

# Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie



[www.rfre.org](http://www.rfre.org)

ISSN : 2297-0533

Avec le soutien de





## OSER

*Qui n'ose rien, n'a rien ; qui se donne les moyens de réussir, obtient.*  
Marie du Deffand, *Maximes et pensées* (1780)

Oser innover ! Oser vouloir une revue scientifique entièrement en français ! Oser offrir gratuitement le libre accès à ces savoirs ! Oser parier sur une approche internationale, collaborative et ouverte. Voilà quelques éléments qui qualifient bien cette nouvelle revue ! En effet, vous avez sous les yeux la première édition de la **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** (RFRE) en ligne.

RFRE est le fruit d'un travail acharné, qui a été mené par des personnes déterminées et enthousiastes, et le soutien de plusieurs associations professionnelles. Ce projet ambitieux permet d'envisager le début d'un temps nouveau pour les lecteurs francophones qui s'intéressent à la recherche en ergothérapie, débutants ou confirmés. Qu'importe votre pays, votre milieu de travail, vos moyens, vous devriez trouver des connaissances qui correspondent à vos besoins dans la RFRE. Ce premier numéro se veut au plus proche des questionnements actuels des ergothérapeutes francophones. Il propose un contenu varié. Il comporte des textes à propos de l'impact des ressources disponibles sur le raisonnement clinique, de l'effet de l'activité physique sur les symptômes dépressifs chez les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral et de l'utilisation des instruments de mesure par les ergothérapeutes. Il présente également de courtes présentations d'ouvrage paru récemment.

Suite à cette première édition, nous vous invitons à nous faire part de vos attentes, de vos idées et de vos suggestions en écrivant au comité éditorial de la revue ([comite@rfre.org](mailto:comite@rfre.org)), en échangeant sur notre page Facebook ([RFRErgo](https://www.facebook.com/RFRErgo)) ou en laissant directement un mot sur le site de la revue. RFRE désire offrir un espace d'échanges et de réflexions à la communauté francophone autour de la recherche en ergothérapie.

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

RFRE est une revue virtuelle, sans frontière, collégiale et gratuite. Elle donne accès à une diversité d'études scientifiques originales, ainsi qu'à leurs auteurs. Elle cible autant les étudiants, les ergothérapeutes, les autres professionnels que les enseignants. Cette revue est la vôtre et c'est grâce à votre contribution (comme lecteur, auteur, évaluateur) qu'elle pourra vivre et évoluer.

Toute l'équipe de rédaction souhaite que ce premier numéro puisse être diffusé au plus grand nombre possible. Une contamination scientifique est désirée... Parlez-en ! Discutez-en ! Invitez vos amis, vos collègues ou toutes personnes ayant un intérêt à prendre connaissance de cette revue. Pour se tenir au courant, c'est très simple, il suffit d'aller sur le site de la revue et de s'inscrire.

Longue vie à la RFRE et bonne lecture !

Cynthia Engels (France), Nicolas Kühne (Suisse), Anne Ledoux (Belgique)  
et Sylvie Tétreault (Canada)



## INFLUENCE DES RESSOURCES DISPONIBLES SUR LE RAISONNEMENT CLINIQUE : QUELLES PREUVES SCIENTIFIQUES ? RÉSULTATS D'UNE RECENSION ÉLARGIE

Annie Carrier<sup>1</sup>, Chantal Morin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MSc, LLM, BA (psy), ergothérapeute, candidate au doctorat en sciences cliniques à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et au Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, et chargée de cours, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, 3001, 12<sup>e</sup> Avenue Nord Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4.

<sup>2</sup> MSc, DO, erg., candidate au doctorat en sciences cliniques à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et au Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, et chargée de cours, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Canada

Adresse de contact : [annie.carrier@sherbrooke.ca](mailto:annie.carrier@sherbrooke.ca)

Reçu le : 16.12.2013 – Accepté le 07.11.2014

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



## RÉSUMÉ

**Introduction.** Le manque de ressources est régulièrement ciblé comme la source des problèmes des systèmes de la santé, y compris en ergothérapie. Pourtant, l'ajout de ressources ne se traduit pas nécessairement par une satisfaction accrue des clients à l'égard des interventions. Puisque le choix de ces interventions repose sur le raisonnement clinique du professionnel, il importe de connaître les données probantes associant les ressources disponibles et le raisonnement clinique.

**Objectif.** Explorer le lien entre ressources disponibles et raisonnement clinique.

**Méthodes.** Les écrits scientifiques de 1980 à 2011 ont été recensés à l'intérieur de 14 banques de données. Les stratégies de recension, validées par deux documentalistes, ont inclus notamment la recherche manuelle de la bibliographie des articles retenus. À l'aide de grilles, chaque écrit retenu a été évalué par deux personnes en regard du type et de la qualité de la méthodologie utilisée. Les scores obtenus ont été combinés en une cote de niveau de preuve scientifique. Les écrits ont ensuite été analysés qualitativement et synthétisés.

**Résultats.** Le lien entre ressources disponibles et raisonnement clinique apparaît rarement étudié : les écrits scientifiques recensés sont peu nombreux (n=8), parcellaires et de faible niveau de preuve. Un lien semble exister entre ressources disponibles et raisonnement clinique mais une association positive et linéaire est impossible à établir pour le moment.

**Conclusion.** Une meilleure compréhension du lien entre ressources disponibles et raisonnement clinique pourrait avoir un impact considérable sur les choix en matière d'allocation des ressources en santé, y compris en ergothérapie.

## MOTS-CLÉS

Services de santé, Ressources en santé, Pensée (activité mentale), Connaissance, Revue de littérature, Étude de portée

## IMPACT OF AVAILABLE HEALTHCARE RESOURCES ON CLINICAL REASONING: WHAT SCIENTIFIC EVIDENCE?

### ABSTRACT

**Introduction.** Limited resources are frequently identified as the source of the healthcare system current problems, including in occupational therapy. However, increased healthcare resources do not result into an increase in clients' satisfaction in regards to interventions. Since choice of interventions is determined by health professionals' clinical reasoning, it is important to know more about the association between resources and clinical reasoning.

