



## PORTRAIT DES PRATIQUES ÉVALUATIVES DES ERGOTHÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION POST-AVC

Déborah Apollon-Roy<sup>1</sup>, Carole Miéville<sup>2</sup>, Lise Poissant<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ergothérapeute, MSc, Centre d'hébergement Armand-Lavergne, programmes de réadaptation fonctionnelle intensive et de soins post-aigus, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Canada

<sup>2</sup> Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR), CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Canada

<sup>3</sup> Ergothérapeute, PhD, chercheuse, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Canada

Adresse de contact : lise.poissant@umontreal.ca

Reçu le 15.12.2020 – Accepté le 01.11.2021

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v7n2.194

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



## RÉSUMÉ

**Introduction.** L'AVC affecte les activités, la participation sociale et le bien-être des personnes touchées. Malgré les bienfaits connus de la réadaptation et la documentation de meilleures pratiques, aucune application systématique de celles-ci n'est observée au Canada. De plus, aucune étude ne fait état des services de réadaptation offerts au Québec. Ainsi, cette étude visait à décrire l'utilisation d'outils d'évaluation par les ergothérapeutes en réadaptation post-AVC au Québec et à caractériser l'écart entre cette utilisation et les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*.

**Méthodologie.** Les données étaient issues de l'audit de 735 dossiers de patients ayant subi un AVC et recevant des services d'établissements de réadaptation interne (RI) et externe (RE) au Québec. La fréquence des problèmes cliniques définis selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) ainsi que celle des processus et des outils d'évaluation utilisés par les ergothérapeutes ont été calculées. Des tests du khi-carré ont été effectués pour comparer les résultats de la RI à ceux de la RE.

**Résultats.** Parmi 46 outils utilisés par les ergothérapeutes, 22 correspondaient aux meilleures pratiques. Les ergothérapeutes évaluent les fonctions motrices, cognitives, perceptuelles et visuelles, la conduite automobile, les activités quotidiennes et domestiques. Les ergothérapeutes travaillant en RI utilisent plus d'outils que les ergothérapeutes en RE.

**Conclusion.** Bien que des écarts existent entre la pratique en réadaptation et les pratiques recommandées, les problèmes des patients sont bien évalués. D'autres études sont nécessaires pour documenter les facteurs justifiant ces écarts.

## MOTS-CLÉS

Outils d'évaluation, AVC, Réadaptation, Meilleures pratiques

## EVALUATIVE PROCESSES OF OCCUPATIONAL THERAPISTS IN STROKE REHABILITATION FACILITIES

### ABSTRACT

**Introduction.** Stroke impacts the well-being, the activities and the social participation of stroke survivors. Despite the known benefits of rehabilitation and well documented stroke best practices, systematic application of these remains low. In fact, little is known on the type of rehabilitation services that are offered in Quebec. Thereby, the objective of this study was to describe the utilization of evaluation tools by occupational therapists (OTs) working in a rehabilitation facility in Quebec and to characterize the gaps between the utilization of tools and the *Canadian Stroke Best Practices*.

**Methods.** This is a secondary analysis of the data obtained from a provincial audit of 735 charts of stroke patients who received rehabilitation services on a in- or out-patient facility. The frequency of clinical problems as defined by the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), evaluation processes and evaluation tools used by OTs were estimated. Chi-square tests were calculated to compare inpatient and out-patient results.

**Results.** A total of 46 tools were used by OTs while only 22 of those met the best practices. The most frequently ICF domains evaluated by OTs were associated to the motor, cognitive, and visuo-perceptual functions as well as driving, daily and instrumental activities. Overall, OTs working in inpatient facilities used more tools than those working in outpatient facilities.

**Conclusion.** Despite gaps between OTs practice and best practices, clinical problems of patients are evaluated. Future studies are necessary to understand the factors justifying those gaps.

### KEYWORDS

Evaluation tools, Stroke, Rehabilitation, Best practices

## INTRODUCTION

L'accident vasculaire cérébral (AVC) représente la principale cause d'incapacités chez les adultes et la troisième cause de décès au Canada, et on estime qu'environ 62 000 personnes sont touchées annuellement par un AVC au Canada, dont environ 20 000 personnes au Québec (Hebert *et al.*, 2016). Les conséquences de l'AVC sont nombreuses, affectant la participation, les activités quotidiennes, le bien-être physique et psychologique ainsi que la qualité de vie des personnes et celle de leurs proches (Dawson *et al.*, 2013 ; Teasell et Hussein, 2016a). La réadaptation joue un rôle clé dans la récupération neurologique et fonctionnelle des personnes touchées en les exposant à un environnement stimulant et complexe, à des tâches et à des activités significatives, et ce, dans un contexte d'interdisciplinarité (Murphy et Corbett, 2009 ; Teasell *et al.*, 2006 ; Teasell et Hussein, 2016b). L'ergothérapeute tient une place importante dans le processus de réadaptation, notamment au niveau de la performance dans les activités quotidiennes et de la participation à celles-ci, ainsi qu'aux rôles sociaux, et pour optimiser les capacités résiduelles (Legg *et al.*, 2007 ; Legg *et al.*, 2017 ; Steultjens *et al.*, 2003).

La grande diversité de conséquences suivant un AVC impose une démarche d'évaluation exhaustive qui permettra d'identifier, avec le client, ses besoins et ses objectifs et qui guidera l'élaboration d'un plan de traitement personnalisé visant à optimiser le fonctionnement physique, cognitif, communicatif, émotionnel ou social (Association canadienne des ergothérapeutes, s. d. ; Dawson *et al.*, 2013). L'évaluation est donc une étape cruciale de la prise en charge ergothérapeutique (Tessier, 2012). Par conséquent, l'Institut national de santé et de services sociaux (INESSS) et les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC ont mis en avant la pertinence de définir et d'utiliser un ensemble d'outils d'évaluation commun afin d'uniformiser les pratiques entre les différents établissements (Tessier, 2012). Ces deux instances recommandent que les cliniciens utilisent des outils standardisés et valides pour évaluer les conséquences associées à l'AVC (Hebert *et al.*, 2016). De tels outils permettent d'obtenir des données objectives, d'identifier et de quantifier les déficits, la sévérité de l'AVC, le niveau d'activité et de fonctionnement des clients tout au long de la prise en charge (Anemaet, 2002). Leur sélection doit tenir compte de leurs qualités psychométriques et de considérations pratiques telles que la validité et la fidélité (Tessier, 2012).

Malgré la diffusion de ces guides et de leurs recommandations, une variabilité persiste dans la prestation des services de santé au Canada et il n'existe aucune application systématique des meilleures pratiques, ce qui pourrait compromettre la qualité des services (Côté et Tessier, 2011 ; Lindsay *et al.*, 2008). À notre connaissance, aucune étude au Québec ne s'est penchée sur les pratiques évaluatives réalisées par les ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle AVC pour les comparer avec les pratiques recommandées par les *Recommandations canadiennes* et par l'INESSS. Ainsi, l'objectif principal de cette étude est de décrire les outils d'évaluation utilisés en réadaptation auprès des clients ayant subi un AVC et de caractériser l'écart entre cette utilisation et les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2012). Un premier objectif secondaire est de com-

parer les pratiques évaluatives en réadaptation interne avec celles en réadaptation externe. Un second objectif secondaire est de décrire les outils d'évaluation spécifiquement utilisés par les ergothérapeutes.

## MÉTHODES

### Type d'étude et contexte

La présente étude quantitative est une analyse secondaire de dossiers médicaux de clients ayant eu un AVC, audités dans le cadre du projet « Vers un continuum de services pour l'AVC : évaluation des structures, processus et indicateurs de rendement des services de réadaptation » (Poissant *et al.*, 2011). Au total, un échantillon provincial aléatoire de 1862 dossiers médicaux a été audité entre 2014 et 2017. Pour ce faire, ce projet ciblait les établissements de soins de courte durée et les centres de réadaptation de la province de Québec qui avaient reçu des clients ayant comme diagnostic principal un AVC survenu entre le 1<sup>er</sup> avril 2012 et le 31 mars 2013. Les informations recueillies concernaient le profil sociodémographique et clinique des clients, leur histoire médicale, ainsi que les évaluations et les interventions réalisées par les professionnels. Les données recueillies dans cette étude ont été saisies électroniquement dans la base de données RedCap par des auditeurs formés et les variables étaient organisées selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

La nomenclature de la CIF a été employée dans la présente étude, afin d'assurer la cohérence avec la terminologie utilisée dans la base de données de l'étude de Poissant et collègues et celle des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*. Cette nomenclature a été employée pour classer les outils d'évaluation de la base de données et ceux des recommandations selon ce qu'ils évaluent, c'est-à-dire en termes de fonctions organiques, d'activités et de participation ou de facteurs environnementaux. Le projet primaire avait été soumis au comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain et avait été considéré comme une évaluation de programme (services de réadaptation). Les autorisations d'accès aux dossiers (p. ex. : professionnels impliqués, interventions effectuées, méthodes utilisées) ont toutes été obtenues par les personnes légitimées par la réglementation en vigueur au Québec.

