



VALIDATION DES CONNAISSANCES ET DES COMPÉTENCES AVANCÉES DES ERGOTHÉRAPEUTES EN THÉRAPIE DE LA MAIN : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

Mélissa Laliberté¹, Valérie Poulin², Martine Brousseau³, Georges-Emmanuel Salib⁴

¹ Ergothérapeute, BSc, étudiante à la maîtrise en sciences biomédicales, Université du Québec à Trois-Rivières, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et en intégration sociale, ergothérapeute à la clinique de la main, Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Canada.

² Ergothérapeute, PhD, Professeure régulière au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, chercheuse au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et en intégration sociale, Canada.

³ Ergothérapeute, PhD, Professeure titulaire au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada.

⁴ Médecin spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, MD, MSc, FRCSC, Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Professeur adjoint de clinique, Faculté de médecine, Département de chirurgie, Université de Montréal, Canada.

Adresse de contact : melissa.laliberte@uqtr.ca

Reçu le 27.02.2017 – Accepté le 18.10.2017

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.v4n1.75

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



RÉSUMÉ

Introduction. Les lésions musculo-squelettiques à la main et au poignet représentent des défis majeurs pour l'organisation des services de thérapie de la main. L'un d'entre eux concerne les importants délais d'attente pour obtenir une première consultation par des médecins spécialistes. Une solution à ces défis passe par le développement des connaissances et des compétences avancées des professionnels, dans le but d'organiser différemment les services de thérapie de la main. Ces connaissances et habiletés dépassent les responsabilités usuelles assumées par les ergothérapeutes. Cette étude vise à valider les connaissances et les compétences nécessaires à la pratique avancée de l'ergothérapie en thérapie de la main.

Méthode. Une enquête exploratoire basée sur un questionnaire électronique a été réalisée pour la validation des connaissances et des compétences auprès d'ergothérapeutes experts. Le questionnaire a été développé en se basant sur le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* et la recension des écrits sur les pratiques avancées en thérapie de la main. Le questionnaire électronique a été rempli par 24 ergothérapeutes travaillant en thérapie de la main dans des milieux de pratique privés et publics.

Résultats. Les résultats montrent que les ergothérapeutes participant à l'étude valorisent plusieurs connaissances et compétences avancées dans ce domaine. Les participants sont favorables à une prise en charge du client en amont du chirurgien, afin d'accélérer l'accès aux soins pour des patients présentant des diagnostics tels que les tendinites, les entorses aux doigts et la déformation en boutonnière.

Conclusion. Les résultats apportent un éclairage sur les perceptions des ergothérapeutes participant à l'étude concernant la pratique avancée. Ils fournissent également des pistes de réflexion pour guider la formation et le développement des connaissances et des compétences en vue du développement d'une pratique avancée en thérapie de la main.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie, compétence clinique, thérapie de la main, pratique avancée

EXPLORATORY STUDY OF ADVANCED KNOWLEDGE AND COMPETENCIES OF OCCUPATIONAL THERAPISTS IN HAND THERAPY

ABSTRACT

Introduction. Hand and wrist musculoskeletal injuries present major challenges for hand therapy service delivery. One of them is the important wait delay for a first appointment with a medical specialist. A solution to these challenges is the development of advanced knowledge and competencies with a view to organizing hand therapy services differently. Advanced knowledge and competencies are involved in activities that go beyond the usual responsibilities assumed by occupational therapists (OTs). This study aimed to validate the knowledge and competencies required for advanced scope of practice for OTs in hand therapy.

Methods. An exploratory study based on an online survey was conducted for peer validation of the advanced knowledge and competencies. The survey was based on the *Profile of practice of occupational therapists in Canada* and on a literature review on advanced scope of practice in hand therapy. The online survey was completed by 24 OTs working in hand therapy in private and public settings.

Results. The results suggested that OTs valued several advanced knowledge and competencies in hand therapy. Participants agreed to treat the patient before a surgery consultation to provide earlier access to hand therapy services for patients with some diagnoses such as tendinitis, finger sprain and boutonniere deformity.

Conclusion. The results provided insight into OTs' perceptions about advanced scope of practice and offered useful thinking to support the development of advanced knowledge and competencies for OTs working in hand therapy.

KEYWORDS

Occupational therapy, clinical competence, hand therapy, advanced practice

INTRODUCTION

Les lésions musculo-squelettiques à la main et au poignet représentent un enjeu de santé important en raison de leur prévalence et de leurs conséquences pour les personnes affectées (Weiss, 2005). Au Canada, entre 2009 et 2010, 17,3 % des blessures étaient localisées au niveau des mains ou des poignets (Billette et Janz, 2011). Ceci démontre une fréquentation relativement importante des services en thérapie de la main. Par ailleurs, le délai d'attente pour un premier rendez-vous avec un médecin spécialiste s'avère long et a augmenté au cours des dix dernières années. En effet, 17 % des Canadiens attendent actuellement plus de trois mois pour une première consultation chez un spécialiste comparativement à 13 % en 2005. Pour les personnes atteintes de lésions musculo-squelettiques, ce délai d'attente a un impact majeur, sachant que les blessures entraînent des difficultés dans la réalisation de leurs activités quotidiennes. Ainsi, Billette et Janz (2011) rapportent qu'entre 2009 et 2010, 4,27 millions de Canadiens étaient limités dans leurs activités quotidiennes en raison de blessures.

Dès lors, la pression exercée par les problèmes de la main sur le système de santé amène à se questionner sur les moyens de parvenir à une organisation optimale de ces services. À cet égard, Nelson et ses collaborateurs (2014), experts en matière d'organisation du système de soins de santé du Canada, proposent la contribution des professionnels de la santé pour repenser les services et mieux répondre aux besoins des personnes, des communautés et de la population. Ils expliquent que : « Des rôles doivent être clairement définis au sein de l'équipe en fonction des besoins du service et de l'éventail des capacités, de la formation et de l'expérience des membres de l'équipe. Le principe fondamental en jeu consiste à harmoniser les champs d'exercice aux contextes de soins de collaboration de manière à atteindre les objectifs collectifs de l'équipe » (Nelson *et al.*, 2014, p. 69). Par ailleurs, l'expertise des ergothérapeutes auprès des personnes atteintes de lésions musculo-squelettiques à la main et au poignet est l'une des premières à avoir été développées (McMillan, 2011). Cette expertise se concrétise par l'évaluation de la fonctionnalité de la main, par la fabrication d'orthèses, mais surtout par la rééducation spécifique permettant à la personne traitée de mieux fonctionner dans ses occupations ou ses activités. C'est pourquoi les ergothérapeutes, en mobilisant leurs connaissances et leurs compétences avancées, peuvent assumer d'importantes responsabilités afin d'offrir des services répondant aux besoins des personnes concernées.