**Objective.** Explore the link between available resources and clinical reasoning.

**Methods.** A scoping review of the scientific literature from 1980 to 2011 was undertaken. Fourteen databases were searched using a strategy approved by two information scientists that included a manual search of bibliographies and health related websites. Using charts, each document was evaluated by two persons regarding type and quality of the methods used. Scores were combined into a grade of scientific evidence. Documents were then qualitatively analyzed and synthesized.

**Results.** The link between available resources and clinical reasoning appears to be seldom studied: documents were sparse ( $n=8$ ), fragmented and of low scientific evidence. A link appears to exist between available resources and clinical reasoning but, as of yet, it is not possible to establish a positive and linear association.

**Conclusions.** A better understanding of the link between available resources and clinical reasoning could have a significant impact on choices made regarding health resources allocation, namely in occupational therapy.

### KEYWORDS

Health services, Health resources, Thinking, Knowledge, Review, Scoping study

## INTRODUCTION

Quel que soit le modèle précis d'organisation des services, le manque de ressources est régulièrement ciblé comme la source des problèmes récurrents du système de santé dans plusieurs pays tels que le Canada (Facal, 2006), la France et les pays d'Afrique et du Moyen-Orient (Dhaene, 2011). Plusieurs écrits scientifiques, y compris en ergothérapie, utilisent l'inadéquation entre demandes de services et ressources pour y répondre pour justifier l'investigation de ces problèmes récurrents, tels que : les conditions de travail sous-optimales et la difficulté à assurer la sécurité des clients (Ebright, Patterson, Chalko et Render, 2003); la satisfaction inadéquate des besoins des clients (Tousignant, Dubuc, Hébert et Coulombe, 2006); l'accessibilité restreinte aux services (Dhaene, 2011; Quick, Harman, Morgan et Stagnitti, 2010), la qualité (Dhaene, 2011; Mazer, Feldman, Majnemer, Gosselin et Kehayia, 2006), la quantité (Cotelleso, Mazer et Majnemer, 2009) et le type (Cotelleso *et al.*, 2009; Quick *et al.*, 2010) discutable de services reçus. D'ailleurs, afin de maintenir ou d'améliorer la qualité des services, l'ajout de ressources demeure largement revendiqué (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2004; 2005; Synergo, 2008; Townsend, von Zweck, Baptiste, Krupa, Picard et Trudel, 2007).

Pourtant, l'injection de ressources dans le système de santé ne se traduit pas en une amélioration proportionnelle de l'accès aux services ou de leur qualité (Brunet-Jailly, 2011) ou encore, de la santé de la population (Pineault et Daveluy, 1995). Certaines études québécoises et ontariennes récentes (Lamarche, Pineault, Gauthier, Hamel et Haggerty, 2011; Lamarche, Pineault, Haggerty, Hamel, Lévesque et Gauthier, 2010; Russell, Dahrouge, Tuna, Hogg, Geneau et Gebremichael, 2010) soutiennent que d'autres facteurs, tel le mode d'organisation des services (Lamarche *et al.*, 2010), auraient davantage d'impacts positifs auprès de la clientèle que la quantité et la variété des ressources disponibles. En fait, des ressources accrues n'équivaleraient pas nécessairement à une meilleure offre de services (Russell *et al.*, 2010) ou à une augmentation de la satisfaction de la clientèle (Lamarche *et al.*, 2010). L'ajout de ressources pourrait même nuire à l'appréciation des interventions de santé (Lamarche *et al.*, 2011).

Le choix des interventions du professionnel de la santé relève de son raisonnement clinique (RC) (Higgs et Jones, 2008). Le RC est décrit comme « le processus que les cliniciens utilisent pour planifier, implanter, réaliser et réfléchir sur les soins au client » (Schell, 2009, p. 314, traduction libre). Un RC optimal contribuerait à l'efficacité, à l'efficience et à la qualité des interventions de santé (Higgs et Jones, 2008). Or, si l'appréciation des interventions de santé par les clients, une source d'évaluation de la qualité (Donabedian, 1980), n'est effectivement pas liée à la disponibilité des ressources (Lamarche *et al.*, 2011), qu'en est-il du RC menant au choix de ces interventions ? Le fait d'avoir plus de ressources serait-il lié à un « meilleur » RC ? Répondre à cette question pourrait influencer considérablement les choix en matière d'allocation des ressources dans plusieurs systèmes de santé. Par exemple, au Québec, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont dorénavant une obligation légale d'identifier les besoins de leur population et d'y répondre (Loi sur les services de santé

et les services sociaux [LSSSS] art. 99.3 et 99.5). Il apparaît donc pertinent d'explorer les données probantes soutenant un lien entre les ressources disponibles et l'utilisation d'un RC optimal.

Afin de répondre à cet objectif, les concepts-clés ont tout d'abord été définis (cf. tableau 1). Contrairement au concept de ressources disponibles, le RC optimal n'est pas clairement conceptualisé dans les écrits scientifiques. Ainsi, le modèle d'inspiration psycho-cognitiviste de Carrier et collaborateurs (2010) a été utilisé pour cibler les éléments constitutifs du RC optimal. Ensuite, ces éléments ont été précisés en consultant certains auteurs importants du domaine (p. ex. : Higgs et Jones, 2008; Schell, 2009). Dans la présente étude, le RC optimal renvoie à la mobilisation de processus cognitifs variés, rapides et de qualité, de savoirs variés et utiles et de la métacognition.

