



PERSONNES ATTEINTES DU SYNDROME DU CANAL CARPIEN : VALIDATION D'UNE PROPOSITION DE SUIVI AUPRÈS D'EXPERTS

Kevin Papineau¹, Martine Brousseau², Georges-Emmanuel Salib³

¹ Ergothérapeute, MSc, Service d'ergothérapie de Joliette, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

² Ergothérapeute, PhD, Professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

³ Médecin spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, M.D, MSc, Professeur adjoint de clinique, Faculté de médecine, Département de chirurgie, Université de Montréal, Canada

Adresse de contact : kevinpapineau@hotmail.ca

Reçu le 10.01.2015 – Accepté le 23.08.2016

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.v2n2.25

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



RÉSUMÉ

Description : La quasi-totalité des personnes atteintes d'un syndrome du canal carpien rapportent des problèmes à effectuer leurs occupations et près de la moitié n'auront d'autre recours que la chirurgie parce qu'elles ne connaissent pas les autres traitements disponibles. La pratique auprès de cette clientèle interpelle donc particulièrement les ergothérapeutes dans leur rôle d'agent de changement dans une perspective d'habilitation de l'occupation centrée sur le client. **But** : Le présent article présente une étude de validation auprès d'experts d'un suivi nommé « Pour avoir tous les atouts en main ». Celui-ci s'appuie sur l'approche participative du « patient partenaire de soins », l'habilitation aux occupations centrée sur le client et la pratique fondée sur les résultats probants. **Méthode** : L'étude de validation de contenu et de faisabilité d'un suivi a été faite à partir d'un questionnaire incluant une échelle de type Likert et des commentaires qualitatifs. Ainsi, dix cliniciens ont été recrutés à titre d'experts pour évaluer le suivi proposé. **Résultats** : Les résultats obtenus indiquent que l'évaluation de la validité de contenu et de la faisabilité du suivi proposé sont non seulement soutenus par des moyennes élevées, mais aussi par des commentaires favorables. Également, les commentaires recueillis font ressortir que les experts consultés acceptent le suivi proposé et le considèrent comme étant cliniquement intéressant. **Conclusion** : Les ergothérapeutes ont maintenant à leur disposition un suivi novateur, favorablement accueilli par les cliniciens consultés.

MOTS-CLÉS

Syndrome du canal carpien, Approche participative, Habilitation aux occupations, Ergothérapie

PEOPLE AFFECTED BY THE SYNDROME OF THE CARPAL CANAL : VALIDATION OF A PROPOSAL OF FOLLOW-UP WITH EXPERTS

ABSTRACT

Introduction: Almost all persons affected by carpal tunnel syndrome report difficulties in their daily occupations and almost half have no other recourse than surgery because they do not know other available treatment. Occupational therapists therefore play a role as a change agents, because they invite affected persons to be active in empowering them and therefore enabling occupations. **Objective:** This article presents a validation study by experts of an occupational therapy program "Pour avoir tous les atouts en main". This program is based on the "patient as partner" concept which empowers the client and on evidence-based practice. **Methods:** The validation consisted in assessing validity and feasibility. A questionnaire including a Likert type scale was used as well as qualitative comments. Ten clinicians were recruited as experts to evaluate the proposed program. **Results:** The results show that the content validity and feasibility is supported by high score and also favorable qualitative comments. Those comments show that the experts consider the clinical interest of the proposed program. **Conclusions :** Occupational therapists now have at their disposal an innovative program, that was positively evaluated by the consulted clinicians.

KEYWORDS

Carpal tunnel syndrome, Patient as partner, Enabling occupation, Occupational therapy

INTRODUCTION

La quasi-totalité des personnes présentant un syndrome du canal carpien (SCC) rapportent des problèmes à effectuer leurs occupations. Malheureusement, 40 % d'entre elles n'auront recours à aucune forme de traitement médical avant d'être opérées parce qu'elles ne connaissent pas les autres traitements disponibles (Dubé-Linteau, Lecours, Lévesque, Pineault et Tremblay, 2013; Rossignol, Stock, Patry et Armstrong, 1996), comme ceux offerts en ergothérapie. Pour les ergothérapeutes, s'adonner à des occupations significatives est un besoin fondamental puisque les humains sont reconnus comme des êtres occupationnels qui ont le besoin de participer à des occupations et de s'exprimer à travers celles-ci (Yerxa, 1990). Or, la présence constante d'un ou des symptômes du SCC limite et perturbe l'engagement et la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et de certains loisirs, incluant les activités familiales et sociales.

Les ergothérapeutes sont impliqués auprès de cette clientèle, mais les personnes atteintes de ce syndrome sont vues en ergothérapie après un très long délai en raison de l'organisation du système de santé au Québec (pour ce diagnostic, les personnes doivent avoir une ordonnance médicale d'ergothérapie pour être vues par les ergothérapeutes au Québec dans le système public). D'ailleurs, il y a un manque de preuves sur le moment et sur le contenu de la prise en charge optimale pour cette clientèle (Haute Autorité de Santé, 2012). Les ergothérapeutes œuvrant en clinique externe de la main sont davantage susceptibles d'offrir des interventions curatives reflétant l'approche biomédicale (McKee et Rivard, 2004). Or, les ergothérapeutes peuvent inclure dans leur pratique des activités de prévention primaire, secondaire et tertiaire (Moyers, 1999). Donc, ils ont la possibilité de jouer un rôle plus large du côté de la prévention, en intervenant non seulement de manière curative, mais également de manière préventive afin de diminuer le risque de récurrence du SCC et ainsi élargir le spectre des interventions. D'ailleurs, les ergothérapeutes sont appelés à jouer un rôle d'éducateur à la santé dans leur pratique et cela les incite à déployer des stratégies à caractère préventif auprès de leur clientèle (Filiatrault et Richard, 2005). De plus, Muir (2012) mentionne que les ergothérapeutes traitent les problèmes pour lesquels les personnes leur ont été adressées mais abordent également plusieurs autres questions en lien avec les difficultés vécues dans leurs occupations.

Quelles sont alors les meilleures pratiques en ergothérapie auprès de cette clientèle ? Plusieurs auteurs conçoivent que les meilleures s'effectuent aux moments opportuns dans un continuum de services (Haute Autorité de Santé, 2013) et sont celles centrées sur les concepts d'occupations et basées sur les résultats probants (Townsend et Polatajko, 2013 ; Association canadienne des ergothérapeutes, 2012). Les personnes présentant un SCC peuvent profiter de l'expertise des ergothérapeutes. Quant à eux, les ergothérapeutes peuvent contribuer à l'efficacité du système de santé et ainsi consolider les soins primaires et favoriser un corridor de service fonctionnel et le développement d'équipes interprofessionnelles (Association canadienne des ergothérapeutes, 2013). Dans cette perspective, la proposition de suivi où les ergothérapeutes pourraient jouer un rôle plus large dans la prise en charge, notamment en raison des difficultés de ces patients à effectuer leurs activités, est exposée sommairement et s'intitule *Pour*

avoir tous les atouts en main. Ce suivi repose sur une prise en charge ergothérapique reflétant bien la philosophie de l'ergothérapie en lien avec les difficultés rencontrées par la clientèle SCC. Le présent article expose les résultats de la validation de ce suivi par un processus de recherche. Il a fait l'objet d'une validation auprès d'experts.