Dans un souci de contribuer à une meilleure organisation des services, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) propose le recours à des pratiques avancées (d'où la dénomination de connaissances et compétences avancées [von Zweck, 2012]). Celles-ci « comprennent les connaissances, [...] et les habiletés requises pour des activités effectuées dans la pratique de l'ergothérapie qui vont au-delà de l'étendue des responsabilités assumées traditionnellement par les ergothérapeutes. Celles-ci ne sont pas acquises durant la formation en ergothérapie, mais durant des formations spécifiques et par l'expérience » (ACE, 2012, p. 16).

Recension des écrits

Au Canada, un programme de formation ciblé spécifiquement sur une clientèle arthritique prépare des ergothérapeutes et des physiothérapeutes à une pratique avancée. Passalent et ses collaborateurs (2013) ont réalisé l'évaluation de ce programme de formation et constaté qu'il fait valoir la planification des services et la prestation des soins pour une clientèle arthritique. Par ailleurs, aux États-Unis, il existe aussi une formation complémentaire de thérapeute de la main certifié (CHT) accessible aux ergothérapeutes et aux physiothérapeutes. Bien que cette formation puisse apporter des connaissances approfondies sur les problématiques rencontrées en thérapie de la main, elle ne met pas en évidence les connaissances et les compétences avancées des ergothérapeutes.

Pour leur part, au moyen d'une étude Delphi, Ellis, Kersten et Sibley (2005) ont identifié et validé la formation ainsi que les connaissances et les compétences requises pour exercer une pratique avancée en thérapie de la main. Leur étude s'est portée exclusivement sur une clientèle présentant des problématiques orthopédiques. Ainsi, les connaissances et les compétences identifiées ne sont pas généralisables, notamment à certaines affections en rhumatologie ou maladies musculo-squelettiques dont les répercussions dans le quotidien sont particulièrement importantes. Il est également nécessaire de relever que cette étude portait sur les connaissances et compétences communes à l'ensemble des professionnels de santé exerçant en thérapie de la main et ne se penchait pas spécifiquement sur la pratique de l'ergothérapie.

Les pratiques avancées en ergothérapie demeurent encore peu explorées, mais certains travaux prometteurs, abordant notamment les prises en charge en thérapie de la main, ont été effectués au cours des dernières années. Dans une étude britannique, Rose et Probert (2009) ont rapporté des impacts positifs sur les délais d'attente avec l'implantation de services et la mise en œuvre des compétences avancées des ergothérapeutes. Elles ont mis en place des interventions auprès de clients en attente d'une consultation avec un médecin spécialiste pour un syndrome du tunnel carpien ou de l'ostéoarthrose trapézo-métacarpienne. L'évaluation de cette nouvelle organisation des services a montré une amélioration de la trajectoire de soins des patients avec un accès plus rapide aux services. Par ailleurs, une étude rétrospective en Australie a aussi documenté les effets de l'implantation d'un suivi par des ergothérapeutes expérimentés avant la consultation de chirurgiens pour les syndromes du tunnel carpien, l'ostéoarthrose trapézo-métacarpienne, les doigts gâchettes et les tendinites de De Quervain. Les résultats montrent une amélioration de l'accès aux services, une diminution du taux de chirurgie pour les gens ayant reçu le suivi en ergothérapie et une diminution du délai d'attente (O'Brien, Hardman et Goldby, 2013).

Bien que les études réalisées à ce jour fournissent plusieurs pistes utiles pour guider la pratique avancée en thérapie de la main, le besoin de mieux comprendre les connaissances et compétences requises chez l'ergothérapeute ainsi que celui d'une meilleure documentation et validation de l'utilisation de cette pratique avancée dans un contexte québécois persistent.

La question qui se pose est de savoir si les ergothérapeutes ont des connaissances et des compétences avancées dans le domaine de la pathologie de la main et si, en les déployant, ils répondent aux besoins des patients et peuvent contribuer à réorganiser les services en thérapie de la main. Afin de répondre à cette question et de vérifier l'intérêt de développer une pratique avancée en thérapie de la main, il apparaît donc important d'explorer auprès d'un groupe d'ergothérapeutes experts les compétences et connaissances avancées qui sont actuellement utilisées ainsi que les facilitateurs et obstacles à la mise en place d'une pratique avancée.

MÉTHODE

Devis

Il s'agit d'une enquête exploratoire réalisée sur la base d'un questionnaire auto-administré en ligne spécialement conçu pour la présente étude, qui a été menée auprès d'un groupe d'experts constitué d'ergothérapeutes travaillant en thérapie de la main au Québec. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Participants

Un échantillon de convenance a été retenu afin d'avoir l'avis d'ergothérapeutes « chevronnés » (ACE, 2012) en thérapie de la main qui correspondent à la clientèle de l'étude (Fortin, 2010). Les volontaires participant à l'étude ont été choisis selon leurs compétences et leur expérience dans le domaine de la thérapie de la main (Goodman, 1987; Hasson *et al.*, 2000). Les participants potentiels ont été identifiés par les réseaux de contacts des chercheurs (par ex. : réseau établi lors de la participation à des formations sur la thérapie de la main) et par la méthode boule de neige. Cette méthode a été utilisée pour permettre de contacter le plus grand nombre d'ergothérapeutes expérimentés en thérapie de la main. Le contact initial a été effectué par courriel auprès d'ergothérapeutes qui travaillent en thérapie de la main dans le secteur public ou privé de cinq villes du Québec. Ceux-ci ont ensuite été invités à transmettre l'invitation à participer à l'étude à leurs collègues ergothérapeutes. Il y a eu 40 envois et deux relances à quatre semaines d'intervalle. Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient être des ergothérapeutes travaillant depuis au moins deux ans auprès d'une clientèle en thérapie de la main afin d'avoir une expérience suffisante dans ce domaine. Les personnes ne pouvant pas lire le français ont été exclues. Les participants ont rempli le questionnaire une seule fois au moment de leur choix.