**Tableau 1. Définition des concepts**

Concept	Définition
Donnée probante	Tout écrit (études quantitative ou qualitative, recension des écrits, article d'opinion) issu d'une publication révisée par les pairs; Qualité évaluée par présence de consensus (Frank, 2007) et rigueur méthodologique (Harbour et Miller, 2001).
Ressources disponibles	Quantité et variété des ressources mobilisées et utilisées pour produire les services de santé (Lamarche <i>et al.</i> , 2003); Peuvent être humaines, financières, ou matérielles (Lussier, 1990).
RC optimal	Meilleur RC possible impliquant trois éléments centraux : 1) les processus cognitifs (Schell, 2009), à savoir la résolution de problème (perception du problème, recherche d'indices, formulation du problème et formulation des solutions possibles) et la prise de décision (Lindsay et Norman, 1980) ; 2) les savoirs (Higgs et Jones, 2008); c'est-à-dire les connaissances issues de la formation universitaire et continue et des expériences professionnelles et personnelles (Higgs et Jones, 2008; Higgs, Jones et Titchen, 2008) et 3) la métacognition (Higgs et Jones, 2008; Schell, 2009), à savoir la réflexion sur ses propres processus cognitifs (Carr et Shotwell, 2008). Caractéristiques du RC optimal pour chaque élément central : 1) stratégies cognitives variées pour résoudre le problème, dont la reconnaissance de configuration; vitesse accrue et meilleure qualité des prises de décision (moins d'erreurs; Jensen, Resnik et Haddad, 2008) ; 2) connaissances variées et pratiques (Higgs, Jones et Titchen, 2008) ; 3) composante essentielle de la pratique réflexive qui contribue à consolider les savoirs (Higgs et Jones, 2008), améliorer l'expertise (Jensen <i>et al.</i> , 2008) et optimiser le RC (Higgs et Jones, 2008).

## MÉTHODES

La question de départ était : quelles sont les données probantes qui soutiennent une association positive et linéaire entre les ressources disponibles et l'utilisation

d'un RC optimal par le professionnel de la santé ? Pour y répondre et afin de couvrir un large spectre de données probantes, une recension élargie des écrits (étude de portée ou *scoping study*; Arksey et O'Malley, 2005) de janvier 1980 à octobre 2011 a été réalisée par l'auteure principale. La stratégie utilisée a été validée par deux documentalistes, un en sciences de la santé et un en sciences juridiques et administratives. La question des ressources et de leur influence sur le professionnel de la santé pouvant être abordée tant par les juristes que les chercheurs en sciences de la santé, l'inclusion des bases de données juridiques apparaissait judicieuse, voire essentielle, pour recenser un large éventail d'écrits pertinents. Ainsi, 14 banques de données en sciences de la santé et en sciences juridiques et administratives, ont été consultées en utilisant des mots-clés adaptés à chacune afin d'optimiser la recherche (cf. tableau 2). La recherche manuelle de la bibliographie des articles retenus et des sites internet gouvernementaux et paragouvernementaux québécois reliés au domaine de la santé a également fait partie des techniques de recension. Les sites internet ciblés étaient ceux les plus susceptibles de présenter des articles répondant aux critères d'inclusion (voir plus bas). Les sites consultés sont : le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, le Collège des médecins du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'Ordre de la physiothérapie du Québec.

**Tableau 2. Banques de données et mots-clés utilisés pour ratisser un champ étendu d'écrits**

	Sciences de la santé	Sciences juridiques et administratives
Banques de données	Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews, CINAHL, Allied & Complementary Medicine Database (AMED), Scopus, Academic Search Complete, MANTIS	Sciences juridiques : Quicklaw, Droit civil en ligne, Azimut, LegalTrac, HeinOnline Sciences administratives : HealthStar
Mots-clés <sup>a</sup>	Étape 1 : [organisational/organizational factor(s) OR legal factor(s) OR institutional dimension OR human resources OR material resources OR financial resources] AND [health] AND [health care organization/organisation OR health care professionals] Étape 2 : AND [clinical reasoning OR professional reasoning OR clinical thinking OR problem solving OR decision making OR professional practice OR knowledge OR espoused theory OR formal theory OR metaskills OR metacognition]	[contexte ET pratique ET (organisation OU ressources)] OU [déontologie ET professionnels de la santé] OU [droit de la santé ET (établissements de santé OU professionnels de la santé)] <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Pour optimiser l'obtention de résultats, les mots-clés ont variés selon la spécificité de chaque banque de données

<sup>b</sup> Traduction française des mots-clés

Les titres et, lorsque disponibles, les résumés ont premièrement été examinés. Tout écrit, c'est-à-dire étude quantitative ou qualitative, recension des écrits, ou article d'opinion, de langue française, anglaise, ou italienne, qui : 1) avait été publié dans une revue révisée par les pairs ; 2) portait sur le RC de professionnels de la santé et 3)

s'intéressait spécifiquement ou partiellement au lien entre les deux concepts d'intérêt, soit les ressources disponibles et le RC optimal, était retenu pour une lecture plus approfondie. Les articles étaient exclus s'ils avaient pour objectifs : 1) de valider un instrument pour documenter les ressources disponibles ; 2) d'offrir un guide de pratique ou des lignes directrices en regard d'une intervention spécifique ; 3) de rapporter des actes de congrès ou 4) de discuter de l'influence des ressources sur des éléments non directement reliés au RC.

Chaque écrit retenu a d'abord été synthétisé à l'aide d'une grille (voir annexe 1 pour une version abrégée, présentée sous forme de tableau). Puisque la méthode des recensions élargies ne permet pas d'évaluer la qualité des preuves scientifiques (Arksey et O'Malley, 2005) et considérant la question de départ de la présente étude, le cadre d'analyse des niveaux de preuve de Harbour et Miller (2001) a été choisi. De tels cadres d'analyse ont déjà été utilisés pour d'autres études de type recension élargie (par exemple : Anderson, Allen, Peckham et Goodwin, 2008; McColl, Aiken, McColl, Sakakibara et Smith, 2012). Ainsi, chaque écrit retenu a été évalué en regard de deux catégories, c'est-à-dire le type et la qualité de la méthode utilisée. Le score Type d'étude a été déterminé selon des critères adaptés de Harbour et Miller (2001; cf. tableau 3). Selon que l'étude soit quantitative (grille 1), ou qualitative ou une recension des écrits (grille 2), la qualité des études a été évaluée à l'aide d'une des deux grilles basées sur les recommandations de : 1) Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch et Westmorland (1998)<sup>1</sup> ou ; 2) Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch et Westmorland (2007)<sup>2</sup>. Les scores des deux catégories (type et qualité) ont été combinés en une cote de niveau de preuve scientifique (Harbour et Miller, 2001). Pour assurer une meilleure crédibilité des résultats, le processus d'évaluation a d'abord été répété, puis, validé par la deuxième auteure.