RECENSION DES ÉCRITS

La proposition du suivi *Pour avoir tous les atouts en main* combine les fondements théoriques de l'habilitation aux occupations centrée sur le client (Townsend et Polatajko, 2013; McKee et Rivard, 2004), l'approche participative du client partenaire de soins (Karazivan *et al.*, 2011) et les résultats probants sur le SCC (Papineau, 2014).

D'emblée, les ergothérapeutes sont reconnus pour une intervention orthétique lorsqu'il s'agit du traitement du SCC. Toutefois, le champ de pratique de l'ergothérapeute va au-delà de la simple remise d'une orthèse. Dans une perspective d'habilitation aux occupations, McKee et Rivard (2004) parlent alors d'une approche orthétique bio-occupationnelle et centrée sur le client. L'intervention nécessite l'identification des facteurs qui sous-tendent la limitation des activités et des restrictions quant à la participation du client, et le traitement des structures biologiques et leurs limitations. Dans ce contexte, les orthèses habilite à l'occupation en employant une approche biomécanique pour diminuer les déficiences des structures biologiques. De plus, la conception d'une orthèse doit tenir compte des préférences du client et des exigences occupationnelles et environnementales en cause. En effet, les orthèses conçues consciencieusement et soigneusement en collaboration avec le client peuvent transformer sa vie en soulageant la douleur, en protégeant et stabilisant les articulations, et en favorisant la réalisation d'occupations significatives (Ford, McKee et Szilagyi, 2004; McKee et Nguyen, 2007). Ainsi, les occupations sont directement ou indirectement favorisées.

Pour sa part, le Modèle canadien d'habilitation centré sur le client (MCHCC) de Townsend et ses collaborateurs (2013) fait état de cette compétence essentielle à l'ergothérapie qui est d'habiliter les personnes à participer à des occupations et conceptualise la pratique des ergothérapeutes. Le MCHCC repose sur dix habiletés clés à l'habilitation en ergothérapie correspondant à des stratégies d'interventions avec le client. Les quatre suivantes ont été retenues pour concevoir le suivi : adapter, collaborer, concevoir/réaliser et engager/se mobiliser. En amenant le patient à collaborer, à se mobiliser et à s'engager dans les soins, il est souhaité que celui-ci devienne partenaire des soins.

L'approche du « patient partenaire de soins » définit le patient comme « une personne progressivement habilitée, au cours de son cheminement de soins, à faire des choix de santé libres et éclairés » (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013). Cette vision de partenariat reconnaît que le patient détient une expérience unique de la maladie. Idéalement, il devient donc un membre à part entière de l'équipe, où les soins ne sont plus centrés sur lui, mais dispensés avec lui, pour lui et éventuellement par lui. Il s'agit donc d'un pas de plus afin que celui-ci joue un rôle actif et aille ainsi au-delà de son implication dans le processus de décision. En

d'autres termes, on ne se préoccupe plus de la maladie seule ou du patient comme une victime passive d'une pathologie, mais on se préoccupe de lui en tant que personne capable de développer une compétence de soins et de faire des choix (Karazivan *et al.*, 2011) et aussi, dans une certaine mesure, d'adopter des comportements de santé.

Ainsi, le suivi *Pour avoir tous les atouts en mains* (présenté à l'Annexe A) représente un suivi hâtif et préventif en ergothérapie. Ce suivi comprend cinq séances précédées par une rencontre avec une personne ressource (cette rencontre se déroule avec un autre patient atteint de la même affection qui partage son vécu et cela vise le soutien aux changements que le patient ciblé par le suivi initiera dans les occupations). Les séances de suivi professionnel incorporent des interventions orthétiques, de l'enseignement sur les bonnes postures, une série d'exercices dans un contexte d'intervention à visée thérapeutique et des interventions éducatives. Les autres séances de suivi incluent des devoirs réflexifs et proposent des outils de suivi des changements dans les occupations et dans les stratégies de mise en place de changements. En ce sens, le patient ciblé par le suivi devient partenaire de soins. Les détails concernant chacune des séances de suivi apparaissent à l'Annexe A. Les détails concernant les aspects médicaux (causes, symptômes, traitements, prévalence, etc.), les exercices, les liens supposés entre le SCC et les activités, l'ergonomie, l'hygiène posturale, l'âge, le sexe issus d'une recension des écrits (Papineau, 2014) apparaissent à l'Annexe D et E.

MÉTHODES

L'utilisation d'un devis méthodologique mixte a été retenue pour valider le projet auprès d'experts et venir soutenir et compléter les résultats probants qui ont servi à le bâtir. Ces experts sont des ergothérapeutes et des médecins expérimentés auprès de patients ayant subi des lésions musculo-squelettiques aux membres supérieurs. Plus explicitement, il s'agit ici d'une étude de validation de contenu et de faisabilité qui procède à partir d'un questionnaire d'un dispositif de réponse de type Likert et de commentaires qualitatifs émis par les participants. Le recrutement des participants (cliniciens impliqués dans la problématique choisie) s'est fait sur la base d'un échantillonnage de convenance, dans le but d'obtenir un échantillon qui représente bien la clientèle à l'étude (Fortin, 2010). Ensuite, la sélection des participants a été réalisée sur une base volontaire et s'est limitée à dix participants.

Le questionnaire élaboré à partir de la recension des écrits comprend quatre sections (voir l'Annexe B). La première recueille des informations sociodémographiques (la profession exercée, le milieu de pratique et le nombre d'années d'expérience). La seconde comprend des énoncés pour apprécier la clarté du contenu et l'acceptabilité des six séances (une séance avec le patient partenaire et cinq séances de suivi professionnel) à partir d'un dispositif de réponse de type Likert (énoncés 3 à 12). La troisième inclut des énoncés portant sur l'appréciation globale du suivi proposé, l'utilité clinique, la commodité et la faisabilité de la séance où le patient partenaire est présent (énoncés 13 à

16). La quatrième comprend des questions ouvertes pour obtenir les opinions des experts (énoncés 17 à 20). Afin de s'assurer de la validité de contenu du questionnaire, un essai pilote a été fait avec une ergothérapeute spécialisée en thérapie de la main.