### Population et critères d'inclusion et d'exclusion

Parmi l'ensemble des dossiers médicaux audités et disponibles dans la base de données, tous les dossiers de clients adultes ayant subi un AVC et ayant eu un suivi en réadaptation interne (RI) ou en réadaptation externe (RE) au Québec ont été inclus et tous les dossiers de clients pris en charge en soins aigus ont été exclus. Au total, les dossiers médicaux de 735 clients uniques ont été étudiés.

## Collecte des données

Les données concernant les facteurs personnels des clients (les caractéristiques sociodémographiques, telles que le sexe, l'âge, le lieu de résidence avant l'AVC, l'organisation du ménage) et l'histoire médicale (type d'AVC, hémisphère lésé, antécédent(s) d'AVC ou d'accident ischémique transitoire [AIT]) ont été colligées. Les données sur les problématiques relatives aux fonctions, à l'activité, à la participation et aux facteurs environnementaux, sur leur évaluation, sur les outils utilisés pour évaluer ces différentes composantes ainsi que sur la nature de la prise en charge (RI ou RE) ont également été colligées. À noter que le terme « évaluation » a été utilisé pour simplifier la collecte de données, mais que ce terme inclut l'appréciation, le dépistage et l'évaluation.

## Analyses des données

Les données ont été exportées du logiciel de saisie de données RedCap vers le logiciel IBM SPSS Statistics 24©. Une analyse de fréquence a été effectuée auprès de l'ensemble des clients en réadaptation pour en dresser un portrait général des problèmes et des évaluations. La fréquence des clients, en pourcentage (%), ayant un problème concernant une fonction, une activité/participation et un facteur environnemental a été calculée en RI et en RE pour déterminer leur prévalence. Ensuite, la fréquence (%) des clients ayant été évalués pour chaque fonction, activité/participation et facteur environnemental et la fréquence de ceux l'ayant été par des outils d'évaluation ont été calculées en RI et en RE pour déterminer la fréquence d'évaluation et d'utilisation de ces outils. Un seuil d'utilisation minimal de 5 % a été déterminé pour écarter les outils très peu utilisés en réadaptation. Des tests du khi-carré ont été effectués pour comparer les fréquences obtenues en RI et en RE pour l'évaluation des fonctions, des activités/de la participation et des facteurs environnementaux ainsi que de l'utilisation des outils d'évaluation. La fréquence (%) de l'utilisation des différents outils par des ergothérapeutes a été calculée en RI et en RE.

## RÉSULTATS

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques et l'histoire médicale de l'échantillon de la présente étude. Celui-ci est majoritairement composé d'hommes (RI : 51 %, RE : 59 %), l'âge moyen y est de 67 ans et les deux tiers des personnes qui le composent vivent dans un appartement ou une maison avec une ou plusieurs autres personnes. Sur le plan médical, la plupart avait subi un AVC ischémique (RI : 66 %, RE : 49,4 %), du côté gauche (46,7 %), et peu (< 20 %) avaient des antécédents d'AVC ou d'AIT.

Parmi les 22 composantes de la CIF relevées dans la base de données, seules les fonctions cognitives et motrices ainsi que les activités de mobilité et de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD) ont été évaluées chez plus de 50 % de l'ensemble des clients. Plusieurs composantes, telles que les grands domaines de la vie, les relations

et interactions avec autrui, les activités récréatives et les loisirs, les facteurs environnementaux physiques et sociaux, ainsi que les fonctions sensorielles, vestibulaires, reproductives, urinaires, de défécation et de l'ingestion, ont été évaluées chez moins de 50 % des clients et aucun outil d'évaluation de ces composantes n'a été identifié dans les dossiers. Les composantes de la communication et des fonctions de la voix et de la parole ont été évaluées chez plus de 18 % des clients, mais ne l'ont pas été par les ergothérapeutes. Au total, 46 outils d'évaluation ont été répertoriés dans les dossiers, ils ont été utilisés à plus de 5 % et 22 d'entre eux (48 %) correspondent aux recommandations canadiennes. Parmi ces 46 outils, 12 étaient significativement plus utilisés en RI ( $p < 0,05$ ) alors que 7 outils, évaluant majoritairement des activités, étaient significativement plus utilisés en RE ( $p < 0,05$ ).

**Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population**

Caractéristiques sociodémographiques	RI (n total = 494)	RE (n total = 241)
<b>Sexe (%)</b>	<i>n</i> = 488	<i>n</i> = 241
Homme	51,0	59,3
Femme	49,0	40,7
<b>Âge</b>	<i>n</i> = 483	<i>n</i> = 236
Moyenne (écart-type)	69,6 (14,0)	62,0 (15,2)
<b>Lieu de résidence (%)</b>	<i>n</i> = 487	<i>n</i> = 240
Maison unifamiliale, semi-détachée, maison de ville, appartement/condominium	82,7	74,6
Ressource intermédiaire, centre d'hébergement et de soins de longue durée, résidence privée pour personnes âgées	10,9	4,2
Autre	6,4	21,2
<b>Organisation du ménage (%)</b>	<i>n</i> = 461	<i>n</i> = 188
Vit seul	34	29,8
Vit avec une/plusieurs personnes	63	72,2
Non mentionné	3	0,5
<b>Histoire médicale</b>		
<b>Type d'AVC (%)</b>	<i>n</i> = 486	<i>n</i> = 239
Hémorragique	17,5	21,7
Ischémique	66	49,4
Non mentionné	16,3	28,9
<b>Côté de l'AVC (%)</b>	<i>n</i> = 494	<i>n</i> = 241
Gauche	46,8	46,5
Droit	39,9	36,1
Bilatéral	2	2,9
Non précisé	11,3	14,5
<b>Antécédents (%)</b>	<i>n</i> = 494	<i>n</i> = 241
AVC ou AIT	19,6	12,9

**Tableau 2 : outils d'évaluation mentionnés dans la base de données et outils d'évaluation suggérés en réadaptation selon les  
Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC**

Composantes de la CIF et outils d'évaluation associés					
FONCTIONS ORGANIQUES			ACTIVITÉ ET PARTICIPATION		
Motrices			Mobilité		
Action Research Arm Test (ARAT)**	Assessment Battery (COTNAB) <sup>†</sup> Disabilities of Arm, Shoulder and Hand (DASH)	Rivermead Motor Assessment (RMA) **	Balance Master	Predict-FIRST**	Timed Up and Go (TUG) <sup>†</sup> (50,5 %)**
Bilan musculaire <sup>†</sup>	Dynamomètre Jamar <sup>†</sup> (62,1 %)	Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) **	Berg Balance Scale (BBS) <sup>†</sup> (85,9 %)**	Rivermead Mobility Index (RMI) **	Vitesse de marche naturelle/confortable sur 10 mètres <sup>†</sup> (50,9 %)
Box and blocks (BBT) <sup>†**</sup>	Fugl-Meyer Assessment of Sensory-Motor Recovery after Stroke (FMA) **	Test doigt-nez <sup>†</sup> (58 %)	Clinical Outcome Variables (COVS) **	Stroke Assessment of Fall Risk (SAFR) **	Vitesse de marche rapide sur 10 mètres <sup>†</sup>
Chedoke Arm and Hand Activity Inventory (CAHAI) <sup>†**</sup>	Modified Ashworth Scale (MAS) <sup>†**</sup>	Test talon-genou <sup>†</sup>	Functional Ambulation Categories (FAC) **	Step Test <sup>†</sup>	Function in Sitting Test (FIST) **
Chedoke-McMaster Stroke Assessment Scale (CMSA) <sup>†</sup> (64 %)**	Nine Hole Peg Test (9HPT) <sup>†**</sup>	Wilson Assessment of Hemiparetic Upper Extremity**	Modified Motor Assessment Scale (M-MAS) **	STRATIFY**	
Chessington Occupational Therapy Neurological		Wolf Motor Function Test (WMFT) **		2 Minute Walk Test (2MWT) <sup>†</sup>	
				6 Minute Walk Test (6MWT) <sup>†**</sup>	
Cognitives			Conduite automobile		
Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) <sup>†</sup>	Protocole d'examen cognitif de la personne âgée (PECPA-2r) <sup>†</sup>	Test de l'horloge <sup>†**</sup>	Color Trails Test**	Elemental Driving Simulator (EDS)	Useful Field of View Test (UFOV) <sup>†</sup> (32,2 %)**
MMSE <sup>†</sup> (27,6 %)**	Rivermead Behavioral Memory Test (RBMT) <sup>†</sup>	Trail Making Test (TMT) <sup>†</sup> (19,5 %)**	DriveABLE**	Fitness-to-Drive Screening Measure**	
MoCA <sup>†</sup> (53 %)**		Wisconsin Card Sorting Test (WCST)	Dynavision <sup>†</sup> (9,4 %)**		

