of ethical issues and professional values

- Have there been times where you witnessed unfair practices or inequalities in the course of your treatments with WSBC patients? Can you describe these moments?
- Have certain problems you encountered while treating WSBC patients countered your professional or personal values as a physiotherapist?

Probes/Follow-up:

- Do you ever experience tensions between your responsibilities to your patient (giving the best care) and other responsibilities you have as a physiotherapist (e.g. social responsibility)?
- Have you witnessed issues related to privacy or confidentiality while treating WSBC patients? Could you give me some examples?

e) Financial and legal issues

- Are there financial issues associated with treating WSBC patients in physiotherapy? Do you have examples?

- Have you witnessed any conflicts of interests in your practice with patients compensated by the WSBC? If so, can you give me some examples?

Probes/Follow-up:

- Are there any regulations or requirements from the WSBC that do not seem to work well in practice? What are they?
- Have you witnessed legal issues while interacting with the patient or an agent? If so, can you give me some examples?
- In some clinics, it is reported that young graduates see and treat WSBC patients more often. What do you think of this?

f) Care provided to patients

- In light of all that we just discussed, do you feel that any problems you may have identified impede the quality of treatment offered to WSBC patients? If so, how?
- If you identified problems, how do you think they affect the system as a whole? Or affect the effectiveness of the system?
- Are the tools physiotherapists use to evaluate and treat the WSBC patients appropriate? Why or why not?
- When you think about your practice, are WSBS patients similar or different from other patients (with private insurance or no insurance)?

Probes/Follow-up:

- In your opinion, what is the importance of the bio-psycho-social component in the treatment of WSBC patients?
- How do you determine discharge with you patients?
- Would you prefer to have a bigger load or smaller load of WSBC patients in your weekly\daily schedule? Why?

g) Professional vs personal factors

- Does treating WSBC change the level of stress in your practice?

Probes/Follow-up:

- Do you experience different emotions in your practice with WSBC patients vs. other patients?

h) Possible solutions

- Are there solutions that you think could improve the care offered to WSBC patients in physiotherapy?

Closing

I have now completed my questions.

Do you have anything else that you would like to say that we have not yet discussed? If I have further questions, or need clarification, would it be alright if I contact you later? Would you like to receive information when the study will be completed?

Thank you very much for your participation in this interview and this research project. Your answers will be very useful for the continuation of this project. I would also like to mention again that everything that we have discussed today will remain strictly confidential and anonymous. If you have other ideas or new questions that emerge in the future and would like to share with our project, please do not hesitate to contact me.

I will send you your \$50 compensation for your time and participation in the interview.
Thank you again for your time, this concludes the interview.

End recording.

End of the interview (time): _____

**** Write notes immediately post-interview

Annexe 11 : Aide-mémoire du guide d'entrevue pour les physiothérapeutes

- Role in your work setting + how the rehabilitation of patients compensated by WCB works?
- Recurrent problems encountered
- Some constraints face in treatment with WCB patients?
- How do you manage your time?
- Relationships/collaborations with: the patients, the WSIB agent, the physician, the employer, other colleagues in physiotherapy
- Issues in relation to the power or authority in your relationships? Managing of cases or to take decisions
- Describe your knowledge of the operating system of the WCB
- Witnessed unfair practices or inequalities?
- Counter professional or personal values as a physiotherapist?
- Regulations or requirements from the WSIB that do not seem to work
- Legal, financial, conflicts of interests and confidentiality problems...
- Tensions between your responsibilities to your patient and other responsibilities
- Young graduates see and treat WCB patients more often
- Do any problems you may have identified impede the quality of treatment offered to patients?
- Are tools used to evaluate and treat appropriate?
- WCB patients similar or different from other patients?
- Importance of the bio-psycho-social component?
- How do you determine discharge with you patients and does the RTW process goes?
- Prefer to have a bigger load or smaller load of WCB patients?
- Do you experience different emotions with WCB? And stress?
- Talk to me about the diagnostic aspect in relation to treatment

Annexe 12 : Guide d’entrevue pour les leaders et les administrateurs (versions française et anglaise)