Les données quantitatives ont été regroupées et un score a été calculé avec les cotes fournies par les participants. Pour leur part, les données qualitatives ont été utilisées pour dégager les idées importantes, en appliquant une analyse de contenu (Landry, 1997). Elle a visé à comparer les données des participants. Le compte rendu de chacun des questionnaires a été retranscrit sous forme de tableaux. Par la suite, l'analyse a été effectuée en deux temps. Dans un premier temps, les données de chaque participant ont été analysées séparément par la lecture des comptes rendus, puis par le codage manuel des données visant à dégager les thèmes émergents et les tendances. Dans un second temps, les données des différents participants ont été comparées afin de faire ressortir les convergences (Fortin, 2010).

Sur le plan éthique, étant donné que l'échantillon se compose de professionnels sollicités pour leur opinion d'expert, le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) n'a pas jugé nécessaire d'obtenir un certificat d'éthique.

RÉSULTATS

Description des participants

Au final, dix experts ont contribué à l'évaluation de la validité de contenu et de la faisabilité du suivi proposé. Parmi ceux-ci, on retrouve huit ergothérapeutes et deux médecins spécialistes. Ils proviennent du milieu hospitalier, de cliniques externes d'ergothérapie ou de cliniques privées et 8 d'entre eux pratiquent dans le système public de santé. Ils ont entre 3 ans et 33 ans d'expérience au moment de l'étude.

Résultats pour le contenu du suivi proposé

Les données obtenues auprès des experts concernant la clarté du contenu et de l'acceptabilité sont consignées au tableau 1. Il est à noter que des données sont manquantes. Par exemple, l'expert B n'a fourni aucune réponse aux énoncés 1 à 16, mais il a émis des commentaires aux énoncés 17 à 20. Les données représentent les 7 niveaux qui s'échelonnent de un à sept. La dernière colonne du tableau présente l'addition des cotes permettant d'apprécier l'importance attribuée au suivi proposé à chacune des séances. Les meilleurs résultats concernant la clarté des séances 2, 5 et 4. Les meilleurs résultats relatifs à l'acceptabilité du contenu sont attribués aux séances 2, 1 et 5. La rencontre avec le patient ressource présente une faible appréciation de clarté et d'acceptabilité.

Tableau 1 : Cotes attribuées par les experts en fonction de la clarté et de l'acceptabilité de chacune des séances du suivi proposé

Énoncé	Experts										Score obtenu / score total possible	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J		
Appréciation de la séance avec le patient ressource												
1 PR ¹	Clarté	5		5	6	3	6	7	7	7	7	53/63
2 PR	Acceptabilité	3		4	6	4	6	7	7	7	7	51/63
Appréciation de la séance 1												
3SP ²	Clarté	7		7	5	5	6	7	7	7	5	56/63
4SP	Acceptabilité	6		6	5	6	6	7	7	7	5	55/63
Appréciation de la séance 2												
5SP	Clarté	7		7	7	5	7	7	7	7	7	61/63
6SP	Acceptabilité	6		7	7	5	7	7	7	5	7	58/63
Appréciation de la séance 3												
7SP	Clarté	7		6	5	5	6	7	7	7	7	57/63
8SP	Acceptabilité	7		6	5	4	4	7	7	3	7	50/63
Appréciation de la séance 4												
9SP	Clarté	7		7	5	6	6	7	7	7	7	59/63
10SP	Acceptabilité	1		6	6	6	6	7	7		7	45/52
Appréciation de la séance 5												
11SP	Clarté	7		7	6	6		7	7	7	7	54/56
12SP	Acceptabilité	6		7	5	6		7	7	4	5	47/52

¹Patient partenaire et ²Suivi professionnel

Le tableau 2 présente les résultats eu égard à l'appréciation globale, à l'utilité clinique, à la commodité et à la faisabilité de la séance du suivi proposé. Les meilleurs scores concernent (dans l'ordre) l'appréciation globale, l'utilité clinique, la commodité. Un score plus faible est pour la faisabilité du suivi proposé (voir le Tableau 2).

Tableau 2 : Cotes attribuées par les experts en fonction de l'appréciation globale, de l'utilité clinique, de la commodité et de la faisabilité du suivi propose

Énoncé	Experts										Score obtenu / score total possible	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J		
13	Appréciation globale	5		5	6	5	4	7	7	6	7	52/63
14	Utilité clinique	6		5	5	5	5	6	7	5	7	51/63
15	Commodité	6		5	5	5	5	6	7	5	7	51/63
16	Faisabilité	4		5	5	5	2	4	7	3	7	40/63

Commentaires des experts: thèmes émergents

Les commentaires ont été nombreux. L'analyse de contenu a permis de mettre en lumière les thèmes suivants : 1) l'appréciation de l'approche participative du patient partenaire de soins; 2) l'arrimage entre la rencontre avec le patient ressource et le contexte de pratique; 3) le nombre de séances; 4) le suivi téléphonique; 5) les orthèses en vente libre; 6) les exercices suggérés; 7) l'utilisation d'un journal de bord; et 8) les considérations cliniques et suggestions s'y rapportant (voir le Tableau 3).

Tableau 3 : Analyse des comptes rendus

Thèmes émergents	Experts										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Rencontre avec le patient ressource	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Considérations cliniques ou suggestions		x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Approche participative PPS	x		x	x	x	x	x	x		x	8
Exercices suggérés	x	x		x			x			x	5
Orthèses en vente libre			x				x		x	x	4
Nombre de séances	x		x		x				x		4
Utilisation d'un journal de bord				x		x		x		x	4
Suivi téléphonique	x								x		2

Dans l'ensemble, les participants ont été en faveur de l'approche participative du patient partenaire de soins. Quant à leur opinion en ce qui a trait à l'arrimage entre la rencontre avec le patient ressource et leur contexte de pratique, celle-ci varie beaucoup. De surcroît, les experts (n=10) invoquent des défis associés à l'idée d'inclure une telle rencontre et ce peu importe l'opinion émise (favorable, défavorable, neutre ou mitigée). Ensuite, les comptes rendus tendent vers la réduction du nombre de séances. Également, deux participants ont apporté l'idée d'avoir recours au suivi téléphonique et quatre participants ont traité des orthèses en vente libre et en ont fait la critique. Puis, certains participants (n=5) ont abordé les exercices suggérés et émis des mises en garde ou des suggestions quant à ceux-ci. De plus, quelques participants (n=4) ont commenté l'utilisation d'un journal de bord.