Abréviations :

\* Recommandations selon les mises à jour de 2012

\*\* : outils recommandés

<sup>†</sup> : outils utilisés à 5 % et plus

NB : Dans le cas où un outil serait recommandé pour l'évaluation de plusieurs composantes, celui-ci a été classé dans la composante pour laquelle il a été utilisé dans la base de données. Le pourcentage correspond à l'utilisation de l'outil en réadaptation, et il est donné pour les trois outils les plus utilisés relativement aux composantes présentées

**Tableau 2 (suite) : outils d'évaluation mentionnés dans la base de données et outils d'évaluation suggérés en réadaptation selon les  
Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC**

Composantes de la CIF et outils d'évaluation associés					
FONCTIONS ORGANIQUES			ACTIVITÉ ET PARTICIPATION		
Perceptuelles			Activités de la vie quotidienne et de la vie domestique		
Alberts Test**	Florida Apraxia Screening Tool (FAST-R) **	Ontario Society of Occupational Therapy (OSOT) Perceptual Evaluation Rivermead Perceptual Assessment Battery (RPAB) **	Alpha-MIF**	Mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) <sup>†</sup> (35,9 %)**	EuroQuol-5D (EQ-5D)
Apraxia Screen of TULIA (AST) **	Line Bisection Test**	Single Letter Cancellation Test (SLCT) <sup>†</sup>	Assessment of Life Habits Scale (LIFE-H) **	Modifies Rankin Scale (MRS) **	Mesure des habitudes de vie (MHAVIE)
Behavioral Inattention Test (BIT) **	Motor-Free Visual Perception Test (MVPT) <sup>†</sup> (51 %)**	Test des cloches <sup>†</sup> (68,1 %)	Frenchay Activities Index (FAI) **	Orpington Pronostic Scale**	Profil des AVQ <sup>†</sup> (21,2 %)
Comb and Razor Test**			Indice de Barthel**	Reintegration to Normal Living Index (RNLI) **	The Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) **
Florida Apraxia Battery—Extended and Revised Sydney (FABERS) **			Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) **	Stroke Impact Scale**	Système de mesure d'autonomie fonctionnelle (SMAF) <sup>†</sup> (12,9 %)
				Échelle de Rankin	
Visuelles			Relations et interactions avec autrui		
Échelle de Snellen <sup>†</sup> (34,6 %)	Snellen eye chart BIVABA (Brain injury visual assessment battery for adults) **				
Émotionnelles			Grands domaines de la vie		
Aphasia Depression Scale (ADRS) **	Échelle de dépression d'Hamilton**	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) **			
Beck Depression Inventory (BDI) **	General Health Questionnaire (GHQ) **	Patient Health Questionnaire (PHQ-9) <sup>†</sup> (19,9 %)**			
Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) **	Geriatric Depression Scale (GDS) <sup>†</sup> (5,4 %)**	Stroke Aphasic Depression Scale (SADQ)**			

Abréviations :

\* Recommandations selon les mises à jour de 2012

\*\* : outils recommandés

<sup>†</sup> : outils utilisés à 5 % et plus

NB : Dans le cas où un outil serait recommandé pour l'évaluation de plusieurs composantes, celui-ci a été classé dans la composante pour laquelle il a été utilisé dans la base de données. Le pourcentage correspond à l'utilisation de l'outil en réadaptation, et il est donné pour les trois outils les plus utilisés relativement aux composantes présentées

**Tableau 2 (suite) : outils d'évaluation mentionnés dans la base de données et outils d'évaluation suggérés en réadaptation selon les  
Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC**

Composantes de la CIF et outils d'évaluation associés					
FONCTIONS ORGANIQUES			ACTIVITÉ ET PARTICIPATION		
Ingestion			Communication		
« Any Two »**	Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) **	Outil canadien de dépistage nutritionnel (OCDN) **	Acute Aphasia Screening Protocol (AASP) **	Frenchay Aphasia Screening Test (FAST) **	Test of Adolescent/Adult Word Finding (TAWF)
Acute Stroke Dysphagia Screen**	MetroHealth Dysphagia Screen	Standardized Swallowing Assessment	American Speech-Language-Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-FACS) **	Mississippi Aphasia Screening Test (MAST) **	Token Test†
Emergency Physician Dysphagia Screen**	Mini Nutritional Assessment**	Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) **	Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)† (41,9 %)	Porch Index of Communicative Abilities (PICA) **	Ullevall Aphasia Screening Test (UAS) **
Gugging Swallowing Screen (GUSS) **	Modified Mann Assessment of Swallowing Ability (MMASA) **		Boston Naming Test†	Protocole Montréal d'évaluation de la communication (MEC)† (33,2 %)	Western Aphasia Battery (WAB)†**
Logemann <i>et al.</i> , 1999			Communication Effectiveness Index (CETI) **	Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT-86)† (47,8 %)	Reitan-Indiana Aphasia ** Screening Examination (ASE) Screeling**
			DO-80†		
Voix et parole			FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX		
Frenchay Dysarthria Assessment (FDA-2) **	Robertson Dysarthria Profile† (32,8 %)		Physiques -----		Sociaux -----
Douleur					
Échelle visuelle analogue (EVA)† (11,9 %) **	Pain Quality Assessment Scale (PQAS)	Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) **			
McGill Pain Questionnaire**	**	Wong-Baker FACES Pain Rating Scale			

Abréviations :

\* Recommandations selon les mises à jour de 2012

\*\* : outils recommandés

† : outils utilisés à 5 % et plus

NB : Dans le cas où un outil serait recommandé pour l'évaluation de plusieurs composantes, celui-ci a été classé dans la composante pour laquelle il a été utilisé dans la base de données. Le pourcentage correspond à l'utilisation de l'outil en réadaptation, et il est donné pour les trois outils les plus utilisés relativement aux composantes présentées

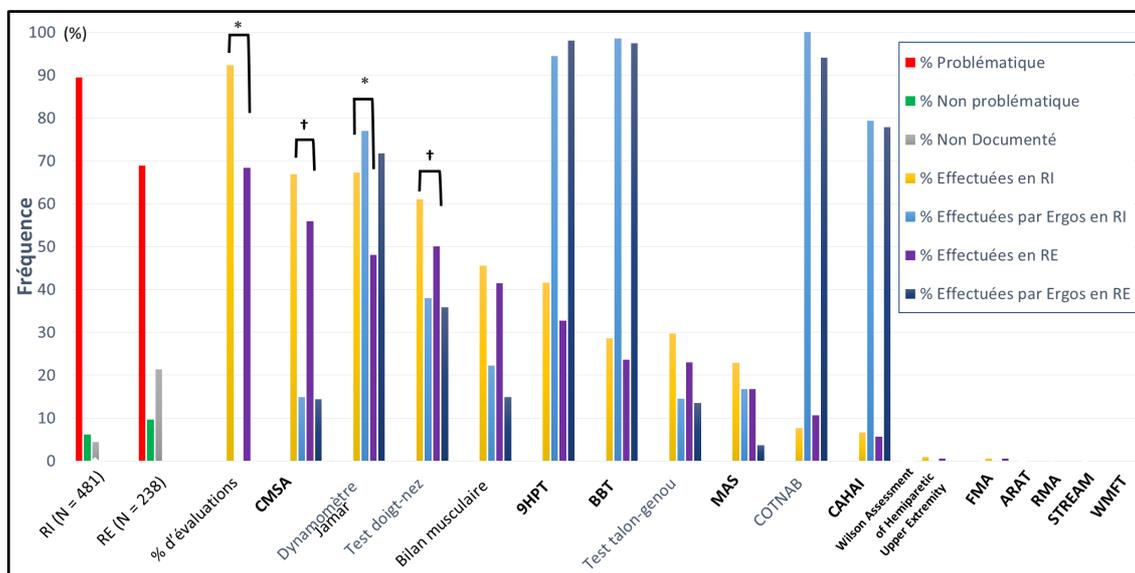
Le tableau 2 répertorie les outils d'évaluation présents dans la base de données et les outils d'évaluation suggérés en réadaptation selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (2012).

