

Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie



www.rfre.org

ISSN : 2297-0533

Avec le soutien de



SUPSI



SOMMAIRE

Editorial

- S'allier en recherche, pour y trouver un sens** 3-5
Marie Grandisson et Élise Miolt
-

Portraits de chercheur

- Christian Belio** 7-9
Sylvie Tétreault
- Philippe Meeus** 11-13
Sylvie Tétreault
-

Articles de recherche

- Instruments de mesure en français pour la réadaptation : une étude descriptive des informations fournies par les répertoires en ligne** 15-30
Martine Bertrand, Julien Duinat, Sylvain Keller, Basile Gurtner et Nicolas Kühne
- La réadaptation en ergothérapie à la suite de l'injection de toxine botulique chez les personnes présentant de la spasticité à un membre supérieur : revue de portée** 31-56
Justine Aspireault-Massé et Joanne Higgins
- Validation des connaissances et des compétences avancées des ergothérapeutes en thérapie de la main : une étude exploratoire** 57-77
Mélicha Laliberté, Valérie Poulin, Martine Brousseau et Georges-Emmanuel Salib
-

Méthodologies

- La revue systématique d'études quantitatives** 79-83
Eve-Line Bussières
-

Lu / Vu pour vous

- Leadership in health care*. Un manuel paru en 2016, rédig   par Jill Barr et Lesley Dowding** 85-87
Sylvie T  treault
- Les dix ans du congr  s *Ergoth  rapie : Tous Azimuts*,    Bruxelles, le 18 novembre 2017. Exp  riences de 4   tudiant  s** 89-93
Laura Passaro, Alexia Lan  on, Kyllian Ouarab et Camille Louault
-



S'ALLIER EN RECHERCHE, POUR Y TROUVER UN SENS

Dans le dernier éditorial de la *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie* (Kühne et Tétreault, 2017), un élément attire notre attention en tant que jeunes professeures en ergothérapie et en service social. En effet, ce texte met en exergue l'augmentation des exigences à l'égard des chercheurs qui ont à performer dans un monde où leurs travaux sont constamment critiqués. Bien que l'emploi comme professeur représente l'aboutissement d'un long processus et qu'il permette de développer, diffuser et favoriser l'application de nouvelles connaissances qui sont, espérons-le, socialement et scientifiquement pertinentes, son exercice n'est pas sans défi. À ce sujet, des études menées au Québec (Canada) révèlent un certain nombre d'insatisfactions partagées par une proportion importante de professeurs, parmi lesquelles le temps limité pouvant être consacré à la recherche et aux activités de perfectionnement (Bertrand, 2004 ; Dyke, 2006 ; Dyke et Deschenaux, 2008). De plus, ces auteurs notent que ces insatisfactions sont accentuées par le climat compétitif et la pression importante ressentie à l'égard de l'obtention de financement de recherche et de la publication dans des revues scientifiques.

Dans un tel contexte, plusieurs questionnements empreints d'insécurité peuvent hanter les nouvelles recrues, étourdies par le rythme effréné et la pression qui semblent faire implicitement partie du métier. Suis-je suffisamment productive ? Vais-je obtenir cette subvention ? Est-ce que j'ai publié suffisamment cette année ? Est-ce que j'offre un accompagnement de qualité à mes étudiants diplômés ? Mais surtout, est-ce que mes recherches contribuent réellement à l'amélioration des pratiques et des conditions de vie des personnes concernées ? Toutes ces questions ont, à l'occasion, troublé notre sommeil ! Elles nous ont aussi amenées à mettre en place des stratégies permettant d'exercer notre métier dans le plaisir, tout en répondant aux exigences qui y sont associées.

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.v3n2.103

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



D'abord, comme professeures en début de carrière, nous avons choisi **d'allier nos forces en constatant notre vision semblable de la recherche**. Nous désirons toutes deux contribuer, à travers des recherches participatives, au développement de communautés plus inclusives des personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Cette collaboration étroite a permis d'enrichir nos projets de nature interdisciplinaire et, par le fait même, d'obtenir du financement pour démarrer une équipe. Cette équipe regroupe d'autres chercheurs, étudiants des trois cycles d'études et partenaires partageant notre désir de contribuer au développement de communautés plus ouvertes à la différence et outillées pour favoriser la participation de tous.

Néanmoins, nous étions conscientes que l'alliance entre deux professeures en début de carrière n'est pas sans défi ! La recherche demeure un monde compétitif où l'expérience et le parcours académique peuvent influencer l'octroi d'un financement ou l'acceptation d'une publication soumise à une revue scientifique, à titre d'exemples. À cet égard, nous avons décidé d'aller chercher du **mentorat** auprès de chercheurs d'expérience et de confiance. Cette collaboration a permis de bonifier nos propositions et de réaliser des choix stratégiques, tout en nous aidant à consolider nos aptitudes de jeunes chercheuses. Le choix des mentors s'est avéré très important. Nous cherchions des personnes avec un bagage d'expérience pertinent, mais aussi une vision de la recherche en accord avec la nôtre.

Au-delà de l'alliance et du mentorat, nous avons décidé, ensemble, de prioriser le développement de projets en **partenariat** avec les acteurs susceptibles d'être directement touchés par les résultats de nos recherches. Ceux-ci nous soutiennent dans la réalisation de nos projets. Ils nous offrent des occasions exceptionnelles pour être à l'affût des besoins et réalités des milieux de vie. En plus, ils facilitent la mobilisation des connaissances et, surtout, donnent du sens à notre travail de professeures. L'implication des partenaires nous amène à nous dépasser pour construire, avec eux, des milieux plus favorables à la participation des personnes présentant une DI ou un TSA et de leurs proches. Depuis deux ans, plusieurs partenaires se sont joints à notre équipe (p. ex. : jeune adulte présentant une DI légère ; parents ; représentants d'organismes communautaires, de milieux scolaires et de pratique). Toutefois, le développement de projets en partenariat requiert souvent plus de temps, de ressources et de flexibilité qu'un projet réalisé dans un laboratoire. Heureusement, la recherche partenariale est de plus en plus reconnue par les organismes subventionnaires, qui en font même un critère d'évaluation pour certains concours de financement.

Comment pourrions-nous prétendre contribuer au développement de communautés plus inclusives sans collaborer avec les acteurs-clés de ces communautés ? Dans les prochaines années, nous espérons générer des connaissances scientifiquement et socialement pertinentes en collaboration étroite avec nos partenaires. Nous avons commencé à convaincre des étudiants de s'engager dans des projets de recherche avec des partenaires. Et vous, tenterez-vous l'expérience ?

Marie Grandisson et Élise Milot

RÉFÉRENCES

- Bertrand, D. (2004). *Diversité, continuité et transformation du travail professoral dans les universités québécoises : 1991 et 2003*. Québec, QC : Conseil supérieur de l'éducation.
- Dyke, N. (2006). *Le renouvellement du corps professoral dans les universités au Québec. Profil et expérience d'insertion des recrues en début de carrière*. Montréal, QC : Fédération québécoise des professeures et professeurs d'université.
- Dyke, N., et Deschenaux, F. (2008) *Enquête sur le corps professoral québécois. Faits saillants et questions*. Montréal, QC : Fédération québécoise des professeures et professeurs d'université.
- Kühne, N., et Tétreault, S. (2017). Grandir, un chemin ardu (éditorial). *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 3(2), 3-5.



PORTAIT DE CHERCHEUR



CHRISTIAN BELIO

Propos recueillis par Sylvie Tétreault

L'intérêt de Christian Belio pour l'ergothérapie s'illustre par un investissement sur près de quarante ans dans cette discipline et par ses nombreuses contributions à la profession. En entrevue, nous avons découvert un homme charmant, au sourire communicatif, d'une grande sensibilité, ayant un goût manifeste pour les discussions animées et la capacité d'expliquer clairement des concepts complexes.

En 1977, Christian Belio a obtenu son diplôme d'ergothérapie. Venu s'établir en France en 1991, il y a suivi une formation de cadre de santé. Par la suite, il a entrepris avec succès un master en sciences cognitives (option recherche, 2004) et fait un doctorat en sciences cognitives (2012) à l'Université de Bordeaux. À notre connaissance, il est le premier ergothérapeute en France à avoir obtenu son doctorat dans une discipline proche de l'ergothérapie. Cette réalisation montre sa détermination et son désir d'innover. Il a développé une grande expertise notamment dans la thérapie systémique de familles et de couples confrontés à la situation de handicap d'un proche.

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.v4n1.101

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



Un autre aspect de sa pratique est l'exploration des restrictions de participation qu'il documente grâce à la *Grille d'évaluation des limitations d'activité et de la restriction de la participation* (GMAP). La GMAP n'est pas distribuée dans le commerce, car elle nécessite une formation courte à son utilisation. La GMAP est ensuite confiée gracieusement aux personnes formées. L'article de Christian Belio fournit quelques informations sur son contenu.

En réfléchissant à son parcours, Christian Belio souligne l'apport important du Pr Jean Michel Mazaux, qui fut son directeur de thèse. Cette personne inspirante lui a transmis le plaisir d'apprendre et de faire de la recherche. Il se rappelle l'émergence de cette passion lors de son premier travail de recherche « expérimentale » sur les illusions de la mémoire et les fausses reconnaissances dans le cas de troubles cognitifs à la suite d'une lésion cérébrale. Il rapporte la nécessité d'acquérir de l'autonomie comme chercheur, mais à la fois le sentiment de solitude, qui peut être présent lors des études de troisième cycle (doctorat). Toutefois, il précise que la collaboration riche et intense au sein d'une équipe de recherche demeure un élément important pour lui.

Selon Christian Belio, trois mots résument les principales difficultés qui limitent l'implication en recherche, soit : l'argent, le temps et les compétences. Présentement, les employeurs institutionnels valorisent peu cet aspect de notre profession, ce qui constitue un frein au développement de la recherche. Bien sûr, l'accès à des bourses doit être plus facile et permettre une reconnaissance du travail réalisé. Christian Belio estime que l'ergothérapeute doit s'associer à des équipes déjà en place, afin d'acquérir des compétences en recherche. Pour lui, il s'avère difficile de mener un projet seul. Le temps disponible est aussi un élément non négligeable. Par ailleurs, il note que diverses professions revendiquent la recherche comme étant de leur champ exclusif, tant sur le plan de la compétence que sur celui de la structuration de ces équipes. Or, il importe d'adopter un mode participatif et collaboratif pour faire émerger des projets de recherche répondant aux besoins. Il constate que pour l'instant la recherche demeure souvent réservée à l'université et qu'elle se développe lentement dans les milieux cliniques. Il y a de l'espoir que cela se transforme grâce aux actions gouvernementales, qui sollicitent les professionnels, tout en accordant la préférence aux équipes existantes, labellisées.

« *De la formation, de la formation, de la formation...* », voilà la première proposition de Christian Belio pour favoriser la recherche francophone en ergothérapie. Il souligne également le besoin d'un soutien méthodologique pour les chercheurs qui travaillent souvent seuls, surtout lors de l'élaboration du projet et dans sa conduite. Pour résoudre cette situation, il propose une idée originale, soit une brigade volante qui se déplacerait sur les lieux, qui offrirait des rencontres annuelles, des forums, des ateliers, des partages d'expérience. Il suggère comme lecture inspirante le livre de Didier Roux paru en 2017 dans la série « Leçons inaugurales du Collège de France » (Fayard) : *Découvertes, inventions et innovations*.

Pour maintenir un équilibre occupationnel et résister à la pression, Christian vise à dormir plus et mieux. Il se centre davantage sur l'instant présent et tente de prendre une distance, de relativiser. Il aime lire à nouveau des romans (tenter parfois de s'éloigner des écrits professionnels). Il jardine. Il va au restaurant et aime cuisiner pour lui et

pour les autres, tout en dégustant un bon vin. Quoi de plus naturel pour cet épicurien, qui demeure en outre dans la région de Bordeaux.

La réalisation dont il est le plus fier concerne sa participation à l'élaboration du projet de recherche sur la GMAP, plus précisément la maîtrise très fine qu'il a acquise de cet outil d'analyse clinique de la restriction de participation dans son champ d'expertise (traumatisme crânien, schizophrénie, troubles cognitifs et vie quotidienne). Parlant de ses prochains projets, il indique qu'il souhaite écrire avec une autre personne inspirante, Jean-Marc Destailats, un ouvrage sur « handicap et famille ». Il aimerait développer une activité clinique de psychothérapie pour les couples et les familles confrontées à une situation de handicap. La sexualité demeure aussi un autre domaine à explorer, bien entendu comme chercheur ! Pour mieux connaître les travaux de Christian Belio, vous pouvez consulter l'article scientifique suivant :

Belio, C., Prouteau, A., Koleck, M., Saada, Y., Merceron, K., Dayre, E., Destailats, J.-M., Barral, C., et Mazaux, J.-M. (2013). Participation restrictions in patients with psychiatric and/or cognitive disabilities: Preliminary results for an ICF-derived assessment tool. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(2), 114-137. doi:10.1016/j.rehab.2013.11.005



PORTRAIT DE CHERCHEUR



PHILIPPE MEEUS

Propos recueillis par Sylvie Tétreault

Si on considère le cheminement de Philippe Meeus, celui-ci ressort comme un leader dans la communauté belge francophone et quelqu'un qui a l'ergothérapie tatouée sur le cœur ! Cet homme déterminé est le premier ergothérapeute francophone en Belgique à avoir obtenu un doctorat. Actuellement, il est professeur au Collège d'ergothérapie de Bruxelles.

En 1978, il a commencé ses études en ergothérapie à l'Institut de Nursing Éveline Anspach de l'hôpital Brugmann. Puis, en 1990, il a réalisé une licence en sciences médico-sociales (option éducation pour la santé) à l'Université catholique de Louvain (UCL). À cette époque, très peu d'ergothérapeutes francophones avaient obtenu le grade de la licence. Par la suite, il a fait en 2002 un doctorat en sciences de la santé publique à la même université. Il s'est intéressé à la situation des personnes âgées et aux interventions de l'ergothérapeute auprès de cette population.

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.v4n1.104

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



Philippe Meeus rapporte que sa carrière comme ergothérapeute a débuté dans un service pour les personnes paraplégiques ou tétraplégiques. Or, l'école d'ergothérapie (où il avait fait ses études) était attenante à cet hôpital. Assez rapidement, il a été sollicité pour donner un cours de technologie. Puis, l'année suivante, il est devenu enseignant statutaire. Le directeur médical de l'école, le professeur Verbanck, convaincu de la nécessité de faire évoluer la profession, l'a encouragé à suivre des études universitaires et à envisager une thèse de doctorat. L'objectif était de donner à l'ergothérapie des assises universitaires. La recherche, au sens scientifique du terme, n'était pas la priorité. Il s'agissait plutôt de démontrer qu'un ergothérapeute était « capable » de décrocher un doctorat. Presque naturellement, il devait en découler la création d'un master en ergothérapie susceptible d'intéresser d'autres candidats. Malheureusement, ce projet ne s'est pas réalisé.

Pour Philippe Meeus, la principale difficulté rencontrée par les ergothérapeutes en Belgique francophone réside dans le fait qu'il n'existe pas de niveau (diplôme de premier cycle) universitaire en ergothérapie. Considérant cela, la formation actuelle est très pratico-pratique et « utilisable » rapidement dans les services. Selon lui, il n'y a pas de pression sur les ergothérapeutes de la part des employeurs, car les ergothérapeutes sont « imposés » par des textes de loi et ces services ne coûtent pas cher, peu importe le rendement. Ainsi, il y a très peu d'encouragement à s'investir dans la recherche. Les seules recherches qui impliquent des ergothérapeutes sont celles menées dans des services multidisciplinaires où un chercheur principal (souvent un médecin) soutient, à titre personnel, une implication de l'ergothérapie. Malgré ce constat, il y a des lueurs d'espoir qui résident en deux pistes pouvant contribuer à des changements de la part des autorités pédagogiques (la FWB) :

- 1) L'Europe vise la mobilité et l'harmonisation des cursus des formations en santé. Une décision du Conseil européen pourrait contraindre la Belgique à passer au master pour l'ergothérapie, ce qui a été fait pour d'autres professions.
- 2) Le pouvoir fédéral belge de la santé est en évolution. Actuellement, la Belgique vit une réforme majeure du secteur de la santé conduite par la ministre de la Santé qui, dans une vision d'optimisation du budget, demande de plus en plus de prouver l'efficacité des actes des soignants. Cette réforme a aussi pour particularité de mettre en place une obligation de formation continue pour pouvoir conserver son droit d'exercer, assortie d'un système de contrôle. Cette nouvelle exigence élèvera le niveau de l'ergothérapie belge, mais amènera aussi les employeurs, qui restent des financiers, à se préoccuper de ce que coûte et rapporte un ergothérapeute. La demande des autorités de santé qui nécessite de « prouver » notre efficacité conduira peut-être les autorités pédagogiques à ce passage au master.

Pour pouvoir contribuer au développement de la recherche en ergothérapie, Philippe Meeus précise qu'il importe d'avoir une crédibilité sur le plan de la formation (par exemple en ayant un diplôme universitaire de 2^e cycle autre qu'en ergothérapie, puisqu'il n'y a pas de master en ergothérapie en Belgique francophone). Ensuite, il est essentiel d'obtenir un travail qui offre des occasions de faire de la recherche. Par ailleurs, il souligne la nécessité de mettre sur pied en Belgique francophone un master en

ergothérapie. Il mentionne que les universités flamandes ont pris l'initiative de créer un master en ergothérapie alors que les universités du côté francophone n'y voient aucun intérêt.

Sur le plan international, il encourage le développement d'une ergothérapie latine plutôt que francophone. Selon lui, il y a, en France et en Belgique, une admiration sans bornes pour ce qui se fait au Québec, parce que c'est écrit en français. Il estime que c'est la culture, peut-être davantage que la langue, qui importe. En outre, il propose de sortir l'ergothérapie du domaine paramédical pour la positionner à la frontière du social, du médical et de l'éducatif. La faire passer des sciences « médicales » aux sciences humaines permettrait de mettre l'accent sur la personne plutôt que sur la pathologie.

Interrogé sur sa plus belle réussite, Philippe Meeus répond sans hésiter « ma thèse de doctorat ». Celle-ci porte sur un sujet novateur (en 2002 !), soit le recours aux ergothérapeutes pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Cette thèse lui a permis de mobiliser ses collègues ergothérapeutes francophones et néerlandophones. Lors de sa défense publique, il eut le sentiment de parler en leur nom à tous et qu'ils s'en étaient sentis valorisés et grandis. Toutefois, il mentionne que même si l'expérience a été soutenue par l'École de santé publique de l'UCL, elle n'a eu aucune suite. Ni du point de vue politique ni auprès des mutuelles.

Lorsqu'il est questionné sur les différentes façons d'atteindre un équilibre occupationnel, Philippe dit varier les sources de plaisir : travail, bénévolat, famille, amis, lecture, yoga. Pour lui, il ne faut pas vivre une passion dans un seul domaine. Il préfère rechercher la diversité et développer sa curiosité. Son prochain projet pour 2018 est de préparer sa retraite et de se mettre à la disposition d'un organisme solidaire.