Développement du questionnaire

Ce questionnaire a été développé à partir d'une recension des écrits sur la pratique avancée en thérapie de la main ainsi que du référentiel canadien des connaissances et des compétences des ergothérapeutes (ACE, 2012). Il a été conçu selon les lignes directrices de Dillman, Smyth et Christian (2014). Le questionnaire est composé

d'une courte section recueillant des données sociodémographiques, suivie d'une section portant sur les connaissances et les compétences requises pour la pratique avancée. De plus, d'autres éléments pertinents à la pratique avancée ont été documentés avec certaines questions ouvertes : les formations nécessaires, les facilitateurs, les obstacles et les diagnostics pouvant être pris en charge directement par l'ergothérapeute détenant des connaissances et des compétences avancées (voir le questionnaire à l'annexe 1).

En ce qui concerne spécifiquement la section sur les connaissances et les compétences, celles-ci ont été identifiées dans les études antérieures comme les plus importantes pour la pratique avancée en thérapie de la main (Ellis *et al.*, 2005; Rose et Probert, 2009), puis ont été reliées aux compétences « chevronnées » du *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012), à celles des CHT aux États-Unis (Muenzen *et al.*, 2002) ainsi qu'à celles des résidents de deuxième année en chirurgie plastique (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2014). Ces dernières ont été incluses afin de donner une ouverture sur les compétences pluridisciplinaires. Toutes ces connaissances et ces compétences ont été rassemblées pour mettre en lumière celles qui seraient spécifiques aux ergothérapeutes en thérapie de la main et qui correspondraient à une pratique avancée (voir Annexe 1). Celles-ci ont été classées selon les catégories suivantes : connaissances et compétences cliniques, compétences de gestion de la pratique, compétences collaboratives, compétences de communication, compétences de développement et d'évaluation de la pratique en thérapie de la main. Pour chacune des connaissances et des compétences, les ergothérapeutes participant à l'étude devaient se prononcer sur la pertinence de l'inclure en exprimant leur degré d'accord à l'aide d'une échelle de type Likert à sept niveaux (1 signifiant totalement en désaccord et 7 totalement d'accord).

Le questionnaire a été validé par trois ergothérapeutes et un chirurgien plasticien pour la pertinence du contenu et la clarté des questions. Il a ensuite été prétesté par deux ergothérapeutes experts puis mis en ligne sur la plateforme *Eval & Go* (<http://www.evalandgo.fr/>) dont le site est sécurisé par un mot de passe.

Analyse des données

Les statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques de l'échantillon et analyser les résultats. Les données obtenues avec un dispositif de type Likert ont été combinées en trois catégories : d'accord, neutre et en désaccord, puis des pourcentages ont été calculés pour identifier le pourcentage de participants étant d'accord. Quant aux données qualitatives recueillies par les questions ouvertes, elles ont été traitées par une analyse de contenu (Landry, 1997). Elles ont été retranscrites intégralement et codifiées. L'analyse de contenu menée sur l'ensemble a ensuite fait émerger les thèmes prédominants.

RÉSULTATS

Participants

Vingt-quatre ergothérapeutes ont répondu au questionnaire. Le taux de participation était donc de 60 %. L'âge moyen des participants était de 40,3 ans ($\pm 9,7$) et ils avaient en moyenne 11,2 années d'expérience clinique ($\pm 9,2$). Le tableau 1 présente les données sociodémographiques des participants à l'étude ainsi que le nombre de participants qui effectuaient des tâches liées à des pratiques avancées.

Tableau 1 : Données sociodémographiques des participants à l'étude

Caractéristiques	Moyenne (SD)	n = 24 (%)
Âge	40,3 (9,7)	
Scolarité		
Baccalauréat		19 (79,1)
Maîtrise		5 (20,8)
Certified hand therapist		2 (8,3)
Années d'expérience	11,2 (9,2)	
Milieu de travail		
Clinique privée		7 (29,2)
Centre hospitalier		16 (66,7)
Autre		1 (4,2)
Formations supplémentaires suivies ^a		
Oui		21 (91,3)
Rééducation sensitive selon la technique Spicher		8 (34,8)
Congrès des thérapeutes de la main		7 (30,4)
Formation sur les soins de plaies		5 (21,7)
Groupes d'intérêts des thérapeutes de la main		4 (17,4)
Tâches exercées en lien avec des connaissances et compétences avancées ^b		
Oui		16 (76,2)
Soins de plaies		9 (42,9)
Tâches administratives		5 (23,8)
Retrait des points de suture		4 (19,0)

^a n = 23. ^b n = 21.

Perceptions quant aux connaissances et compétences requises pour la pratique avancée

Les sections qui suivent présentent les résultats sur la validation des connaissances et compétences. Le tableau 2 rapporte les pourcentages de participants étant d'accord avec chacune des connaissances et compétences.

Tableau 2 : Perceptions quant aux connaissances et compétences requises

Connaissances et compétences	n = 22 (%)
Cliniques	
Connaître les besoins psychologiques et sociaux de la clientèle en thérapie de la main	22 (100)
Connaître les traitements possibles pour les pathologies reliées à la main, tant chirurgicaux que conservateurs	22 (100)
Avoir une connaissance approfondie de l'anatomie de surface et interne ainsi que de la physiologie de tout le membre supérieur (système vasculaire, musculo-squelettique, nerveux et cutané)	22 (100)
Connaître les pathologies reliées au membre supérieur et leurs symptômes	22 (100)
Identifier rapidement les enjeux dans les activités quotidiennes et importantes de la personne	21 (95)
Travailler de façon autonome avec une clientèle en thérapie de la main	21 (95)
Connaître l'anatomie et les aspects physiologiques reliés aux procédures chirurgicales	21 (95)
Connaître les procédures chirurgicales pertinentes en thérapie de la main	21 (95)
Connaître les signes précoces des maladies et les facteurs de risque associés	21 (95)
Diriger à titre d'expert la clinique spécialisée en thérapie de la main : responsable de faire des évaluations, de la gestion clinique et le suivi des patients	20 (91)
Être en mesure d'identifier les situations où il faut diriger le patient vers d'autres spécialistes ou professionnels	20 (91)
Être en mesure d'offrir des thérapies alternatives au client en faisant preuve d'innovation	19 (90) ^c
Donner congé au patient sans qu'il ait vu le médecin	19 (86)
Demander les investigations pertinentes, selon la condition du patient	18 (82)
Prendre des décisions cliniques pour le patient sans en référer à un médecin	16 (73)
Émettre des recommandations quant au retour au travail sans que le patient ait vu le médecin	13 (59)
Connaître la base des actions pharmacologiques des analgésiques et leur utilisation	13 (59)
Connaître les principaux médicaments utilisés en thérapie de la main	13 (59)
Poser un diagnostic et orienter le traitement pour les atteintes à la main	12 (55)
Interpréter les résultats des investigations pour déterminer le traitement approprié	12 (55)
Utiliser des protocoles pour toutes les tâches hors du champ de pratique	11 (52) ^c
Faire un plan de traitement intégré incluant l'ergothérapie, la physiothérapie et la gestion médicale et chirurgicale et en faire part à l'équipe	11 (50)
Reconnaître les indications et contre-indications pour les radiographies, les prises de sang ou autres investigations	11 (50)
Poser un diagnostic en utilisant l'évaluation clinique et les résultats des investigations	8 (36)
Prescrire une médication précise pour une problématique ou un diagnostic prédéterminés	4 (18)

^an=19, ^bn=20, ^cn=21.