Place des professionnels de la physiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Le ou les rôles des physios dans le traitement des travailleurs indemnisés par CSST ? • Qu’est-ce que les physios apportent comme compétences pour traiter les travailleurs ? Y a-t-il des compétences manquantes ? • Qu’en est-il des compétences pour favoriser le retour au travail des patients ? Et des ressources des milieux ? • Autonomie professionnelle des physiothérapeutes au sein du système ? • Les physiothérapeutes ont-ils une bonne connaissance du système d’indemnisation et de ses implications sur les traitements ?
Prise en charge en physiothérapie et décisions	<ul style="list-style-type: none"> • À quoi ressemble la prise en charge des travailleurs en physio dans votre province ? • Comment se décide cette prise en charge (consultation, collaboration avec quelles instances, qui prend les décisions) ?
Collaboration interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Qu’en est-il de la collaboration des physios avec les autres professionnels impliqués dans les soins des travailleurs ? • Que pensez-vous des communications des physios avec ces intervenants : MD, ergo, employeur et superviseur, agent ou conseiller de la CSST, chiro ?
Collaboration intra-professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Qu’en est-il des traitements qui sont prodigués par les TRPs par rapport aux physiothérapeutes ?
Contraintes	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les contraintes au fait de prodiguer des traitements de physio aux travailleurs blessés ? • Y a-t-il des problématiques globales ou récurrentes ?
Qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous de la qualité des soins prodigués aux travailleurs ? De l’offre de service ? • Quels sont les obstacles à la qualité des soins ?
Enjeux organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les contraintes institutionnelles, organisationnelles, professionnelles au traitement des travailleurs blessés par les physios ?
Enjeux éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les enjeux éthiques auxquels les physios sont confrontés ? • Y a-t-il des tensions entre les différents rôles et responsabilités des physios ?
Rôle du décideur et de l’association	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les attentes de votre organisation face aux physios qui travaillent avec les travailleurs blessés ? • Jouez-vous un rôle en tant que _____ (rôle du décideur) dans l’amélioration des soins offerts en physiothérapie aux travailleurs blessés ? • Quel est le rôle de votre organisation dans l’offre de soins et dans l’amélioration de ces soins ?
Perception du décideur et de l’organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont vos perceptions de : l’ordre de la physio vs Association Canadienne de physiothérapie vs CSST en lien avec le traitement des travailleurs ?
Enjeux financiers	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les enjeux financiers qui selon vous, prennent place dans la réadaptation des patients CSST ?
Création de guide ou de normes professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il des guides qui peuvent orienter la pratique clinique avec les patients indemnisés par la CSST ?

	<ul style="list-style-type: none">• Pensez-vous qu'il serait utile de mettre en place de tels guides ou de créer de nouvelles normes professionnelles en la matière ?
Solutions	<ul style="list-style-type: none">• Quels sont les changements qui devraient être apportés afin d'améliorer le système ?• Quels sont les changements qui devraient être apportés afin d'améliorer la qualité des soins offerts en physiothérapie ?

Place of physiotherapists	<ul style="list-style-type: none"> • Physios' role in the treatment of injured workers (IW) supported by WCB? • Which skills and competencies are physios providing when treating IW? Are they missing some? • What about competencies and skills aimed at facilitating RTW ? Do clinical settings have the appropriate resources? • What about the professional autonomy of physios inside the system and the WCB system? • Do physios have a good or sufficient knowledge of the WCB system and of its implications on patients' treatment and care?
Management and decisions	<ul style="list-style-type: none"> • How does the rehabilitation of workers and care provided to them by physios work in your province? • How do decisions concerning provision of care are taken and by whom (consultation, collaboration with which parties)?
Interprofessional collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • What about the collaboration of physios with other professionals involved in the care of IW? • What do you think of physios communications with these others stakeholders: MD, OT, employer and supervisor, agent or advisor of the WCB, chiropractor?
Intraprofessional collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • What about the implication of PTAs in care provided to IW by physios?
Constraints to care or to provision of services	<ul style="list-style-type: none"> • What are the constraints to providing physio treatment to IW (compared to another clientele)? • Are there recurring or more general problems that come to your mind?
Quality of care	<ul style="list-style-type: none"> • What do you think of the quality of care provided to IW by physios? And of the availability of services? • What are the major obstacles to a high quality of care?
Organizational issues	<ul style="list-style-type: none"> • What are the institutional, organizational and professional constraints or issues concerning the treatment of IW by physios?
Ethical issues	<ul style="list-style-type: none"> • What are the ethical issues that physios face? • Are here any tensions between the different roles and responsibilities of physios?
Stakeholder decisional role and role of his/her organization	<ul style="list-style-type: none"> • What are the expectations of your organization towards physios who work with IW? • Do you play a role as _____ (the role of the decision maker) in improving the care provided to IW by physios? • What is the role of your organization in the provision of care and in the improving care?
Perception of the decision-maker towards his or her organization	<ul style="list-style-type: none"> • What are your perceptions of your own organization and the way it deals with the treatment of IW by physios?