Pour mieux connaître Philippe Meeus, vous pouvez consulter le texte intitulé « Une méthodologie scientifique pour l'ergothérapie. Réflexions iconoclastes » à l'adresse suivante :

<https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/Article-Meeus.pdf>



INSTRUMENTS DE MESURE EN FRANÇAIS POUR LA RÉADAPTATION : UNE ÉTUDE DESCRIPTIVE DES INFORMATIONS FOURNIES PAR LES RÉPERTOIRES EN LIGNE

Martine Bertrand¹, Julien Duinat², Sylvain Keller³, Basile Gurtner⁴, Nicolas Kühne⁵

¹ Ergothérapeute, PhD, Professeure ordinaire HES, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Lausanne, Suisse

² Ergothérapeute, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Lausanne, Suisse

³ Ergothérapeute, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Lausanne, Suisse

⁴ Ergothérapeute, assistante de recherche, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Lausanne, Suisse

⁵ Ergothérapeute, PhD, Professeur ordinaire HES, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Lausanne, Suisse

Adresse de contact : martine.bertrand@eesp.ch

Reçu le 25.09.2017 – Accepté le 27.02.2018

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.v4n1.87

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



RÉSUMÉ

Introduction. Trouver des instruments de mesure en français n'est pas une tâche aisée pour les ergothérapeutes francophones. Des sites Internet présentant des instruments de mesure peuvent être une ressource pour la recherche et la sélection d'outils pertinents. Ils doivent, pour cela, présenter des informations complètes sur leur origine ou leur traduction, leur accès, leur utilité clinique et leurs qualités psychométriques.

Objectifs. Les objectifs de l'étude étaient : 1) de recenser les sites Internet qui répertorient des instruments de mesure en français et 2) d'inventorier les informations disponibles sur ces sites.

Méthode. Une recherche a été menée sur les moteurs de recherche multilingues les plus utilisés. Sept sites ont été retenus et la présence d'informations spécifiques a été recherchée, pour une sélection d'instruments de mesure répertoriés.

Résultats. Les sites offrent des informations diverses et variées qui peuvent être utiles aux ergothérapeutes, notamment concernant l'utilité clinique. Toutefois, des informations relatives à la langue de la version originale, aux auteurs et aux références des versions traduites, aux références concernant le processus d'adaptation transculturelle et les qualités psychométriques ainsi qu'à la disponibilité d'une version en français validée sont souvent manquantes.

Conclusion. Dans la mesure où la finalité de ces sites est de soutenir la démarche de sélection d'instruments de mesure pour les utilisateurs francophones, leurs concepteurs devraient être attentifs à présenter ces informations.

MOTS-CLÉS

Instruments de mesure, ressources en ligne, ergothérapie, répertoires d'instruments de mesure

FRENCH-LANGUAGE STANDARDIZED ASSESSMENT TOOLS IN REHABILITATION: A DESCRIPTIVE STUDY ON INFORMATION PROVIDED BY DEDICATED WEBSITES

ABSTRACT

Introduction. Many French-speaking occupational therapists face difficulties when looking for French standardized assessment tools. Websites providing descriptive information about measurement instruments can support them in their research as long as they include complete information about their origin or the translation, access, clinical utility and psychometric properties.

Objectives. The objectives of the study were: 1) to list the websites that show French-language standardized assessment tools and 2) to establish an inventory of the information available on these sites. We searched the most commonly used multilingual search engines for websites. Seven websites were selected and the presence of specific information was tracked in the descriptions of selected measurement instruments.

Results. Websites offer diverse and varied information that may be of use to occupational therapists for their clinical utility in particular. However, information on the language of the original version, the authors and the references of the French versions or on the references to articles about the transcultural adaptation process or the psychometric properties and on the access to a valid French version is often lacking.

Conclusion. As the ultimate goal of these websites is to support health professionals in their quest for French-language standardized assessment tools, their designers should ensure that this language-specific information is reported.

KEYWORDS

Standardized assessment tools, online resources, occupational therapy

INTRODUCTION

L'évaluation en ergothérapie consiste le plus souvent en un recueil d'informations sur la personne, ses occupations et son environnement. Elle vise à établir le profil occupationnel et à analyser les performances occupationnelles (AOTA, 2014). Elle sert de base pour l'élaboration du plan d'intervention et peut permettre de déterminer l'efficacité de l'intervention.

Pour recueillir les informations souhaitées, les ergothérapeutes utilisent différents instruments de mesure non standardisés ou standardisés (AOTA, 2014 ; Meyer, 2010). Les premiers peuvent présenter l'avantage de prendre en compte des caractéristiques uniques à une situation (Luebben et Brasic Royeen, 2010) alors que les seconds peuvent faciliter la compréhension et la communication des résultats. Toutefois, plusieurs auteurs recommandent, lorsque c'est possible, d'utiliser des instruments de mesure standardisés, notamment pour mesurer les résultats de l'intervention (AOTA, 2014 ; Laver Fawcett, 2007 ; Unsworth, 2011).

Le qualificatif « standardisé » fait référence à l'uniformité des méthodes d'obtention d'informations et de cotation de même qu'à l'uniformité du matériel, suggérant une utilisation invariable de l'instrument (Maurer, Barris, Bonder et Gillette, 1984). Cette uniformisation permet notamment une meilleure reproductibilité des résultats entre les temps d'évaluation et entre les évaluateurs. Au-delà de la standardisation ou de la formalisation de la procédure, le qualificatif fait également référence à l'établissement des qualités psychométriques ou métrologiques de l'instrument (Cole *et al.*, 1995 ; Laver Fawcett, 2007). Les principales qualités psychométriques sont la fidélité et la validité. Elles sont testées statistiquement ou empiriquement (Meyer, 2010). Ainsi, lorsqu'elles sont démontrées et jugées satisfaisantes, l'utilisateur qui respecte la procédure d'administration et d'interprétation d'un instrument de mesure peut tirer des conclusions fiables à partir des résultats.

Les qualités psychométriques ne sont pas intrinsèques aux instruments de mesure (Fortin, 2010 ; Streiner et Norman, 2008). Elles sont démontrées dans des contextes spécifiques d'utilisation auprès de personnes présentant des caractéristiques communes et particulières comme l'affection, la langue et la culture. Dès lors, pour utiliser un instrument de mesure dans un autre contexte que celui dans lequel les qualités psychométriques ont été établies, ces dernières doivent être démontrées à nouveau. C'est notamment le cas pour une utilisation auprès d'une population qui parle une autre langue et évolue dans un autre contexte culturel que la population cible d'origine.

Une traduction « maison » par une personne ou un groupe de personnes d'un questionnaire ou des protocoles de passation et de cotation d'un instrument de mesure présentant d'excellentes qualités psychométriques ne peut être suffisante pour établir des conclusions sûres à partir des résultats (Auer, Hampel, Möller et Reisberg, 2000). Ainsi, il importe de procéder à des validations dites transculturelles. Plusieurs méthodes sont proposées afin d'assurer une bonne validité des adaptations, particulièrement pour les questionnaires (Sousa et Rojjanasrirat, 2011). Ces méthodes nécessitent notamment la participation d'experts du domaine et de traducteurs professionnels et incluent une

vérification empirique des qualités psychométriques auprès de la population. Selon le type d'instruments de mesure, l'adaptation culturelle peut aussi mener à une adaptation des résultats limites et à l'établissement de normes.

Selon les pays et les milieux de pratique, les instruments de mesure standardisés sont plus ou moins utilisés par les ergothérapeutes (Bertrand, Howald, Siegenthaler et Kühne, 2015 ; Blenkiron, 2005 ; Piernik-Yoder et Beck, 2012 ; Rouleau, Dion et Korner-Bitensky, 2015). Plusieurs études mettent en avant des difficultés ou des obstacles en lien avec la recherche et la sélection des instruments de mesure par les ergothérapeutes, comme le manque de temps (Bertrand *et al.*, 2015 ; Blenkiron, 2005) et le manque de connaissances ou de compétences (Bertrand *et al.*, 2015 ; Blenkiron, 2005 ; Bowman, 2006). Par ailleurs, l'étude de Piernik-Yoder et Beck (2012) montre que, bien que près de la totalité des participants à leur étude utilise des instruments de mesure, près de 60 % d'entre eux souhaiteraient une formation supplémentaire afin de sélectionner les instruments de mesure adéquats. En somme, l'ensemble de ces résultats suggère qu'il n'est pas aisé pour les ergothérapeutes de sélectionner des instruments de mesure standardisés.

Afin de faciliter la sélection d'instruments de mesure en ergothérapie, plusieurs auteurs proposent de considérer des éléments précis (Bard, 2010 ; Bertrand Leiser et Kühne, 2014 ; Korner-Bitensky et Gélinas, 1999). Tout d'abord, il s'agit de déterminer, parmi les instruments existants, ceux qui permettent d'évaluer la variable d'intérêt et qui s'appliquent à une clientèle définie. Puis, il s'agit de s'assurer de l'utilité clinique des instruments de mesure identifiés, plus précisément de leurs caractéristiques pratiques et d'en vérifier les qualités psychométriques.

La langue de l'instrument de mesure et celle de son protocole de passation ou d'interprétation des résultats sont aussi très importantes dans le processus de sélection. En effet, les différentes composantes de l'instrument devront être comprises par l'ergothérapeute. Pour leur part, les instructions, orales ou écrites, devront également être bien comprises par le client. Or, bien qu'il existe des instruments de mesure conçus en français et des adaptations françaises validées, la plupart des instruments de mesure en ergothérapie ont été conçus en anglais. De plus, les supports de diffusion sont pour la plupart en anglais, ce qui peut constituer un obstacle supplémentaire à leur sélection pour les ergothérapeutes francophones. Dans une récente étude, Bertrand *et al.* (2015) rapportent que les ergothérapeutes travaillant en Suisse romande estiment que l'accès aux informations et aux instruments de mesure en français est mauvais, de même que la possibilité de faire appel à un spécialiste pour les aider à sélectionner des instruments de mesure.

Outre une difficulté d'accès aux instruments de mesure et aux informations en français, les ergothérapeutes peuvent aussi rencontrer des difficultés à actualiser leurs connaissances. Des instruments de mesure continuent d'être développés, voire traduits, et de nouveaux résultats d'études évaluant leurs qualités psychométriques sont régulièrement publiés. L'utilisation d'Internet peut constituer un bon moyen pour obtenir des informations actualisées et récentes. Les informations diffusées sur les sites Internet peuvent être mises à jour rapidement, contrairement à celles figurant dans des livres ou des articles de synthèse. Elles sont aussi plus faciles d'accès et peuvent être obtenues gratuitement par les utilisateurs.

L'utilité de tels sites est mise en avant dans deux articles récents (Menon, Korner-Bitensky, Chignell et Straus, 2012 ; Moore, Raad, Ehrlich-Jones et Heinemann, 2014). Chacun d'eux expose le processus de développement d'un site Internet de même que l'appréciation d'utilisateurs quant aux informations disponibles et à leur facilité d'accès. La plupart des participants qui ont testé le site *Stroke Engine* ont jugé la facilité d'accès aux informations très satisfaisante. Les participants ont aussi donné des avis très positifs à l'égard de la qualité et de l'étendue des informations. Enfin, ils ont exprimé l'intérêt d'utiliser le site dans leur pratique future (Menon et al., 2012). Pour leur part, les utilisateurs qui ont testé le site *Rehabilitation Measures Database* estiment notamment que la recherche d'information est facile et que les résultats trouvés sont pertinents. Depuis sa création en 2011, le site *Rehabilitation Measures Database* est de plus en plus visité par les utilisateurs, essentiellement anglo-saxons (Moore et al., 2014).

Les sites Internet *Stroke Engine* et *Rehabilitation Measures Database* proposent un large éventail d'instruments de mesure avec des informations très détaillées et utiles aux ergothérapeutes pour se faire une opinion sur leur pertinence. Ce sont donc des ressources qui peuvent être utiles pour les ergothérapeutes dans leur processus de sélection. Dès lors, nous nous sommes demandé quelles sont les ressources de ce type disponibles pour les ergothérapeutes francophones et quelles sont les informations présentées.

Les objectifs de la présente étude étaient donc : 1) de recenser les sites Internet qui répertorient des instruments de mesure en français et 2) d'inventorier les informations disponibles sur ces sites.

MÉTHODES

Sélection et recherche de sites Internet

Pour être sélectionnés, les sites devaient répondre aux critères suivants : 1) présenter au minimum 10 instruments standardisés disponibles en français ; 2) être gratuit d'accès ; 3) donner des informations générales sur les instruments de mesure (nom, auteurs, années de publication, variable(s) mesurée(s) et population(s) visée(s)), sur l'utilité clinique et sur les qualités psychométriques ; 4) donner des informations récentes avec une mise à jour réalisée au minimum en 2010 ; 5) être en français ou permettre de naviguer en français et 6) être soutenu par une organisation de santé, gouvernementale ou universitaire. Trois critères d'exclusion ont été définis : 1) poursuivre un but commercial ; 2) constituer un catalogue d'une testothèque et 3) se limiter à donner des références ou un accès direct (hyperlien) à des documents d'évaluation sans fournir d'autres informations.

Des recherches exploratoires ont été menées en 2015. Puis, une recherche plus systématique a été menée en novembre 2016. Plus précisément, à cette date, les recherches ont été effectuées sur le moteur de recherche Google.com (sans localisation). Les groupes de mots-clés suivants ont été utilisés : 1) « base de données », répertoire, catalogue, ressources ; 2) test, « outils cliniques », « outils de mesure », « instruments de mesure », « outils d'évaluation », « échelles d'évaluation » et 3) ergothérapie,

réadaptation, réhabilitation. Trois recherches ont ainsi été menées en combinant les groupes de mots-clés différemment (1 + 2 + 3 ; 1 + 2 ; 2 + 3). L'ensemble des résultats de chacune des recherches a été exploré. Des recherches similaires à celle menée sur Google ont été réalisées avec d'autres moteurs de recherche (Bing, Yahoo search).

Méthode de collecte de données et d'analyse

Afin de réunir les informations disponibles sur les sites Internet, une grille de collecte de données a été développée, en s'inspirant de grilles de lecture et de questionnaires permettant l'évaluation des qualités d'un instrument de mesure (Bard, 2010 ; Laver Fawcett, 2007 ; Law, 2004) et des critères retenus dans des manuels qui répertorient et présentent des instruments de mesure (Asher, 2007 ; Tremblay, Savard, Casimiro et Tremblay, 2004).

La grille comprend trois parties distinctes. La première partie permet de relever la présence ou non d'informations générales sur les instruments de mesure comme : 1) le nom des auteurs de l'instrument en version française (originale ou traduite) ; 2) la date de publication de l'instrument en version française (originale ou traduite) ; 3) le nom des auteurs de la version originale, si elle est dans une autre langue que le français ; 4) la date de publication de la version originale de l'instrument, si elle est dans une autre langue que le français ; 5) la langue de la version originale ; 6) l'accès à l'instrument dans une version originale en français ou traduite en français (adresse courriel ou civique des auteurs, référence directe à une publication dans laquelle l'instrument ou son protocole d'utilisation sont reproduits, ou adresse Internet d'un distributeur) ; 7) les variables mesurées ; 8) les populations cibles et 9) la méthode d'administration (p. ex. : questionnaire ou grille d'observation).

La deuxième partie permet d'identifier la présence d'informations sur l'utilité clinique des instruments de mesure comme : 1) le temps d'administration ; 2) le prix de l'instrument ou le cas échéant, s'il est libre de droits ou gratuit et enfin 3) la formation supplémentaire nécessaire à son utilisation.

La troisième partie permet de vérifier la présence d'informations sur les qualités psychométriques des instruments de mesure et si des références sont listées. Il s'agissait donc d'observer la présence des informations suivantes : 1) des données ou appréciations sur la validité ; 2) des données ou appréciations sur la fidélité ; 3) des références d'articles scientifiques sur les qualités psychométriques de la version originale et le cas échéant, 4) des références d'articles scientifiques sur les qualités psychométriques de la version traduite en français ou sur le processus d'adaptation transculturelle.

Pour déterminer la présence de ces informations sur les sites Internet, un échantillon de 10 instruments de mesure en français par site a été constitué. Cet échantillonnage a été effectué en raison du nombre important d'instruments présentés sur certains sites. L'échantillonnage a été réalisé à l'aide de tables aléatoires.

La présence des informations pour chacun des 10 instruments sur chaque site Internet a été déterminée dans un premier temps par l'un des auteurs (AMB) et celle-ci a été confirmée dans un deuxième temps par un autre (BG). Les occurrences de la présence de chacune des informations ont été comptées.

RÉSULTATS

Sites retenus

Au total, sept sites ont été retenus pour l'analyse (tableau 1). Les sept sites ont été trouvés en réalisant les recherches sur le moteur de recherche Google.com. Les recherches sur les moteurs Bing et Yahoo search n'ont pas permis d'en identifier d'autres. Les sites retenus sont destinés à des professionnels de la santé, et plus particulièrement de la réadaptation, exerçant dans un domaine particulier (santé mentale, santé physique ou neuroréadaptation) ou auprès de populations spécifiques (enfants et adolescents, adultes ou personnes âgées). Six de ces sites sont soutenus par une organisation de santé ou universitaire canadienne.

Tableau 1 : Identification et caractéristiques des sites Internet présentant des instruments de mesure en français

Nom du site, adresse Internet	Éditeurs, auteurs ou responsables	Nombre d'instruments de mesure
Banque d'instruments francophones de recherche sur le vieillissement, http://www.rqrv.com/fr/banque_inst.php	La banque d'instruments est éditée par le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement. Il s'agit d'une version numérique actualisée d'un répertoire (Bravo, Hébert et Voyer, 1993).	208
Base de données sur les mesures, http://www.excellencepourenfant.sados.ca/carrefour-des-ressources/base-donnees-mesures	La base de données est proposée par le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents.	559, dont 129 en français
Portail Enfance et Familles – module Évaluation de l'enfant, http://www.portailenfance.ca/wp/modules/evaluation-du-developpement/	Le module Évaluation de l'enfant sur le site du Portail Enfance et Familles est édité par l'Université de Montréal sous la responsabilité de Julie Gosselin.	99, dont 44 en français
Évaluation des personnes âgées, http://infocom.ca/eval/pers.agees/	L'Évaluation des personnes âgées est un produit éducatif proposé par le Consortium national de formation en santé (CNFS) volet de l'Université d'Ottawa.	12
Info AVC (version française de Stroke Engine), http://www.strokengine.ca/fr/find-assessment/	Le site Info AVC (Stroke Engine) est édité par le Partenariat canadien pour le rétablissement de l'AVC et est dirigé par Annie Rochette.	45, dont 13 en français
Les outils cliniques, http://www.criugm.qc.ca/la-recherche/outilscliniques.html#ergotherapie	Les outils cliniques sont présentés sur un site édité par l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM). Des informations sur des instruments de mesure développés ou adaptés par ses collaborateurs y sont exposées.	12 pour l'ergothérapie
Scale-library, http://fr.scale-library.com/	Le site Scale-library est élaboré avec la collaboration de médecins et est soutenu par le groupe Ipsen.	128, donne des informations pour 39

Informations générales

Le tableau 2 présente les occurrences des informations générales relevées sur les différents sites. La langue originale des instruments est très rarement précisée. En l'absence d'information claire, nous avons donc considéré que la langue de la version originale était celle du titre de la référence principale associée aux auteurs ou concepteurs de l'instrument. À défaut de références, nous avons considéré que la langue de la version originale était celle du nom de l'instrument présenté le plus ancien (site : *Portail Enfance et Familles – module Évaluation de l'enfant*). Les auteurs et la date de parution de l'instrument ont été associés à une version traduite en français lorsque les noms des traducteurs et l'année de traduction étaient clairement indiqués, lorsqu'une seconde référence à l'instrument en français était donnée (nom de l'instrument parfois, pour le site *Portail Enfance et Familles – module Évaluation de l'enfant*) ou encore lorsque figurait une référence à un article dont le titre mentionnait explicitement qu'il présentait une validation ou une adaptation transculturelle d'une version traduite en français.

Alors que le nom des auteurs et la date de parution de la version originale de l'instrument dans une autre langue que le français sont toujours rapportés, ce n'est pas le cas pour les versions traduites en français. En effet, à l'exception du site *Banque d'instruments francophones de recherche sur le vieillissement*, ces informations sont souvent incomplètes sur les autres sites.