Tableau 2 : Perceptions quant aux connaissances et compétences requises (suite)

Connaissances et compétences	n = 22 (%)
De gestion de la pratique	
Gérer la durée d'une consultation selon le degré de complexité du problème	21 (95)
Utiliser les ressources du système de santé de façon appropriée	17 (89) ^a
Établir un plan d'effectifs nécessaires pour répondre à la demande en soins spécialisés en thérapie de la main	15 (79) ^a
Établir l'ordre de priorité des demandes de consultation pour la clinique spécialisée en thérapie de la main	14 (70) ^b
Administrer un budget pour la clinique spécialisée en thérapie de la main	8 (42) ^a
Classer par ordre de priorité les patients sur la liste d'attente pour une chirurgie électorive	6 (30) ^b
Faire une liste de patients pour les chirurgies	3 (15) ^b
Collaboratives	
Collaborer avec les chirurgiens, les gestionnaires, les ergothérapeutes et autres professionnels afin de mener à bien le parcours du patient	22 (100)
Diriger l'équipe de soins en thérapie de la main et promouvoir l'efficacité de l'équipe	7 (32)
De communication	
Communiquer aux patients les différentes options de traitement	18 (90) ^b
Être capable de décrire clairement la procédure chirurgicale au patient et à sa famille	15 (75) ^b
Communiquer clairement au client les bénéfices et les risques d'avoir recours à la chirurgie	12 (63) ^a
D'application des connaissances	
Faire de l'enseignement à d'autres professionnels sur les pathologies de la main et leurs symptômes	21 (95)
Identifier les faiblesses dans le savoir clinique, les connaissances ou les compétences et entreprendre des démarches pour apporter les améliorations nécessaires	18 (90) ^b
Effectuer des vérifications afin de comparer la performance de la clinique spécialisée en thérapie de la main avec les meilleures pratiques basées sur les données probantes	17 (89) ^a
De développement et d'évaluation de la pratique en thérapie de la main	
Entreprendre et mener le développement de la pratique en ergothérapie pour la clientèle de thérapie de la main	21 (95)
Évaluer la pratique clinique pour la clientèle en thérapie de la main selon des objectifs avec des critères de performance prédéterminés	15 (79) ^a

^an=19. ^bn=20. ^cn=21.

Les connaissances cliniques les plus significatives pour les ergothérapeutes participant à l'étude sont spécifiquement liées aux responsabilités assumées par des ergothérapeutes en thérapie de la main, comme : Identifier rapidement les enjeux dans les activités quotidiennes et importantes de la personne (95 %), ou sont celles qui concernent l'anatomie (100 %), les pathologies (100 %), les besoins psychologiques et sociaux (100 %) ainsi que les traitements possibles avec cette clientèle (100 %). Une compétence qui n'est pas habituelle dans la pratique des ergothérapeutes et avec laquelle 82 % des participants étaient d'accord est de Demander les investigations pertinentes, selon la condition du patient. Une autre compétence où les ergothérapeutes étaient très majo-

ritairement d'accord (à 86 %) était de Donner congé au patient sans qu'il ait vu le médecin. D'autre part, deux compétences réservées aux médecins n'ont pas été appuyées par les participants : Poser un diagnostic en utilisant l'évaluation clinique et les résultats des investigations (36 %) et Prescrire une médication précise pour une problématique ou un diagnostic prédéterminés (18 %).

Ensuite, tel que le montre le tableau 2, deux compétences de gestionnaire de la pratique sont ressorties avec un fort pourcentage : *Gérer la durée d'une consultation selon le degré de complexité du problème* (95 %) et *Utiliser les ressources du système de santé de façon appropriée* (89 %). Par contre, les compétences suivantes n'ont pas rallié un fort pourcentage de participants : *Classer par ordre de priorité les patients sur la liste d'attente pour une chirurgie élective* (30 %) et *Faire une liste de patients pour les chirurgies* (15 %).

En ce qui concerne les compétences de type collaboratives, tous les participants étaient d'accord de collaborer avec les chirurgiens et autres professionnels (100 %), mais ils se montraient peu enclins à diriger l'équipe de soins en thérapie de la main (32 %). Quant aux autres connaissances et compétences, que ce soit celles de communication ou de développement et d'évaluation de la pratique, elles ont toutes reçu un fort appui des participants.

Secteur public et privé

La perception des ergothérapeutes participant à l'étude par rapport aux connaissances et compétences requises pour la pratique avancée diffère selon qu'ils sont des travailleurs dans le secteur public ou privé. Par exemple, tous les participants du secteur privé étaient d'accord avec la compétence *Prendre des décisions cliniques pour le patient sans en référer à un médecin* alors que ce n'était le cas que pour 60 % des participants du secteur public. Des perceptions différentes concernant d'autres compétences sont répertoriées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Différences de perceptions quant aux connaissances et compétences nécessaires à la pratique avancée entre les secteurs public et privé

Compétences	Privé n = 7 (%)	Public n = 15 (%)
Prendre des décisions cliniques pour le patient sans en référer à un médecin	7 (100)	9 (60)
Demander les investigations pertinentes, selon la condition du patient	7 (100)	11 (73)
Poser un diagnostic et orienter le traitement pour les atteintes à la main	5 (71)	7 (47)
Interpréter les résultats des investigations pour déterminer le traitement approprié	5 (71)	7 (47)
Émettre des recommandations quant au retour au travail sans que le patient ait vu le médecin	2 (29)	10 (67)
Être capable de décrire clairement la procédure chirurgicale au patient et à sa famille	3 (50) ^a	12 (86) ^b
Faire un plan de traitement intégré incluant l'ergothérapie, la physiothérapie et la gestion médicale et chirurgicale et en faire part à l'équipe	2 (28)	9 (60)

^an=6. ^bn=14.