Financial issues	<ul style="list-style-type: none"> • What are the financial issues taking place in the rehabilitation of IW compensated by WCB?
Creation of professional guidelines or standards	<ul style="list-style-type: none"> • Are there any guidelines that can guide clinical practice with IW compensated by the WCB? • Do you think it would be useful to develop such guidelines or professional standards to help IW rehabilitation?
Solutions	<ul style="list-style-type: none"> • What changes should be made to improve the system? • What are the changes that should be made to improve the quality of care in physiotherapy for IW?

Annexe 13 : Exemples de tableau et de carte conceptuelle utilisés lors de l'analyse

Tableau avec les éléments communs aux trois provinces

Élément	Description	Québec	Ontario	Colombie-Britannique
<p>1. Gestion du temps difficile</p> <p>Code Nvivo : Time management</p>	<p>Manque de temps pour tout faire (traitements, tâches connexes)</p>	<p>- I : Ok. Parfait. Puis la rédaction de tes documents, les lettres aux médecins, ça ça rentre-tu dans ton 20 minutes ou dans ton 30 minutes? Ou quand est-ce que tu fais ça? P : Oui, [46:16] la plupart du temps, je vais le rentrer dans mon 30 minutes. I : Ok P : Mais t'sais, quand je... mettons la personne cette journée-là est plus en souffrance ou elle est plus anxieuse ou des trucs comme ça, ce que je vais faire c'est... t'sais, je vais la faire à un autre moment. Ça dépend de t'sais, combien de temps que j'ai de disponible avant la rencontre chez le médecin. P2Q</p> <p>- P3Q dit que c'est possible de voir un patient CSST en 30 min et de ne pas avoir de temps pour faire de paperasse, mais ce que ça fera, c'est qu'on va voir le patient 5x par semaine et prendre des plages de tx pour écrire les notes et on n'aura pas du tout de plaisir à traiter le patient</p> <p>- I : Et est-ce que vous pouvez concevoir que justement si vous aviez le 30 minutes avec votre patient seulement, mais pas le temps de dossier accordé, est-ce que ça serait quelque chose qui serait quand même faisable ou vous devriez le faire sur vos heures ou...? P : Ah mais non. Non. Non, non, sauf que je dirais peut-être que si la personne... et là il faudrait peut-être faire la théorie du cinq fois, bon une journée je ne le vois presque pas et je fais son dossier là parce que c'est impossible. Moi je vois que non, ça marche pas. Tu ne peux pas donner le service que le client... mettons une fracture d'une cheville CSST, ou qu'il l'a fait chez eux, bien il faut que tu mobilises, il faut que tu fasses tout ce que t'as à faire, je veux dire un CSST, t'en feras pas moins pour ça, fait que si tu fais la même affaire, pis en plus son dossier va être plus long à cause de la paperasserie que... la paperasserie à un moment donné il faut que tu la bloques à quelque part. Les rapports, les rapports finaux, les... les... mais même à ça des fois on fait des rapports final pour d'autres clients, mais il faut que tu la bloques et je vois pas dans un 30 minutes, juste ça pour faire ça, ça va... c'est parce que ce qui arrive, c'est qu'on va le faire. Ça peut se faire. Mais je veux dire il n'y aura pas de plaisir à travailler avec cette clientèle-là et là on aimera pas nos clients. Là on n'aimera pas traiter les gens de la CSST, mais pas parce qu'ils ne sont pas fins, pis... c'est pas des beaux cas on va dire, mais parce qu'il y a de la lourdeur qui n'a pas rapport. C'est juste ça. P3Q</p>	<p>- P1O dit qu'elle a beaucoup de choses à faire pour le patient en pratique privée et que la rémunération n'est vraiment pas assez grande versus les choses à faire</p> <p>- P : <i>It's it's not worth, usually with WSIB it's very complicated, the cases are pretty complicated, because you have, you are obliged to deal with the employer, you are obliged to deal with the WSIB case manager, you have to coordinate with the modified