Les informations sur l'accès aux instruments dans une version originale en français ou traduite en français sont très variables. Deux sites donnent des informations (adresse Internet ou civique des auteurs ; référence à une publication dans laquelle l'instrument ou son protocole d'utilisation sont reproduits ; lien Internet vers un site consacré à l'instrument ou lien Internet vers un distributeur officiel) pour les 10 instruments de mesure sélectionnés. D'autres ne donnent des informations que pour certains instruments. Notons que les liens Internet donnant accès directement à un document PDF (autre que des articles ou manuscrits) en anglais ou qui ne porte pas de copyright n'ont pas été considérés comme fournissant une information utile ou fiable sur l'accès. Ils n'ont donc pas été pris en compte. Par exemple, le site *Scale-library*, propose des liens vers de tels documents mis en forme de manière identique, ce qui laisse présumer qu'ils ont été modifiés. Par ailleurs, sur le site *Évaluation des personnes âgées*, des liens donnant accès à des documents sans source ou incomplets sont proposés pour certains instruments.

Enfin, des informations en lien avec les variables mesurées par les instruments et les populations cibles sont presque toujours présentes. Il en est de même pour la méthode d'obtention d'informations.

Tableau 2 : Informations générales (occurrences des informations pour les dix instruments sélectionnés par site)

	Auteurs de l'instrument en version française	Date de l'instrument en version française	Auteurs de l'instrument en version originale, si autre langue	Date de l'instrument en version originale, si autre langue	Langue de la version originale	Accès à l'instrument en français	Variables	Populations cibles	Méthode d'administration
Banque d'instruments francophones de recherche sur le vieillissement	10	9	7/7	7/7	3	7 ^a	10	3	10
Base de données sur les mesures (Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents)	3	3	10	10	0	9	10	10	9
Portail Enfance et Familles – module Évaluation de l'enfant	5	5	9/9	9/9	4	10	10	10	10
Évaluation des personnes âgées (Consortium national de formation en santé)	4	3	10	10	0	3	10	9	10
Info AVC	4	3	9/9	9/9	1	7	10	10	10
Les outils cliniques (IUGM)	6	6	7/7	7/7	2	10	10	10	8
Scale-library	7	7	9/9	9/9	7	0	10	10	9

^a Dont 5 documents inédits

Tableau 3 : Utilité clinique et qualités psychométriques (occurrences des informations pour les dix instruments sélectionnés par site)

	Temps	Prix	Formation	Validité	Fidélité	Références : qualités psychométriques ^a	Références : qualités psychométriques de la version traduite en français ou processus d'adaptation ^b
Banque d'instruments francophones de recherche sur le vieillissement	0	0	0	3	3	3	3/7
Base de données sur les mesures (Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents)	8	10	4	9	9	8	6
Portail Enfance et Familles – module Évaluation de l'enfant	10	2	0	9	9	7	3/9
Évaluation des personnes âgées (Consortium national de formation en santé)	8	10	10	10	10	10	2
Info AVC	10	5	7	10	10	10	2/9
Les outils cliniques (IUGM)	10	4	0	6	5	9	2/7
Scale-library	5	8	2	4	3	10	9/9

^a Références à des articles scientifiques sur les qualités psychométriques^b Références à des articles scientifiques sur les qualités psychométriques de la version traduite en français ou sur le processus d'adaptation

Utilité clinique

Les occurrences des informations concernant l'utilité clinique relevées sur les différents sites sont présentées dans le tableau 3. Cinq sites donnent des informations sur le temps d'administration pour la totalité ou pour la plupart des instruments. Le site *Scale-library* fournit cette information pour la moitié seulement des instruments et le site *Banque d'instruments francophones de recherche sur le vieillissement* ne donne aucune information. Trois sites donnent des informations quant au prix pour la totalité ou pour la plupart des instruments et un site ne donne aucune indication. Quant aux autres sites, l'information n'est donnée que partiellement (pour deux à cinq instruments). Enfin, les informations concernant la formation supplémentaire nécessaire pour administrer les instruments sont fournies pour tous les instruments sur un site alors que les autres sites ne fournissent pas d'information ou seulement une information partielle.

Qualités psychométriques

Des informations sur la validité et la fidélité sont rapportées pour la majorité des instruments sur quatre sites et pour quelques instruments (pour trois à sept) sur les trois autres sites (tableau 3). Les références à des articles évaluant la fidélité et la validité, sans aucune autre appréciation, n'ont pas été considérées comme des informations sur la validité et la fidélité, mais comme une information en lien avec des références à des articles scientifiques sur les qualités psychométriques.

Enfin, des références à des articles scientifiques sur les qualités psychométriques de la version originale sont présentées pour la majorité des instruments sur cinq sites et pour quelques instruments (pour trois à six) sur les deux autres sites. Des références à des articles scientifiques sur les qualités psychométriques de la version traduite en français ou sur son processus d'adaptation sont, quant à elles, rarement présentées, sauf sur le site *Scale-library* où elles sont présentées pour tous les instruments.

DISCUSSION

Les objectifs de la présente étude étaient de recenser les sites Internet qui répertorient des instruments de mesure en français ainsi que d'inventorier les informations disponibles sur ces sites. Sept sites ont été recensés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion.

La grande majorité des sept sites donnent des informations assez complètes sur les instruments de mesure en ce qui a trait aux auteurs de la version originale, à l'année de parution, aux variables mesurées, aux populations cibles et à la méthode d'obtention des informations. Toutefois, les informations sont souvent incomplètes pour ce qui concerne la langue de la version originale, les auteurs de la version traduite, l'année de la traduction et l'accès à l'instrument en version française.

Les informations relatives aux auteurs des versions traduites en français et à la date de la traduction sont pourtant des informations de base qui peuvent permettre de retracer d'éventuelles études de validation sur la version traduite ou qui peuvent permettre d'y avoir accès. Les informations relatives à l'accès aux instruments sont aussi importantes. Si l'instrument n'est pas accessible ou ne l'est pas facilement, les démarches menées par les ergothérapeutes pour sélectionner des instruments de mesure pourraient ne pas aboutir, par manque de temps, et ce, même si l'instrument paraît intéressant.

Lorsque des informations relatives à l'accès aux instruments de mesure sont rapportées, leur format est variable et ceci peut s'expliquer par leur nature diverse. Quand les instruments de mesure comprennent du matériel standardisé, des informations indiquant les distributeurs ou des hyperliens menant aux sites des distributeurs sont fort appréciables. Dans le cas d'instruments de mesure qui se présentent sous la forme d'un document (questionnaire ou échelle avec ou sans manuel d'utilisation), des hyperliens permettant le téléchargement d'un document PDF facilitent aussi la démarche de recherche. En effet, ces documents électroniques permettent aux utilisateurs de se faire une représentation rapide de l'instrument de mesure. Toutefois, cet avantage apparent peut se transformer en inconvénient. En effet, plusieurs documents consultés sur les sites répertoriés, notamment sur le site *Scale-library*, semblent être des reproductions et rien n'indique qu'ils sont conformes à l'original. De plus, ces documents peuvent être incomplets pour une utilisation optimale (par exemple, une grille de cotation est parfois disponible sans la description précise des tâches à observer ou sans le protocole de passation ou de cotation). Dans bien des cas, une seconde recherche paraît donc nécessaire pour s'assurer que les documents fournis sont complets.

Les informations relatives à l'utilité clinique sont particulièrement importantes pour les ergothérapeutes, puisqu'elles concernent, entre autres, les ressources en temps et en argent. Ces informations sont essentielles dans un contexte où le manque de ressources financières constitue souvent un obstacle pour leur sélection ou leur acquisition (Bertrand *et al.*, 2015 ; Blenkiron, 2005 ; Cook, McCluskey et Bowman, 2007). Le temps nécessaire pour la passation est en général rapporté, à l'exception du site de la *Banque d'instruments francophones de recherche sur le vieillissement*. Par ailleurs, sur les sites retenus, les informations concernant les formations et le prix des instruments sont souvent incomplètes. Le manque d'information sur les formations s'explique peut-être par le fait qu'une formation spécifique à l'utilisation d'un instrument de mesure est assez peu fréquente. Néanmoins, une information aussi complète que possible serait fort appréciable, afin que les ergothérapeutes puissent déterminer s'ils ont les ressources nécessaires pour entreprendre une formation. Pour la même raison, les informations sur le prix sont également importantes.

Les informations sur la validité et la fidélité de la version originale des instruments de mesure sont fréquemment fournies. Toutefois, pour quelques instruments de mesure sur quelques sites, ces informations sont limitées à un renvoi à des références. L'utilisateur doit en conséquence prendre connaissance des résultats d'études qui sont référencées. Par ailleurs, lorsque les informations ne sont que partiellement disponibles, il n'est pas possible de conclure que ces qualités n'ont pas été recherchées

puisqu'elles peuvent simplement ne pas être disponibles. Dès lors, l'utilisateur qui s'intéresse à un instrument de mesure en particulier devrait faire des recherches supplémentaires dans des bases de données qui recensent ce type d'études. Il en va de même si la mise à jour n'est pas récente.

Enfin, des références à des articles sur les qualités psychométriques de la version traduite en français ou concernant son processus d'adaptation sont rarement rapportées. En conséquence, l'utilisateur doit à nouveau mener des recherches ou faire des lectures supplémentaires pour s'assurer de la qualité de la procédure d'adaptation utilisée et des qualités psychométriques de la version traduite. En effet, les qualités psychométriques de la version originale de l'instrument de mesure ne sont pas transposables à la version traduite, et ces dernières doivent être vérifiées (Beaton, Bombardier, Guillemin et Ferraz, 2000). Notons qu'il est possible que ces références ne soient pas disponibles pour plusieurs instruments de mesure et cela souligne l'importance pour les auteurs des versions traduites ou des adaptations de publier la méthode et les résultats de leurs travaux, que ce soit dans des revues scientifiques, des plateformes consacrées à la diffusion de connaissances ou des sites institutionnels.

Limites de l'étude

La première limite de l'étude est associée à la recherche des sites. Nous avons opté pour une recherche sur des moteurs de recherche non spécialisés, en faisant l'hypothèse que les ergothérapeutes utiliseraient une démarche similaire. Dès lors, il est possible que des sites n'aient pas été repérés. De plus, nous n'avons pas utilisé le terme « testothèque » comme mot-clé, car son utilisation aurait donné de très nombreux résultats renvoyant à des catalogues, d'institutions d'enseignement de psychologie essentiellement, sans informations relatives à l'utilité clinique ou encore aux qualités psychométriques. Ainsi, des sites portant le nom de testothèque et présentant des informations sur l'utilité clinique et les qualités psychométriques des instruments de mesure en réadaptation peuvent ne pas avoir été retenus avec la stratégie de recherche utilisée, comme la testothèque de l'école de réadaptation de l'Université de Montréal qui donne de telles informations pour quelques-uns des instruments du catalogue.

Une autre limite de l'étude est associée à la collecte de données, laquelle s'est concentrée sur la présence des informations. En conséquence, nous n'avons pas vérifié leur exhaustivité ni même leur exactitude. De plus, certaines informations n'étant pas présentes, comme la langue d'origine des instruments, nous avons dû établir des règles pour compiler les informations en lien avec les auteurs des versions originales et ces informations peuvent ne pas être justes. Toutefois, considérant que la langue de la grande majorité des instruments dans leur version originale est l'anglais, le risque d'erreur est faible.

CONCLUSION

Les sites répertoriés offrent des informations diverses et variées qui peuvent être utiles aux ergothérapeutes qui veulent sélectionner un instrument de mesure pour une utilisation dans leur pratique. Leur accessibilité et leur gratuité permettent aux ergothérapeutes francophones d'avoir accès à des informations sur des instruments de mesure disponibles dans leur langue, et ce, sans égard aux conditions financières dont ils disposent.

Même si les informations de certains sites ont pu nous paraître incomplètes concernant certains éléments, il importe de saluer le travail considérable réalisé par leurs directrices ou directeurs et leurs collaboratrices et collaborateurs. En effet, tout comme pour les manuscrits répertoriant et présentant des instruments de mesure, la constitution de tels sites Internet nécessite un investissement très important. Enfin, en vue de l'établissement de nouveaux sites, ou de la mise à jour des sites existants, il nous paraît souhaitable qu'une attention particulière soit portée aux informations relatives à la langue des instruments de mesure (langue et auteurs de version originale, auteurs et références de la version traduite, informations sur l'accès à une version en français valide et liste de références d'articles scientifiques relatifs à la version en français) afin de faciliter la démarche de sélection d'instruments de mesure par les ergothérapeutes francophones.

Remarque

Cette étude a pour origine un travail de fin d'études qui visait des objectifs similaires.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2014). Occupational therapy practice framework: domain and process (3rd edition). *American Journal of Occupational Therapy*, 68, S1-S48. doi:10.5014/ajot.2014.682006
- Asher, I. E. (éd.). (2007). *Occupational therapy assessment tools: an annotated index*. Bethesda, MD : AOTA Press.
- Auer, S., Hampel, H., Möller, H.-J. et Reisberg, B. (2000). Translations of measurements and scales: opportunities and diversities. *International Psychogeriatrics*, 12(1), 391-394. doi:10.1017/S104161020000733X
- Bard, R. (2010). L'intérêt d'utiliser des tests standardisés. Dans A. Alexandre, M. Palu et B. Vauvillé, *Ergothérapie en pédiatrie* (p. 125-139). Marseille : Solal.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. et Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(24), 3186-3191.
- Bertrand, A. M., Howald, A., Siegenthaler, J. et Kühne, N. (2015). Utilisation d'instruments de mesure avec des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral : une enquête par questionnaire auprès d'ergothérapeutes en Suisse romande. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 1(1), 43-62. doi:10.13096/rfre.v1n1.23
- Bertrand Leiser, M. et Kühne, N. (2014). Les instruments de mesure standardisés et leurs qualités métrologiques. Dans P. Guillez et S. Tétrault, *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 113-131). Louvain-la-Neuve : De Boeck-Solal.
- Blenkiron, E. L. (2005). Uptake of standardised hand assessments in rheumatology: why is it so low? *The British Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 148-157. doi:10.1177/030802260506800402

- Bowman, J. (2006). Challenges to measuring outcomes in occupational therapy: a qualitative focus group study. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(10), 464-472. doi:10.1177/030802260606901005
- Bravo, G., Hébert, R. et Voyer, L. (1993). *Répertoire des instruments de mesure en langue française pour la recherche gériatologique et gériatrique*. Sherbrooke : Centre de recherche en gériatologie et gériatrie.
- Cole, B., Finch, E., Basmajian, J. V., Gowland, C., Mayo, N. et Basmajian, N. (1995). *Instruments de mesure des résultats en réadaptation physique*. Ottawa : Association canadienne de physiothérapie.
- Cook, C., McCluskey, A. et Bowman, J. (2007). Occupational therapists report increased use of outcome measures after participation in an education programme. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(11), 487-492. doi:10.1177/030802260707001107
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Korner-Bitensky, N. et Gélinas, I. (1999). Using standardised measures in occupational therapy: the good, the bad and the ugly. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 8, 42-45.
- Laver Fawcett, A. J. (2007). *Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists: theory, skills and application*. Chichester : J. Wiley & Sons.
- Law, M. (2004). *Outcome measures rating form guidelines*. Institute of Applied Health Sciences, McMaster University. Récupéré de : <https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/372/original/measrate.pdf>
- Luebben, A. J. et Brasic Royeen, C. (2010). Nonstandardized testing. Dans J. Hinojosa, P. Kramer et P. Crist, *Evaluation: obtaining and interpreting data* (3^e éd., p. 157-178). Bethesda, MD : The American Occupational Therapy Association.
- Maurer, P., Barris, R., Bonder, B. et Gillette, N. (1984). Hierarchy of competencies relating to the use of standardized instruments and evaluation techniques by occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 38(12), 803-804. doi:10.5014/ajot.38.12.803
- Menon, A., Korner-Bitensky, N., Chignell, M. et Straus, S. (2012). Usability testing of two e-learning resources: methods to maximize potential for clinician use. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(4), 338-345. doi:10.2340/16501977-0952
- Meyer, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : Haute École de travail social et de la santé.
- Moore, J. L., Raad, J., Ehrlich-Jones, L. et Heinemann, A. W. (2014). Development and use of a knowledge translation tool: the rehabilitation measures database. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(1), 197-202. doi:10.1016/j.apmr.2013.09.010
- Piernik-Yoder, B. et Beck, A. (2012). The use of standardized assessments in occupational therapy in the United States. *Occupational Therapy in Health Care*, 26(2-3), 97-108. doi:10.3109/07380577.2012.695103
- Rouleau, S., Dion, K. et Korner-Bitensky, N. (2015). Assessment practices of Canadian occupational therapists working with adults with mental disorders. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(3), 181-193. doi:10.1177/0008417414561857
- Sousa, V. D. et Rojjanasirirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268-274. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x
- Streiner, D. L. et Norman, G. R. (2008). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. Oxford : Oxford University Press.
- Tremblay, L. E., Savard, J., Casimiro, L. et Tremblay, M. (2004). *Répertoire des outils d'évaluation en français pour la réadaptation*. Ottawa, ON : Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques.
- Unsworth, C. A. (2011). Evidence-based practice depends on the routine use of outcome measures. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(5), 209. doi:10.4276/030802211X13046730116371
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680.



LA RÉADAPTATION EN ERGOTHÉRAPIE À LA SUITE DE L'INJECTION DE TOXINE BOTULIQUE CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT DE LA SPASTICITÉ À UN MEMBRE SUPÉRIEUR : REVUE DE PORTÉE

Justine Aspireault-Massé¹, Johanne Higgins²

¹ Ergothérapeute, MSc, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, Québec, Canada

² Ergothérapeute, PhD, Professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, Québec, Canada

Adresse de contact : justineaspireaultmasse@gmail.com

Reçu le 16.01.2016 – Accepté le 10.10.2017

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.v4n1.51

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



RÉSUMÉ

Introduction. La spasticité du membre supérieur liée à un accident vasculaire cérébral (AVC) ou à l'infirmité motrice cérébrale (IMC) limite l'exécution des habitudes de vie. Un traitement efficace pour limiter cette spasticité est l'injection de toxine botulique dans les muscles atteints. Cependant, l'effet de la toxine ne dure généralement qu'entre deux et quatre mois. D'autres modalités thérapeutiques sont alors nécessaires pour maximiser le traitement.

Objectif. L'objectif de cette revue de portée est de déterminer les interventions efficaces en ergothérapie suivant l'injection de toxine botulique au membre supérieur spastique afin d'augmenter la fonctionnalité de ce dernier.

Méthodes. Les écrits scientifiques de 2000 à 2016 ont été recensés dans les bases de données CINAHL, Medline, Embase, PubMed et Cochrane Database of Systematic Reviews. Une recherche manuelle dans la bibliographie des articles retenus a également été effectuée. Les articles ont été analysés et résumés.

Résultats. Seize articles ont été retenus pour l'analyse. Plusieurs interventions d'ergothérapie pouvant améliorer les effets bénéfiques de l'injection de toxine botulique ont été identifiées.

Conclusion. Les résultats tendent à indiquer que les interventions utilisées dans les études sont toutes efficaces. Toutefois, bien que le nombre d'articles analysés soit modeste, il semble qu'une réadaptation combinant de la thérapie par contrainte induite du mouvement modifié, des activités fonctionnelles bimanuelles et le port d'une orthèse permet de maximiser l'augmentation des capacités physiques et fonctionnelles à la suite de l'injection de toxine botulique. Les ergothérapeutes doivent cependant bâtir leur plan d'intervention en fonction des capacités de la personne et de ses objectifs.