**Tableau 3. Score relatif au type d'étude**

Type d'étude	Score
Revue systématique ou méta-analyse d'essais cliniques randomisés ou d'études expérimentales	1
Essai clinique randomisé ou étude expérimentale	2
Essai clinique non randomisé ou étude quasi expérimentale	3
Études observationnelles (longitudinales)	4
Études non expérimentales : études transversales, études qualitatives, recension des écrits avec méthodologie reconnue (p. ex. : <i>scoping study</i> )	5
Recension des écrits sans méthodologie reconnue, opinion d'experts	6

Adapté de la grille de Harbour et Miller, 2001

<sup>1</sup> Catégories de la grille 1 : A Pertinence et cohérence des choix méthodologiques; B Validité interne : puissance statistique; C Validité externe : population à l'étude; D Validité externe : type d'échantillonnage.

<sup>2</sup> Catégories de la grille 2 : A Pertinence et cohérence des choix méthodologiques (avec les objectifs visés par l'étude et le devis choisi); B Crédibilité; C Transférabilité; D Fiabilité.

Ensuite, guidé par les définitions des deux concepts d'intérêt (ressources disponibles et RC optimal), les résultats des écrits ont été catégorisés (Axe 1 : Quantité et Variété des ressources financières, humaines, et matérielles; Axe 2 : Processus cognitifs : variété des stratégies de résolution de problème; vitesse et qualité de la décision; Savoir : variété et utilité des connaissances; Métacognition : utilisation), analysés qualitativement (van de Tulder, Furlan, Bombardier, Butter et Editorial Board of the Cochrane collaboration back review group, 2003) et synthétisés (Harbour et Miller, 2001).

## RÉSULTATS

### Synthèse des données probantes

La stratégie de recherche dans les banques de données a permis d'identifier 175 documents. Selon l'information contenue dans le titre ou le résumé, 50 ont été retenus pour lecture. Vingt-sept documents supplémentaires ont été ciblés à l'aide des stratégies de recherche élargies. Basé sur leur pertinence, huit (10,4%; tableau 4) de ces 77 écrits ont été analysés. Aucune étude n'appréhende directement, dans son ensemble, le lien entre ressources disponibles et RC optimal. En effet, les écrits s'intéressent à un élément de chacun des concepts (par exemple, les ressources humaines et les processus cognitifs), tout en considérant d'autres variables non reliées aux ressources disponibles (par exemple, les caractéristiques du client). Par ailleurs, aucun écrit ne portait sur la métacognition. Les écrits analysés sont, en ordre de fréquence absolue, des études qualitatives (n=4), transversales (n=2) et des recensions des écrits (n=2). La première recension (Johnston et Grimmer-Somers, 2010) comprenait 31 études de méthodologies diverses (revues systématiques, essais cliniques randomisés, études qualitatives). Pour sa part, la seconde recension (Grime, 1990) comptait 12 documents théoriques ou empiriques (méthodologie non spécifiée). Ainsi, les huit écrits analysés ont obtenu un score Type d'étude variant entre 5 et 6 et, au niveau de la qualité méthodologique, un score moyen de 2,06 [1,25 à 2,75].

**Tableau 4. Niveau de preuve des écrits scientifiques (n=8)**

Écrits	Score Type d'études	Score Qualité <sup>a</sup>	Total	Niveau de preuve <sup>b</sup>
Bucknall (2003)	5	3,00	8,00	4
Ebright <i>et al.</i> (2003)	5	2,00	7,00	4
Forrest <i>et al.</i> (2006)	5	1,75	6,75	3
Freeman <i>et al.</i> (2009)	5	1,25	6,25	3
Geneau <i>et al.</i> (2008)	5	1,75	6,75	3
Grime (1990)	6	2,75	8,75	4
Hébert, Maheux et Potvin (2002)	5	1,25	6,25	3
Johnston et Grimmer-Somers (2010)	6	2,75	8,75	4

<sup>a</sup> Le score Qualité (étendue possible : de 1 à 4) est le quotient du score total Qualité (étendue possible : de 4 à 16) et du nombre de catégories évaluées (n=4 pour les deux grilles).

<sup>b</sup> Le niveau de preuve est le quotient (arrondi) de la somme des scores Type d'étude et Qualité et du nombre de scores (n=2).

## Processus cognitifs

Parmi les écrits s'intéressant au lien entre ressources et processus cognitifs (n=7), seules la quantité de ressources, humaines ou matérielles (axe 1), et le processus de prise de décision ont été étudiés. Ainsi, la variété des stratégies de résolution de problème n'a pas été touchée. Bien qu'aucun écrit n'ait évalué formellement la qualité du processus de prise de décision (axe 2, processus cognitifs; par exemple, via le pourcentage d'erreurs), des informations pertinentes sur la prise de décision, telles que sa nature (adresser à un autre professionnel de la santé ou pas, prendre en charge ou pas), son moment et sa fréquence, ont pu être colligées. La rapidité de la prise de décision du professionnel (axe 2, processus cognitifs) a aussi été abordée.