Finalement, la majorité des participants (n=9) ont partagé des considérations cliniques ou des suggestions quant au contenu du suivi. Les comptes rendus font aussi valoir des points de divergence entre les experts. Trois participants ont mentionné l'idée de réduire le délai du suivi à huit semaines. Par contre, deux autres participants mentionnent que le suivi est court selon eux. De plus, deux experts ont mentionné que les orthèses en vente libre sont inefficaces pour soulager le SCC. Ensuite, un participant a

soulevé que l'approche utilisée dans les cliniques de la main a une dominante biomédicale, soit curative, et que le suivi proposé s'inscrit dans l'ordre du préventif.

DISCUSSION

Concordance entre les données tirées des écrits scientifiques et celles obtenues des experts

Les données obtenues sont en congruence avec les recommandations actuelles véhiculées dans les données probantes qui favorisent l'utilisation d'une approche centrée sur le client en raison des nombreux impacts positifs de cette pratique et soulèvent une appréciation du suivi proposé.

Il est à noter que l'ensemble des participants s'est exprimé en faveur de l'approche participative du patient partenaire de soins. Dans cette perspective, les stratégies visant à soutenir l'information donnée aux patients et la participation de ceux-ci devraient constituer l'une des pierres angulaires de l'approche utilisée avec eux (Coulter, Parsons et Askham, 2008). Ces mêmes auteurs rapportent d'ailleurs qu'il a été maintes fois démontré que la participation du patient peut améliorer son niveau de satisfaction et peut s'avérer également efficace sur les plans clinique et économique. Enfin, il est aussi mentionné que l'encadrement et l'accompagnement individualisé ainsi que le recours au discours incitatif (centré sur l'intention de faire agir) contribuent à la responsabilisation des patients de façon qu'ils puissent jouer un rôle plus actif. De plus, ces stratégies améliorent les connaissances et le rappel des informations. Donc, les patients se sentent plus engagés et plus aptes à prendre en charge leurs propres soins.

Les résultats de l'étude font valoir une combinaison de l'approche biomédicale et de l'approche holistique préconisée par les ergothérapeutes. Le suivi proposé harmonise l'approche holistique, préventive et curative, et reflète bien le rôle que devraient jouer les ergothérapeutes dans les soins de santé primaires. D'ailleurs, Muir (2012) mentionne que les ergothérapeutes sont concernés par les changements dans les occupations des patients. Cet auteur évoque également que l'ergothérapie pourrait être fondamentale pour la réduction de la fragmentation des soins de santé et qu'un ergothérapeute en soins de santé primaire peut, entre autres : 1) aider le médecin par une intervention précoce pour prévenir la maladie ou le handicap, pour réduire l'impact de l'évolution de la maladie et pour promouvoir l'adhésion au traitement; 2) offrir des services qui étendent la spécialité des médecins, des infirmières praticiennes et des auxiliaires médicaux pour fournir des soins holistiques mettant l'accent sur la manière dont les symptômes actuels affectent le fonctionnement et la participation de la personne dans ses occupations; 3) offrir des interventions simples qui peuvent se faire à la maison ou avec une supervision intermittente avant de devoir orienter le patient vers des interventions de plus grande ampleur, ce qui diminuerait les dépenses en soins de santé; 4) permettre ou améliorer la participation à des occupations via la modification de l'activité, les aides techniques ou diverses techniques; et 5) offrir des interventions de groupe

ou des séances d'intervention pour résoudre les problèmes qui prévalent au sein de la population desservie.

Les résultats obtenus invitent aussi à considérer l'aspect temporel du suivi proposé, à y intégrer un suivi téléphonique et à revoir les délais entre les visites professionnelles. À cet égard, les écrits scientifiques sont d'avis qu'un délai de 12 semaines pour apprécier l'effet du suivi est adéquat (Haute Autorité de Santé, 2012) et que les meilleurs résultats sont obtenus dans les trois premiers mois (Shi et MacDermid, 2010). De plus, pour certaines personnes par exemple, l'effet de l'orthèse peut se faire sentir après un plus long délai. Ainsi, réduire le délai à huit semaines pourrait empêcher que certains patients profitent pleinement du suivi proposé. Également, si l'orthèse s'avère efficace pour soulager les symptômes, le port de l'orthèse peut être prolongé au-delà de 12 semaines. En effet, s'il y a des preuves de l'amélioration des symptômes, un traitement conservateur peut être poursuivi et cela est susceptible d'améliorer le rapport coût-efficacité et de réduire les temps d'attente pour les services spécialisés de la main (Povlsen, Bashir et Wong, 2014). Toutefois, si les symptômes persistent ou s'aggravent, les patients doivent alors être orientés vers des spécialistes en chirurgie de la main pour une consultation.

Autres considérations formulées par les experts

Plusieurs participants (n=7) ont mentionné dans leurs commentaires le fait que la formulation de certains énoncés n'était pas claire ou qu'ils auraient aimé pouvoir se référer à des exemples pour mieux les comprendre, ce qui confirme la nécessité d'inclure des précisions supplémentaires. Des ajustements ont donc été faits en ce sens. Également, un participant a mentionné la place de l'autodiagnostic pour le SCC. Certaines difficultés en lien avec l'autodiagnostic se posent. De fait, il est facile pour un patient d'aller sur Internet pour s'informer sur ses symptômes et d'obtenir une panoplie d'information. Toutefois, les patients n'ont pas les mêmes connaissances que les professionnels de la santé et tous ne sont pas égaux face aux connaissances scientifiques et à leur interprétation. Le risque existe qu'ils interprètent mal leurs symptômes.

Suivi proposé à la lumière des résultats de recherche

L'Annexe C contient la version modifiée du suivi *Pour avoir tous les atouts en main* qui tient compte des résultats de recherche et des commentaires émis par les experts. Tout d'abord, le nombre de séances a été diminué et le contenu des séances a été réaménagé en incluant une forme de suivi par téléphone, rendant ainsi le programme plus facile à mettre en œuvre. Ainsi, le nombre de séances est passé de six rencontres avec le client à deux rencontres accompagnées d'un suivi téléphonique. De plus, la séance avec le patient ressource qui donne du soutien au patient a été retirée du programme en raison des difficultés qui s'y rattachaient. L'élimination de cette composante du suivi n'affecte pas l'idée centrale de l'approche qui est d'augmenter la participation du patient dans son parcours de soins.

Pour terminer, les exercices suggérés ont été modifiés en fonction des commentaires recueillis. Les participants ont fait émerger des recommandations quant à des

exercices de glissement du nerf médian et des exercices de renforcements de type isométrique. Ceux-ci ont remplacé les exercices proposés tirés de Poirier, Drouin et Pedneault (2011). Les éléments suivants n'ont pas été conservés tels quels : la durée du suivi (12 semaines), les modalités d'évaluation, la participation active du patient et l'encadrement offert par l'ergothérapeute.