MOTS-CLÉS

Réadaptation, Ergothérapie, Toxine botulique, Spasticité, AVC, Paralyse cérébrale, Revue de portée

REHABILITATION IN OCCUPATIONAL THERAPY FOLLOWING INJECTION OF BOTULINUM TOXIN FOR UPPER EXTREMITY SPASTICITY: SCOPING REVIEW

ABSTRACT

Introduction. Upper limb spasticity following stroke or related to cerebral palsy limits the execution of life habits. One treatment to reduce the spasticity is the injection of botulinum toxin in the affected muscles. However, the effect of the toxin generally lasts between two and four months. Other modalities are necessary to increase the beneficial effects of the toxin.

Objective. The objective of this scoping review is to identify effective occupational therapy interventions to promote the beneficial effects of the injection of botulinum toxin in the spastic upper limb.

Methods. Articles from 2000 to 2016 were gathered from the databases CINAHL, Medline, Embase, PudMed and Cochrane Database of Systematic Reviews. Also, a manual search of the bibliography of selected articles was done. The articles were analysed and summarised.

Results. 16 articles were selected for analysis. Several occupational therapy interventions that can enhance the beneficial effects of botulinum toxin injections were identified.

Conclusion. The results suggest that all the interventions used in the studies are effective. However, despite the small number of articles analysed, it appears that the combination of constraint-induced movement therapy, functional bimanual activities and splinting maximises the physical and functional capacities after the injection of botulinum toxin. Occupational therapists must nevertheless create their own intervention plan based on the person's capacities and objectives.

KEYWORDS

Rehabilitation, Occupational Therapy, Botulinum Toxin, Spasticity, Stroke, Cerebral palsy, Scoping study

INTRODUCTION

La spasticité est un trouble moteur caractérisé par une hausse des réflexes causant un étirement rapide des muscles toniques (Bensmail, Robertson, Fermanian et Roby-Brami, 2010). Elle peut se manifester par des contractions musculaires involontaires, des spasmes et une augmentation de la résistance à la mobilisation passive (Garces, McCormick, McGahan et Skidmore, 2005). De plus, la spasticité peut causer des faiblesses motrices, de la maladresse, de la douleur et, éventuellement, des difformités (Kakuda *et al.*, 2012). Les déficiences physiques qu'engendre la spasticité limitent les mouvements volontaires et, conséquemment, l'exécution d'habitudes de vie comme se vêtir, manger et marcher (Garces *et al.*, 2005). La spasticité est un phénomène qui peut avoir plusieurs causes, notamment l'accident vasculaire cérébral (AVC) et l'infirmité motrice cérébrale (IMC) (Garces *et al.*, 2005).

L'AVC induit des lésions au système nerveux central qui peuvent notamment occasionner un dysfonctionnement neuromusculaire et ainsi causer des difficultés sensitivomotrices immédiatement après l'événement (Olvey, Armstrong et Grizzle, 2010). Par exemple, la spasticité en est une conséquence qui reste présente un an après l'AVC chez environ 25 % des personnes (Olvey *et al.*, 2010).

Quant à l'IMC, elle est causée par une lésion au cerveau, habituellement avant la naissance (Stanton, 2012). Il y a plusieurs types d'IMC, dépendant du site de la lésion au cerveau. Les incapacités des personnes ayant une IMC seront ainsi déterminées en fonction du ou des endroits atteints. L'IMC peut causer plusieurs incapacités motrices, comme la difficulté à créer et à contrôler les mouvements ou encore, la spasticité. D'autres problématiques peuvent être présentes, autant sur le plan visuel que sensitif et cognitif.

Tant pour l'IMC que pour l'AVC, il est possible de diminuer la spasticité afin d'atténuer les symptômes, d'améliorer le fonctionnement moteur et de prévenir ou réduire les contractures (Garces *et al.*, 2005) et ce, dans le but ultime d'améliorer la participation sociale. Les traitements sont variés et incluent la médication, les anesthésiques locaux, la physiothérapie, l'ergothérapie et même la chirurgie (Garces *et al.*, 2005).

Un traitement approuvé au Canada est l'injection de toxine botulique (BTX-A) dans les muscles atteints du membre inférieur ou supérieur (Garces *et al.*, 2005). La toxine botulique, produite par la bactérie *Clostridium botulinum*, inhibe la libération d'acétylcholine des neurones à la jonction neuromusculaire, causant ainsi la relaxation musculaire (Garces *et al.*, 2005). La toxine est injectée dans les muscles atteints en fonction des besoins de la personne (Garces *et al.*, 2005). Rosales, Kanovsky et Fernandez (2011) ont émis l'hypothèse qu'une injection dans les trois mois après l'AVC peut réduire et peut-être même prévenir l'apparition de la spasticité et de ses complications. Il peut être nécessaire d'administrer plusieurs doses, puisque l'effet de la toxine ne dure généralement que de deux à quatre mois (Garces *et al.*, 2005).

Cependant, les effets bénéfiques peuvent persister plus longtemps lorsque d'autres modalités thérapeutiques sont mises en place à la suite de l'injection (Garces *et al.*, 2005). En effet, le traitement de la spasticité avec la BTX-A implique généralement

une approche multidisciplinaire ; des interventions en physiothérapie et en ergothérapie sont souvent intégrées au traitement (Garces *et al.*, 2005). Or, quelles sont ces interventions? Quelle devrait être la durée de ces traitements? Les traitements à domicile sont-ils à privilégier?

Peu d'études se sont penchées sur les meilleures pratiques en réadaptation après l'injection de la BTX-A (intervention, durée, intensité, etc.). Une revue de type Cochrane (Demetrios, Khan, Turner-Stokes, Brand et McSweeney, 2013) a été publiée récemment, mais, avec seulement trois articles analysés, aucune conclusion n'a pu être fournie aux cliniciens. Les revues de Kinnear, Lannin, Cusick, Harvey et Rawicki (2014) et de Branco Mills, Finlayson, Sudol et O'Connor (2015) offrent quant à elles des résultats intéressants, mais qui s'appliquent davantage à la physiothérapie qu'à l'ergothérapie. Par exemple, dans la revue de Branco Mills *et al.* (2015), six articles analysés traitent de la stimulation électrique, alors qu'un seul article est en lien avec la thérapie par contrainte induite du mouvement (TCIM). Il est donc difficile pour les ergothérapeutes cliniciens de baser leur pratique sur ces études. De plus, les cliniciens manquent souvent de temps et de ressources pour entreprendre eux-mêmes une recherche exhaustive des données probantes.

L'objectif de cette revue de portée est d'identifier les interventions efficaces en ergothérapie, à la suite de l'injection de toxine botulique au membre supérieur spastique. Le présent article vise donc à offrir aux ergothérapeutes un condensé des résultats de la recherche. Cela encouragera les pratiques basées sur les données probantes et favorisera ainsi la participation sociale et la qualité de vie des clients.

MÉTHODES

Méthode

Le design d'une revue de portée a été choisi pour cette étude. Selon Arksey et O'Malley (2005), ce design permet de recenser rapidement les concepts-clés sous-jacents à un domaine de recherche, en examinant leur variété, leur étendue et en déterminant la pertinence de réaliser une revue systématique sur le sujet. De plus, la revue de portée permet de résumer et de diffuser des résultats de recherche et ainsi identifier les manques dans la littérature existante.

Stratégies de recherche

Deux stratégies de recherche ont été utilisées pour réaliser cette revue de portée. Premièrement, les bases de données suivantes ont été consultées : Medline, Embase, CINAHL, PubMed et Cochrane Database of Systematic Reviews. Différents mots clés ont servi à effectuer les recherches dans chacune des bases de données : spasticité (*muscle spasticity*), toxine botulique (*botulinum toxin* et *botulinum toxins*) et membre supérieur (*upper extremity*). Les concepts de la réadaptation et de l'ergothérapie n'ont pas été utilisés en tant que mots clés afin de ne pas éliminer des articles en lien avec

l'objectif. Deuxièmement, une recherche manuelle dans les articles retenus à l'aide de la première stratégie a été effectuée, mais aucun article n'a été sélectionné par cette dernière méthode.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères utilisés pour sélectionner les articles étaient les suivants : (1) porter sur l'injection de toxine botulique dans le membre supérieur spastique et sur la réadaptation qu'il est possible d'effectuer en ergothérapie ; (2) méthode(s) de réadaptation suffisamment explicite(s) pour permettre l'utilisation de ces données ; (3) article écrit en français ou en anglais. Les articles antérieurs à l'année 2000 étaient cependant exclus, tout comme les articles qui utilisaient un éventail trop varié de thérapies sur les mêmes sujets. Le diagnostic des participants, soit la cause de la spasticité, n'était pas un critère de sélection, mais a été pris en compte lors de l'analyse.

Extraction et analyse des données

Les informations suivantes ont été extraites des articles pour l'analyse : (1) une description de l'objectif, du devis, de l'échantillonnage et de la collecte de données ; (2) une description de l'intervention ; (3) les résultats obtenus ; (4) la discussion et la conclusion. Ces données ont été synthétisées dans l'annexe 1. L'analyse de ces informations a été effectuée sur plusieurs critères : (1) l'augmentation statistiquement et/ou cliniquement significative des capacités physiques et fonctionnelles sur les tests administrés, (2) la durabilité et le maintien dans le temps de cette amélioration et (3) l'adhérence au traitement et la motivation du patient.

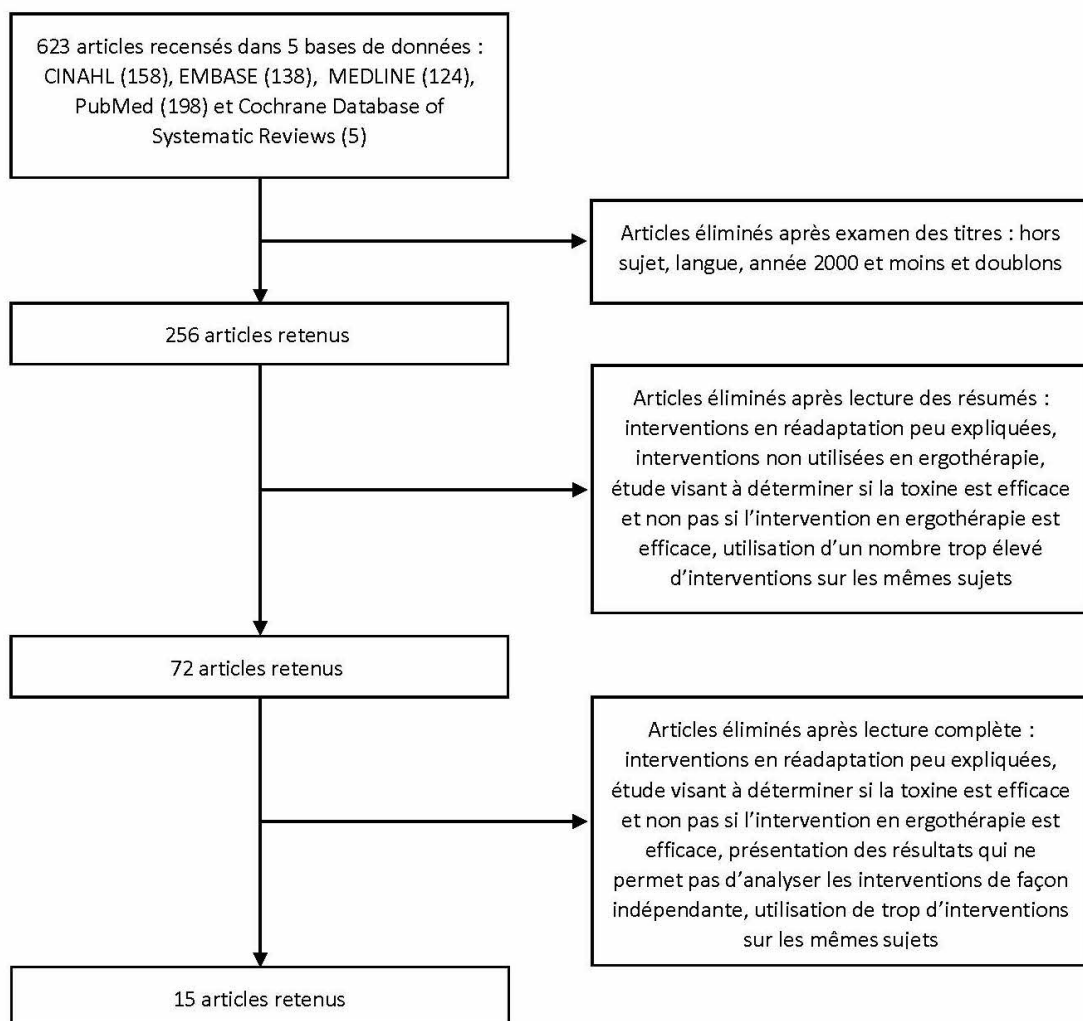
Cadre conceptuel pour l'analyse : Processus de Production du Handicap

L'analyse des interventions d'ergothérapie qui ont un effet positif sur l'amélioration des capacités physiques et la participation sociale a été réalisée à l'aide du Processus de production du handicap (PPH) (Réseau international sur le Processus de production du handicap [RIPPH], 2015). Le PPH vise à documenter les causes et les conséquences des atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne (RIPPH, 2015). Le modèle met en relation les habitudes de vie, les facteurs environnementaux et les facteurs personnels (systèmes organiques et aptitudes) (RIPPH, 2015). Le PPH démontre que la réalisation des habitudes de vie peut être améliorée par le renforcement des capacités et par l'amélioration ou la compensation des incapacités, et ce, entre autres, par la réadaptation (RIPPH, 2015). Une analyse des interventions en ergothérapie permet de maximiser le potentiel d'amélioration des capacités ainsi que l'augmentation de la participation sociale de l'individu.

RÉSULTATS

L'interrogation des bases de données avec les mots-clés choisis a permis de repérer 623 articles. Un schéma illustrant le processus de sélection des articles est présenté à la figure 1. Tel qu'indiqué, 15 articles répondant aux critères de sélection ont été retenus pour la présente analyse. Les tableaux 1 et 2 exposent quant à eux les caractéristiques et résultats principaux des articles.

Figure 1 : Schéma illustrant le processus de sélection des articles



Quatre études traitaient de la spasticité en lien avec l'IMC chez les enfants (Fong *et al.*, 2008 ; Hoare *et al.*, 2012 ; Kanellopoulos *et al.*, 2009 ; Sättilä, Kotamäki, Koivikko et Autti-Rämö, 2006). Ces études ont examiné les effets des orthèses et trois incluaient aussi des séances d'exercices (Fong *et al.*, 2008 ; Kanellopoulos *et al.*, 2009 ; Sättilä *et al.*, 2006). Une étude comparait quant à elle deux thérapies, soit la TCIM et la thérapie bimanuelle (Hoare *et al.*, 2012). Trois études comportaient un programme maison et un programme en ergothérapie (Fong *et al.*, 2008 ; Hoare *et al.*, 2012 ; Kanellopoulos *et al.*, 2009) et une comportait seulement un programme en réadaptation (Sättilä *et al.*, 2006).

Onze études traitaient de la spasticité chez les adultes à la suite d'un AVC, mais une de celles-ci incluait aussi d'autres traumatismes (Carda et Molteni, 2005). De celles-ci, cinq études ont entre autres examiné les effets des orthèses et bandages (Amini, Shamili, Frough, Pashmdarfard et Abarghouei, 2016 ; Carda et Molteni, 2005 ; Denham, 2008 ; Lai, Francisco et Willis, 2009 ; Patel, 2011) et six études ont examiné les effets des programmes d'exercices et/ou d'étirements (Carda et Molteni, 2005 ; Denham, 2008 ; Lai *et al.*, 2009 ; Levy *et al.*, 2007 ; Patel, 2011 ; Takekawa *et al.*, 2012). Sept études ont examiné les effets de thérapies plus complexes : trois études se penchent sur la TCIM (Levy *et al.*, 2007 ; Sun *et al.*, 2006 ; Sun *et al.*, 2010), une sur l'imagerie et l'observation motrice (Santamato *et al.*, 2010), une sur la réadaptation neurodéveloppementale (Sun *et al.*, 2010), deux sur les activités fonctionnelles/bimanuelles (Denham, 2008 ; Takekawa *et al.*, 2013), alors qu'une étude utilisait la stimulation électrique (Carda et Molteni, 2005). Sur les 11 études, 8 incluent un programme à faire à domicile (Carda et Molteni, 2005 ; Denham, 2008 ; Levy *et al.*, 2007 ; Patel, 2011 ; Sun *et al.*, 2006 ; Sun *et al.*, 2010 ; Takekawa *et al.*, 2012 ; Takekawa *et al.*, 2013) et neuf des séances régulières de réadaptation (Amini *et al.*, 2016 ; Carda et Molteni, 2005 ; Denham, 2008 ; Lai *et al.*, 2009 ; Levy *et al.*, 2007 ; Patel, 2011 ; Santamato *et al.*, 2010 ; Sun *et al.*, 2006 ; Sun *et al.*, 2010).

Étant donné les différences trop importantes entre les paramètres utilisés pour l'injection de toxine botulique, il n'a pas été possible de procéder à une analyse en fonction des sites d'injection et de la quantité de toxine injectée. Au sein même des études, les auteurs n'ont pas, ou sinon que de façon très fragmentaire, analysé les résultats en fonction de ces paramètres.

La même limitation est présente quant aux facteurs personnels des participants. Il s'avère difficile de comparer les participants d'une étude à ceux d'une autre en raison du manque d'information à ce sujet, mais aussi parce que les outils d'évaluation utilisés sont différents d'une étude à l'autre. Les auteurs ont utilisé divers outils comme le *Motor Activity Log* qui mesure la quantité et la qualité de l'utilisation du membre atteint (Levy *et al.*, 2007 ; Sun *et al.*, 2006 ; Sun *et al.*, 2010), le *Wolf Motor Function Test* qui évalue les habiletés motrices par des activités fonctionnelles (Levy *et al.*, 2007 ; Sun *et al.*, 2006 ; Takekawa *et al.*, 2012), le *Quality of Upper Extremity Skills Test* qui évalue les fonctions du membre supérieur chez les enfants ayant une paralysie cérébrale (Hoare *et al.*, 2012 ; Kanellopoulos *et al.*, 2009) ou encore le *Fugl-Meyer Assessment of Motor Recovery* qui évalue les capacités après un AVC (Amini *et al.*, 2016 ; Levy *et al.*, 2007 ; Sun *et al.*, 2006 ; Takekawa *et al.*, 2012). Le seul outil d'évaluation qui a été utilisé dans toutes les études, sauf dans celle de Kanellopoulos *et al.* (2009), est le *Modified Ashworth Scale* (MAS) qui mesure la spasticité. Cependant, les auteurs n'utilisaient pas toujours les mêmes sous-composantes de l'outil, ou du moins, ne présentaient pas tous leurs résultats. Il a ainsi été, encore une fois, impossible de comparer les facteurs personnels des participants en utilisant les résultats de mesure de cet outil.