Formation nécessaire à la pratique avancée

Lorsque les ergothérapeutes participant à l'étude ont été questionnés sur la formation nécessaire à la pratique avancée, 90 % ont rapporté être d'accord avec le fait de suivre de la formation continue concernant l'évaluation et le traitement de la clientèle en thérapie de la main. Environ la moitié des participants jugeaient également que la formation peut être acquise par de l'apprentissage autonome (53 %) ou par le mentorat avec un chirurgien (47 %). En ce qui concerne l'expérience clinique, 58 % des participants s'entendaient pour dire que pour pouvoir exercer une pratique avancée, plus de trois ans de pratique sont nécessaires (tableau 4).

Tableau 4 : Perceptions des participants sur la formation nécessaire à une pratique avancée

Formation	N = 19 (%)
Suivre de la formation continue en lien avec l'évaluation et le traitement de la clientèle en thérapie de la main	17 (90)
Apprentissage autonome	10 (53)
Avoir du mentorat avec un chirurgien	9 (47)
Avoir 3 à 5 ans d'expérience clinique	6 (32)
Avoir 5 à 10 ans d'expérience clinique	5 (26)
Avoir un à 3 ans d'expérience clinique	3 (15)

Facilitateurs et obstacles

À la question ouverte : « Quels sont les facilitateurs et obstacles à la pratique avancée de l'ergothérapeute auprès de la clientèle en thérapie de la main ? », les participants ont mentionné plusieurs facteurs. Les facilitateurs à la pratique avancée les plus souvent identifiés concernent la collaboration interprofessionnelle (n = 7), la collaboration avec les chirurgiens plasticiens (n = 9) et l'accès à la formation continue (n = 7). Les obstacles à la pratique sont principalement la difficulté d'accès au chirurgien plasticien (n = 5) et des facteurs organisationnels tels que la surcharge de travail (n = 4), le refus de formation (n = 3) et le budget limité (n = 3).

Prise en charge en ergothérapie avant le chirurgien

Le tableau 5 présente les pourcentages de participants étant d'accord avec une prise en charge du client par l'ergothérapeute sans une consultation préalable auprès d'un chirurgien, qui oriente les modalités du traitement en fonction des diagnostics. Plus de 75 % des participants se sont montrés d'accord avec une prise en charge par un ergothérapeute aux connaissances et compétences avancées pour les six diagnostics suivants : l'ankylose des doigts post-trauma ancien (100 %), la boutonnière (95 %), le doigt gâchette (89 %), l'arthrose trapézo-métacarpienne du pouce (79 %), le doigt en maillet (79 %) et la tendinite de De Quervain (79 %). En contrepartie, moins du quart des participants étaient d'accord avec la prise en charge de la fracture d'un métacarpe (21 %), la fracture d'une phalange (21 %), la fracture du poignet (16 %) et l'infection de la main (5 %).

Tableau 5 : Pourcentages de participants étant d'accord avec une prise en charge par l'ergothérapeute pour l'orientation du traitement (pour chaque diagnostic)

Diagnostics	N = 19 (%)
Ankylose des doigts post-trauma ancien	19 (100)
Boutonnière	18 (95)
Doigt à gâchette	17 (89)
Arthrose trapézo-métacarpienne du pouce	15 (79)
Doigt en maillet	15 (79)
Tendinite de De Quervain	15 (79)
Syndrome du tunnel carpien	14 (74)
Brûlures mineures aux mains	13 (68)
Entorse d'une articulation d'un doigt	13 (68)
Tendinite extenseur-fléchisseur poignet-doigts	13 (68)
Polyarthrite rhumatoïde	12 (63)
Préopératoire d'une lésion nerveuse	12 (63)
Préopératoire trapézectomie	12 (63)
Entorse au poignet	11 (58)
Fracture de la houppes (3 ^e phalange)	11 (58)
Névrite cubitale	11 (58)
Préopératoire d'une lésion tendineuse	11 (58)
Amputation d'un doigt	9 (47)
Luxation d'une articulation d'un doigt	8 (42)
Blessure au lit de l'ongle	7 (37)
Doigt en maillet avec fracture	7 (37)
Maladie de Dupuytren	7 (37)
Diagnostic non spécifié ou non clarifié	6 (35)
Fracture d'un métacarpe	4 (21)
Fracture d'une phalange	4 (21)
Fracture du poignet	3 (16)
Infection de la main	1 (5)

DISCUSSION

Cette étude a permis de valider les connaissances et les compétences avancées utilisées par des ergothérapeutes experts en thérapie de la main. Les résultats montrent que les ergothérapeutes participant à l'étude valorisent plusieurs connaissances et compétences avancées dans chacune des catégories (c'est-à-dire parmi les connaissances et les compétences cliniques, de développement et d'évaluation de la pratique, de communication, de

gestion de la pratique et collaboratives). Ces dernières se rattachent en particulier aux connaissances à acquérir, à l'autonomie de la pratique et à l'enseignement au client.

Les résultats de l'étude permettent de voir que l'acquisition des connaissances cliniques dans les différents domaines entourant la prise en charge des problématiques de la main (par exemple, la connaissance des procédures chirurgicales) est valorisée et considérée comme nécessaire pour exercer une pratique avancée dans ce domaine spécialisé. Par ailleurs, les résultats font valoir certains éléments assez inusités, tels que l'accord des patients pour investiguer davantage leur condition. Cette compétence se rattache à un investissement auprès des personnes concernées bien au-delà du travail traditionnel d'un ergothérapeute. Les résultats liés aux compétences de gestionnaire, quant à eux, mettent aussi en évidence une perception positive de la gestion de la durée de la consultation et de l'utilisation des ressources du système, deux aspects rattachés à l'organisation des services. Gérer le temps et les ressources fait partie des compétences de gestionnaire fortement sollicitées chez les ergothérapeutes. Dans leur travail, les ergothérapeutes composent avec un nombre élevé de requêtes et gèrent, dans une certaine mesure, des listes d'attente. Enfin, plusieurs compétences avancées grandement valorisées par les participants se rattachent au rôle de communicateur, à l'application des connaissances ainsi qu'au développement et à l'évaluation de la pratique. Par exemple, il n'est pas surprenant de constater que de communiquer aux patients les différentes options de traitement et d'expliquer le protocole chirurgical sont valorisés. En effet, il est possible que cette situation reflète l'aisance de ces compétences et il est facile d'envisager d'aller un peu plus loin que ce que les ergothérapeutes font d'ordinaire.