Le suivi proposé comprenait initialement un partage de l'information de base sur la physiopathologie du SCC, une participation active du patient, des conseils sur l'abandon des postures contraignantes et des stratégies de contrôle des symptômes. Suite à l'analyse de contenu, il comprend maintenant un suivi téléphonique et, au besoin, une relance en post-réadaptation. Également, le nombre de séances a été diminué, des précisions ont été ajoutées et des changements importants ont été apportés en ce qui a trait au programme d'exercices (voir Papineau, 2014).

Bien que le suivi proposé se veuille un plan d'action pour gérer précocement le SCC, la nature des interventions et le retour aux activités ou occupations peut varier selon les individus, les stades du SCC, la réponse au traitement ou les comorbidités. Une caractéristique du programme proposé est que le patient est impliqué de façon active. Le programme vise à améliorer les connaissances et les habiletés nécessaires à l'observance du suivi proposé et à guider les changements liés aux habitudes de vie (modifications des activités) afin de permettre au patient de contrôler son SCC et d'améliorer son bien-être. Le fait d'impliquer activement le patient vise les changements de comportements. Il nécessite un coaching, de l'encouragement et un suivi individualisé pour s'assurer que le patient prenne confiance en lui et qu'il soit actif pour gérer sa situation, dans une perspective éducative. Les interventions éducatives sont appropriées en prévention secondaire, car elles visent le changement de comportement lorsque les facteurs de risques associés sont déjà présents (Filiatrault et Richard, 2005). Par ailleurs, le rôle d'éducateur à la santé est en lien direct avec le rôle d'agent de changement (aider la personne à mettre en place des stratégies pour prendre sa situation en main). Ainsi, éduquer le patient, c'est plus que l'informer, c'est l'encourager aussi à mettre des changements en place.

Enfin, la perspective en habilitation occupationnelle ne s'étend pas seulement aux orthèses et c'est pourquoi les ergothérapeutes devraient travailler avec les personnes afin de diminuer l'impact de leur état de santé sur leurs occupations.

Portée du projet

Le présent projet s'est attardé à la clientèle souffrant d'un SCC. Il a ainsi été possible de recenser différentes approches et de les incorporer dans un seul suivi. Développé à partir de la prémisse selon laquelle la personne a un pouvoir d'action sur les difficultés qu'elle éprouve, *Pour avoir tous les atouts en main* se distingue des autres traitements conservateurs proposés pour cette atteinte jusqu'à maintenant. De plus, il est cohérent avec les écrits scientifiques portant sur le SCC et est congruent avec les bases théoriques des modèles sur lesquelles il s'appuie. Par ailleurs, s'inscrivant dans une approche préventive, le suivi proposé cherche à identifier les facteurs bénéfiques et, par extension, tente de les gérer. Ce faisant, il contribue à éviter l'aggravation des

symptômes. Le fait que le suivi proposé considère l'impact de la personne dans la prise en charge de sa situation est novateur, puisque cet aspect n'est traditionnellement pas considéré dans les approches préventives médicales.

Forces et limites

Le caractère novateur du programme est le point fort de la présente étude. Elle fournit quelques jalons pour les ergothérapeutes travaillant avec des patients atteints de SCC. Par contre, le nombre restreint de participants limite le caractère généralisable des résultats. Par ailleurs, l'échantillon a été majoritairement composé d'experts pratiquant dans le système public de santé, il est donc possible que cela ait influencé les résultats. Enfin, la saturation des données n'a pas été atteinte. Par conséquent, un nombre plus élevé de participants aurait pu étayer les opinions partagées ou en faire émerger d'autres.

CONCLUSION

Le présent article offre une vue d'ensemble sur ce qu'il est possible de faire en ergothérapie en fonction des écrits scientifiques présentement disponibles et de l'opinion des experts. En effet, les écrits recensés et les opinions d'experts recueillis ont permis de concevoir une façon dont les ergothérapeutes peuvent intervenir auprès de patients atteints du SCC, et ce, en tenant compte des contextes cliniques. Le suivi propose une réponse novatrice aux besoins des personnes souffrant d'un SCC en prenant en considération de manière holistique les problématiques vécues par celles-ci autant au niveau de l'environnement, des occupations et de la personne.

Il apparaît pertinent de poursuivre la recherche se rattachant à un tel projet et de plaider pour une prise en charge précoce. La prochaine étape serait celle de la validation du suivi proposé, à commencer par procéder à un projet pilote afin de déterminer s'il se déploie tel que prévu et ensuite d'en déterminer l'efficacité. Une validation de l'implantation du suivi proposé serait donc une avenue intéressante afin de contribuer à améliorer la qualité des interventions auprès de cette clientèle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Association canadienne des ergothérapeutes (2012). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes (2013). *Prise de position de l'ACE. L'ergothérapie dans les soins de santé primaire*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Baker, N.A., Moehling, K.K., Rubinstein, E.N., Wollstein, R., Gustafson, N.P., et Baratz, M. (2012). The comparative effectiveness of combined lumbrical muscle splints and stretches on symptoms and function in carpal tunnel syndrome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2011.08.013>
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services – Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf
- Coppieters M.W.. et Alshami, A.M. (2007). Longitudinal excursion and strain in the median nerve during novel nerve gliding exercises for carpal tunnel syndrome. *Journal of Orthopaedic Research*, 25(7), 972-980. doi: 10.1002/jor.20310
- Coulter, A., Parsons, S., et Askham, J. (2008). *Où sont les patients dans la prise de décisions concernant leurs propres soins de santé ?* Copenhague, Danemark : Organisation mondiale de la santé (OMS). Repéré à http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/79215/E93675.pdf
- Dubé-Linteau, A., Lecours, C., Lévesque, J.-F., Pineault, R., et Tremblay, M.-È. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation d'un médecin spécialiste : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (Vol. 5). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Filiatrault, J., et Richard, L. (2005). L'apport des théories des changements comportementaux aux interventions de prévention et de promotion de la santé de l'ergothérapeute, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 45-56. doi: 10.1177/000841740507200110
- Ford, M., McKee, P., et Szilagyi, M. (2004). A hybrid thermoplastic and neoprene thumb metacarpophalangeal joint orthosis. *Journal of Hand Therapy*, 17(1), 64-68. doi: 10.1197/j.jht.2003.10.009
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Haute Autorité de Santé. (2012). *Chirurgie du syndrome du canal carpien : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente*. Repéré à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/chirurgie_du_syndrome_du_canal_carpien__approche_multidimensionnelle_pour_une_decision_pertinente_-_texte_court.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Syndrome du canal carpien : optimiser la pertinence du parcours patient*. Repéré à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/syndrome_du_canal_carpien_optimiser_la_pertinence_du_parcours_patient.pdf
- Karazivan, P., Dumez, V., Mercier, A.M., Boucher, A., Lebel, P., Muriel, G., et Ghadiri, D.P. (2011). Le patient partenaire de soins : un atout pour le médecin. *Médecins francophones du Canada*, 1(3). Repéré à <http://www.medecinsfrancophones.ca/publications/articles/interdisciplinarite/patient-partenaire-dumez.fr.html>
- Landry, R. (1997). *L'analyse de contenu, recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Ste-Foy : Presses de l'Université Laval.
- McKee, P., et Nguyen, C. (2007). Customized dynamic splint : Orthoses that promote optimal function and recovery after radial nerve injury : A case report. *Journal of Hand Therapy*, 20(1), 73-87. doi: 10.1197/j.jht.2006.11.013
- McKee, P., et Rivard, A. (2004). Orthoses as enablers of occupation: Client-centered splinting for better outcomes. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 306-314. doi: 10.1177/000841740407100510