Tableau 1 : Caractéristiques et résumés des articles analysés pour la population IMC

Auteurs et devis	Interventions	Échantillon	Temps de réadaptation	Résultats principaux
Fong <i>et al.</i> (2008)				
Étude pré-post	Orthèse statique de nuit et de jour et exercices ; séances de réadaptation et programme à domicile	5 participants, enfants	12 mois, puis poursuite du programme à domicile	Augmentation des capacités Exemple : Augmentation de 9,4 (14,6 à 24,0) au <i>Functional Hand Grip</i> après 12 mois
Hoare <i>et al.</i> (2012)				
Essai clinique randomisé	Orthèse de nuit au besoin Groupe A : TCIM. Séances de réadaptation et programme à domicile Groupe B : Thérapie bimanuelle / activités fonctionnelles ; séances de réadaptation et programme à domicile (sans obligation)	34 participants (A : 17, B : 17), enfants	8 semaines, puis programme à domicile pour 16 semaines	Les deux thérapies sont efficaces : la TCIM est plus efficace pour la préhension et la dissociation des mouvements Exemple : Différence de 2,3 pour le groupe de la thérapie bimanuelle et de 8,1 pour le groupe TCIM au <i>Quality of Upper Extremity Skills</i> (QUEST), section préhension, après 6 mois
Kanellopoulos <i>et al.</i> (2009)				
Essai clinique randomisé	Groupe A : Orthèse statique de nuit, programme à domicile d'exercices et recommandation de faire de l'ergothérapie Groupe B : Programme d'exercices à domicile et recommandation de faire de l'ergothérapie	20 participants (A : 10, B : 10), enfants	6 mois	Le groupe A a montré une plus grande augmentation de ses capacités Exemple : Augmentation de 15,9 %, au QUEST pour le groupe avec orthèse ; augmentation de 4,2 % pour le groupe témoin
Sättilä, Kotamäki, Koivikko et Autti-Rämö (2006)				
Étude prospective longitudinale	Activités bimanuelles et étirements, orthèse au besoin. Séances de réadaptation	6 participants, enfants	24 mois	Réduction de la spasticité et meilleurs posture et schémas de mouvements Exemple : Réduction de 1 à 1,5 point pour 3 patients après 3 mois (non mesuré chez les 3 autres patients au <i>Modified Ashworth Scale</i> (MAS) – coude)

Tableau 2 : Caractéristiques et résumés des articles analysés pour la population traumatique

Auteurs et devis	Interventions	Échantillon	Temps de réadaptation	Résultats principaux
Amini, Shamili, Frough, Pashmdarfard et Abarghouei (2016)				
Étude pré-post	Groupe A : BTX-A et ergothérapie Groupe B : Orthèse et ergothérapie Groupe C : BTX-A, orthèse et ergothérapie	29 participants (A : 11, B : 9, C : 9)	3 mois	Le groupe C a obtenu les meilleurs résultats après 3 mois (augmentation des amplitudes articulaires et des capacités motrices, réduction de la spasticité) Exemple : Augmentation de 9,00, 4,66 et 14,66 pour les groupes A, B, C respectivement après 3 mois au <i>Fugl Meyer Assessment</i> (FMA)
Carda et Molteni (2005)				
Essai clinique non randomisé	Groupe A : Bandage adhésif ; programme à domicile Groupe B : Orthèse, exercices, stimulation électrique ¹ ; séances de réadaptation et programme à domicile	Trauma (dont AVC), 65 participants (A : 33, B : 32), adultes	6 jours	Réduction de la spasticité chez les deux groupes, mais davantage chez le groupe A Exemple : Réduction de 2,76 à 1 mois (4,14 à 1,38) pour groupe A et de 1,94 (4,06 à 2,12) pour le groupe B au MAS – poignet
Denham (2008)				
Étude de cas	Orthèse de repos, orthèse fonctionnelle, exercices et activités fonctionnelles ; séances de réadaptation et programme à domicile	AVC, 1 participant, adulte	12 semaines, puis poursuite du programme à domicile dans le futur	Augmentation des capacités fonctionnelles Exemple : Résultat de 25/100 avant la première injection, de 86/100 après 12 semaines et de 99/100 après 2 ans pour une participante
Lai, Francisco et Willis (2009)				
Essai clinique randomisé	Groupe A : Exercices ; séances de réadaptation Groupe B : Exercices et orthèse dynamique de nuit ; séances de réadaptation	AVC, 30 participants (A : 15, B : 15), adultes	14 semaines	Augmentation des amplitudes et diminution de la spasticité plus importantes chez le groupe B à 14 semaines Exemple : Augmentation des amplitudes articulaires de 33,5 % chez le groupe B et de 18,7 % chez le groupe A à 14 semaines
Levy <i>et al.</i> (2007)				
Essai clinique non randomisé	Groupe A : Exercices ; séances de réadaptation et programme à domicile Groupe B : Exercices et TCIM ; séances de réadaptation et programme à domicile	AVC, 12 participants (A : 4, B : 8), adultes	24 semaines	Le groupe B a obtenu une plus grande augmentation des capacités physiques et fonctionnelles Exemple : Diminution de 4 points (18 à 14) à 24 semaines, pour le groupe A. Augmentation de 6 points (27 à 33) au FMA

¹ Le concept de stimulation électrique ne sera pas pris en compte dans le présent article étant donné que les ergothérapeutes ne peuvent pratiquer cette intervention.

Tableau 2 : Caractéristiques et résumés des articles analysés pour la population traumatique (suite)

Auteurs et devis	Interventions	Échantillon	Temps de réadaptation	Résultats principaux
Patel (2011)				
Étude de cas	Étirement sous l'eau chaude, étirements, orthèse de repos ; séances de réadaptation et programme à domicile	AVC, 1 participant, adulte	2 mois, puis 1-2 traitements après chaque injection, et un programme à domicile, pour un total de 25 mois	Amélioration fonctionnelle et diminution de la spasticité Exemple : Réduction de 3 à 1 au poignet et aux doigts après 25 mois au MAS
Santamato <i>et al.</i> (2010)				
Étude de cas	Imagerie motrice et observation motrice ; séances de réadaptation	AVC, 3 participants, adultes	1 mois	Augmentation des capacités physiques Exemple : Augmentation de 1 point à 3 mois aux <i>Activities of Daily Living</i> pour tous les participants
Sun <i>et al.</i> (2006)				
Étude de cas	TCIM modifiée ; séances de réadaptation et programme à domicile	AVC, 1 participant, adulte	6 mois	Amélioration des capacités physiques et fonctionnelles Exemple : Amélioration de 30 points à 6 mois, (13/56 à 43/56) au <i>Action Research Arm Test</i> (ARAT), pour le participant
Sun <i>et al.</i> (2010)				
Essai clinique randomisé	Groupe A : TCIM modifiée ; séances de réadaptation et programme à domicile Groupe B : Réadaptation neuro-développementale ; séances de réadaptation	AVC, 29 participants (A : 15, B : 14), adultes	3 mois	Augmentation des capacités chez les deux groupes à 3 mois, mais capacités plus élevées chez le groupe A à 6 mois Exemple : augmentation de 7,9 à 6 mois pour le groupe A et de 1,2 pour le groupe B au ARAT
Takekawa <i>et al.</i> (2012)				
Étude pré-post	Exercices ; programme à domicile	AVC, 80 participants, adultes	4 semaines	Augmentation des capacités physiques, davantage pour épaule et coude Exemple : Augmentation de 29,01 à la ligne de base à 33,05 après 4 semaines au FMA
Takekawa <i>et al.</i> (2013)				
Étude pré-post	Thérapie fonctionnelle ; programme à domicile	AVC, 190 participants, adultes	6 mois	Augmentation des capacités physiques et diminution de la spasticité Exemple : Augmentation de 31,6 à la ligne de base et 36,0 à 6 mois

Orthèse et bandage

Neuf études incluent comme modalité d'intervention le port d'une orthèse ou d'un bandage (Amini *et al.*, 2016 ; Carda et Molteni, 2005 ; Denham, 2008 ; Fong *et al.*, 2008 ; Hoare *et al.*, 2012 ; Kanellopoulos *et al.*, 2009 ; Lai *et al.*, 2009 ; Patel, 2011 ; Sättilä *et al.*, 2006).

De ces neuf études, trois étudient les effets de l'orthèse. Kanellopoulos *et al.* (2009) ont réalisé un essai clinique randomisé avec 20 enfants ayant une IMC alors que Lai *et al.* (2009), avec 30 adultes ayant subi un AVC. Les deux études évaluaient la nécessité et l'efficacité d'une orthèse de nuit ; statique pour Kanellopoulos *et al.* et dynamique pour Lai *et al.* Elles comparaient la thérapie en ergothérapie seule avec la thérapie en ergothérapie combinée avec le port de l'orthèse. Elles ont atteint la même conclusion, soit que le port de l'orthèse de nuit était bénéfique. Dans l'étude de Kanellopoulos *et al.*, les participants du groupe avec orthèse ont montré une augmentation de 15,9 % au *Quality of Upper Extremity Skills Test* par rapport à la mesure pré-traitement, comparativement aux participants du groupe sans orthèse qui ont montré une augmentation de seulement 4,2 %. Dans l'étude de Lai, Francisco et Willis, les participants ayant porté l'orthèse ont, après 14 semaines, montré une augmentation des amplitudes du coude de 33,5 %, alors que pour le groupe témoin celle-ci n'a été que de 18,7 %. Il faut néanmoins garder en tête que l'étude de Lai, Francisco et Willis a été financée par la compagnie fournissant l'orthèse de nuit ; un biais pourrait ainsi être présent. Les auteurs mentionnent toutefois que l'étude a été réalisée de façon indépendante. Dans le cas d'Amini *et al.* (2016), leur étude pré-post compare trois groupes : toxine et ergothérapie, orthèse et ergothérapie, et toxine, orthèse et ergothérapie. Le groupe qui a obtenu les meilleurs résultats après trois mois au *Fugl-Meyer Assessment* (-9, -4,66 et -14,66 respectivement) et au *Modified Ashworth Scale* (0,45, 0,44 et 1,14 respectivement, pour le poignet) est le groupe ayant reçu les trois interventions.

Pour leur part, Carda et Molteni (2005) ont comparé les effets du bandage adhésif avec les effets de la thérapie incluant le port d'une orthèse, de la stimulation électrique et des étirements. Pour ce faire, ils ont fait un essai clinique non randomisé avec 65 participants provenant de deux hôpitaux et ayant subi un trauma. Ils mentionnent que les deux interventions ont été efficaces, mais que le bandage a montré de meilleurs résultats. Il est à noter que les participants furent divisés en fonction de leur hôpital ; les groupes n'étaient ainsi peut-être pas équivalents, ce qui a pu biaiser les résultats obtenus.

Denham (2008), Fong *et al.* (2008), Hoare *et al.* (2012), Patel (2011) et Sättilä *et al.* (2006) étudiaient quant à eux les effets d'un assortiment d'interventions, qui incluait le port d'une orthèse. Dans l'étude de Denham (2008), une étude de cas avec une participante ayant subi un AVC, une orthèse de repos a été utilisée pour les deux premières semaines suivant l'injection, suite à quoi une orthèse fonctionnelle a été utilisée pour six semaines. Dans l'étude pré-post de Fong *et al.* (2008) qui portait sur cinq enfants ayant une IMC, des orthèses de jour et de nuit ont été utilisées. Ces auteurs mentionnent toutefois dans leur protocole qu'à partir du deuxième mois, il est possible d'envisager une orthèse dynamique de jour. Hoare *et al.* (2012), qui ont procédé à un essai clinique randomisé avec 34 enfants ayant une IMC, ont utilisé l'orthèse de repos

de nuit seulement pour les participants ayant une résistance accrue à l'étirement passif ou présentant les premiers signes de raccourcissement musculaire. Patel (2011), qui a mené une étude de cas avec une femme ayant subi un AVC, a utilisé une orthèse de repos de nuit. Finalement, l'étude prospective longitudinale de Sătilă *et al.* (2006) incluait une orthèse (repos ou fonctionnelle) pour les enfants qui en avaient besoin. Les cinq recherches ont noté une augmentation des capacités physiques et/ou fonctionnelles des sujets de leur étude.

Interventions en ergothérapie

Quatre études ont évalué les effets de la TCIM ; trois selon la TCIM modifiée (Hoare *et al.*, 2012 ; Sun *et al.*, 2006 ; Sun *et al.*, 2010) et une selon la TCIM traditionnelle (Levy *et al.*, 2007). Les deux formes de thérapies utilisent comme modalité principale une mitaine (Levy *et al.*, 2007). Cette mitaine doit être portée sur la main non atteinte et a pour objectif de limiter son utilisation et donc de favoriser l'utilisation du membre supérieur atteint (Levy *et al.*, 2007). Les thérapies incluent des séances d'exercices et d'activités fonctionnelles en ergothérapie. Les différences entre les thérapies traditionnelle et modifiée sont principalement liées à la durée et à l'intensité : la thérapie traditionnelle demande de porter la mitaine plus souvent et plus longtemps que la thérapie modifiée (Levy *et al.*, 2007).

Sun *et al.* (2006) ont réalisé une étude de cas avec un participant ayant subi un AVC qui a fait de la TCIM modifiée pendant six mois ; l'homme a montré d'importants gains fonctionnels. Par exemple, au *Motor Activity Log*, le participant avait évalué, avant le traitement, l'utilisation de sa main atteinte (*Amount Scale*) à 0,25 et la qualité de l'utilisation (*How Well Scale*) à 0,75, ce qui veut dire qu'il n'utilisait pas son membre atteint. Après six mois, il note l'utilisation à 1,7, soit qu'il l'utilisait rarement, et la qualité à 2, ce qui représente une utilisation faible, mais tout de même présente.

Dans leur essai clinique randomisé de 29 participants ayant subi un AVC, Sun *et al.* (2010) ont évalué quelle était la meilleure intervention entre la TCIM modifiée et la combinaison d'exercices et de réadaptation neurodéveloppementale. Pour leur part, Hoare *et al.* (2012) évaluaient, dans leur essai clinique randomisé avec 34 enfants ayant une IMC, quelle était la meilleure intervention entre la TCIM modifiée et un programme d'activités fonctionnelles bimanuelles. Quant à Levy *et al.* (2007), dans leur essai clinique non randomisé avec 12 participants ayant subi un AVC, ils évaluaient quelle était la meilleure intervention entre la TCIM traditionnelle combinée à des exercices, et les exercices seuls. Pour ces trois dernières études, la TCIM a montré de meilleurs résultats à la fin de l'intervention. Dans l'étude de Sun *et al.* (2010), tous les participants ont eu une diminution de la spasticité à 1 et 3 mois, sans différence majeure entre les deux groupes. Cependant, à 6 mois, le groupe bénéficiant de la TCIM a présenté une différence significative par rapport à la ligne de base, ce qui n'a pas été le cas du groupe qui a fait de la réadaptation neurodéveloppementale. Par exemple, au MAS, le groupe de la TCIM a eu une diminution de 1,1 à 6 mois, alors que le groupe témoin (thérapie neurodéveloppementale) a eu une diminution de 0,4, ce qui constitue une différence significative ($P < 0,05$). Hoare *et al.* (2012) mentionnent quant à eux que les différences

entre les deux groupes sont légères et concernent principalement la préhension et la dissociation des mouvements. Dans l'étude de Levy *et al.* (2007), les résultats aux diverses évaluations étaient considérablement meilleurs pour le groupe ayant fait de la contrainte induite. Par exemple, à 24 semaines, les participants au groupe avec TCIM ont eu un score de plus de 30 au *Fugl-Meyer Assessment*, alors que le groupe avec exercices seulement a eu un résultat de moins de 15. Il est néanmoins important de noter que cette étude comportait un biais de sélection : seuls les participants ayant atteint certains critères après quatre semaines de thérapie par exercices pouvaient intégrer le groupe de TCIM modifiée. Ainsi, les participants de ce groupe avaient déjà de meilleures capacités physiques lors de la formation des deux groupes.

Afin d'étudier les effets d'une thérapie par exercices, Fong *et al.* (2008) ont mené une étude pré-post avec cinq participants (IMC), Patel (2011) a réalisé une étude de cas avec un participant (AVC), Lai *et al.* (2009) ont conduit un essai clinique randomisé avec 30 participants (AVC), et Takekawa *et al.* (2012) ont procédé à une étude pré-post avec 80 participants (AVC). Le programme d'exercices de Takekawa *et al.* (2012) favorise autant la motricité globale que fine du membre supérieur et utilise des objets comme des épingles, des éponges ou des blocs. Quant à Denham (2008), qui a effectué une étude de cas avec un participant ayant subi un AVC, il a ajouté à son programme d'exercices (exercices d'amplitude) un programme d'activités fonctionnelles bimanuelles comportant un minimum de trois activités par jour (ex. : plier du linge, ranger les courses, laver la vaisselle, etc.). Les cinq études concluent que ces thérapies sont bénéfiques et augmentent les capacités fonctionnelles. Il s'avère toutefois important de noter que le programme de Takekawa *et al.* (2012) a montré de moins bons résultats pour les parties distales du membre supérieur (poignets et doigts) que pour les parties proximales (épaules et coudes).

Takekawa *et al.* (2013) ont aussi évalué cette méthode de thérapie par activités fonctionnelles, mais seulement à travers un programme à domicile de 15 minutes par jour. Les participants ont vu leurs résultats augmenter significativement au *Fugl-Meyer Assessment*, passant de 31,6 à 36,0 au sixième mois. La spasticité du membre supérieur des participants a quant à elle diminué, selon le *Modified Ashworth Scale*. Sättilä *et al.* (2006) ont pour leur part évalué la combinaison d'étirements et d'activités bimanuelles chez six enfants ayant une IMC. Une diminution de la spasticité a été observée, autant par les parents que via les résultats au MAS.

Par ailleurs, Santamato *et al.* (2010) ont utilisé une intervention différente pour leur étude de cas portant sur trois personnes ayant subi un AVC, soit l'imagerie motrice et l'observation motrice. Cette intervention consiste, pour le participant, à regarder une vidéo d'une personne qui accomplit une tâche, à fermer les yeux en s'imaginant faire la tâche, puis à faire la tâche (Santamato *et al.*, 2010). Cette technique fait appel à la plasticité du cerveau, qui mobilise les aires motrices non seulement lorsque des actions sont réellement exécutées, mais aussi quand un objet ou une action est imaginé (Santamato *et al.*, 2010). Les participants de l'étude ont vu leur spasticité diminuer et leur motricité augmenter.

Durée et modalités de la réadaptation

La durée de la réadaptation variait de 6 jours à 12 mois selon les études. Les auteurs ayant utilisé la même modalité n'allouaient pas toujours le même temps de réadaptation. Par exemple, concernant la TCIM modifiée, la thérapie de Hoare *et al.* (2012) durait 8 semaines, puis 16 semaines à domicile, celle de Sun *et al.* (2006) avait une durée de 6 mois, alors que celle de Sun *et al.* (2010), de 3 mois. Aucun consensus n'existe donc sur la durée de la réadaptation.

La plupart des auteurs préconisent des séances de réadaptation en plus d'un programme à domicile, comme notamment Sun *et al.* (2010) dans le cadre de la réadaptation neurodéveloppementale. Cependant, Lai *et al.* (2009), Santamato *et al.* (2010) et Sättilä *et al.* (2006) ont opté que pour des séances de réadaptation. Takekawa *et al.* (2012) et Takekawa *et al.* (2013) ont pour leur part utilisé uniquement un programme à domicile. Dans l'article de Denham (2008), la participante a adhéré, après une injection et 12 semaines de thérapie, à un programme à domicile. Au cours de celui-ci, elle a reçu deux autres injections à trois mois d'intervalle. Un peu plus d'un an après sa dernière injection, ses amplitudes articulaires étaient certes plus petites qu'après les 12 semaines de thérapie, mais plus grandes qu'à la ligne de base.

Il est aussi à noter que des études (Denham, 2008 ; Sun *et al.*, 2006 ; Sun *et al.*, 2010 ; Takekawa *et al.*, 2012) soulignent que la spasticité peut diminuer à la suite d'une injection et de séances de réadaptation, et ce, plusieurs années après un AVC. Dans l'étude de cas de Denham (2008), la participante avait subi son AVC 12 ans plus tôt, alors que dans celle de Sun *et al.* (2006), le participant avait subi son AVC 4 ans plus tôt. Les deux ont vu leurs capacités augmenter à la suite de la thérapie. Dans l'étude de Sun *et al.* (2010), le temps moyen depuis l'incident pour les participants était de 34,8 mois, alors que pour Takekawa *et al.* (2012), il était de 62,1 mois. Encore une fois, les participants ont montré une amélioration de leurs fonctions motrices.