Au regard de la nature de la prise de décision, la direction du lien entre cette dernière et la disponibilité des ressources humaines semble tributaire, entre autres, du type de ressources humaines disponibles. En effet, Forrest et collaborateurs (2006) ont identifié 20 variables relatives au médecin, au patient et au contexte, associées à la décision d'un médecin omnipraticien d'adresser un cas non complexe à un médecin spécialiste. Parmi ces 20 variables, on retrouve la disponibilité d'un médecin spécialiste (ressource humaine; Rapport de cotes [RdC] 0,44; Intervalle de confiance [IC] [0,25–0,78]) et l'indisponibilité d'autres professionnels de la santé (ressource humaine; RdC 1,82; IC [1,22–2,72]). Selon la recension des écrits réalisée par Johnston et Grimmer-Somers (2010), la quantité moindre de ressources humaines en physiothérapie influencerait la décision du médecin de ne pas orienter un client vers un programme de réadaptation pulmonaire. Une autre recension (Grime, 1990) souligne que la décision de l'ergothérapeute relative à la prise en charge d'un nouveau client est modulée par la quantité de ressources humaines en ergothérapie : moins de ressources se traduirait par moins de prise en charge. D'ailleurs, selon l'étude qualitative de Freeman et collaborateurs (2009), la quantité de ressources humaines disponibles dans leur milieu modulerait la prise de décision des ergothérapeutes lorsqu'ils cherchent à s'acquitter de leurs obligations professionnelles (p. ex. : issues de leur code de déontologie). La nature de leurs décisions serait liée à la recherche d'un équilibre entre les contraintes du milieu (ressources limitées) et leurs obligations (offrir un service professionnel de qualité). Pour leur part et selon l'étude qualitative d'Ebright et collaborateurs (2003), les infirmières prendraient des décisions de nature stratégique face à l'indisponibilité de ressources humaines ou matérielles au cours d'un quart de travail en soins aigus. Par exemple, en raison d'un manque de ressources, l'infirmière peut décider d'accumuler, plutôt que de prendre en charge, certaines de ses tâches pour y revenir plus tard.

Deux autres études qualitatives (Bucknall, 2003; Geneau, Lehoux, Pineault et Lamarche, 2008) renseignent sur le moment, la fréquence et la rapidité des décisions. Les médecins omnipraticiens des milieux ruraux, où les ressources humaines spécialisées sont moins disponibles, prendraient plus « tardivement » la décision d'en référer à un spécialiste, c'est-à-dire attendraient le moment où ils ont l'impression d'être à la limite de leurs habiletés (Geneau *et al.*, 2008). Également, ces médecins prendraient plus souvent la décision d'accepter de nouveaux clients, et ce, même si leur pratique fonctionne à pleine capacité. Dans les unités de soins intensifs, la disponibilité de certaines ressources matérielles (p. ex. : appareils de monitoring) augmenterait la fré-

quence et la rapidité des prises de décision des infirmières relativement à leurs interventions (Bucknall, 2003). Cette fréquence serait également accrue en raison du manque de ressources humaines lors d'un quart de travail.

En résumé, un certain consensus semble émerger quant à l'existence d'un lien entre la quantité de ressources disponibles (axe 1) et le processus de prise de décision (axe 2) de certains professionnels de la santé. Les ressources influenceraient la nature, le moment, la fréquence et la rapidité de la prise de décision. La relation entre les ressources disponibles (humaines) et les processus cognitifs (prise de décision) apparaît tributaire, en partie du moins, du type de ressources humaines (médecins et autres professionnels de la santé).

## Savoirs

Trois écrits parmi ceux recensés se sont attardés à documenter partiellement le lien entre les ressources disponibles et les savoirs du professionnel de la santé (axe 2, utilité et variété des connaissances). Deux angles d'analyse peuvent être tracés: 1) les connaissances nécessaires (utilité), et 2) le développement des connaissances (variété).

Tout d'abord, une seule étude (Bucknall, 2003), qualitative, s'est attardée aux connaissances nécessaires (utilité) en fonction des ressources disponibles. La présence de certaines ressources matérielles (p. ex. : appareils de monitoring) nécessitent des connaissances préalables à leur utilisation afin d'assurer des choix d'interventions rapides et efficaces par l'infirmière. Toujours pour accroître son efficacité lors de l'indisponibilité de ressources humaines (p. ex. : médecin de garde), une connaissance pratique des trajectoires habituelles de soins et des ordonnances médicales usuelles pour des pathologies particulières est essentielle.

Le deuxième angle d'analyse, l'influence de la quantité de ressources humaines disponibles sur le développement des connaissances (variété), est quant à lui abordé dans trois études. Le manque de ressources humaines peut être un obstacle à l'acquisition de nouvelles connaissances dans la pratique (Bucknall, 2003). Par exemple, les infirmières novices peuvent ne pas obtenir de réponses aux questions émergeant de leur pratique clinique en raison de l'indisponibilité d'infirmières expertes pour les accompagner. Par contre, ce manque de ressources serait un moteur pour l'acquisition de connaissances variées chez les médecins omnipraticiens (Geneau *et al.*, 2008). Chez les ergothérapeutes, la disponibilité des ressources humaines pourrait influencer le développement de certains types de théories d'usage. Une théorie d'usage est une forme de savoir développé au fil de la pratique clinique (Agyris et Schön, 1999). Selon Hébert et collaborateurs (2002), les ergothérapeutes auraient développé, principalement en raison du manque de ressources humaines, des théories d'usage restrictives qui iraient à l'encontre des théories formelles de la profession.

En résumé, peu d'écrits (n=3) se sont penchés sur le lien entre les ressources disponibles et les savoirs du professionnel. Leur faible nombre, combiné à leur angle d'analyse différent, rend ardu l'émergence d'un consensus.

## DISCUSSION

La quantité d'écrits recensés et leur niveau de preuve seront d'abord discutés, suivis des pistes de réflexion et d'exploration future soulevées par les résultats.

### Quantité des écrits et niveau de preuve

Les écrits recensés sont peu nombreux, parcellaires et présentent un faible niveau de preuve selon les critères post-positivistes de Harbour et Miller (2001). En considérant ces critères, le constat tiré est cohérent avec l'état peu développé des connaissances sur l'influence du contexte de pratique, incluant les ressources disponibles, sur le RC des professionnels de la santé (Carrier, Levasseur, Bédard et Desrosiers, 2010). Le lien entre ressources disponibles et RC optimal apparaît donc avoir été peu étudié jusqu'ici. Le faible nombre d'écrits et leurs résultats morcelés peuvent s'expliquer par la difficulté d'appréhender globalement un sujet aussi complexe et de l'opérationnaliser dans le cadre d'études quantitatives (Schell, Unsworth et Schell, 2008). Considérant cette difficulté d'opérationnalisation et le peu de connaissances disponibles, le nombre plus élevé d'études qualitatives (faible niveau de preuve selon Harbour et Miller, 2001) parmi les écrits recensés n'est pas étonnant. En effet, les méthodes qualitatives visent à explorer et à définir un processus peu connu en situation naturelle (Creswell, 2013). Les connaissances ainsi générées peuvent orienter l'élaboration d'études quantitatives en fournissant des pistes de réflexion et d'exploration.