Les résultats qui suivent présentent les pratiques évaluatives en RI et en RE pour différentes composantes de la CIF évaluées à plus de 50 %, les outils d'évaluation utilisés et leur mise en comparaison avec les recommandations canadiennes, ainsi que l'utilisation de ces outils par les ergothérapeutes.

## Fonctions motrices

La figure 1 illustre qu'une évaluation des fonctions motrices (p. ex. : hémiparésie, spasticité) a été faite chez 84,4 % des clients (RI : 92,3 % ; RE : 68,4 % ;  $p < 0,0001$ ) ; des problèmes dans les fonctions motrices ont été trouvés chez 82,6 %, et 7,4 % des cas ont été identifiés comme non problématiques (NP). Le CMSA, le 9HPT, le BBT, le MAS et le CAHAI ont été les outils les plus utilisés, parmi les 11 outils recommandés (Fig. 1). Le CMSA, le test doigt-nez et le dynamomètre Jamar étaient significativement plus utilisés en RI qu'en RE ( $p < 0,05$ ). Le CMSA était utilisé par seulement 15 % des ergothérapeutes, tandis que le 9HPT, le BBT et le CAHAI étaient majoritairement utilisés par eux ( $> 80$  %). Le dynamomètre Jamar (RI : 67,3 % ; RE : 48,1 %) et le COTNAB, deux outils ne faisant pas partie des recommandations, demeurent fortement utilisés par les ergothérapeutes ( $> 75$  %).

Figure 1 : évaluation des fonctions motrices en RI et en RE

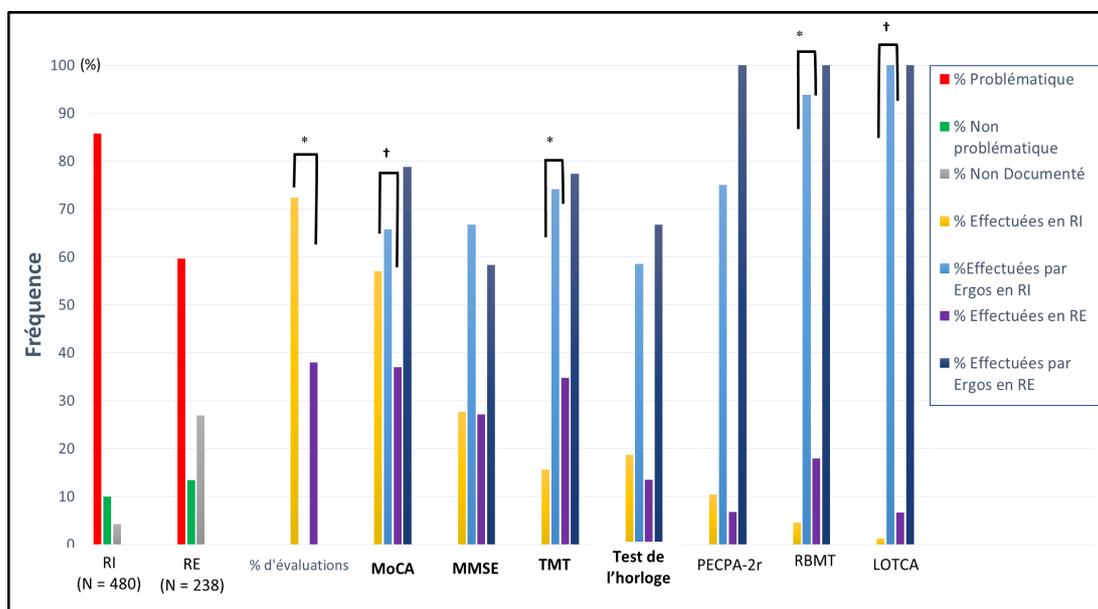


Abréviations : RI : Réadaptation interne ; RE : Réadaptation externe ; \* :  $p < 0,0001$  ; † :  $p < 0,05$  ; Gras : outils recommandés ; CMSA : Chedoke McMaster Stroke Assessment Scale ; 9HPT : Nine Hole Peg Test ; BBT : Box and Blocks Test ; MAS : Modified Ashworth Scale ; COTNAD : Chessington Occupational Therapy Neurological Assessment Battery ; CAHAI : Chedoke Arm and Hand Activity Inventory ; FMA : Fugl-Meyer Assessment of Motor Recovery after Stroke ; ARAT : Action Research Arm Test ; RMA : Rivermead Motor Assessment ; STREAM : Stroker Rehabilitation Assessment of Movement ; WMFT : Wolf Motor Function Test

## Fonctions cognitives

Les fonctions cognitives (Fig. 2), comme la mémoire et l'attention, étaient problématiques chez 77,2 % de l'ensemble des clients (NP : 11,1 %), évaluées chez 61 % d'entre eux et significativement plus en RI (RI : 72,4 % ; RE : 38 % ;  $p < 0,0001$ ). Les outils, les plus souvent répertoriés aux dossiers et recommandés, étaient le MoCA, le MMSE, le TMT et le test de l'horloge (Fig. 2). Le MoCA était significativement plus utilisé en RI (RI : 57 % ; RE : 37 % ;  $p = 0,003$ ) et le TMT, en RE (RI : 15,6 % ; RE : 34,8 % ;  $p < 0,0001$ ). Le RBMT et le LOTCA, deux outils ne faisant pas partie des recommandations, étaient significativement plus utilisés en RE qu'en RI (Fig. 2). Tous ces outils étaient utilisés par des ergothérapeutes dans plus de 60 % des cas.

Figure 2 : évaluation des fonctions cognitives en RI et en RE



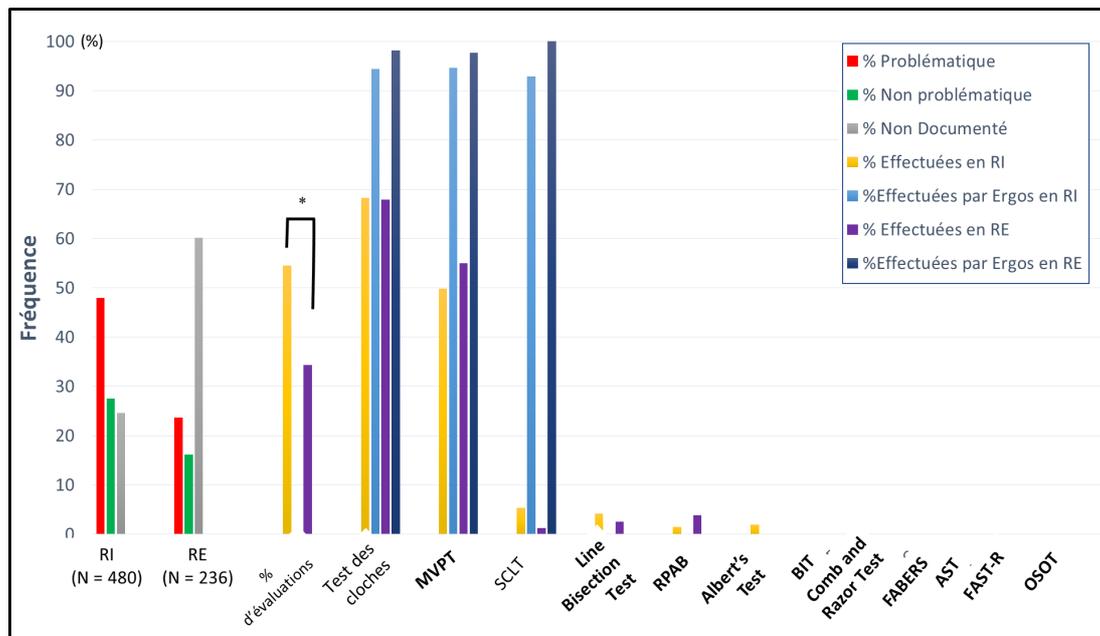
Abréviations : RI : Réadaptation interne ; RE : Réadaptation externe ; \* :  $p < 0,0001$  ; † :  $p < 0,05$  ; Gras : outils recommandés ; MoCA : Montreal Cognitive Assessment ; MMSE : Mini-Mental State Examination ; TMT : Trail Making Test ; PECPA-2r : Protocole d'examen cognitif de la personne âgée ; RBMT : Rivermead Behavioural Memory Test ; LOTCA : Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment

## Fonctions perceptuelles et visuelles

L'héminégligence, l'agnosie visuelle ou l'anosognosie étaient présentes chez 39,9 % de tous les clients (NP : 23,7 %) (Fig. 3). Légèrement moins de la moitié des clients ont été évalués, mais ils l'ont été significativement plus en RI (RI : 54,5 % ; RE : 34,5 % ;  $p < 0,0001$ ). Aucune différence significative entre la RI et la RE n'a été observée concernant l'utilisation des outils d'évaluation. Le test des cloches et le MVPT, qui est un des outils recommandés, étaient les deux tests les plus fréquemment utilisés, et ce, presque exclusivement par des ergothérapeutes, qui les utilisaient dans plus de 95 % des cas (Fig. 3). De nombreux tests recommandés n'étaient pas utilisés en réadaptation ou leur utilisation était marginale (Fig. 3).