- Moyers, P.A. (1999). Guide to occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(3), 247-322. doi:10.5014/ajot.53.3.247
- Muir, S. (2012). Health Policy Perspectives – Occupational therapy in primary health care: We should be there. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(5), 506-510. Répéré à <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2012.665001>
- Papineau, K. (2014). Pour avoir tous les atouts en main : Proposition d'un suivi en ergothérapie auprès de personnes atteintes du syndrome du canal carpien basé sur l'approche participative du patient partenaire, l'habilitation aux occupations centrée sur le client et les résultats probants (Essai critique de maîtrise). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/7455/1/030803466.pdf>
- Poirier, R., Drouin, J., et Pedneault, D. (2011). *Les exercices qui vous soignent*. Montréal : Édition de l'Homme.
- Povlsen, B., Bashir, M., et Wong, F. (2014). Long-term result and patient reported outcome of wrist splint treatment for Carpal Tunnel Syndrome. *Journal of Plastic and Hand Surgery*, 48(3), 175-178. DOI: 10.3109/2000656X.2013.837392
- Rossignol, M., Stock, S., Patry, L., et Armstrong, B. (1996). *Incidence du syndrome du canal carpien selon la profession sur l'île de Montréal et distribution des facteurs de risque*. Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Shi, Q., et MacDermid, J.C. (2011). Is surgical intervention more effective than non-surgical treatment for carpal tunnel syndrome? A systematic review. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 6(17), 1-9. doi:10.2217
- Townsend, E.A, Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwana, M., Landry, J. ... Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans Townsend, E.A., et Polatajko, H.J. *Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (p. 103-158, 2^e éd., version française N. Cantin). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A., et Polatajko, H.J. (2013). *Habilitier à l'occupation: Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd., version française N. Cantin). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Yerxa, E.J. (1990). An introduction to occupational science: A foundation for occupational therapy in the 21st century. *Occupational Therapy in Health Care*, 6(4), 1-17. DOI: 10.1080/J003v06n04_04

ANNEXE A

Séance avec le patient ressource (Rencontre préliminaire individuelle/groupe) (*durée et moment de la rencontre variable*)

1. Partage d'une même expérience de syndrome du canal carpien ou d'un cheminement clinique similaire
2. Partage de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches
3. Remise d'un document d'information sur le syndrome du canal carpien

Séance 1 (Première rencontre avec l'ergothérapeute) (*60 minutes*)

1. Évaluation initiale (voir Tableau 1)
2. Fabrication d'une orthèse de poignet en position neutre ainsi que les MCP et instruction de la porter la nuit ou le jour au besoin (conception et posologie individualisées à chacun pour favoriser le port de l'orthèse)
3. Enseignement portant sur la pathologie et sur l'hygiène posturale (bonne utilisation de la main et postures et habitudes de travail à éviter)
4. Enseignement d'un programme individualisé d'exercices à domicile (voir Tableau 2) et de stratégies de mise en œuvre ainsi que de l'utilisation de la glace (au besoin)
5. Devoir réflexif (sujet de discussion à la séance 2): Essayer de s'observer dans la réalisation de ses occupations
6. Journal de bord (outil pour effectuer le suivi) : Mise en place de changements

Séance 2 (7 à 10 jours après la 1^{re} visite) (*30 minutes*)

1. Vérification/ajustement de l'orthèse
2. Discuter avec le client pour observer s'il y a amélioration immédiate
3. Demander au client de faire la démonstration de son programme d'exercices à domicile pour s'assurer qu'il réussit à bien le faire
4. Demander au client de nous présenter son journal de bord pour s'assurer qu'il est actif
5. Demander au client s'il a observé des façons de faire contre-indiquées depuis la dernière rencontre
6. Cibler avec la personne des stratégies pour réaliser autrement les occupations problématiques

Séance 3 (4 semaines après la 1^{re} visite) (*30 minutes*)

1. Réévaluation des signes et symptômes pour voir s'il y a amélioration (si aucune amélioration significative n'est observée ou s'il y a une rechute précoce, adresser le client au médecin spécialiste pour une infiltration de corticoïdes ou la chirurgie)
2. Demander au client comment il a changé ses occupations pour améliorer l'utilisation de la main
3. Demander au client de présenter son journal de bord pour s'assurer qu'il est actif et retour sur les exercices
4. Discuter de l'application des stratégies et de leur efficacité
5. Commander au besoin une évaluation du poste de travail (nécessaire lors d'activités de travail plus complexes afin d'aider le client à surmonter les obstacles présents et de faciliter la mise en place de stratégies par l'employeur)

Séance 4 (8 semaines après la 1^{re} visite) (*30 minutes*)

1. Retour sur les occupations depuis la dernière visite
2. Réévaluation des signes et symptômes pour voir s'il y a amélioration (si aucune amélioration significative n'est observée ou rechute précoce, adresser le client au médecin spécialiste pour une infiltration de corticoïdes ou la chirurgie)
3. Faire un suivi individualisé des modalités d'intervention mises en place

Séance 5 (12 semaines après la 1^{re} visite) (*30 minutes*)

1. Retour sur les occupations depuis la dernière visite
2. Réévaluation des signes et symptômes pour voir s'il y a amélioration
3. Faire un suivi individualisé des modalités d'intervention mise en place
4. Donner son congé au client ou l'adresser au médecin spécialiste pour une infiltration de corticoïdes ou la chirurgie

Appréciation de la séance 3							
Donnez votre appréciation sur une échelle de 1 à 7, en cochant votre réponse, 1 étant le score le plus bas et 7 le plus élevé							
8. Dans l'ensemble, est-ce que le contenu de la séance est clair et facile à comprendre ? (peu facile à comprendre à très facile à comprendre)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Commentaires (indiquez le numéro de l'énoncé qui ne l'est pas et expliquez)							
9. Dans l'ensemble, êtes-vous d'accord avec les énoncés de la séance ? (peu d'accord à tout à fait d'accord)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Commentaires (indiquez le numéro de l'énoncé qui devrait être modifié (ex. : bonifié ou enlevé) et justifiez ou bien ajoutez un énoncé pour améliorer le contenu de la séance et expliquez)							