Parallèlement, les résultats laissent penser que les ergothérapeutes seraient prêts à prendre en charge directement certaines personnes sans que le chirurgien les ait vues au préalable dans le cas de certaines blessures mineures. C'est le cas notamment de certaines problématiques qui ne requièrent que rarement des interventions chirurgicales et peuvent être traitées par des interventions ergothérapeutiques. Par exemple, l'ankylose des doigts post-trauma ancien, la boutonnière et la tendinite de De Quervain sont des diagnostics où les chirurgiens plastiques n'interviennent que très rarement avec une chirurgie (Rayan et Akelman, 2011). Le doigt en maillet est quant à lui principalement traité avec le port d'une orthèse et de l'enseignement (Jacobs et Austin, 2003). Le doigt gâchette et l'arthrose trapézo-métacarpienne du pouce peuvent aussi être traités en premier lieu avec un traitement conservateur et de l'enseignement et, dans un second temps, par des infiltrations et des opérations chirurgicales qui peuvent avoir lieu si les incidences sur les occupations sont trop importantes (Weiss, 2005). Ceci illustre de façon concrète certaines contributions possibles de l'ergothérapeute à la prise en charge des troubles de la main. Elles pourraient favoriser une trajectoire efficiente des patients, l'accès plus rapide aux services et la diminution des délais d'attente, comme le suggèrent O'Brien et ses collaborateurs (2013), Rose et Probert (2009) ainsi que Saxon, Gray et Oprescu (2014). La pratique avancée apparaît donc possible pour une liste d'affections mineures.

Bien que les ergothérapeutes valorisent plusieurs connaissances et compétences avancées en thérapie de la main, il apparaît néanmoins que l'exercice de celles-ci doit respecter un cadre et concorder avec les valeurs de la profession. Les ergothérapeutes

participant à l'étude sont prêts à déployer plusieurs connaissances et compétences dites avancées, mais pas nécessairement pour l'ensemble des diagnostics traités en thérapie de la main. Les résultats montrent que les ergothérapeutes ont le souci de travailler dans le champ d'exercice de l'ergothérapie en respectant le cadre légal de la profession. Ils ne veulent pas dénaturer leur travail et devenir des professionnels qui n'exécutent des tâches que pour aider les médecins qui sont surchargés. Ceci pourrait d'une part expliquer le fait qu'ils ne soient pas d'accord de poser des diagnostics ou de prescrire une médication, ni de faire la gestion de listes d'attente pour les chirurgiens. D'autre part, il est possible que les ergothérapeutes affichent un manque de confiance, puisqu'ils se refusent à poser un diagnostic ou à prescrire une médication, alors qu'ils se sentent autonomes dans la prise de décision pour certains diagnostics, ce qui démontre justement qu'ils connaissent les meilleurs traitements pour leur prise en charge.

De plus, les ergothérapeutes soulèvent qu'ils souhaitent être soutenus pour s'investir dans la pratique avancée à l'aide de formations et dans un contexte de collaboration interprofessionnelle. Ces réponses concordent avec le rapport de Nelson et ses collaborateurs sur l'optimisation des champs d'exercice (Nelson *et al.*, 2014). Il y est clairement dit que la communication entre les professionnels de la santé est essentielle. On voit que l'ergothérapeute est un atout pour l'équipe interdisciplinaire par sa grande connaissance des occupations. Les ergothérapeutes préconisent également la formation continue, l'apprentissage autonome, le mentorat avec un chirurgien et l'expérience clinique afin de développer les connaissances et les compétences pour la pratique avancée en thérapie de la main. Le mentorat avec un chirurgien donne l'opportunité d'une collaboration interprofessionnelle et des connaissances sur les procédures chirurgicales. Quant à l'expérience clinique, plus l'ergothérapeute voit de clients et de situations différentes, plus il sera en mesure d'intervenir dans des situations variées et complexes. Ainsi, pour pouvoir implanter une pratique avancée, les ergothérapeutes souhaitent être outillés adéquatement. Ils doivent pouvoir se former, avoir le matériel nécessaire et les effectifs suffisants. Par ailleurs, les obstacles organisationnels et l'accès difficile au chirurgien plasticien relèvent davantage du contexte administratif du système de la santé.

Les résultats font aussi voir des différences entre les répondants du secteur public et ceux du secteur privé. Ce résultat n'est pas surprenant, car des différences existent sur les plans du travail d'équipe, de l'accès à l'information et de la disponibilité des chirurgiens. Le fait de pouvoir prendre des décisions cliniques pour le patient sans l'avis du médecin dans une pratique avancée apparaît pertinent pour les ergothérapeutes du secteur privé, tout comme les actes de diagnostic et d'orientation du traitement, la demande d'investigations supplémentaires et l'interprétation de celles-ci. Toutefois, l'organisation du travail est différente dans le secteur public, la nécessaire autorisation du médecin en tant que chef d'équipe rendant plus complexe le déploiement des connaissances et des compétences avancées. Les ergothérapeutes du secteur public sont par contre plus favorables à des plans de traitement en équipe, l'explication au patient du protocole des procédures chirurgicales et la formulation de recommandations sur le retour au travail. Ceci peut être expliqué par une collaboration plus étroite avec le chirurgien en milieu hospitalier. D'autre part, le nombre d'années d'expérience et le nombre de formations en thérapie de la main des ergothérapeutes ont un rôle à jouer peu importe le milieu de pratique.

L'étude présente certaines limites. L'enquête auprès des ergothérapeutes pourrait être faite non seulement au Québec, mais également à travers le Canada pour en faire ressortir un consensus canadien des connaissances et des compétences requises pour une pratique avancée en thérapie de la main. De plus, l'utilisation d'une étude Delphi aurait pu être pertinente et ainsi augmenter la validité interne de l'étude. L'étude Delphi n'a toutefois pas été choisie par souci d'économie de temps pour les professionnels qui ont rempli le questionnaire et pour permettre à un plus grand nombre de répondants de participer – puisque l'étude Delphi se fait en plusieurs étapes et demande donc plus de temps (Tremblay-Boudreault et Dionne, 2014).

En dépit de ces limites, les résultats de la présente étude apportent un éclairage utile sur la perception des ergothérapeutes du Québec quant aux connaissances et aux compétences nécessaires à la pratique avancée en thérapie de la main. Une des forces de l'étude se rattache au fait que la validation a été faite auprès d'ergothérapeutes détenant une expertise en ce domaine, tant du secteur privé que public et ce, dans différentes régions. Des études futures sont nécessaires pour valider le recours à des connaissances et des compétences avancées en situation réelle et documenter l'intervention de l'ergothérapeute en comparaison de l'intervention habituellement faite par le chirurgien.