Parmi tous les clients, 26,3 % présentait des problèmes visuels (p. ex. : hémianopsie, diplopie, nystagmus) (NP : 32,4 %). Les fonctions visuelles étaient évaluées chez 19 % des clients, l'étaient significativement plus en RI (RI : 21,1 % ; RE : 14,7 % ;  $p = 0,04$ ), avec l'échelle de Snellen, un outil recommandé (RI : 42,6 % ; RE : 11,4 % ;  $p = 0,001$ ), et fréquemment par des ergothérapeutes (91,5 % des cas).

Figure 3 : évaluation des fonctions perceptuelles en RI et en RE

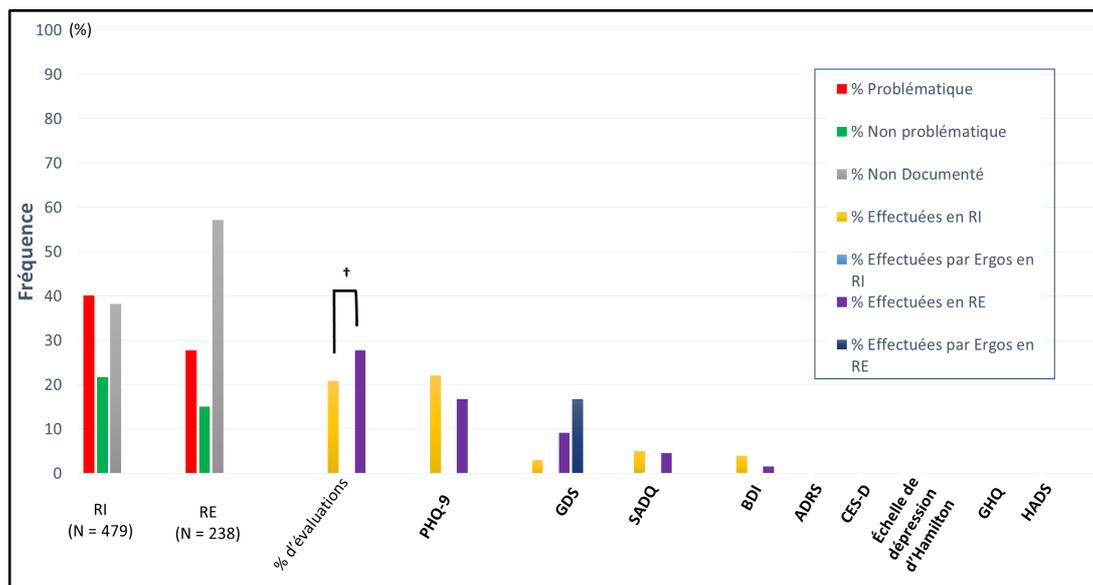


Abréviations : RI : Réadaptation interne ; RE : Réadaptation externe ; \* :  $p < 0,0001$  ; Gras : outils recommandés ; MVPT : Motor-Free Visual Perception Test ; SCLT : Single Letter Cancellation Test ; RPAB : Rivermead Perceptual Assessment Battery ; BIT : Behavioral Inattention Test ; FABERS: Florida Apraxia Battery– Extended and Revised Sydney ; AST: Apraxia Screen of TULIA ; FAST-R: Florida Apraxia Screening ; OSOT: Ontario Society of Occupational Therapy

## Fonctions émotionnelles

Des problèmes de dépression, d'anxiété ou d'apathie étaient présents dans 36 % (NP : 19,5 %) de tous les dossiers et évalués dans 23,2 % des cas (Fig. 4). Ces fonctions émotionnelles étaient significativement plus évaluées en RE (RI : 20,9 % ; RE : 27,7 % ;  $p = 0,04$ ) (Fig. 4). Les outils recommandés et les plus souvent utilisés étaient le PHQ-9 et le GDS (Fig. 4). Seul le GDS était utilisé par des ergothérapeutes, dans 11,1 % des cas (Fig. 4).

Figure 4 : évaluation des fonctions émotionnelles en RI et en RE



Abréviations : RI : Réadaptation interne ; RE : Réadaptation externe ; <sup>+</sup> :  $p < 0,05$  ; Gras : outils recommandés ; PHQ-9 : Patient Health Questionnaire ; GDS : Geriatric Depression Scale ; SADQ : Stroke Aphasic Depression Questionnaire ; BDI : Beck Depression Inventory ; ADRS : Aphasia Depression Rating Scale ; CES-D : Center for Epidemiological Studies Depression Scale ; GHQ : General Health Questionnaire ; HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

## Douleur

Parmi tous les clients, la présence de douleur, par exemple à l'épaule, était fréquente chez 42,7 % (NP : 31,6 %) et évaluée chez 23,3 % d'entre eux. Aucune différence n'a été observée entre les évaluations en RI et celles en RE. Parmi les quatre outils recommandés, seule l'échelle visuelle analogue (RI : 15,9 % ; RE : 4,8 %) était utilisée par des ergothérapeutes (16,7 %) ; le Pain Quality Assessment Scale, le McGill Pain Questionnaire et le Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), trois outils recommandés, n'ont été relevés dans aucun dossier médical.

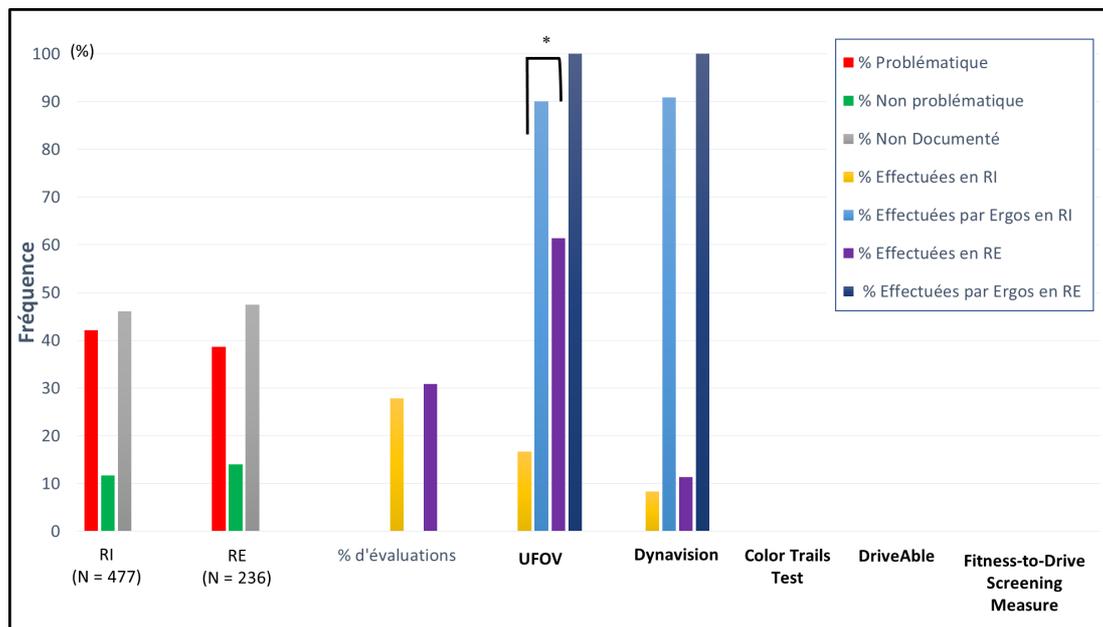
## Mobilité

Les problématiques de mobilité, telles que l'équilibre ou les transferts, étaient présentes chez 81 % de l'ensemble des clients (NP : 11,9 %) et évaluées chez 87 % d'entre eux, significativement plus en RI (RI : 95,8 % ; RE : 69,1 % ;  $p < 0,0001$ ). Les trois outils les plus utilisés étaient le Berg Balance Scale (BBS), la vitesse de marche naturelle/confortable sur 10 mètres et le Timed Up and Go (TUG). Seuls le BBS et le TUG font l'objet de recommandations. Le BBS était significativement plus utilisé en RI (RI : 89,5 % ; RE : 75,9 % ;  $p < 0,0001$ ), tandis que la vitesse de marche naturelle/confortable sur 10 mètres l'était plus en RE (RI : 48,4 % ; RE : 58 % ;  $p < 0,0001$ ). Ces outils étaient très peu utilisés par les ergothérapeutes (moins de 3 % des cas), mais plutôt par les physiothérapeutes.