Appréciation de la séance 4							
Donnez votre appréciation sur une échelle de 1 à 7, en cochant votre réponse, 1 étant le score le plus bas et 7 le plus élevé							
10. Dans l'ensemble, est-ce que le contenu de la séance est clair et facile à comprendre ? (peu facile à très facile à comprendre)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Commentaires (indiquez le numéro de l'énoncé qui ne l'est pas et expliquez)							
11. Dans l'ensemble, êtes-vous d'accord avec l'ensemble des énoncés de la séance ? (peu d'accord à tout à fait d'accord)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Commentaires (indiquez le numéro de l'énoncé qui devrait être modifié (ex : bonifié ou enlevé) justifiez, ajoutez un énoncé pour améliorer le contenu de la séance et expliquez)							

Appréciation de la séance 5							
Donnez votre appréciation sur une échelle de 1 à 7, en cochant votre réponse, 1 étant le score le plus bas et 7 le plus élevé							
12. Dans l'ensemble, est-ce que le contenu de la séance est clair et facile à comprendre ? (peu facile à très facile à comprendre)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Commentaires (indiquez le numéro de l'énoncé et expliquez)							
13. Dans l'ensemble, êtes-vous d'accord avec l'ensemble des énoncés de la séance ? (peu d'accord à tout à fait d'accord)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

Commentaires (indiquez le numéro de l'énoncé qui devrait être modifié (ex. : bonifié ou enlevé) et justifiez, ajoutez un énoncé pour améliorer le contenu de la séance et expliquez)

Appréciation du suivi proposé dans son ensemble

Donnez votre appréciation sur une échelle de 1 à 7, en cochant votre réponse, 1 étant le score le plus bas et 7 le plus élevé

14. Dans l'ensemble, dans quelle mesure avez-vous apprécié le suivi proposé ?
(peu apprécié à très apprécié)

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Commentaires (quels aspects ont particulièrement attiré votre attention ?)

15. Dans l'ensemble, les recommandations comprises à l'intérieur de ce suivi vous sont-elles utiles ?
(peu utiles à très utiles)

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Commentaires (le suivi proposé vous apporte-t-il de la nouveauté ?)

16. En ce qui a trait au format, est-ce que le suivi proposé est facile à consulter ?
(peu facile à très facile à consulter)

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Commentaires (des éléments auraient-ils avantage à être modifiés pour faciliter la consultation)

17. Dans quelle mesure êtes-vous prêt à mettre en place ce suivi dans votre pratique ?
(peu enclin à très enclin à le faire)

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Commentaires (voyez-vous des limites à l'implantation de ce suivi dans votre pratique ?)

Opinion personnelle

Partagez avec nous vos idées, impressions, critiques, etc.

18. Y a-t-il des considérations dont il est utile ou important de tenir compte dans la pratique auprès de cette clientèle, mais qui ne sont pas comprises à l'intérieur de ce suivi ?

19. Que pensez-vous de l'idée d'inclure l'approche participative du patient partenaire ?

20. Que pensez-vous de l'idée d'inclure une rencontre avec un patient ressource ?

21. Que pourrait-on faire, selon vous, pour améliorer le suivi proposé dans son approche ou pour anticiper les obstacles cliniques et organisationnels à son implantation dans la pratique ?

ANNEXE C

Suivi proposé incorporant les commentaires des experts

Séance 1 (60 minutes)

1. Évaluation initiale (voir Tableau 1)
2. Fabrication d'une orthèse positionnant le poignet en position neutre et les MCP en extension et instruction de la porter la nuit ou le jour au besoin (conception et posologie individualisées à chacun pour favoriser le port de l'orthèse)
3. Enseignement portant sur la pathologie et sur l'hygiène posturale (bonne utilisation de la main et postures et habitudes de travail à éviter)
4. Enseignement d'un programme individualisé d'exercices à domicile (voir Tableau 2) et de stratégies de mise en œuvre ainsi que de l'utilisation de la glace (au besoin)
5. Devoir réflexif (sujet de discussion à la séance 2): Essayer de s'observer dans la réalisation de ses occupations
6. Remise d'un document d'information sur le syndrome du canal carpien et du journal de bord (outil optionnel pour effectuer le suivi)

Suivi téléphonique 1 (7 à 10 jours après la 1^{re} visite) (15 minutes)

1. Discuter du confort de l'orthèse (vérifier si un ajustement est nécessaire et, si oui, prendre rendez-vous)
2. Discuter avec le client s'il y a amélioration immédiate
3. Demander au client s'il est actif, s'il porte l'orthèse
4. Demander au client s'il a observé des façons de faire contre-indiquées depuis la dernière rencontre
5. Cibler avec la personne des stratégies pour réaliser autrement les occupations problématiques (en choisir 2)

Suivi téléphonique 2 (4 semaines après la 1^{re} visite) (30 minutes)

1. Discuter avec le client pour voir s'il y a amélioration (vérifier s'il n'y a pas de signe d'aggravation). Si oui, adresser le client au médecin spécialiste pour une infiltration de corticoïdes ou la chirurgie
2. Retour sur le port de l'orthèse pour s'assurer de l'adhérence au traitement et sur les exercices pour s'assurer qu'il réussit à bien les faire
3. Discuter de l'application des stratégies et de leur efficacité
4. Demander au client comment il a changé ses occupations pour améliorer l'utilisation de la main. Commander au besoin une évaluation du poste de travail (nécessaire lors d'activités de travail plus complexes afin d'aider le client à surmonter les obstacles présents et faciliter la mise en place de stratégies par l'employeur)

Séance 2 (8 semaines après la 1^{re} visite) (30 minutes)

1. Retour sur les occupations depuis la dernière visite
2. Réévaluation des signes et symptômes pour voir s'il y a amélioration (si aucune amélioration significative n'est observée ou rechute précoce, adresser le client au médecin spécialiste pour une infiltration de corticoïdes ou la chirurgie)
3. Faire un suivi individualisé des modalités d'intervention mise en place

Suivi téléphonique 3 (12 semaines après la 1^{re} visite) (15 minutes)

1. Retour sur les occupations depuis la dernière visite
2. Réévaluation des signes et symptômes pour voir s'il y a amélioration à l'aide du Boston Carpal Tunnel Questionnaire
3. Faire un suivi individualisé (congé du client avec relance post-réadaptation, au besoin; selon l'évolution des troubles ressentis, poursuite du plan d'intervention si les bénéfices se poursuivent; référence au médecin spécialiste si signes d'alertes)