CONCLUSION

La pratique avancée demeure un terrain à explorer en ergothérapie. Les écrits sur le sujet demeurent limités, il est donc pertinent d'approfondir les recherches, particulièrement dans le domaine de la thérapie de la main où l'accès aux soins pour les patients pourrait être amélioré. D'ailleurs, un développement des pratiques avancées auprès des personnes présentant des atteintes musculo-squelettiques est observé dans d'autres professions comme la physiothérapie, qui réalise un tri des clients présentant une pathologie orthopédique. En raison de la vision holistique du client par l'ergothérapeute, ce dernier a un rôle dans l'exercice des pratiques avancées. Il est cependant primordial de bien l'encadrer. Il ne faut pas dénaturer le travail de l'ergothérapeute, mais plutôt le bonifier et le faire valoir encore davantage. Ces résultats fournissent des pistes de réflexion utiles pour guider la formation et le développement des connaissances et des compétences en vue d'une telle pratique en thérapie de la main. Une pratique avancée en ergothérapie auprès des personnes présentant des atteintes de la main pourrait amener une réorganisation des services offerts à ces personnes et potentiellement diminuer les temps d'attente en vue de mieux répondre aux besoins de la population.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Billette, J.-M. et Janz, T. (2011). *Les blessures au Canada : Un aperçu des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Statistique Canada. Récupéré de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11506-fra.htm#a8>

- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2014). *Objectifs de la formation spécialisée pour les fondements chirurgicaux*. Récupéré de : http://www.royalcollege.ca/cs/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=56001&dDocName=TZTEST3RCPSCED000464.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D. et Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed mode surveys: The tailored design method (4th ed.)*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons inc.
- 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.
- Ellis, B., Kersten, P. et Sibley, A. (2005). A Delphi study of the role parameters and requirements of extended scope practice in hand therapy. *British Journal of Hand Therapy*, 10(3/4), 80-86.
doi:10.1177/1758998305010003-402
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Goodman, C. M. (1987). The Delphi technique: a critique. *Journal of Advanced Nursing*, 12(6), 729-734.
doi:10.1111/j.1365-2648.1987.tb01376.x
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x
- Jacobs, M. A. et Austin, N. M. (2003). *Splinting the hand and upper extremity : Principles and process*. Baltimore, MA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Landry, A. (1997). *L'analyse de contenu, recherche sociale : de la philosophie à la collecte des données*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.
- McMillan, I. R. (2011). Assumptions underpinning the biomechanical frame of reference. Dans E. Duncan (dir.), *Foundations for practice in occupational therapy* (5^e éd., p. 179-193). Édimbourg : Elsevier/Churchill Livingstone.
- Muenzen, P. M., Kasch, M. C., Greenberg, S., Fullenwider, L., Taylor, P. A. et Dimick, M. P. (2002). A new practice analysis of hand therapy. *Journal of Hand Therapy*, 15(3), 215-225.
- Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D., ... Sketris, I. (2014). *Optimisation des champs d'exercice. De nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé*. Ottawa : Académie canadienne des sciences de la santé.
- O'Brien, L., Hardman, A. et Goldby, S. (2013). The impact of a hand therapy screening and management clinic for patients referred for surgical opinion in an Australian public hospital. *Journal of Hand Therapy*, 26(4), 318-322. doi:10.1016/j.jht.2013.06.003
- Passalent, L. A., Kennedy, C., Warmington, K., Soever, L. J., Lundon, K., Shupak, R., ... Schneider, R. (2013). System integration and clinical utilization of the Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care (ACPAC) Program-Trained Extended Role Practitioners in Ontario: a two-year, system-level evaluation. *Healthcare Policy / Politiques de Santé*, 8(4), 56-70.
- Rayan, G. et Akelman, E. (2011). *The hand. Anatomy, examination, and diagnosis* (4^e éd.). Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins.
- Rose, R. et Probert, S. (2009). Development and implementation of a hand therapy extended scope practitioner clinic to support the 18-week waiting list initiative. *Hand Therapy*, 14(4), 95-104.
doi:10.1258/ht.2009.009016
- Saxon, R. L., Gray, M. A. et Opreescu, F. I. (2014). Extended roles for allied health professionals: an updated systematic review of the evidence. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 479-488.
doi:10.2147/JMDH.S66746
- Tremblay-Boudreault, V. et Dionne, C. E. (2014). L'approche Delphi : application dans la conception d'un outil clinique en réadaptation au travail en santé mentale. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (1^{re} éd., p. 283-303.). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- von Zweck, C. (2012). Advanced competencies in occupational therapy practice. *Occupational Therapy Now*, 14(2), 8-10.
- Weiss, S. R. (2005). *Hand rehabilitation. A quick reference guide and review* (2^e éd.). Saint-Louis, MO : Elsevier/Mosby.

ANNEXE 1

Ce questionnaire vise à valider les compétences nécessaires pour une pratique interdisciplinaire avancée de l'ergothérapeute en thérapie de la main.

Selon l'Association canadienne des ergothérapeutes (2012) :

Les compétences avancées [...] comprennent les connaissances, [...] et les habiletés requises pour des activités effectuées dans la pratique de l'ergothérapie qui vont au-delà de l'étendue des responsabilités assumées traditionnellement par les ergothérapeutes.

Partie 1 : Les premières questions portent sur vos caractéristiques personnelles comme votre âge, votre formation et votre expérience clinique.

1. Vous êtes ?	Homme Femme
2. Quel est votre âge?	
3. Quelle est votre scolarité?	Baccalauréat Maîtrise Doctorat Certified Hand Therapist Autres
4. Dans quel milieu de travail êtes-vous?	Clinique privée Centre hospitalier Centre de réadaptation Autres
5. Combien d'années d'expérience avez-vous auprès de la clientèle en thérapie de la main?	
6. Avez-vous suivi des formations supplémentaires en lien avec l'évaluation ou le traitement de la clientèle en thérapie de la main?	Lesquelles?
7. Les ergothérapeutes de votre milieu (ou vous-même) font-ils des tâches qui vont au-delà de l'étendue des responsabilités habituelles des ergothérapeutes ?	Lesquelles?

Partie 2 : Les prochaines questions portent sur la validation des compétences et des connaissances nécessaires à la pratique avancée de l'ergothérapeute auprès de personnes présentant des atteintes à la main.