## Conduite automobile

Les aptitudes à conduire étaient problématiques dans 41 % de tous les dossiers (NP : 12,5 %) et évaluées dans 28,9 % des cas (Fig. 5). Parmi les cinq outils recommandés, seulement deux d'entre eux ont été utilisés par les ergothérapeutes (Fig. 5). L'UFOV et le Dynavision étaient les plus utilisés et l'UFOV l'était significativement plus en RE (RI : 16,7 % ; RE : 61,4 % ;  $p < 0,0001$ ) (Fig. 5). Dans plus de 95 % des cas, ils étaient utilisés par des ergothérapeutes. Un dépistage avait été effectué chez 24,8 % des clients et, pour 77,6 % d'entre eux, un avis (M-28 ou déclaration d'inaptitude) avait été envoyé à la Société de l'assurance automobile du Québec.

Figure 5 : évaluation de l'activité de conduite automobile en RI et en RE.

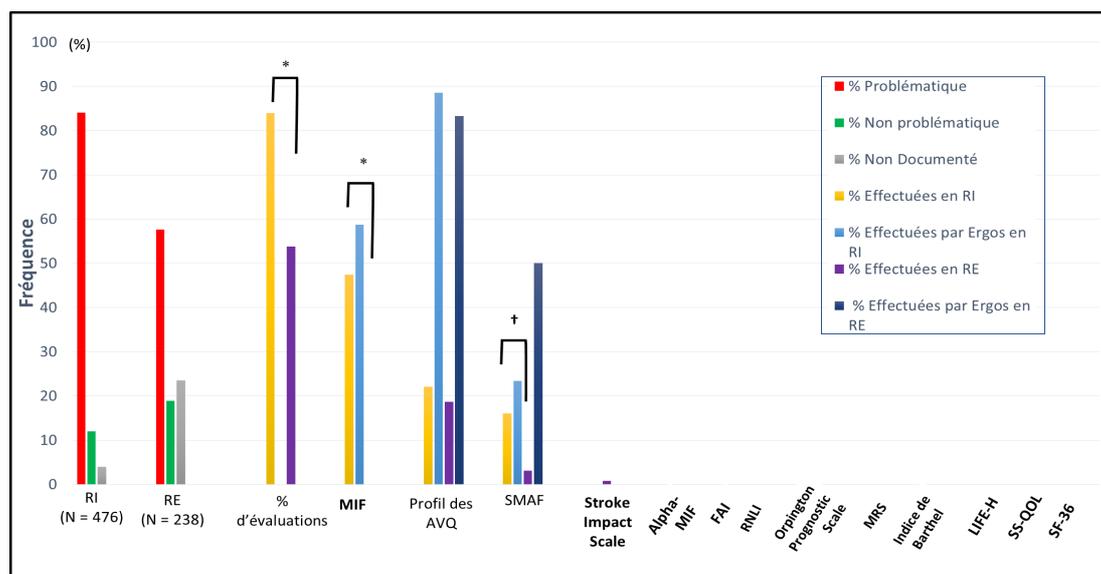


Abréviations : RI : Réadaptation interne ; RE : Réadaptation externe ; \* :  $p < 0,0001$  ; Gras : Outils recommandés ; UFOV : Useful Field of View Test

## Activités de la vie quotidienne et de la vie domestique

Les activités comme l'habillage, l'hygiène, la préparation de repas, etc., étaient problématiques chez 75,2 % de tous les clients (NP : 14,3 %) et étaient évaluées chez 73,8 % d'entre eux, significativement plus en RI (RI : 83,9 % ; RE : 53,8 % ;  $p < 0,0001$ ) (Fig. 6). La MIF (RI : 47,4 % ; RE : 0 %) et le SMAF (RI : 16 % ; RE : 3,1 %) étaient significativement plus utilisés en RI ( $p < 0,05$ ) (Fig. 6). La MIF fait partie des *Recommandations canadiennes*, alors que le SMAF est recommandé au Québec. Au total, 10 outils recommandés ne sont pas utilisés (Fig. 6). Les ergothérapeutes ont utilisé principalement la MIF (58,7 % des cas), le profil des AVQ (75,9 %) et le SMAF (25 %). Des observations et des mises en situation de plusieurs AVQ/AVD (p. ex. : l'hygiène [45,5 %], l'habillage [44,9 %], la préparation de repas [38,4 %]) étaient également effectuées par des ergothérapeutes, dans au moins 95 % des cas.

Figure 6 : évaluation des activités de la vie quotidienne et de la vie domestique



Abréviations : RI : Réadaptation interne ; RE : Réadaptation externe ; \* :  $p < 0,0001$  ; † :  $p < 0,05$  ; Gras : Outils recommandés ; MIF : Mesure d'indépendance fonctionnelle ; SMAF : Système de mesure d'autonomie fonctionnelle ; FAI : Frenchay Activities Index ; RNLI : Reintegration to Normal Living Index ; MRS : Modified Rankin Scale ; LIFE-H : Assessment of Life Habits Scale ; SS-QOL : The Stroke Specific Quality of Life Scale ; SF-36 : Medical Outcomes Study Short Form

## DISCUSSION

Les objectifs de cette étude étaient de dresser un portrait des outils utilisés auprès d'une clientèle AVC en réadaptation et de caractériser l'écart entre ces pratiques évaluatives et les recommandations canadiennes. Par la suite, il s'agissait de décrire l'utilisation en fonction du stade de réadaptation (interne et externe) et d'autre part, l'utilisation par les ergothérapeutes.

Notre étude révèle que les clients admis en RI ou en RE sont en général bien évalués par les ergothérapeutes, et ce, par une large gamme d'outils ( $n = 46$ ). Toutefois, plus de la moitié de ces outils (52 %) ne sont pas proposés dans les *Recommandations canadiennes* et certaines composantes sont moins bien évaluées. Ainsi, la conduite automobile, les fonctions cognitives et les fonctions émotionnelles, telles que la dépression, ne semblent pas être évaluées de façon systématique ou avec des outils spécifiques, malgré l'identification d'un problème et son inscription au dossier. Ces écarts avec les recommandations sont préoccupants, sachant que les deux tiers des clients reprennent la conduite automobile (Finestone *et al.*, 2009 ; Gauthier, 2008 ; Hebert *et al.*, 2016 ; Korner-Bitensky *et al.*, 2006) et que la présence de dépression affecte l'efficacité de la réadaptation (Eskes *et al.*, 2015 ; Herrmann *et al.*, 2011). Les fonctions cognitives, bien que souvent affectées à la suite d'un AVC, étaient moins évaluées en RE, un résultat comparable à celui obtenu par Korner-Bitensky *et al.* (2011) dans une étude pancanadienne. Le dépistage systématique des fonctions cognitives, perceptuelles ou émotionnelles, telles que l'héminégligence ou la dépression, qui sont des problèmes fortement prévalents, fait l'objet de recommandations claires et possède divers outils d'évaluation

(Herrmann *et al.*, 2011). En 2007, une étude menée par Menon-Nair et collègues démontre que l'héminégligence était peu évaluée avec des outils d'évaluation standardisés, recommandés et spécifiques (Menon-Nair, Korner-Bitensky et Ogourtsova, 2007).

Par contre, les milieux de réadaptation sur lesquels portait l'audit provincial avaient tous des équipes interdisciplinaires. Il est donc possible que les fonctions émotionnelles et cognitives aient été évaluées par des professionnels de la santé autres que les ergothérapeutes (Swartz *et al.*, 2016). De plus, selon le contexte, l'ergothérapeute pourrait privilégier l'usage de mises en situation ou d'outils concernant les habiletés fonctionnelles selon son jugement professionnel et son champ d'expertise plutôt qu'un test portant, par exemple, sur les fonctions cognitives (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2013).

Notre étude révèle que les ergothérapeutes évaluent davantage les composantes physiques, comme les fonctions motrices et les AVQ/AVD. Cela s'explique en partie par la prévalence de ces problématiques et leurs manifestations. Sur le plan moteur, la nature des outils utilisés par les ergothérapeutes indique un accent mis sur la motricité des membres supérieurs. Il est possible que la plupart des milieux maintiennent un partage des responsabilités entre les physiothérapeutes et les ergothérapeutes pour limiter le risque de chevauchements retrouvé entre ces deux professions et optimiser la mise en place de processus efficaces dans les équipes interdisciplinaires. L'accent mis sur le membre supérieur s'explique aussi par son importance particulière dans les AVQ/AVD et conséquemment, dans les incapacités associées post-AVC ; par exemple, la diminution de force, de dextérité et de coordination peut compromettre la participation des clients (Canning *et al.*, 2004 ; Harris et Eng, 2007 ; Lang *et al.*, 2013). Il est aussi possible que le client, reconnaissant plus facilement ses problèmes physiques que ses problèmes affectifs (Swartz *et al.*, 2016), demande de donner la priorité à la récupération de ses fonctions motrices, influençant ainsi la démarche évaluative de l'ergothérapeute.