ANNEXE D

Contenu de la séance 1 (tiré de Papineau, 2014)

Collecte de données subjectives	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Présence de l'un de ces symptômes dans le territoire du nerf médian. paresthésies de la main <ul style="list-style-type: none"> • engourdissements, inconfort douloureux de la main/avant-bras/bras • faiblesse ou maladresse de la main • peau sèche, gonflement, sudation ou changement de couleur de la main <input type="checkbox"/> Facteurs de provocation <ul style="list-style-type: none"> • sommeil • positions prolongées de la main ou du bras • actions répétitives de la main ou du poignet <input type="checkbox"/> Facteurs d'atténuation <ul style="list-style-type: none"> • changements de position de la main • secouer la main <input type="checkbox"/> Activités de loisir et professionnelle <ul style="list-style-type: none"> • répétitivité des gestes et postures contraignantes • port de gants • travail au froid • vibrations <input type="checkbox"/> Traitements et résultats antérieurs (ex. : EMG, diverses modalités essayées) ou conditions associées (ex. : antécédents de fracture, arthrite, ténosynovite, etc.)
Examen physique	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apparition des symptômes par (effectuer minimalement 2 tests de provocation): <ul style="list-style-type: none"> • flexion maintenue du poignet (signe de Phalen) • percussion (signe de Tinel) • pression directe sur le nerf médian au niveau du poignet (signe de MacMurthry) • test d'élévation du bras <input type="checkbox"/> Perte de sensibilité dans le territoire nerveux du médian (test des monofilaments de Semmes Weinstein ou test de discrimination de Weber) <input type="checkbox"/> Faiblesse ou atrophie des muscles thénariens (dynamomètre Jamar ou pincemètre) <input type="checkbox"/> Faiblesse du court abducteur du pouce (abduction contrariée) <input type="checkbox"/> Faiblesse de l'opposant du pouce (test de la boucle) <input type="checkbox"/> Trouble de l'opposition du pouce (perte du « O » parfait) <input type="checkbox"/> Peau sèche du pouce, de l'index et du majeur
Questionnaires autoadministrés	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Boston Carpal Tunnel Questionnaire (voir Meirelles et ses collaborateurs, 2006) (doit obligatoirement être rempli à la première rencontre)

Orthèse	<input type="checkbox"/> Conception et posologie individualisées
Éducation	<input type="checkbox"/> Enseignement portant sur la pathologie et sur l'hygiène posturale <input type="checkbox"/> Enseignement d'un programme individualisé d'exercices à domicile <input type="checkbox"/> Devoir réflexif <input type="checkbox"/> Journal de bord (optionnel)
Information	<input type="checkbox"/> Document d'information sur le syndrome du canal carpien

ANNEXE E

Contenu du programme d'exercices (tiré de Papineau, 2014)

Au réveil	<input type="checkbox"/> Prévenir l'ankylose (conséquence possible reliée au port nocturne de l'orthèse) <ul style="list-style-type: none"> Exercices de glissement de tendons (10 répétitions x 5 secondes)
Phase 1 (1-3 fois/semaine) Débuter lorsque l'effet du port de l'orthèse est observé	<input type="checkbox"/> Diminuer le tonus résiduel des muscles de l'avant-bras et favoriser la circulation <ul style="list-style-type: none"> Étirement des muscles lombricaux¹ (1-3 x 15-30 secondes)
Phase 2 (3-5 fois/semaine) Débuter suite à la séance 2	<input type="checkbox"/> Améliorer la mobilité articulaire et diminuer le tonus résiduel des muscles de l'avant-bras <ul style="list-style-type: none"> Exercices simples de mobilité des doigts² (1-3 x 10 répétitions) Exercices de glissement du nerf médian³ (3-5 x 5 répétitions x 5-30 secondes)
Phase 3 (2-3 fois/semaine) Débuter suite à l'efficacité du suivi proposé	<input type="checkbox"/> Renforcement progressif des muscles de l'avant-bras et diminution des risques de récurrence (1-3 x 5-15 répétitions x 5-10 secondes pour l'ensemble des exercices) <ul style="list-style-type: none"> Renforcement isométrique des extenseurs du poignet⁴ Renforcement isométrique des fléchisseurs du poignet⁴ Renforcement isométrique des fléchisseurs des doigts avec une balle de tennis
Phase 4	<input type="checkbox"/> Augmenter le seuil de tolérance des muscles de l'avant-bras et diminuer les risques de récurrences

<p>(2-3 fois/semaine)</p> <p>Débuter une fois que vous pouvez obtenir 2-3 séries de 15 répétitions de 10 secondes sans aucun effet négatif des exercices de la phase précédente pendant 3 semaines consécutives</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Extension des doigts avec de la pâte à modeler ou un élastique (1-3 x 5-15 répétitions) • Extension du poignet avec un poids (1-3 x 5-15 répétitions) • Flexion du poignet avec un poids (1-3 x 5-15 répétitions) • Renforcement des fléchisseurs des doigts avec une balle anti-stress (1-3 x 5-15 répétitions x 10 secondes)
---	---

¹Description de l'étirement des muscles lombricaux: MCP étendues et les articulations IPP et IPD totalement fléchies et la paume de la main appuyée sur la cuisse et pression ensuite exercée sur la face de la main vers le bas avec l'autre main. Puis l'on tire le poignet, les MCP, IPP et IPD en extension maximale avec l'autre main (Baker et coll., 2012).

²Exercices simples de mobilité : Dessiner des cercles larges et lents avec le poignet dans un sens puis dans l'autre ; écarter les doigts puis fermer votre poing, et alterner les 2 mouvements ; amener, les uns après les autres, l'extrémité des doigts vers le pouce de manière à former un « O ».

³Description des exercices de glissement du nerf médian : Il s'agit de progresser d'une position à l'autre et lorsque les symptômes du nerf médian commencent à être provoqués (fourmillement), c'est la position maximale à utiliser. Quand une position peut être maintenue sans symptômes, on progresse vers la prochaine et ainsi de suite. Et quand la dernière position est atteinte, on répète la routine de mobilisation. Chaque position doit être maintenue entre 5 à 30 secondes sans faire empirer les symptômes. Les exercices doivent se faire de façon progressive (Coppieters et Alshami, 2007).

⁴Renforcement isométrique : Il s'agit de s'opposer au mouvement avec l'autre main (aucun mouvement ne se produit)

*Aucun réveil douloureux ne doit se faire sentir, revenir à la phase précédente si douleur

*Étirements des muscles lombricaux contre-indiqués en cas de grossesse, compte tenu de l'augmentation de la laxité ligamentaire (sécrétion de relaxine) qui augmente le risque de blessure aux articulations.