### Pistes de réflexion et d'exploration

L'analyse réalisée cherchait à répondre à la question « Quelles sont les données probantes qui soutiennent une association positive et linéaire entre les ressources disponibles et l'utilisation d'un RC optimal par le professionnel de la santé? ». Quoique les résultats apparaissent intuitivement cohérents – par exemple, restreindre la référence à d'autres professionnels lorsque ces ressources sont peu disponibles –, ils ne nous permettent pas de répondre à la question de façon tranchée. Néanmoins, ils offrent des pistes de réflexion et d'exploration intéressantes tant pour les chercheurs que pour les gestionnaires et les cliniciens en ergothérapie. D'une part, les pistes de réflexion touchent deux des trois éléments du RC optimal (axe 2) : la qualité de la prise de décision et le développement de connaissances variées. D'autre part, les pistes d'exploration portent sur des éléments des concepts d'intérêt (ressources disponibles et RC optimal) qui n'ont pas été abordés dans les écrits analysés.

#### **Pistes de réflexion : qualité de prise de décision et développement de connaissances variées**

Nos résultats indiquent que l'utilisation de certaines ressources matérielles semble générer une augmentation de la fréquence et de la rapidité des prises de décision induisant un risque de surcharge cognitive. Or, la charge cognitive, à savoir la quantité d'activités mentales imposée à la mémoire de travail (Burgess, 2010), l'équivalent de la mémoire vive d'un ordinateur, influence la qualité de la prise de dé-

cision. En effet, une surcharge cognitive augmente le risque d'erreurs ou de qualité sous-optimale des interventions (Burgess, 2010). Ainsi, dans un contexte où les nouvelles technologies (de Jonge, Scherer et Rodger, 2007) et le souci de la qualité des services sont omniprésents, se questionner sur la charge cognitive des professionnels se révèle particulièrement pertinent.

Une autre piste de réflexion porte sur le développement des connaissances variées, essentielles au RC optimal. D'une part, l'indisponibilité de ressources humaines semble influencer ce développement de façon divergente selon que le professionnel soit infirmière (restriction) ou médecin omnipraticien (stimulant). Bien que cette divergence pourrait être une conséquence de la faible qualité d'une des études recensées (Bucknall, 2003, avec un score "Qualité" de 3), elle pourrait aussi s'expliquer par la culture professionnelle ou par des aspects organisationnels (Higgs, Fish et Rothwell, 2008). Si tel était le cas, mieux comprendre cette divergence faciliterait le soutien au développement des connaissances et, ainsi, l'optimisation du RC.

D'autre part, le manque de ressources humaines influerait sur le développement de certaines théories d'usage restrictives contraires aux théories formelles d'une profession. Les théories d'usage ont généralement un rôle positif : elles permettent au professionnel d'adapter ses connaissances (théories formelles) à la réalité de l'action concrète (Agyris et Schön, 1999), les transformant ainsi en connaissances pratiques (Higgs et Titchen, 2001) pouvant s'appliquer avec jugement et en fonction du contexte (Kinsella et Whiteford, 2009). Toutefois, lors d'un conflit entre théorie d'usage et théorie formelle, le rejet de l'une ou de l'autre est inéluctable en raison de l'inconfort que le conflit suscite chez le professionnel (Agyris et Schön, 1999).

Or, en plus de constituer les fondements ontologique et philosophique de la profession (Kinsella et Whiteford, 2009), les théories formelles font partie des normes définissant ce qu'est une intervention de qualité (Donabedian, 1980). En effet, l'évaluation de la qualité d'une intervention comporte généralement trois grandes dimensions : la perception des clients et des professionnels, sa pertinence au regard de la problématique du client et le respect des normes (Lamarche, Pineault et Brunelle, 2007). Conséquemment, puisqu'il constitue un éloignement des normes, le rejet d'une théorie formelle de la profession peut diminuer la qualité des interventions (Hébert, Maheux et Potvin, 2002). Par contre, le rejet d'une théorie d'usage peut placer le professionnel devant un problème d'adaptation à son milieu (Agyris et Schön, 1999). Ironiquement, cette mésadaptation au milieu peut se solder par un départ temporaire ou définitif du professionnel (Peng, Lee et Cheng, 2014) et, ainsi, contribuer au manque de ressources humaines à la source du conflit entre théories d'usage et formelle.

### **Pistes d'exploration : éléments des concepts d'intérêt non abordés**

Tel que souligné, certains éléments du RC optimal (cf. tableau 1) n'ont pas été abordés par les écrits recensés, dont le processus de résolution de problème et la variété des stratégies cognitives utilisées. Il est d'ailleurs impossible d'affirmer que le lien mis en évidence entre les ressources disponibles et la nature de la prise de décision n'est pas antérieur à la prise de décision, c'est-à-dire qu'il s'exerce lors de la formula-

tion du problème. Concrètement, se pourrait-il que le professionnel choisisse une autre intervention que celle ciblée au départ non pas parce que celle-ci ne peut être réalisée en raison du manque de ressources (influence sur la prise de décision) mais plutôt parce qu'il n'a même pas considéré une autre intervention ? Ainsi, le problème à résoudre pourrait être structuré, au départ, en fonction des ressources disponibles (influence sur la formulation du problème). Une telle précision pourrait avoir son importance, notamment au Québec, où les CSSS et les professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, ont dorénavant une responsabilité dite populationnelle (LSSSS, art. 99.3 et 99.5). Cette responsabilité se traduit par une obligation juridique d'identifier les besoins de leur population (formulation du problème) et y répondre (formulation des hypothèses de solutions).

Par ailleurs, la qualité des prises de décision en lien avec les ressources disponibles, le lien entre la variété des ressources et le RC optimal, et le lien entre les ressources disponibles et la métacognition, n'ont pas été documentés. Pourtant, s'intéresser à la variété des ressources paraît pertinent au regard de l'importance accordée au niveau mondial à la collaboration interprofessionnelle et au travail en interdisciplinarité (World Health Organization, 2010). De même, puisque la métacognition soutient la progression sur l'échelle de l'expertise professionnelle (Jensen, Resnik et Haddad, 2008), mieux comprendre l'impact des ressources disponibles sur cette composante du RC optimal pourrait permettre d'identifier des leviers favorisant l'amélioration des interventions de santé.