Dans la liste de compétences et de connaissances suivantes, indiquez votre degré d'accord à l'aide d'un dispositif Likert de 7 à 1 (7 : totalement d'accord, et 1 : totalement en désaccord) sur les énoncés concernant *les compétences supplémentaires* à celles d'un ergothérapeute expérimenté qui *sont nécessaires à la pratique interdisciplinaire avancée* de l'ergothérapeute en thérapie de la main :

Compétences et connaissances cliniques
1. Diriger à titre d'expert la clinique spécialisée en thérapie de la main : responsable de faire des évaluations, de la gestion clinique et le suivi des patients en thérapie de la main
2. Identifier rapidement les enjeux dans les activités quotidiennes et importantes de la personne
3. Faire un plan de traitement intégré incluant l'ergothérapie, la physiothérapie et la gestion médicale et chirurgicale et en faire part à l'équipe
4. Être en mesure de cibler les situations où il faut référer à d'autres spécialistes ou professionnels
5. Être en mesure d'offrir des thérapies alternatives au client en faisant preuve d'innovation
6. Travailler de façon autonome avec une clientèle en thérapie de la main
7. Prendre des décisions cliniques pour le patient sans en référer à un médecin
8. Donner congé au patient sans qu'il ait vu le médecin
9. Émettre des recommandations quant au retour au travail sans que le patient ait vu le médecin
10. Utiliser des protocoles pour toutes les tâches hors du champ de pratique
11. Prescrire une médication précise pour une problématique ou un diagnostic prédéterminés
12. Poser un diagnostic et orienter le traitement pour les atteintes à la main
13. Demander les investigations pertinentes, selon la condition du patient
14. Interpréter les résultats des investigations pour déterminer le traitement approprié
15. Poser un diagnostic en utilisant l'évaluation clinique et les résultats des investigations
16. Connaître la base des actions pharmacologiques des analgésiques et leur utilisation
17. Connaître l'anatomie et les aspects physiologiques reliés aux procédures chirurgicales
18. Reconnaître les indications et contre-indications pour les radiographies, les prises de sang ou autres investigations
19. Connaître les procédures chirurgicales pertinentes en thérapie de la main
20. Connaître les besoins psychologiques et sociaux de la clientèle en thérapie de la main
21. Connaître les traitements possibles pour les pathologies reliées à la main, tant chirurgicaux que conservateurs
22. Avoir une connaissance approfondie de l'anatomie de surface et interne ainsi que de la physiologie de tout le membre supérieur (système vasculaire, musculo-squelettique, nerveux et cutané)
23. Connaître les signes précoces des maladies et les facteurs de risque associés
24. Connaître les pathologies reliées au membre supérieur et leurs symptômes
25. Connaître les principaux médicaments utilisés en thérapie de la main

Compétences de gestion de la pratique	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gérer la durée d'une consultation selon le degré de complexité du problème 2. Établir un plan d'effectifs nécessaires pour répondre à la demande en soins spécialisés en thérapie de la main 3. Utiliser les ressources du système de santé de façon appropriée 4. Administrer un budget pour la clinique spécialisée en thérapie de la main 5. Faire une liste de patients pour les chirurgies 6. Classer par ordre de priorité les patients sur la liste d'attente pour une chirurgie élective 7. Établir l'ordre de priorité des demandes de consultation pour la clinique spécialisée en thérapie de la main 	
Compétences collaboratives	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Diriger l'équipe de soins en thérapie de la main et promouvoir l'efficacité de l'équipe 2. Collaborer avec les chirurgiens, les gestionnaires, les ergothérapeutes et autres professionnels afin de mener à bien le parcours du patient 	
Compétences de communication	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Communiquer aux patients les différentes options de traitement 2. Être capable de décrire clairement la procédure chirurgicale au patient et à sa famille 3. Communiquer clairement au client les bénéfices et les risques d'avoir recours à la chirurgie 	
Compétences d'application des connaissances	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire de l'enseignement à d'autres professionnels sur les pathologies de la main et leurs symptômes 2. Identifier les faiblesses dans le savoir clinique ou les compétences et entreprendre des démarches pour apporter les améliorations nécessaires 3. Effectuer des vérifications afin de comparer la performance de la clinique spécialisée en thérapie de la main avec les meilleures pratiques basées sur les données probantes 	
Compétences de développement et d'évaluation de la pratique en thérapie de la main	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Entreprendre et mener le développement de la pratique en ergothérapie pour la clientèle en thérapie de la main 2. Évaluer la pratique clinique pour la clientèle en thérapie de la main selon des objectifs avec des critères de performance prédéterminés 	

Partie 3 : Des questions d'ordre plus général

1. Est-ce que vous voyez d'autres compétences qui n'ont pas été mentionnées et qu'il serait pertinent d'avoir pour une pratique avancée de l'ergothérapeute en thérapie de la main ?	Lesquelles?
2. Quelle(s) formation(s) serai(en)t nécessaires pour faire une pratique avancée en thérapie de la main ?	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune - Apprentissage autonome - Être « Certified hand therapist » - Suivre de la formation continue en lien avec l'évaluation et le traitement de la clientèle en thérapie de la main - Avoir suffisamment d'expérience clinique auprès de la clientèle en thérapie de la main - Moins d'un an; 1 à 3 ans; 3 à 5 ans; 5 à 10 ans; - Autres : Avoir du mentorat avec un chirurgien

3. Quels sont les facilitateurs à la pratique avancée de l'ergothérapeute auprès de la clientèle en thérapie de la main ?	Les lister en ordre d'importance
4. Quels sont les obstacles à la pratique avancée de l'ergothérapeute auprès de la clientèle en thérapie de la main ?	Les lister en ordre d'importance
5. Dans la liste suivante, indiquez votre degré d'accord à l'aide d'un dispositif Likert de 7 à 1 (7 signifiant totalement d'accord et 1 totalement en désaccord) sur les énoncés concernant les diagnostics qui pourraient être <u>pris en charge directement sans la consultation avec un chirurgien</u> par un ergothérapeute aux compétences avancées pour <u>l'orientation du traitement</u> :	<ul style="list-style-type: none"> Amputation d'un doigt Ankylose des doigts post-trauma ancien Arthrose trapézo-métacarpienne du pouce Blessure au lit de l'ongle Boutonnière Brûlures mineures aux mains Diagnostic non spécifié ou non clarifié Doigt à gâchette Doigt en maillet Doigt en maillet avec fracture Entorse au poignet Entorse d'une articulation d'un doigt Fracture d'un métacarpe Fracture d'une phalange Fracture de la houppe (3^e phalange) Fracture du poignet Infection de la main Luxation d'une articulation d'un doigt Maladie de Dupuytren Névrite cubitale Polyarthrite rhumatoïde Préopératoire d'une lésion nerveuse Préopératoire d'une lésion tendineuse Préopératoire trapézectomie Syndrome du tunnel carpien Tendinite de De Quervain Tendinite extenseur-fléchisseur poignet-doigts