DISCUSSION

Bien que les écrits recensés soient peu nombreux, des résultats importants pour la pratique en ergothérapie peuvent être soulignés. Tous les auteurs des articles analysés arrivent à la conclusion que leur intervention, conjuguée à l'injection de toxine botulique, limite la spasticité et augmente les capacités physiques des participants. Néanmoins, il est important de comparer les études entre elles afin de déterminer quelles interventions sont susceptibles de s'avérer les plus efficaces selon la population. Cette analyse est basée sur plusieurs critères : l'augmentation des capacités physiques et fonctionnelles, la durabilité et le maintien dans le temps, la motivation et l'adhérence au traitement. Ces éléments permettent de dégager les interventions susceptibles d'offrir les meilleurs résultats.

Cet exercice demeure cependant complexe. Tout d'abord, les participants de chacune des études ne présentaient pas les mêmes incapacités avant le traitement. Ainsi, une intervention moins efficace a pu donner de bons résultats lorsque les participants

présentaient peu d'incapacités. Ensuite, il est difficile de comparer concrètement les résultats des différentes études entre elles en raison de différences importantes dans la prise des mesures. Les outils d'évaluation utilisés ne sont pas les mêmes ou, dans le cas du MAS, les sous-catégories de l'outil ne sont pas toujours toutes présentées dans les articles. De plus, les moments de l'évaluation ne sont pas identiques d'un article à l'autre. Considérant que la toxine a une durée d'action de quelques mois, le moment de la prise de mesure est d'une grande importance. Pour finir, les auteurs ne présentent pas nécessairement une description complète de leurs interventions et de tous leurs résultats ; il est ainsi difficile de comparer des articles avec des données manquantes. Malgré ces difficultés, il est possible de mettre en évidence plusieurs éléments des articles analysés.

Orthèse et bandage

La moitié des études utilisent l'orthèse comme modalité complémentaire à une thérapie en ergothérapie. L'orthèse permet le renforcement des capacités, une réduction des incapacités ou, dans certains cas, la compensation de celles-ci, en offrant un support au membre supérieur. À partir des résultats obtenus dans la présente analyse, il est difficile de statuer sur l'orthèse la plus efficace après une injection de toxine étant donné que les auteurs utilisaient des orthèses différentes, à des moments différents et pour une durée différente. Néanmoins, l'orthèse en général s'avère être un ajout non négligeable dans la réadaptation, comme l'ont constaté Kanellopoulos *et al.* (2009), Lai *et al.* (2009) et Amini *et al.* (2016) dans leurs études. Les groupes ayant de la thérapie et une orthèse ont eu une plus grande augmentation de leurs capacités que les groupes ayant seulement fait de la thérapie. Lai *et al.* (2009) expliquent que l'orthèse est un complément bénéfique à la réadaptation, car elle augmente naturellement les heures de thérapie. Dans leur étude de 14 semaines, les participants du groupe expérimental ont ainsi reçu 670 heures de traitement de plus que le groupe témoin.

Carda et Molteni (2005) mentionnent quant à eux que les bandages adhésifs permettent d'obtenir de meilleurs résultats que l'orthèse, car le bandage produirait un plus grand étirement des muscles. Bien qu'ils aient produit un essai clinique non randomisé avec 65 participants, il est difficile d'affirmer que les bandages sont plus efficaces puisqu'aucun autre article analysé n'étudiait cette méthode. Il faut cependant garder en tête que l'utilisation d'un bandage nécessite dix minutes de vérification et d'installation par jour. Cet élément pourrait possiblement limiter l'adhérence au traitement pour certaines personnes. D'autres études seront nécessaires afin de statuer sur le meilleur traitement entre le bandage et l'orthèse.

Interventions en ergothérapie

L'intervention la plus souvent réalisée consiste en des exercices variés ; il est difficile de s'intéresser de plus près aux exercices utilisés par les différents chercheurs puisque ceux-ci ne les décrivent généralement pas. Malgré la popularité des exercices, Levy *et al.* (2007) et Sun *et al.* (2010) ont comparé l'intervention par exercices avec la TCIM et constaté que la TCIM permet une augmentation plus importante des capacités physiques et fonctionnelles. Pour Sun *et al.* (2010), celle-ci est aussi plus durable dans le temps. Ces deux études permettent de croire que la TCIM est alors plus efficace que la thérapie par exercices.

Lorsqu'on opte pour la TCIM, il faut choisir entre la TCIM traditionnelle et la TCIM modifiée. Selon Sun *et al.* (2006), le protocole traditionnel de la TCIM peut être frustrant et difficile en raison de l'intensité et de l'horaire ; cela peut limiter l'adhérence au traitement et diminuer la motivation. Il est ainsi possible de croire que la version modifiée s'avère une meilleure option. Or, peu importe le modèle choisi, il est possible que les patients ne suivent pas assidûment les recommandations. En effet, dans l'étude de Hoare *et al.* (2012), les participants du groupe de la TCIM modifiée ont porté moins souvent la mitaine que prévu, une moyenne de 98,5 au lieu de 168 heures. Les familles ont rapporté que cela était dû à la douleur, à l'horaire (ex. : sieste) et aux contraintes normales de la vie familiale, du travail et de la vie sociale.

L'étude de Hoare *et al.* (2012) montre que la TCIM est légèrement supérieure à la thérapie bimanuelle. Néanmoins, les auteurs mentionnent que la TCIM ne permet pas aux enfants ayant une IMC d'apprendre à utiliser leurs deux mains ensemble, ce que permet l'intervention par thérapie bimanuelle. Ils indiquent alors que les thérapeutes pourraient considérer les deux interventions comme complémentaires afin de bénéficier des avantages des deux thérapies. De plus, on peut penser que la TCIM pourrait être difficile lors d'atteintes bilatérales importantes. Il sera alors important de l'adapter, par exemple en l'appliquant aux deux membres en alternance. Dans ce cas, la combinaison de la thérapie par la contrainte induite et de la thérapie bimanuelle s'avère encore plus essentielle.

Durée et modalités de la réadaptation

Il semble difficile de déterminer la durée idéale de la réadaptation puisque, dans les études, la durée variait de 6 jours à 12 mois. Fong *et al.* (2008) mentionnent que le temps idéal de réadaptation est de 1 à 6 mois étant donné la durée de l'effet de la toxine botulique. Toutefois, il semble qu'un programme à poursuivre à domicile à long terme pourrait améliorer ou maintenir les capacités physiques dans le temps (Denham, 2008). En effet, les résultats de cette dernière étude laissent présager qu'un programme à poursuivre à la maison, composé dans ce cas-ci d'exercices et d'activités fonctionnelles, pourrait aider à améliorer ou maintenir les capacités physiques à long terme. Par ailleurs, les articles de Denham (2008), Sun *et al.* (2006), Sun *et al.* (2010) et Takekawa *et al.* (2012) réfutent l'idée que des gains peuvent seulement être faits dans l'année suivant l'AVC. Cela s'avère être un élément important que les cliniciens doivent considérer dans leur plan de traitement.

L'orthèse pourrait aussi s'avérer un traitement efficace à long terme. Denham (2008) et Patel (2011) mentionnent qu'après deux ans, leurs participants continuaient à porter l'orthèse afin de conserver les capacités acquises lors de l'intervention.

Relevons enfin que dans une étude qui ne respectait pas les critères d'inclusion pour cette revue de portée (Karaca, Ünlü, Gülşen, Gönen et Çakci, 2016), les auteurs ont, entre autres, utilisé comme modalité la thérapie de groupe (activités fonctionnelles) avec des enfants atteints d'IMC. Ils mentionnent que le fait d'être en groupe facilite l'adaptation des enfants au traitement et leur implication dans celui-ci.

Forces de l'analyse

La présente analyse apporte un éclairage sur les meilleures pratiques en ergothérapie à la suite de l'injection de toxine botulique dans le membre supérieur spastique. À notre connaissance, il s'agit d'une des rares synthèses de la littérature pouvant éclairer les ergothérapeutes sur des interventions qui peuvent être offertes à la suite de l'injection de toxine botulique. Les résultats obtenus quant au nombre d'articles confirment néanmoins un manque d'études sur le sujet.

CONCLUSION

Il ressort de cette analyse que la combinaison de thérapies en ergothérapie permettrait d'augmenter les capacités physiques et fonctionnelles à la suite d'une injection de toxine botulique dans le membre supérieur spastique. En effet, à la lumière des informations récoltées, la TCIM modifiée et la thérapie d'activités fonctionnelles bimanuelles, conjointement au port d'une orthèse, semblent être une combinaison susceptible de maximiser les résultats. Comme le soulignent Denham (2008) et Hoare *et al.* (2012), les ergothérapeutes doivent cependant bâtir leur plan d'intervention en fonction des capacités du client et de ses objectifs. Néanmoins, étant donné le nombre restreint d'articles disponibles sur le sujet, d'autres études devront être réalisées. Il semble pertinent d'étudier la combinaison décrite ci-dessus ainsi que l'observance au traitement à long terme, afin d'en mesurer les effets et les bénéfices sur le plan de la participation sociale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amini, M., Shamili, A., Frough, B., Pashmdarfard, M. et Abarghouei, A. F. (2016). Combined effect of botulinum toxin and splinting on motor components and function of people suffering a stroke. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 30(373).
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 8(1), 19-32.
- Bensmail, D., Robertson, J. V. G., Fermanian, C. et Roby-Brami, A. (2010). Botulinum toxin to treat upper-limb spasticity in hemiparetic patients: analysis of function and kinematics of reaching movements. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 24(3), 273-281. doi:10.1177/1545968309347683
- Branco Mills, P., Finlayson, H., Sudol, M. et O'Connor, R. (2015). Systematic review of adjunct therapies to improve outcomes following botulinum toxin injection for treatment of limb spasticity. *Clinical Rehabilitation*, 30(6), 537-548. doi:10.1177/0269215515593783
- Carda, S. et Molteni, F. (2005). Taping versus electrical stimulation after botulinum toxin type A injection for wrist and finger spasticity. A case-control study. *Clinical Rehabilitation*, 19(6), 621-626. doi:10.1191/0269215505cr879oa
- Demetrios, M., Khan, F., Turner-Stokes, L., Brand, C. et McSweeney, S. (2013). Multidisciplinary rehabilitation following botulinum toxin and other focal intramuscular treatment for post-stroke spasticity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). doi:10.1002/14651858.CD009689.pub2.

- Denham, S. P. (2008). Augmenting occupational therapy treatment of upper-extremity spasticity with botulinum toxin A: a case report of progress at discharge and 2 years later. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(4), 473-479.
- Fong, S. S. L., Tam, K. B., Fung, C. K., Chui, V. W. Y., Cheng, S. W. C., Ng, G. S. F., . . . Chan, K. Y. (2008). Combined effect of botulinum toxin type A injection and intensive occupational therapy in treatment of spastic pronators in children with cerebral palsy. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 18(2), 43-51. doi:10.1016/S1569-1861(09)70002-6
- Garces, K., McCormick, A., McGahan, L. et Skidmore, B. (2005). *Étude méthodique de la toxine botulinique A dans la spasticité des membres supérieurs ou des membres inférieurs*. Ottawa : Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé.
- Hoare, B., Imms, C., Villanueva, E., Rawick, H. B., Matyas, T. et Carey, L. (2012). Intensive therapy following upper limb botulinum toxin A injection in young children with unilateral cerebral palsy: a randomized trial. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55, 238-247. doi:10.1111/dmcn.12054
- Kakuda, W., Abo, M., Momosaki, R., Yokoi, A., Fukuda, A., Ito, H., . . . Kameda, Y. (2012). Combined therapeutic application of botulinum toxin type A, low-frequency rTMS, and intensive occupational therapy for post-stroke spastic upper limb hemiparesis. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 48(1), 47-55.
- Kanellopoulos, A. D., Mavrogenis, A. F., Mitsiokapa, E. A., Panagopoulos, D., Skouteli, H., Vrettos, S. G., Tzanos, G. et Papagelopoulos, P. J. (2009). Long lasting benefits following the combination of static night upper extremity splinting with botulinum toxin A injections in cerebral palsy children. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 45(4), 501-506.
- Karaca, B., Ünlü, E., Gülşen, K., Gönen, E. et Çakci, A. (2016). Outcomes of botulinum toxin type A injection followed by rehabilitation in cases of cerebral palsy with upper extremity involvement. *Journal of Child Neurology*, 31(3), 357-363. doi:10.1177/0883073815596609
- Kinnear, B. Z., Lannin, N. A., Cusick, A., Harvey, L. A. et Rawicki, B. (2014). Rehabilitation therapies after botulinum toxin-A injection to manage limb spasticity: a systematic review. *Physical Therapy*, 94(11), 1569-1581. doi:10.2522/ptj.20130408
- Lai, J. M., Francisco, G. E. et Willis, F. B. (2009). Dynamic splinting after treatment with botulinum toxin type-A: a randomized controlled pilot study. *Advances in Therapy*, 26(2), 241-248. doi:10.1007/s12325-008-0139-2
- Levy, C. E., Giuffrida, C., Richards, L., Wu, S., Davis, S. et Nadeau, S. E. (2007). Botulinum toxin A, evidence-based exercise therapy, and constraint-induced movement therapy for upper-limb hemiparesis attributable to stroke: a preliminary study. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(9), 696-706. doi:10.1097/PHM.0b013e31813e2b4d
- Olvey, E. L., Armstrong, E. P. et Grizzle, A. J. (2010). Contemporary pharmacologic treatments for spasticity of the upper limb after stroke: a systematic review. *Clinical Therapeutics*, 32(14), 2282-2303. doi:10.1016/j.clinthera.2011.01.005
- Patel, A. T. (2011). Successful treatment of long-term, poststroke, upper-limb spasticity with onabotulinumtoxinA. *Physical Therapy*, 91(11), 1636-1641. doi:10.2522/ptj.20100370
- Réseau international sur le Processus de production du handicap [RIPPH] (2015). Le MDH-PPH. Récupéré de <http://www.ripph.qc.ca/mdh-pph/mdh-pph>
- Rosales, R. L., Kanovsky, P. et Fernandez, H. H. (2011). What's the "catch" in upper-limb post-stroke spasticity: expanding the role of botulinum toxin applications. *Parkinsonism and Related Disorders*, 17, 3-10. doi:10.1016/j.parkreldis.2011.06.019
- Santamoto, A., Panza, F., Filoni, S., Ranieri, M., Solfrizzi, V., Frisardi, V., . . . Fiore, P. (2010). Effect of botulinum toxin type A, motor imagery and motor observation on motor function of hemiparetic upper limb after stroke. *Brain Injury*, 24(9), 1108-1112. doi:10.3109/02699052.2010.494591
- Sättilä, H., Kotamäki, A., Koivikko, M. et Autti-Rämö, I. (2006). Upper limb function after botulinum toxin A treatment in cerebral palsy: two years follow-up of six cases. *Pediatric Rehabilitation*, 9(3), 247-258. doi:10.1080/13638490500523234
- Stanton, M. (2012). *Understanding Cerebral Palsy*. Londres et Philadelphie : Jessica Kingsley Publishers.

- Sun, S., Hsu, C., Hwang, C., Hsu, P., Wang, J. et Yang, C. (2006). Application of combined botulinum toxin type A and modified constraint-induced movement therapy for an individual with chronic upper-extremity spasticity after stroke. *Physical Therapy*, 86(10), 1387-1397. doi:10.2522/ptj.20050262
- Sun, S. F., Hsu, C. W., Sun, H. P., Hwang, C. W., Yang, C. L. et Wang, J. L. (2010). Combined botulinum toxin type A with modified constraint-induced movement therapy for chronic stroke patients with upper extremity spasticity: a randomized controlled study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 24(1), 34-41. doi:10.1177/1545968309341060
- Takekawa, T., Kakuda, W., Taguchi, K., Ishikawa, A., Sase, Y. et Abo, M. (2012). Botulinum toxin type A injection, followed by home-based functional training for upper limb hemiparesis after stroke. *International Journal of Rehabilitation Research*, 35(2), 146-152. doi:10.1097/MRR.0b013e3283527f4a
- Takekawa, T., Abo, M., Ebihara, K., Taguchi, K., Sase, Y. et Kakuda, W. (2013). Long-term effects of injection of botulinum toxin type A combined with home-based functional training for post-stroke patients with spastic upper limb hemiparesis. *Acta Neurologica Belgica*, 113(4), 469-475. doi:10.1007/s13760-013-0208-4

ANNEXE 1

Synthèse du contenu des articles

Auteurs et devis	Participants	Intervention	Conclusion et commentaires
Amini, Shamili, Frough, Pashmdarfard et Abarghouei (2016)			
Étude pré-post	29 participants (groupe A : 11, groupe B : 9, groupe C : 9) Adultes AVC	Groupe A : BTX-A et ergothérapie Modalité : 3 fois/semaine en ergothérapie Groupe B : Orthèse et ergothérapie Modalité : 3 fois/semaine en ergothérapie, orthèse 2 h/jour et nuit Groupe C : BTX-A, orthèse et ergothérapie Modalité : 3 fois/semaine en ergothérapie, orthèse 2 h/jour et nuit Durée de chaque groupe : 3 mois	Les 3 groupes montrent une amélioration des amplitudes articulaires et des capacités motrices et une réduction de la spasticité, mais la différence entre les groupes était significative au <i>Fugl-Meyer</i> et au <i>Modified Ashworth Scale</i> (coude et poignet). Le groupe C a obtenu les meilleurs résultats après 3 mois
Carda et Molteni (2005)			
Essai clinique non randomisé	65 participants (groupe A : 33, groupe B : 32) Adultes Trauma (AVC, traumatisme crânien, lésion du système nerveux central) depuis plus de 3 mois	Groupe A : BTX-A et bandage adhésif Modalité : Programme à domicile Groupe B : BTX-A, orthèse, exercices d'étirement et stimulation électrique Modalité : Séances de 90 minutes Durée de chaque groupe : 6 jours	Les 2 groupes montrent une réduction de la spasticité à 1 semaine et à 1 mois, mais les résultats sont plus significatifs chez le groupe A Le bandage produirait possiblement un plus grand étirement des muscles que l'orthèse, tout en étant plus confortable

Synthèse du contenu des articles (suite)

Auteurs et devis	Participants	Intervention	Conclusion et commentaires
Denham (2008)			
	1 participant Adulte AVC il y a 12 ans Utilise une orthèse	BTX-A, orthèse (orthèse de repos pour 2 semaines, puis orthèse fonctionnelle pour 6 semaines), programme d'activités fonctionnelles et exercices Modalité : Séances en ergothérapie 3 fois/semaine pendant 6 semaines puis 2 fois/semaine pendant 6 semaines Durée : 12 semaines Par la suite, programme à poursuivre à domicile	Augmentation des capacités fonctionnelles Le traitement a contribué à l'amélioration des capacités qui perdurent deux ans après la fin de l'intervention
Fong <i>et al.</i> (2008)			
Étude pré-post	5 participants Enfants (entre 4 et 10 ans) IMC	BTX-A, orthèse statique de nuit et de jour et exercices Modalité : Séances en ergothérapie 1 fois/semaine pendant 2 mois, puis 1 fois par deux semaines pendant 10 mois Durée : 12 mois Par la suite, programme à poursuivre à domicile	Augmentation des capacités physiques et diminution de la spasticité jusqu'au 6 ^e mois De meilleurs résultats ont été obtenus chez les plus jeunes, ceux qui n'avaient pas de contractures, une intelligence raisonnable, un très bon soutien familial et ceux qui avaient une bonne volonté
Hoare <i>et al.</i> (2012)			
Essai clinique randomisé	34 participants (groupe A : 17, groupe B : 17) Enfants (entre 18 mois et 6 ans) IMC	Orthèse de nuit : Les enfants des 2 groupes ayant une résistance accrue à l'étirement passif ou qui présentent les premiers signes de raccourcissement musculaire ont été munis d'une orthèse de nuit conçue pour étirer, minimum 6 h/jour Groupe A : BTX-A et TCIM Modalité : Un mois après l'injection, séances en ergothérapie de 45 à 60 minutes, 2 fois/semaine Par la suite, programme à poursuivre à domicile Groupe B : BTX-A et thérapie bimanuelle (activités fonctionnelles) Modalité : Un mois après l'injection, séances en ergothérapie de 45 à 60 minutes, 2 fois/semaine Durée de chaque groupe : 8 semaines Par la suite, programme à poursuivre à domicile	Les 2 groupes ont vu leurs capacités et leurs fonctionnalités augmenter Le groupe A a eu de meilleurs résultats au niveau de la préhension et de la dissociation des mouvements Les enfants du groupe A ont porté la mitaine moins souvent que prévu (souhaité : 168 h, moyenne réelle : 98,5 h) en raison de la douleur et de contraintes familiales et sociales La TCIM ne permet pas d'apprendre à utiliser les deux mains ensemble