## Forces et limites

La méthodologie rigoureuse des recensions élargies a soutenu la réalisation d'une vaste recension des écrits pertinents à l'influence, sur le RC, des ressources disponibles. Les résultats confirment un manque d'études sur le sujet. Le choix et l'analyse des écrits se sont basés sur une définition claire des concepts d'intérêt. De plus, l'évaluation du niveau de preuve scientifique des écrits a été réalisée à l'aide d'une grille conçue à partir d'écrits scientifiques en matière de données probantes. L'évaluation des écrits retenus a fait l'objet d'une double cotation par deux personnes. Cependant, la procédure d'évaluation choisie repose sur un biais favorable aux études quantitatives (Kinsella et Whiteford, 2009) qui aurait pu être pondéré (voir, par exemple, Lamarche *et al.*, 2003). Considérant la question de départ (Quelles sont les données probantes qui supportent une association positive et linéaire entre les ressources disponibles et l'utilisation d'un RC optimal par le professionnel de la santé?), une telle pondération n'apparaissait pas appropriée dans le contexte. Par ailleurs, les biais inhérents à la publication des écrits (Stern, Gavaghan et Egger, 2000) ont pu exercer une influence sur les résultats obtenus. Néanmoins, cette analyse repose sur une recherche élargie des écrits et offre une synthèse nuancée par les niveaux de preuve de ce qui est connu et de ce qui reste à découvrir sur un sujet névralgique pour le système de la santé.

## CONCLUSION

L'étude des liens entre ressources disponibles (quantité et variété) et RC optimal (processus cognitifs, savoirs et métacognition) semble en être encore à ses balbutiements, tel que tend à le démontrer le nombre d'écrits recensés pour cette synthèse et leur niveau de preuve peu élevé (3 ou 4). De cette analyse, il ressort que les ressources influenceraient la nature (prendre en charge ou non, orienter ou non vers un autre professionnel), le moment, la fréquence, et la rapidité de la prise de décision. La direction de la relation entre les ressources humaines disponibles et la prise de décision serait tributaire, en partie du moins, du type de ressources humaines.

Aucune étude portant sur la résolution de problème et la qualité de la prise de décision (processus cognitifs), sur la métacognition, ou sur la variété des ressources disponibles, n'a pu être identifiée. Le peu d'écrits portant sur le lien entre les ressources disponibles et les savoirs du professionnel rend ardu l'émergence d'un consensus. Aucune donnée probante ne soutient explicitement une association positive et linéaire entre ces deux variables.

Des pistes de réflexion et d'exploration future émergent de l'analyse des résultats. Considérant l'impact potentiel sur la qualité des interventions, investiguer la possibilité d'une surcharge cognitive du professionnel induite par l'utilisation de certaines ressources matérielles serait pertinent. De plus, déterminer si le lien entre ressources disponibles et prise de décision s'exerce plutôt lors de la résolution de problème pourrait moduler la capacité des CSSS québécois d'identifier les besoins de santé de leur population et, ainsi, d'assumer leur responsabilité populationnelle. L'influence des ressources disponibles sur le développement des connaissances du professionnel mériterait aussi d'être explorée davantage en raison de ses répercussions possibles sur la qualité des interventions.

Un lien semble exister entre ressources disponibles et RC optimal, mais il n'est pas possible d'établir une association positive et linéaire pour le moment. La nature exacte et la direction de ce lien restent encore à déterminer. En fait, une meilleure compréhension du lien entre ressources disponibles et RC optimal pourrait avoir un impact considérable sur les choix en matière d'allocation des ressources en santé, y compris en ergothérapie.

## REMERCIEMENTS

Les auteures tiennent à remercier les personnes suivantes : M. Paul Lamarche, professeur titulaire au département d'administration de la santé et chercheur au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal, pour avoir soumis la question à l'origine de cet article; Mme Mélanie Levasseur, professeure agrégée à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke et chercheuse au Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), pour ses judi-

cieux commentaires; MM. Michaël Gagnon et Francis Lacasse, respectivement professionnel de recherche à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke et documentaliste au CSSS-IUGS, pour leurs conseils relatifs aux méthodes de recherche dans les banques de données. Annie Carrier est boursière des Instituts de recherche en santé du Canada (#250281), du Fonds de recherche en santé du Québec (#22754) et de la Fondation canadienne d'ergothérapie. Chantal Morin est boursière du Fonds de recherche en santé du Québec (#29606).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anderson, S., Allen, P., Peckam, S. et Goodwin, N. (2008). Asking the right questions: Scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health Research Policy and Systems*, 6, 7-18. doi:10.1186/1478-4505-6-7.
- Association canadienne des ergothérapeutes [ACE] (2004). *Prise de position : la qualité des services d'ergothérapie*. Ottawa : ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes [ACE] (2005). *Prise de position : l'ergothérapie dans le secteur des soins à domicile et des soins continus*. Ottawa : ACE.
- Agyris, D. et Schön, D.A. (1999). *Théorie et pratique professionnelle : comment en accroître l'efficacité*. Montréal : Éditions Logiques.
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8 (1), 19–32.
- Brunet-Jailly, J. (2011). Le pendule du financement de la santé : de la gratuité au recouvrement des coûts. In D. Kerouedan (dir.), *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud* (p. 227-246). Paris, France : Les Presses de Sciences Po.
- Bucknall, T. (2003). The clinical landscape of critical care: Nurses' decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (3), 310–319.
- Burgess, D.J. (2010). Are providers more likely to contribute to healthcare disparities under high levels of cognitive load? How features of the healthcare setting may lead to biases in medical decision making. *Medical Decision Making*, 30 (2), 246-257.
- Carr, M. et Shotwell, M. (2008). Information processing theory and professional reasoning. In B.A.B. Schell et J.W. Schell (dir.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (p. 36-68). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.
- Carrier, A., Levasseur, M., Bédard, D. et Desrosiers, J. (2010). Community occupational therapists' clinical reasoning: Identifying tacit knowledge. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57 (6), 356-365.
- Cotelleso, A., Mazer, B. et Majnemer, A. (2009). Community-based occupational therapy services for children: A Québec survey on service delivery. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 29 (4), 426-444.
- Creswell, W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*, 3<sup>e</sup> édition. Thousand Oaks, CA : Sage.
- de Jonge, D., Scherer, M.J. et Rodger, S. (2007). *Assistive Technology in the Workplace*. St Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Dhaene, G. (2011). Performance des systèmes de santé et ressources humaines : le chaînon manquant. In D. Kerouedan (dir.), *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud* (p. 187-200). Paris, France : Les Presses de Sciences Po.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Ebright, P. R., Patterson, E.S., Chalko, B.A. et Render, M.L. (2003). Understanding the complexity of registered nurse work in acute care settings. *Journal of Nursing Administration*, 33 (12), 630-638.