La perspective occupationnelle des ergothérapeutes expliquerait la forte fréquence d'évaluation des AVQ/AVD (en RE et en RI) et l'approche « *top-down* » qui permet de détecter des problèmes sous-jacents, par exemple au niveau des fonctions cognitives (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2013). L'audit a aussi permis de constater que les ergothérapeutes utilisent d'autres modalités d'évaluation, telles que l'entrevue, l'observation et les mises en situation. L'entrevue avec le client ou son entourage demeure le moyen privilégié par les ergothérapeutes, en RI et en RE. L'entrevue fait partie du processus d'évaluation des ergothérapeutes pour obtenir de l'information sur le profil occupationnel du client, guider la suite de l'évaluation, ainsi qu'établir la relation thérapeutique (American Occupational Therapy Association, 2008). Toutefois, pour l'évaluation de certaines activités, l'entrevue s'avère souvent insuffisante, puisque le client pourrait ne pas avoir une représentation exacte de sa performance (Bottari, Swaine et Dutil, 2007 ; Villaumé, 2019). Les observations et les mises en situation ont été fréquemment utilisées par les ergothérapeutes afin de compléter l'évaluation en prenant en considération l'influence de l'environnement sur la performance (Villaumé, 2019). Même si les observations ou les mises en situation ont leurs limites puisqu'elles reposent sur le jugement du thérapeute, il est dommage de constater que les outils

d'évaluation intégrant les mises en situation comme le Profil des AVQ (Dutil *et al.*, 1990), le Assessment of Motor and Procedural Skills (AMPS) (Fisher, 1991) ou encore le Kitchen Task Assessment (KTA) (Baum et Edwards, 1993), bien que non recommandés, semblent peu intégrés dans la pratique des ergothérapeutes. Ces outils demandent parfois un temps de passation important pour effectuer l'ensemble des tâches ou nécessitent l'accès au milieu de vie du client, ce qui constitue des limites pour les ergothérapeutes travaillant en RI (Poncet *et al.*, 2009).

Plusieurs des outils utilisés par les ergothérapeutes étaient standardisés, avaient de bonnes qualités métrologiques et s'inscrivaient dans la trousse d'outils promue par le ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). Par exemple, le test des cloches et le dynamomètre Jamar, qui sont des outils simples, rapides et parmi les plus utilisés, ne figurent pas dans les recommandations canadiennes, mais sont proposés par la trousse ministérielle, ce qui suggère qu'il s'agit d'outils appropriés à la pratique québécoise. L'utilisation d'outils d'évaluation standardisés demeure une force, puisqu'elle permet d'obtenir des données objectives au moyen desquelles on peut documenter la progression du client sur les paramètres mesurés et identifier les facteurs influençant la performance et l'engagement dans les occupations, et même démontrer le besoin d'ergothérapie (American Occupational Therapy Association, 2008).

Notre étude visait aussi à caractériser les écarts dans les pratiques évaluatives entre la réadaptation à l'interne et celle à l'externe. Les écarts de pratique entre la RI et la RE s'expliquent en partie par leur mission respective et par un profil clinique et des besoins différents. La RI offre des services médicaux, sociaux, éducationnels et optimise la récupération neurologique, le développement d'aptitudes pour réaliser les AVD/AVQ, compenser les incapacités et réduire les obstacles à la réalisation des activités (Tessier, 2012). La RE est axée sur l'intégration sociale et l'autonomie physique, psychosociale, sociorésidentielle, professionnelle et communautaire (Tessier, 2012). Ainsi, en RI, l'évaluation pourrait être plus axée sur les fonctions et en RE, sur l'activité et la participation. Toutefois, toutes les fonctions et les activités, excepté les fonctions émotionnelles, la douleur et la conduite automobile, étaient plus évaluées en RI qu'en RE. Cela pourrait s'expliquer par l'objectif en RI d'un retour à domicile rapide et sécuritaire, imposant de s'occuper des fonctions (p. ex. : motrices) et des activités (p. ex. : l'hygiène) nécessaires pour vivre à domicile (Levack *et al.*, 2011). De plus, de par la nature de sa pratique professionnelle, l'ergothérapeute est légitimé à utiliser l'activité comme modalité d'évaluation et d'intervention selon le contexte (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2013).

Les écarts entre les pratiques et les recommandations peuvent aussi s'expliquer par les nombreuses barrières à l'implantation des recommandations en réadaptation post-AVC. Les ergothérapeutes ne font pas exception et peuvent avoir fait face à un manque de temps pour prendre connaissance des recommandations, un manque de ressources humaines, un besoin de formation, des difficultés de sélection/priorisation des preuves scientifiques, un environnement non adapté et une collaboration interdisciplinaire insuffisante (Bayley *et al.*, 2012 ; Upton *et al.*, 2014). Ainsi, le transfert des connaissances dans la pratique n'appartient pas uniquement aux professionnels, mais interpelle

différentes parties prenantes, notamment les clients, les chercheurs, les gestionnaires et décideurs, les organisations, etc. (Grol et Grimshaw, 2003 ; Walker *et al.*, 2013).

### Forces et limites de l'étude

La présente étude était la première à dresser un portrait des pratiques d'évaluation au Québec en réadaptation post-AVC. Elle présente différentes forces, dont son grand échantillon et sa représentativité géographique, organisationnelle et clinique des personnes admises en réadaptation au Québec. Par contre, la méthodologie de l'audit de dossiers entraîne inévitablement certaines limites. Ainsi, malgré une formation rigoureuse des auditeurs, l'utilisation de la CIF pour offrir un vocabulaire unique et standardisé, ainsi que la saisie directe de données dans la plateforme RedCap, des erreurs d'extraction de données ne peuvent être exclues. Il faut aussi noter que seuls les dossiers médicaux ont été audités et non les dossiers de travail des professionnels. Il est possible que certaines informations plus spécifiques sur la nature des évaluations aient été notées au dossier de travail, mais non consignées au dossier médical central. Certaines fonctions ou activités ont pu être identifiées comme n'ayant pas été évaluées par l'ergothérapeute alors qu'en fait, le jugement de l'ergothérapeute sur ces composantes s'appuyait sur une autre évaluation. La douleur illustre bien cet enjeu. Alors que peu d'outils spécifiques à la douleur ont été utilisés, cette fonction a fort probablement été évaluée avec l'échelle de douleur à l'épaule du Chedoke McMaster Stroke Assessment (CMSA), un outil recommandé et utilisé pour les fonctions motrices, expliquant ainsi cette sous-évaluation.

Enfin, les recommandations utilisées correspondent à celles mises à jour en 2012 ; il faut toutefois considérer que les recommandations canadiennes évoluent, mais ne changent pas de façon drastique, et que plusieurs années sont nécessaires à l'implantation d'un changement dans la pratique professionnelle. Ainsi, la pratique peut avoir changé depuis.

## CONCLUSION

La présente étude a permis de dresser un portrait des outils d'évaluation utilisés en réadaptation par les ergothérapeutes auprès d'une clientèle AVC et de comparer cette utilisation avec les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*. L'étude démontre qu'il y a un écart entre la pratique réelle et celle recommandée. Néanmoins, les problèmes des clients sont bien évalués, et ce, par différents moyens d'évaluation permettant à l'ergothérapeute de trianguler les résultats de son processus d'évaluation ainsi qu'une panoplie d'outils, dans un souci d'avoir une pratique standardisée et un portrait objectif du client. Il ne faut toutefois pas minimiser l'importance d'une pratique basée sur les données probantes, elles sont identifiées pour assurer la qualité des services.

Des études futures sont nécessaires pour documenter les raisons du choix des outils utilisés au Québec, les écarts avec les recommandations canadiennes, et pour dé-

terminer quelles sont les barrières à l'implantation des recommandations. Les prochaines étapes seraient de définir et mettre en œuvre des actions d'amélioration et par la suite d'évaluer leur efficacité.