Synthèse du contenu des articles (suite)

Auteurs et devis	Participants	Intervention	Conclusion et commentaires
Kanellopoulos <i>et al.</i> (2009)			
Essai clinique randomisé	20 participants (groupe A : 10, groupe B : 10) Enfants (entre 2,5 et 12 ans) IMC	Groupe A : BTX-A, orthèse statique de nuit et exercices Modalité : Recommandation de faire de l'ergothérapie 3 fois/semaine et ensuite un programme d'exercices à domicile Groupe B : BTX-A et exercices Modalité : Recommandation de faire de l'ergothérapie 3 fois/semaine et ensuite un programme d'exercices à domicile Durée de chaque groupe : 6 mois	Les deux groupes ont vu leur niveau de fonctionnement augmenter À 6 mois, l'augmentation était statistiquement plus grande chez le groupe A
Lai, Francisco et Willis (2009)			
Essai clinique randomisé	30 participants (groupe A : 15, groupe B : 15) Adultes AVC depuis plus de 6 mois	Groupe A : BTX-A et thérapie manuelle (exercices) Modalité : Séances en ergothérapie Groupe B : BTX-A, thérapie manuelle (exercices) et orthèse dynamique de nuit Modalité : Séances en ergothérapie et port de l'orthèse de 6 à 8 h/nuit. Durée de chaque groupe : 4 mois	Augmentation des amplitudes et diminution de la spasticité chez les deux groupes, mais davantage pour le groupe B Étude financée par Dynasplint Systems inc. Mention que l'étude était indépendante du commanditaire
Levy <i>et al.</i> (2007)			
Essai clinique non randomisé	12 participants (groupe A : 4, groupe B : 8) Adultes AVC depuis plus de 90 jours	Groupe A et B : BTX-A et exercices Modalité : Séances en ergothérapie d'1 h, 3 fois/semaine Durée : 2 semaines Groupe A : Par la suite, exercices Modalité : Programme à domicile Groupe B : Par la suite, TCIM Modalité : Séances en ergothérapie de 6 h, 5 fois/semaine pour 2 semaines, puis exercices à domicile pour 18 semaines. Durée de chaque groupe : 20 semaines Durée totale : 24 semaines	Les résultats aux évaluations étaient considérablement meilleurs pour le groupe B

Synthèse du contenu des articles (suite)

Auteurs et devis	Participants	Intervention	Conclusion et commentaires
Patel (2011)			
Étude de cas	Une participante Adulte AVC il y a 24 ans	BTX-A, orthèse de repos et étirements sous l'eau chaude Modalité : Programme à domicile Durée : 10 semaines Étirements en ergothérapie Modalité : Séances en ergothérapie de 30 minutes. Après la première injection, 2 fois/semaine pour 2 semaines. Ensuite, 1 fois/semaine pour 8 semaines. Durée : 10 semaines	Diminution de la spasticité après chaque injection, excepté la première Augmentation fonctionnelle de la main La participante a eu 7 injections à 3-6 mois d'intervalle La participante poursuit les exercices et le port de l'orthèse deux à trois fois par semaine, ce qui contribue au maintien de ses capacités
Santamato et al. (2010)			
Étude de cas	3 participants Adultes AVC il y a en moyenne 6,3 mois Réadaptation après l'AVC pendant 12 semaines, peu d'amélioration	BTX-A et réadaptation basée sur l'imagerie motrice et l'observation motrice Modalité : Séances en ergothérapie de 45 minutes, 5 fois/semaine Durée : 1 mois	Réduction de la spasticité et augmentation des capacités physiques Concept de la plasticité du cerveau : Les aires motrices sont utilisées non seulement lorsque des actions sont réellement exécutées, mais aussi quand un objet ou une action est imaginé ou simplement observé
Sättilä, Kotamäki, Koivikko et Autti-Rämö (2006)			
Étude prospective longitudinale	6 participants Enfants IMC	BTX-A, physiothérapie et ergothérapie : Activités bimanuelles et étirements, orthèse au besoin Modalité : Selon la fréquence pré-injection Durée : 24 mois	Une diminution de la spasticité a été observée par les parents. Les enfants, parents et thérapeutes ont noté une relaxation, une meilleure posture et des schémas de mouvements plus fluides du membre traité. Différentes évaluations confirment ces observations, mais il y a peu de changement au niveau des pinces et des tâches bimanuelles Il semble que les enfants préfèrent utiliser leur meilleure main et que leur motivation à exercer leur motricité fine ou faire des activités bimanuelles est faible

Synthèse du contenu des articles (suite)

Auteurs et devis	Participants	Intervention	Conclusion et commentaires
<i>Sun et al. (2006)</i>			
Étude de cas	Un participant Adulte AVC il y a quatre ans	BTX-A et thérapie par contrainte induite modifiée (mitaine au moins 5 h/jour) Modalité : Séances en ergothérapie de 2 h, 3 fois/semaine Durée : 1 mois Poursuite du traitement à domicile Durée : 5 mois Durée totale : 6 mois	Augmentation des capacités physiques et fonctionnelles La thérapie a aidé à prolonger les effets de la toxine à 6 mois Cette étude réfute l'idée selon laquelle une personne peut retrouver des capacités seulement dans l'année suivant l'AVC
<i>Sun et al. (2010)</i>			
Essai clinique randomisé	29 participants (groupe A : 15, groupe B : 14) Adultes AVC depuis plus d'un an	Groupe A : BTX-A et thérapie par contrainte induite modifiée Modalité : Séances d'ergothérapie de 2 h, 3 fois/semaine et port de la mitaine au moins 5h/jour Groupe B : BTX-A et réadaptation neuro-développementale Modalité : Séances d'ergothérapie de 1 h et de physiothérapie de 1 h, 3 fois/semaine Durée de chaque groupe : 3 mois	Augmentation des capacités pour les deux groupes à 1 et 3 mois À 6 mois, les résultats étaient considérablement meilleurs dans le groupe A Les 2 groupes étaient satisfaits de l'intervention, mais le groupe A l'était davantage
<i>Takekawa et al. (2012)</i>			
Étude pré-post	80 participants Adultes AVC depuis plus de 10 mois	BTX-A et exercices Modalité : Programme à faire à domicile Durée : 4 semaines	Augmentation des capacités physiques Les résultats montrent que le protocole était plus efficace pour la partie proximale (épaule et coude) que distale (poignet et doigts)

Synthèse du contenu des articles (suite)

Auteurs et devis	Participants	Intervention	Conclusion et commentaires
Takekawa <i>et al.</i> (2013)			
Étude pré-post	190 participants Adultes AVC	BTX-A et programme à domicile (thérapie fonctionnelle de 47 exercices) Modalité : 5 exercices/jour, 15 minutes/jour Durée : Entre 1 et 6 mois	Les résultats au FMA et l'amplitude articulaire du coude à 1, 3 et 6 mois ont augmenté et étaient statistiquement significatifs. La spasticité, évaluée par le MAS, a diminué sur tous les muscles à 1, 3 et 6 mois et les résultats étaient aussi statistiquement significatifs L'étude a débuté avec 190 participants. Les participants devaient quitter l'étude s'ils avaient une deuxième injection, ce qui représente 119 sujets. 61 participants ont quitté l'étude pour diverses autres raisons. Au final, 190 participants ont reçu une première injection, 188 ont été évalués à 1 mois, 116 à 3 mois, 70 à 6 mois et 5 à 12 mois (les résultats à 12 mois ne sont cependant pas présentés dans l'article)



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 élective	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 houppe (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 ergothérapiques. 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). Édinburgh : 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
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
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
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
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
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 ?	- 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> :	- 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



LA REVUE SYSTÉMATIQUE D'ÉTUDES QUANTITATIVES

Eve-Line Bussières¹

¹ PhD, Professeure régulière, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Adresse de contact : Eve-Line.Bussieres@ugtr.ca

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.v4n1.107

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



INTRODUCTION

Devant le foisonnement des recherches dans le domaine de la santé et des sciences sociales, la nécessité de développer des moyens de synthétiser ce vaste corpus de connaissances s est avérée incontournable. Préciser l'efficacité d'interventions peut devenir complexe devant ce grand nombre de recherches primaires, dont les résultats sont souvent divergents.   l'ère de la pratique fondée sur les données probantes, les méthodes de synthèse occupent une place importante dans la construction du jugement des cliniciens et des chercheurs, préoccupés par l'efficacité des interventions qui sont proposées aux patients.

MÉTHODES DE SYNTHÈSE

L'idée selon laquelle les nombreuses évidences scientifiques nécessitent d'être synthétisées n'est pas nouvelle. Depuis toujours, la revue narrative est utilisée pour faire une synthèse sommaire des données probantes dans le contexte de la rédaction d'un projet de recherche. La revue narrative (ou recension des écrits) traditionnelle permet de faire un portrait des écrits scientifiques et un état des connaissances actuelles, dans une optique généralement descriptive et non exhaustive (Grant et Booth, 2009). Par exemple, Mayne, Lowrie et Wilson (2016) ont exploré les écrits scientifiques pour documenter les expériences occupationnelles des réfugiés et requérants d'asile en Australie. Ce type de recension étant partiel, dans le sens où toutes les données probantes disponibles ne seront pas nécessairement incluses dans la recension, il peut mener à des conclusions qui sont biaisées ou erronées. Qui plus est, comme la qualité des études qui font l'objet de la revue narrative n'est pas évaluée, tous les résultats de recherche auront le même poids dans la synthèse, sans égard à leur niveau de preuve et à leur qualité (Grant et Booth, 2009). Devant ces différents risques de biais, à la fois sur le plan des études primaires et sur celui du processus de la revue, des méthodes de synthèse plus systématiques ont été mises en avant, comme la revue systématique.

REVUE SYSTÉMATIQUE : DÉFINITION ET OBJECTIFS

La revue systématique (RS) est un type de méthode de synthèse qui vise à rechercher, identifier et évaluer de façon systématique et exhaustive les résultats scientifiques dans le but de répondre à une question précise (Grant et Booth, 2009 ; Greenhalgh, 1997 ; Moher, Shamseer, Clarke, Gherzi, Liberati, Petticrew, ... et PRISMA-P Group, 2015). Elle est réalisée en fonction de critères d'inclusion préétablis et précisés à l'intérieur d'un protocole qui peut être publié (Moher *et al.*, 2015). La méthodologie est prédéfinie et répond aux normes internationales en la matière, comme les normes de la Cochrane Collaboration (Higgins et Green, 2011). Une RS qui respecte les normes internationales est menée par deux personnes qui réaliseront de façon indépendante les différentes étapes de la RS, soit la recherche et la sélection des études, l'évaluation de la qualité des études et l'extraction des

données. À chaque étape, un accord inter-juge est établi et les désaccords sont discutés et réglés par consensus ou par une tierce personne. Cette méthodologie prédéterminée et réalisée de façon indépendante par deux personnes vise à réduire au minimum les biais qui pourraient s'insérer dans le processus de la revue (Greenhalgh, 1997 ; INESSS, 2013).

Outre ces éléments de méthodologie, une des particularités importantes de la RS concerne l'évaluation de la qualité (*critical appraisal*) des études primaires incluses au moyen de grilles d'évaluation de la qualité ou du risque de biais. De plus, les conclusions ou recommandations doivent tenir compte à la fois de la qualité des études primaires et de leur niveau de preuve (INESSS, 2013). La qualité d'une étude réfère à la façon dont elle a été conduite, donc au soin qu'ont pris ou non les auteurs afin de limiter les biais (par ex., façon de recruter les participants et de les attribuer aux différents sous-groupes), alors que le niveau de preuve réfère davantage au devis de la recherche (par ex., essai contrôlé randomisé (ECR), étude de cohorte) (INESSS, 2013). De la même façon qu'une étude de haut niveau de preuve peut être de faible qualité (par ex. un ECR dont la randomisation a été mal effectuée), une étude de plus faible niveau de preuve (par ex. une étude de cohorte) peut être de qualité élevée, par exemple si un souci a été porté au contrôle des variables confondantes qui pourraient intervenir dans les associations observées. En effet, la limite principale d'une étude de cohorte concerne la difficulté de neutraliser l'effet de variables confondantes, variables qui sont contrôlées par la randomisation dans un ECR. Autrement dit, si les participants du groupe intervention et du groupe témoin ne sont pas équivalents au départ, sur des variables d'intérêt comme les mesures dépendantes ou sur des variables socio-démographiques comme le statut socio-économique ou l'âge, il devient difficile de déterminer à quoi sont dues les différences observées. Dans ce sens, une étude de cohorte qui aurait pris le soin d'apparier les participants des deux groupes de façon à annuler l'effet de ces variables se classerait donc comme étude de bonne qualité. Le contre-balancement de ces éléments, liés à la fois au devis et à la façon dont a été conduite l'étude, permet de hiérarchiser la preuve ainsi que les conclusions ou recommandations sur la base des résultats (voire des ampleurs d'effet) obtenus, mais aussi de la confiance à accorder à ces résultats.

OBJECTIFS ET UTILITÉ DE LA REVUE SYSTÉMATIQUE

La revue systématique est une méthodologie qui permet de répondre de façon systématique à une question précise, concernant généralement l'efficacité d'une intervention. Toutefois, il est également possible de répondre à des questions de nature plus corrélationnelle, à partir d'études observationnelles, comme l'ampleur des difficultés cognitives d'enfants exposés à de la négligence parentale. Divers auteurs critiquent ce type de RS d'études observationnelles, parce que les études primaires incluses sont de faible niveau de preuve et que le fait de les combiner, même de façon très rigoureuse dans le cadre d'une revue systématique ou une méta-analyse, n'apporterait qu'une précision inutile (Egger, Schneider et Smith, 1998). Par contre, dans la mesure où certains phénomènes d'intérêt, en sciences sociales notamment, ne peuvent se randomiser pour des raisons éthiques évidentes (par ex. la négligence parentale), les études observationnelles de type cohorte représentent dans un tel cas de figure le plus haut niveau de

preuve disponible. De plus, les études observationnelles, parce qu'elles observent les faits tels qu'ils surviennent, présentent l'avantage d'être plus près de la réalité que les essais randomisés, donc plus écologiques. En bref, bien qu'un débat demeure quant à l'utilité des RS d'études non randomisées, l'utilité clinique et organisationnelle de telles synthèses d'études observationnelles dans le domaine des sciences sociales, elle, ne fait aucun doute. Ceci amène une question centrale qui concerne l'utilité des revues systématiques.

La revue systématique, de par sa rigueur et sa transparence, permet de produire une synthèse non biaisée des écrits scientifiques certes, mais elle ne permet pas de répondre à tous les types de questions. En effet, dans la mesure où elle répond à une question très précise, comme celle provenant de l'étude de Smallfield et Heckenlaible (2017), « Quelle est l'efficacité des interventions en ergothérapie pour améliorer la performance occupationnelle des adultes présentant la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies neurocognitives apparentées ? », elle ne permettrait pas par exemple de faire un état des connaissances exploratoire sur les divers types d'approches d'intervention disponibles pour maintenir la performance occupationnelle de ces personnes. En ce sens, il est possible de faire une analogie entre la méthodologie de la RS et la longue vue, laquelle permet de voir loin certes, mais de façon très précise et pointue. Il en résulte que tout ce qui se retrouve à l'extérieur du spectre de vision de la longue vue ne sera pas considéré. Autrement dit, la RS ne serait guère utile à celui qui souhaiterait faire un portrait global d'une problématique ou d'un domaine de recherche, ou faire état des différents types d'interventions disponibles pour une problématique, ou encore dresser le portrait des facteurs impliqués dans le développement d'un trouble anxieux. Bien que très rigoureuse, la RS ne devrait pas devenir une panacée et se substituer systématiquement aux recensions traditionnelles, si elle ne représente pas la meilleure méthodologie pour répondre à la question qui est posée. L'important est de se rappeler que la méthodologie choisie devrait découler de la question, et non pas l'inverse. Forcer une méthode, pour quelque raison que ce soit, est toujours un choix hasardeux.

LIMITES DES REVUES SYSTÉMATIQUES

Outre le fait que la RS permet seulement de répondre à une question très pointue, il faut également souligner que le résultat obtenu, soit l'efficacité d'une intervention dans bien des cas, sera principalement le reflet de l'efficacité théorique (*efficacy*) de cette intervention. En effet, les résultats issus d'une synthèse d'études primaires conduites dans un contexte de recherche traditionnel, où les facteurs confondants sont le plus souvent contrôlés, peuvent ne pas se manifester si l'intervention est implantée dans un contexte diff rent, plus naturel, où les participants présentent par exemple des comorbidités. Ceci renvoie à une des limites des données probantes, le manque de correspondance entre les contextes dans lesquels sont observés les résultats de ces recherches expérimentales sur l'efficacité de différentes interventions et le contexte dans lequel ces interventions seront implantées (par ex. les services publics de santé). Une étude d'implantation est souvent nécessaire pour confirmer l'efficacité pratique (*effectiveness*) et l'applicabilité des données probantes identifiées dans la RS (INESSS, 2013).

CONCLUSION

En conclusion, la revue systématique représente une méthode qui permet de produire une synthèse rigoureuse des données probantes disponibles sur un sujet bien précis, qui porte généralement sur l'efficacité d'interventions en santé. Plus récemment, cette méthode s'est vue utilisée également dans le domaine des sciences sociales, principalement dans le but de répondre à des questions à visée étiologique ou descriptive, afin de mieux connaître les caractéristiques et les besoins de diverses clientèles. Par exemple, Sylvestre, Bussières et Bouchard (2015) se sont intéressées aux problèmes de langage des enfants ayant subi de la maltraitance. Les résultats de cette revue systématique confirment que les enfants maltraités présentent un développement langagier inférieur à leurs pairs non exposés à la maltraitance, et que toutes les sphères de langage (expressif, réceptif et pragmatique) sont affectées dans une même mesure. Ce type d'éclairage permet de connaître les besoins de ces enfants et d'orienter les interventions sur des cibles particulières le cas échéant. Ces résultats, issus d'une revue systématique, ont ensuite été combinés sous forme de méta-analyse, permettant de quantifier les observations et de dégager une taille d'effet globale, laquelle permet quantifier l'ampleur de cette association entre l'exposition à la maltraitance et les problèmes de langage.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Egger, E., Schneider, M., et Smith, D. G. (1998). Spurious precision? Meta-analysis of observational studies. *British Medical Journal*, 316(7125), 140-144.
- Grant, M. J., et Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91-108. doi : 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x
- Greenhalgh, T. (1997). Papers that summarize other papers (systematic reviews and meta-analyses). *British Medical Journal*, 315(7109), 672-675.
- Higgins, J. P. T. , et Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Review of Interventions*. NJ, USA : Wiley.
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2013). *Les normes de production des revues systématiques. Guide méthodologique*. Document rédigé par Valérie Martin et Joliane Renaud sous la direction de Pierre Dagenais. Montreal, Qc : INESSS, 44 p.
- Mayne, J., Lowrie, D., et Wilson, J. (2016). Occupational experiences of refugees and asylum seekers resettling in Australia: A narrative review. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 36(4), 204-215.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., et PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 Statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 1-9.
- Smallfield, S., et Heckenlaible, C. (2017). Effectiveness of occupational therapy intervention to enhance occupational performance for adults with Alzheimer's disease and related major neurocognitive disorders: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(5) doi : 10.5014/ajot.2017.024752
- Sylvestre, A., Bussières,  .-L., et Bouchard, C. (2015). Language problems among abused and neglected children: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*, 21(1), 47-58.