duty which is what I do here full time, you know. And, and you do this in between doing all the rest of your stuff in private practice. So most people don't want them. They don't want to be bothered with that. It's way too much work. It's very frustrating to get a hold of case managers, and then getting a hold of the employers, which we are obliged to do when we are the treating physiotherapist. P1O</i></p> <p>- Instance négative: - I : <i>Okay. And so uh, and the uh so you feel that you have enough time to do this education, explanation in the private clinic as well as in the hospital? (59:13) P : ... [pause longue]... Yes. And the reason I thought is, it's really at your own choice. You can choose to do that or not. I: So you are not too much restrained by the time or by the pressure. P: Not at all, because that's your choice. If I want to book an hour with a patient, I can book an hour with a patient. I: Okay. P: What I do is I need to feel like I have given what I need to that patient. And that's what it comes my care. But not whether I need a 15 minute slot or an hour slot. Or how much money I want to make. I don't do it that way. P1O</i></p> <p>- P2O doit rester le soir pour faire ses dossiers et la paperasse. Dans sa 1^{ère} clinique n'était pas payé, mais dans sa deuxième oui un petit montant...</p> <p>- So I guess I just... I have so much to do already that... I don't have time to talk to the employer if I don't have to. That's just it I guess. But of course if they call me I'll call them back. It's not that I hate them or I avoid them, but I guess I avoid them because there is so much to do I don't even have time unless I stay overtime all the time to call them, and sometimes you don't have to call them. You know, that's just the system. They get this number of sessions, that's their job demand, get them back to work. There's really no questions... I don't have</p>	<p>- P1CB dit que les contraintes de temps dépendent beaucoup de son employeur, de ses attentes et de la formation des autres membres du personnel + des rapports et de sa rapidité à les rédiger</p> <p>- The...[pause] the time constraints...so much of that does depend on the employers and the expectations...and the training of the other staff. P1CB</p> <p>- P1CB parle des autres éléments que son employeur lui demande de faire (contrôle de la qualité/checklist) et qui ajoute des tâches ++ et parle aussi du fait que le kinésologue est souvent en charge, mais a trop de travail, donc se retrouve à faire ++</p> <p>- With all paperwork and making sure that it gets off to the right people and at the right time. There's no leniency with respect to...well, there's leniency...like the expectation is within three days with time and then also the communication is a big thing. We...you need to take time for communication to ensure that if it's happening and that everything's going well but it takes a lot of time to do and it...it needs to be protected time and you rarely get that protected time because it's four hours that you're getting paid for so unless you're doing things outside of that.P1CB</p> <p>- P2CB trouve que c'est préférable quand il a 1 heure complète pour faire l'évaluation du patient et non pas 2fois 30 min</p> <p>- I think, you know, we...we are getting paid for those reports and I think it's...it's fair the amount that we are getting paid, again, in the early going because you are getting used to the system it does take longer to...to kind of make sure you've got it all in there and...and doing it the way you are supposed to but, you know, again, I've done like six or seven of these now and...and, you know, each one seems to go by quicker and more efficiently because I know...you just, you know, know where all the fields are, what they are asking for, and no questions about, you know, "is this supposed to be, you know..." what</p>