## FINANCEMENT

Ce projet a été réalisé dans le cadre d'une maîtrise professionnelle et n'a pas été financé. Les données utilisées par ce projet ont été réalisées dans le cadre d'une étude financée par les Instituts de recherche en santé au Canada (IRSC-267475).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain & Process (2<sup>e</sup> éd.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.
- Anemaet, W. K. (2002). Using standardized measures to meet the challenge of stroke assessment. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 18(2), 47-62.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (s. d.). *L'ergothérapie et les accidents vasculaires cérébraux*. <https://www.caot.ca/document/4119/Stroke%20-%20-%20%20FS.pdf>
- Baum, C., et Edwards, D. F. (1993). Cognitive performance in senile dementia of the Alzheimer's type: The Kitchen Task Assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(5), 431-436.
- Bayley, M. T., Hurdowar, A., Richards, C. L., Korner-Bitensky, N., Wood-Dauphinee, S., Eng, J. J., . . . Harrison, M. (2012). Barriers to implementation of stroke rehabilitation evidence: Findings from a multi-site pilot project. *Disability and Rehabilitation*, 34(19), 1633-1638.
- Bottari, C., Swaine, B., et Dutil, É. (2007). Interpreting activity of daily living errors for treatment and discharge planning: The perception of occupational therapists. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22(1), 26-30.
- Canning, C. G., Ada, L., Adams, R., et O'Dwyer, N. J. (2004). Loss of strength contributes more to physical disability after stroke than loss of dexterity. *Clinical Rehabilitation*, 18(3), 300-308. <https://doi.org/10.1191/0269215504cr715oa>
- Côté, B., et Tessier, A. (2011). Organisation des services en matière d'accident vasculaire cérébral. *ETMIS*, 7(4), 1-141.
- Dawson, A., Knox, J., McClure, A., Foley, N., et Teasell, R. (2013). Chapitre 5 Réadaptation post-AVC. Dans M. P. Lindsay, G. Gubitz, M. Bayley et S. Phillips (dir.), *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*. Fondation des maladies du coeur et de l'AVC. [https://www.sfphysio.fr/global/gene/link.php?doc\\_id=39&fg=1](https://www.sfphysio.fr/global/gene/link.php?doc_id=39&fg=1)
- Dutil, É., Forget, A., Vanier, M., et Gaudreault, C. (1990). Development of the ADL Profile: An evaluation for adults with severe head injury. *Occupational Therapy in Health Care*, 7(1), 7-22.
- Eskes, G. A., Lanctôt, K. L., Herrmann, N., Lindsay, P., Bayley, M., Bouvier, L., . . . Green, T. (2015). Canadian stroke best practice recommendations: Mood, cognition and fatigue following stroke practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 10(7), 1130-1140.
- Finestone, H. M., Marshall, S. C., Rozenberg, D., Moussa, R. C., Hunt, L., et Greene-Finestone, L. S. (2009). Differences between poststroke drivers and nondrivers: Demographic characteristics, medical status, and transportation use. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 88(11), 904-923.

- Fisher, A. (1991). *The Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) in assessing adults: Functional measures and successful outcome. Section II*. American Occupational Therapy Foundation.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2012). Pratiques optimales de l'AVC au Canada. <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/>
- Gauthier, J. (2008). *Interventions relatives à l'utilisation d'un véhicule routier : guide de l'ergothérapeute*. Ordre des Ergothérapeutes du Québec.
- Grol, R., et Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225-1230.
- Harris, J. E., et Eng, J. J. (2007). Paretic upper-limb strength best explains arm activity in people with stroke. *Physical Therapy*, 87(1), 88-97.
- Hebert, D., Lindsay, M. P., McIntyre, A., Kirton, A., Rumney, P. G., Bagg, S., . . . Garnhum, M. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 11(4), 459-484.
- Herrmann, N., Seitz, D., Fischer, H., Saposnik, G., Calzavara, A., Anderson, G., et Rochon, P. (2011). Detection and treatment of post stroke depression: Results from the registry of the Canadian stroke network. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(11), 1195-1200.
- Korner-Bitensky, N., Barrett-Bernstein, S., Bibas, G., et Poulin, V. (2011). National survey of Canadian occupational therapists' assessment and treatment of cognitive impairment post-stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(4), 241-250.
- Korner-Bitensky, N., Bitensky, J., Sofer, S., Man-Son-Hing, M., et Gélinas, I. (2006). Driving evaluation practices of clinicians working in the United States and Canada. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(4), 428-434.
- Lang, C. E., Bland, M. D., Bailey, R. R., Schaefer, S. Y., et Birkenmeier, R. L. (2013). Assessment of upper extremity impairment, function, and activity after stroke: Foundations for clinical decision making. *Journal of Hand Therapy*, 26(2), 104-115.
- Legg, L. A., Lewis, S. R., Schofield-Robinson, O. J., Drummond, A., et Langhorne, P. (2017). Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Stroke*, 48(11), e321-e322.
- Legg, L., Drummond, A., Leonardi-Bee, J., Gladman, J., Corr, S., Donkervoort, M., . . . Logan, P. (2007). Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: Systematic review of randomised trials. *British Medical Journal*, 335(7626), 922.
- Levack, W. M., Dean, S. G., Siegert, R. J., et McPherson, K. M. (2011). Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: How clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities. *Patient Education and Counseling*, 85(2), 206-213.
- Lindsay, P., Bayley, M., Hellings, C., Hill, M., Woodbury, E., et Phillips, S. (2008). Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2008). *Canadian Medical Association Journal*, 179(12), SF1-SF29.
- Menon-Nair, A., Korner-Bitensky, N., et Ogourtsova, T. (2007). Occupational therapists' identification, assessment, and treatment of unilateral spatial neglect during stroke rehabilitation in Canada. *Stroke*, 38(9), 2556-2562.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral. Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) – Phase de réadaptation post-AVC et relance*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002022/>
- Murphy, T. H., et Corbett, D. (2009). Plasticity during stroke recovery: From synapse to behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(12), 861.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2013, septembre). Dépistage des troubles cognitifs et utilisation optimale des compétences de l'ergothérapeute. *Occupation : ergothérapeute*. OEQ. <https://www.oeq.org/publications/occupation-ergotherapeute/articles-sur-la-pratique-professionnelle/11-depistage-des-troubles-cognitifs-et-utilisation-optimale-des-competences-de-lergotheapeute.html>

- Poissant L., Ahmed S., Lebrun LH., Lindsay P., Rochette A., Swaine B (2011). *Vers un continuum de services pour l'AVC, Évaluation des structures, processus et indicateurs de rendement des services de réadaptation*. Protocole de recherche, IRSC #267475.
- Poncet, F., Taillefer, C., Chevignard, M., Picq, C., et Pradat-Diehl, P. (2009). Évaluations écologiques du syndrome dysexécutif : un défi de taille pour l'ergothérapie / Ecological assessment and rehabilitation of dysexecutive syndrome in occupational therapy. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, 25(2), 88-98.
- Steultjens, E., Dekker, J., Bouter, L., Van de Nes, J., Cup, E., et Van den Ende, C. (2003). Occupational therapy for stroke patients: A systematic review. *Stroke*, 34(3), 676-686.
- Swartz, R. H., Bayley, M., Lanctôt, K. L., Murray, B. J., Cayley, M. L., Lien, K., . . . Mandzia, J. L. (2016). Post-stroke depression, obstructive sleep apnea, and cognitive impairment: Rationale for, and barriers to, routine screening. *International Journal of Stroke*, 11(5), 509-518.
- Teasell, R., et Hussein, N. (2016a). *Chapter 2 Clinical consequences of stroke*. Evidence-based review of stroke rehabilitation. <http://www.ebsr.com/evidence-review/2-clinical-consequences-stroke>
- Teasell, R., et Hussein, N. (2016b). *Chapter 3 Background concepts in stroke rehabilitation*. Evidence-based review of stroke rehabilitation. <http://www.ebsr.com/evidence-review/3-background-concepts-stroke-rehabilitation>
- Teasell, R., Bayona, N., Salter, K., Hellings, C., et Bitensky, J. (2006). Progress in clinical neurosciences: Stroke recovery and rehabilitation. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 33(4), 357-364.
- Tessier, A. (2012). *L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches. Recension des données probantes*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Upton, D., Stephens, D., Williams, B., et Scurlock-Evans, L. (2014). Occupational therapists' attitudes, knowledge, and implementation of evidence-based practice: A systematic review of published research. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 24-38.
- Villaumé, A. (2019, février). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 19(109), 30-38.
- Walker, M. F., Fisher, R. J., Korner-Bitensky, N., McCluskey, A., et Carey, L. M. (2013). From what we know to what we do: Translating stroke rehabilitation research into practice. *International Journal of Stroke*, 8(1), 11-17.