LU POUR VOUS

**LEADERSHIP IN HEALTH CARE. UN MANUEL PARU EN 2016, RÉDIGÉ
PAR JILL BARR ET LESLEY DOWDING**

Sylvie Tétreault¹

¹ *Ergothérapeute, PhD, Professeure ordinaire HES, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse*

Adresse de contact : Sylvie.Tetreault@eesp.ch

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.v4n1.105

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



La capacité de leadership représente une compétence essentielle pour le chercheur et pour l'ergothérapeute. Le livre de Barr et Dowding (2016) propose une analyse complète du leadership. Bien qu'il soit destiné aux professionnels et aux étudiants des sciences de la santé en général, l'ouvrage fournit de nombreuses illustrations provenant des sciences infirmières (exemples de leaders : Florence Nightingale ou Mary Seacole), domaine de formation des deux auteures. Par ailleurs, le texte se base principalement sur leurs expériences dans le système de santé américain ou britannique.

Barr et Dowding (2016) qualifient le leadership de discipline émergente. Ils ont choisi de l'aborder selon trois angles d'analyse, soit : (1) l'individu ; (2) l'équipe ; (3) le système. Dans la première section, le leadership est défini comme un processus qui est utilisé pour soutenir les personnes vers la sélection et l'atteinte d'un but. Ses multiples facettes sont explorées en tenant compte des caractéristiques du contexte des soins de santé et de son évolution. Les auteures différencient le leader de l'administrateur (*manager*), le premier ayant plutôt un rôle d'influence et de partage, alors que l'autre se base davantage dans ses relations avec les autres sur sa position hiérarchique et d'autorité. Le livre suggère plusieurs outils pour mesurer son potentiel comme leader, ce qui permet aux lecteurs de faire leur propre auto-évaluation. Ensuite, les notions de culture, de diversité (genre, âge, ethnie, situation de santé) et de valeurs sont examinées pour saisir leur importance dans le leadership. Une description de plusieurs théories sur le leadership complète cette section.

La seconde partie s'intéresse au leadership en relation avec l'équipe et aborde des aspects tels que la vie de groupe, le travail interdisciplinaire et interprofessionnel, la communication et la résolution de problèmes. Un chapitre est consacré à la gestion de conflit au sein de l'équipe. Le leader doit anticiper les conflits et en saisir le sens. Il doit agir avant que la qualité des soins soit compromise. Un autre chapitre porte sur l'intelligence émotionnelle, qui semble être un atout majeur pour les leaders. Finalement, les auteures soulignent que les caractéristiques d'une équipe ont une influence sur l'émergence ou non de compétences en leadership. Comme le mentionne St-Arnaud (2008), l'équipe est un groupe de personnes visant des objectifs communs et travaillant ensemble pour l'atteinte de ces objectifs.

La troisième partie se concentre sur l'organisation, à la fois la structure et le système, au sein de laquelle évolue l'équipe. Les auteures adoptent une approche analytique et décomposent l'organisation, afin de permettre sa compréhension et d'aider à choisir les meilleures stratégies en fonction de celle-ci. Naturellement, les orientations et priorités gouvernementales, notamment la recherche du trio qualité-efficacité-rentabilité, sont évoquées pour saisir l'importance des mesures de performance.

Le dernier chapitre est conclusif. Sans surprise, il commence par la présentation de quatre points clés d'un rapport intitulé *The future of nurse* (Jasper, 2011), qui se penche entre autres sur ce que l'infirmière doit faire pour devenir un bon leader. Malgré cette approche centrée sur la profession d'infirmière, l'ergothérapeute, aspirant-leader, peut évaluer ses compétences et déterminer les actions à entreprendre à partir d'énoncés provenant de la figure 14.1 (p. 286 du livre), soit :

- De quoi ai-je besoin pour devenir un leader ?
- Quels sont les nouveaux comportements et habiletés que les membres de mon équipe doivent développer ?
- Que peuvent-ils faire dès maintenant ?
- Comment utiliser la résultante (*outcome*) pour planifier le changement et le développement ?
- Avoir régulièrement des rencontres
- Consulter
- Faire de l'écoute active
- Entendre les sentiments des collègues
- Utiliser des habiletés interpersonnelles pour soutenir le développement d'habiletés chez les membres de l'équipe

Il faut noter que les auteures parlent très peu du client ou de son entourage. D'autre part, elles font parfois un usage peu différencié des termes de personnel, membres de l'équipe et collègues. De plus, il s'avère difficile de comprendre la position qu'elles adoptent dans une équipe. Bref, c'est un livre intéressant pour s'initier au leadership, mais qui peut en laisser quelques-uns sur leur faim, car l'accent est mis sur le leadership dans un système de santé traditionnel et avec les lunettes des infirmières.

Jill Barr est responsable d'un programme de pratiques communautaires et chargée d'enseignement à l'Université de Wolverhampton, en Angleterre. Elle a une formation d'infirmière, de sage-femme et d'intervenante à domicile.

Lesley Dowding est chargée d'enseignement à l'Université de Coventry et consultante à ARC Learning LTD. Elle a une formation d'infirmière et de sage-femme.

RÉFÉRENCES

- Barr, J., et Dowding, L. (2016). *Leadership in health care* (3^e éd.). Londres, Angleterre : Sage publications.
- Jasper, M. (2011). Experience of leadership through reflection within Carper's fundamental ways of knowing in nursing. *Journal of Nursing and Management*, 19(4), 419-420.
- St-Arnaud, Y. (2008). *Les petits groupes. Participation et animation*. Montréal, QC : Gaétan Morin éditeur.



**LES DIX ANS DU CONGRÈS *ERGOTHÉRAPIE : TOUS AZIMUTS*, À
BRUXELLES, LE 18 NOVEMBRE 2017.
EXPÉRIENCES DE 4 ÉTUDIANTS**

Laura Passaro¹, Alexia Lançon², Kyllian Ouarab³, Camille Louault⁴

¹ *Étudiante en ergothérapie, 2^e année, Collège d'Ergothérapie de Bruxelles - CEBXL*

² *Étudiante en ergothérapie, 2^e année, Haute École de Louvain en Hainaut - HELHA*

³ *Étudiant en ergothérapie, 2^e année, Haute École de Louvain en Hainaut - HELHA*

⁴ *Étudiante en ergothérapie, 2^e année, Haute École de Louvain en Hainaut - HELHA*

Adresse de contact : Passarolaura1994@gmail.com

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.v4n1.106

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



Cette année, les ergothérapeutes francophones ont pu assister à un événement scientifique intitulé : « Ergothérapie Tous Azimuts » le 18 novembre 2017 à l'Hôpital Érasme, à Bruxelles. C'était le 10^e anniversaire de ce congrès francophone, qui se déroule tous les deux ans. Près de trois cents professionnels et étudiants impliqués dans divers domaines de l'ergothérapie y ont participé. L'Hôpital Érasme est une institution académique bruxelloise, qui offre des soins à la population tout en ayant une mission d'enseignement et de recherche. C'était un lieu idéal pour ce projet. Au cours de la journée, une invitation fut faite pour la rédaction de la chronique « J'ai vu pour vous » de la *RFRE* et quatre étudiants en ergothérapie ont accepté de relever le défi pour une première publication.

Différentes thématiques ont été abordées. D'abord, deux séances plénières ont permis d'explorer les différentes étapes de l'écriture d'articles scientifiques et de réfléchir sur la possibilité d'un futur master en ergothérapie en Belgique francophone. À travers divers modules présentés en parallèle, les participants ont pu s'informer en fonction de leurs besoins et intérêts. Les différentes présentations peuvent être consultées au lien suivant : www.erasme.ulb.ac.be/fr/articles/actes-du-congres-d-ergotherapie-factuelle-tous-azimuts.

Plusieurs stands, animés par des représentants de diverses compagnies, étaient accessibles. Ils proposaient une variété d'aides techniques et d'aménagements à domicile. Ils mettaient l'accent sur les situations écologiques et des nouveautés en ce qui a trait à l'aide à la personne. Une démonstration d'une neuro-orthèse (un gant neurobionique) a été une découverte. Comme étudiants, la visite des stands fut une occasion d'approfondissement.

Deux séances plénières

Dans la première séance plénière, animée par Philippe Meeus, professeur en ergothérapie au Collège d'ergothérapie de Bruxelles, a abordé les débuts du métier d'ergothérapeute dans les années 1980. Il a ensuite évoqué l'intérêt de la création d'un master francophone en ergothérapie en Belgique. Selon lui, ce master favoriserait la reconnaissance de la profession et permettrait aux ergothérapeutes de documenter les retombées de leurs interventions et d'élargir leurs implications dans les soins.

La seconde séance plénière a abordé le thème de l'écriture en ergothérapie. Sylvie Tétreault, professeure à la Haute École spécialisée de Suisse occidentale, a souligné le peu d'écrits scientifiques francophones disponibles en ergothérapie. Elle a précisé combien l'écriture était un atout pour faire évoluer la profession. Son discours s'inscrivait dans la continuité d'une problématique énoncée par le professeur Meeus concernant le « pouvoir de l'écriture ». Les écrits francophones en ergothérapie peuvent devenir un vecteur favorisant la reconnaissance de cette profession et le développement de programmes de recherche et d'études universitaires aux cycles supérieurs. La conférencière a encouragé les ergothérapeutes à communiquer, à écrire et s'associer pour consolider la recherche.

Plusieurs ateliers

Module neurologie

Le premier atelier de la journée portait sur la neurologie et a été présenté par Pascale Doucet, logopède indépendante, qui s'intéresse à la rééducation sur tablette iPad pour rendre le patient acteur de sa rééducation. La tablette est une technologie multifonction, facile d'utilisation, qui permet à la personne de réaliser de nombreuses activités. La conférencière a souligné que pour chaque personne, une application de communication existe. Par exemple, l'application *Go Talk Now* permet aux utilisateurs de s'exprimer plus facilement. Néanmoins, elle a attiré l'attention sur l'importance de respecter six principes concernant la relation Technologie-Communication.

Chloé Sauvage, de l'Université libre de Bruxelles (ULB) Érasme, a ensuite parlé de l'imagerie et de l'observation motrice. Elles se définissent comme une représentation intérieure imaginée et une vision externe d'un acte moteur, qui se créent sans aucune sortie motrice correspondante. Cette thématique, fort intéressante, est un bon complément à la formation initiale en ergothérapie. Les participants ont pu voir que le mouvement lent permet d'activer des réseaux cognitifs, ainsi que de retrouver le geste. L'imagerie motrice facilite l'apprentissage et permet de réaliser le geste imaginé. C'est un outil fort prometteur.

Par la suite, Amandine Gaujac, ergothérapeute à l'ULB Érasme, a proposé une nouvelle vision de la pratique en ergothérapie grâce à l'instrument *Profil du Loisir*. Pour elle, le loisir est une composante importante du quotidien de l'être humain. Il contribue à son épanouissement et à sa santé. Or, peu d'outils d'évaluation des loisirs semblent disponibles, ce qui encourage l'utilisation de l'instrument du *Profil du Loisir*.

La conférence de Hélène Jegat, ergothérapeute à Rennes, portait sur les effets d'un atelier de rééducation en groupe lors de la prise en charge du membre supérieur chez la personne cérébrolésée en phase précoce. Cet atelier propose des séances supplémentaires. Selon les écrits scientifiques, il est préférable pour favoriser la récupération motrice d'augmenter la fréquence des séances, d'offrir des activités en groupe, de réaliser davantage d'activités bimanuelles et de répéter les tâches. De plus, la précocité de la prise en charge aide la récupération. Ainsi, ces recommandations thérapeutiques semblent propices à une rééducation plus complète.

Module pédiatrie

Un atelier portait sur les interventions auprès des enfants. Dominique Holvoet, professeur à la Haute École Léonard de Vinci, y a abordé la place de l'ergothérapeute dans l'enseignement inclusif. Il s'agit de faciliter l'inclusion des enfants présentant des difficultés d'apprentissage dans l'enseignement scolaire standard ou régulier. Cette orientation se base sur l'équité entre les élèves et la possibilité qu'ils puissent suivre la scolarité désirée. Dominique Holvoet notait que « l'école est dans l'obligation de mettre des aménagements rationnels afin d'aider à diminuer les écarts entre les élèves ». Malgré cela, elle constatait souvent un refus des institutions d'agir dans ce sens. Ensuite, elle a présenté les différentes interventions de l'ergothérapeute dans le milieu scolaire, plus précisément la mise en place du modèle P4C (*Partnering for Challenge*). Il concerne

les enfants à besoins spécifiques, pour qui l'apprentissage pose souvent un réel problème. Dans ce modèle, l'ergothérapeute travaille avec l'élève en collaboration avec l'enseignant et les parents dans le « contexte de la classe ». L'objectif est de proposer des moyens de soutien et des solutions afin que l'enfant puisse poursuivre sa scolarité à l'école ordinaire. La conférencière a souligné la nécessité de sensibiliser l'enseignant et les autres élèves aux besoins particuliers de l'enfant. L'ergothérapeute intervenant dans le milieu scolaire semblerait être « le chaînon manquant ». D'autres exemples concernant les interventions ergothérapeutiques dans l'enseignement spécialisé ont été développés par Natalie Lacroix et Audrey Van Michel, maitres assistantes à la Haute École de la province de Liège (HEPL) ainsi qu'Anne Weicker, professeur invité à la HEPL. Puis, l'accompagnement et l'aide à l'intégration scolaire ont été abordés par Maude Leblanc et Mégane Robert, ergothérapeutes du service d'accompagnement à RéCI-Bruxelles.

Module psychiatrie

Concernant la santé mentale, un atelier a débuté par une conférence de Julie Desrosiers, de la Haute École spécialisée de Suisse occidentale. Elle s'est penchée sur plusieurs thématiques, notamment sur le rôle de l'ergothérapeute en santé mentale. Elle a évoqué les modalités de la lecture d'un texte scientifique, acte au cours duquel il importe de pouvoir se référer à des sources reconnues et de lire l'article en se questionnant sur sa crédibilité. En effet, chaque texte correspond à un contexte et par rapport à celui-ci, il y a un traitement de soin « en vogue ». Lorsqu'on se réfère à un texte, il faut donc s'assurer que l'idée traitée n'est pas obsolète compte tenu de la situation actuelle, afin que les praticiens puissent l'intégrer à leur pratique. Ensuite, l'approche thérapeutique sélectionnée doit être pertinente. L'ergothérapeute doit s'adapter aux besoins du patient afin de lui proposer des mises en situation qui sont significatives pour lui. Un des principaux facteurs de progression est la motivation. Pour la favoriser, l'ergothérapeute doit mettre à jour ses connaissances professionnelles ainsi que les informations qu'il possède sur le patient. Cette façon de faire permet de suggérer des activités qui feront écho à ses centres d'intérêt, tout en restant cohérent relativement aux capacités actuelles, et qui aideront le patient à retrouver son identité personnelle au travers de leur réalisation. Pour terminer, Julie Desrosiers notait que la réinsertion d'un individu présentant un trouble psychiatrique nécessite que son environnement social soit sensibilisé, afin que les personnes qui le composent puissent s'adapter et participer à son bien-être et à son épanouissement. Cela permet de réduire l'isolement social pour ces personnes qui ont du mal à trouver leur place dans la société.

Ensuite, Nicolas Simao, Adrien Tcherepachin et Joëlle Nizet, ergothérapeutes de l'équipe INUK, ont précisé l'apport de l'ergothérapeute au sein d'une équipe mobile. Celle-ci intervient à domicile lors de situations aiguës et subaiguës ainsi que pour des personnes ayant des difficultés psychiatriques chroniques. L'équipe mobile offre des soins en santé mentale au domicile et adaptés à la personne. L'ergothérapie vise la réadaptation sociale par la mobilisation et l'organisation des habiletés du patient. Les conférenciers se sont intéressés aux liens entre les différents réseaux de la personne, afin d'identifier ceux qui sont fragilisés par la maladie mentale, puis de tenter de les restaurer avec la collaboration de l'individu.

Module gériatrie

L'atelier portant sur les interventions auprès des personnes âgées a commencé par la présentation de Patrick Fery de l'ULB Érasme sur les procédures soutenant l'apprentissage dans le vieillissement normal et pathologique. Le conférencier a évoqué divers moyens favorisant l'apprentissage, soit la procédure permettant à une information d'être acquise et maintenue (memoriser). À partir d'une recherche dans les écrits scientifiques, il a expliqué des astuces qui aident l'apprentissage et atténuent l'effet du vieillissement sur ce dernier. Il a illustré ensuite des techniques de rééducation cognitive, comme la récupération espacée, l'apprentissage sans erreur et la facilitation de la consolidation par élimination de l'interférence.

L'application de la technique de récupération espacée en ergothérapie a été abordée par Grégoire Carlier, ergothérapeute de l'Hôpital Érasme. Un bref rappel des maladies neurodégénératives et maladies apparentées majoritairement connues a été fait, suivi d'une explication de la « récupération espacée ». Cette dernière permet en quelques étapes de maintenir les capacités cognitives encore présentes chez la personne âgée. La récupération espacée est un outil destiné à compenser les troubles mnésiques chez les personnes atteintes de démence et permet de garder en mémoire une information. Le conférencier a exposé comment utiliser cette technique en déterminant les situations de handicap qui seraient dues à un problème de mémoire épisodique, en tenant compte de la satisfaction de la personne et du proche aidant. Cette technique doit également tenir compte du caractère fréquent et routinier de l'habitude de vie pour le patient.

Une autre conférence, donnée par Françoise Lekeu et Catherine Olivier (Université de Liège), avait pour thème « L'évaluation des activités de la vie quotidienne : vers des questionnaires plus sensibles ? ». Pour ces conférencières, l'échelle IADL (Échelle d'activités instrumentales de la vie courante) semble fort pertinente en ergothérapie, car elle permet de documenter autant qualitativement que quantitativement les obstacles propres à la personne et liés à ses activités quotidiennes, plus précisément à toutes ses sous-activités. Dans une volonté d'accroître la situation écologique et l'efficacité de la rééducation, ont-elles souligné, il importe de coupler les données provenant de cette échelle avec celles de l'outil d'évaluation *Profinteg*.

Clôture de la journée

Pour finir, Marc-Éric Guisset, président de l'Union professionnelle, et Stéphane Camut, responsable pédagogique du Collège d'ergothérapie de Bruxelles, ont présenté l'actualité en ergothérapie : la profession d'ergothérapie est en plein essor avec un grand potentiel d'utilité. Néanmoins, le développement et la mise en place en Belgique d'un master francophone en ergothérapie sont encore loin d'être obtenus de par la méconnaissance du métier par nos politiques ou encore par les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

« Ayez confiance en vos compétences, écrivez, arrêtez d'être humbles et affirmez-vous auprès des autres professionnels médicaux » (M. Guisset).

Le prochain colloque « Ergothérapie Tous Azimuts » se déroulera en novembre 2019. C'est un rendez-vous pour les ergothérapeutes de la francophonie !