- Facal, J. (2006). *Volonté politique et pouvoir médical. La naissance de l'assurance-maladie au Québec et aux États-Unis*. Montréal : Boréal.
- Forrest, C.B., Nutting, P.A., von Schrader, S., Rohde, C. et Starfield, B. (2006). Primary care physician specialty referral decision making: Patient, physician, and health care system determinants. *Medical Decision Making*, 26 (1), 76-85.
- Frank, J. (2007). *Guide du débutant pour juger de la valeur d'une étude scientifique : Six conseils pour faire la part des choses*. Instituts de recherche en santé du Canada.
- Freeman, A.R., McWilliam, C.L., MacKinnon, J.R., DeLuca, S. et Rappolt, S.G. (2009). Health professionals' enactment of their accountability obligations: Doing the best they can. *Social Science & Medicine*, 69 (7), 1063-1071.
- Geneau, R., Lehoux, P., Pineault, R. et Lamarche, P. (2008). Understanding the work of general practitioners: A social science perspective on the context of medical decision making in primary care. *BMC Family Practice*, 9 (1), 1-10 doi:10.1186/1471-2296-9-12.
- Grime, H. (1990). Receiving referrals: Decision making by community occupational therapist. *British Journal of Occupational Therapy*, 53 (2), 53-56.
- Harbour R. et Miller J. (2001). A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *British Medical Journal*, 323 (7308), 334-336.
- Hébert, M., Maheux, B. et Potvin, L. (2002). Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 69 (1), 31-39.
- Higgs, J., Fish, J.D., et Rothwell, R. (2008). Knowledge generation and clinical reasoning in practice. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus, et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3<sup>e</sup> édition (p. 163-172). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Higgs, J. et Jones, M.A. (2008). Clinical decision making and multiple problem spaces. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus, et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3<sup>e</sup> édition (p. 1-18). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Higgs, J., Jones, M.A. et Titchen, A. (2008). Knowledge, reasoning and evidence for practice. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus, et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3<sup>e</sup> édition (p. 151-161). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Higgs, J. et Titchen, A. (2001). Rethinking the practice-knowledge interface in an uncertain world: A model for practice development. *British Journal of Occupational Therapy*, 64 (11), 526-533.
- Jensen, G., Resnik, L. et Haddad, A. (2008). Expertise and clinical reasoning. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus, et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3<sup>e</sup> édition (p. 123-136). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Johnston, K. et Grimmer-Somers, K. (2010). Pulmonary rehabilitation: Overwhelming evidence but lost in translation? *Physiotherapy Canada*, 62 (4), 368-373.
- Kinsella, E.A. et Whiteford, G. (2009). Knowledge generation and utilization: Toward epistemic reflexivity. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56 (4), 249-258.
- Lamarche, P., Beaulieu, N., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Haggerty, J. et al. (2003). *Choices for change: The path for restructuring primary health care in Canada*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Lamarche, P., Pineault, R. et Brunelle, Y. (2007). *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec*. Rapport déposé au Groupe de travail sur le financement des services de santé. Québec, Canada.
- Lamarche, P., Pineault, R., Gauthier, J., Hamel, M. et Haggerty, J. (2011). Availability of healthcare resources, positive ratings of the care experience and extent of service use: An unexpected relationship. *Healthcare Policy*, 6 (3), 46-56.
- Lamarche, P., Pineault, R., Haggerty, J., Hamel, M., Lévesque, J.F. et Gauthier, J. (2010). The experience of primary health care users: A rural-urban paradox. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 15 (2), 61-67.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. et Westmorland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review Form: Quantitative Studies*. Hamilton : McMaster University.

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. et Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)*. Hamilton : McMaster University.
- Lindsay P.H. et Norman, D.A. (1980). *Traitement de l'information et comportement humain : une introduction à la psychologie*. Montréal : Études vivantes.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux [LSSSS], L.R.Q. s-4.2. Accessible à : [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_4\\_2/S4\\_2.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html)
- Lussier, L. (1990). Le processus d'attribution des ressources par les établissements aux bénéficiaires : impact sur le droit aux services et sur la responsabilité "publique". *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 20, 285-312.
- Mazer, B., Feldman, D., Majnemer, A., Gosselin, J. et Kehayia, E. (2006). Rehabilitation services for children: Therapists' perceptions. *Pediatric Rehabilitation*, 9 (4), 340-350.
- McColl, M.A., Aiken, A., McColl, A., Sakakibara, B. et Smith, K. (2012). Primary care of people with spinal cord injury. Scoping review. *Canadian Family Physician*, 58 (11), 1207-1216.
- Peng, J.C., Lee, Y.L. et Cheng, M.M. (2014). Person-Organization fit and turnover intention: Exploring the mediating effect of work engagement and the moderating effect of Demand-Ability fit. *The Journal of Nursing Research*, 22 (1), 1-11.
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1995). *La planification en santé. Concepts, méthodes, stratégies*. Ottawa : Éditions Nouvelles.
- Quick, L., Harman, S., Morgan, S. et Stagnitti, K. (2010). Scope of practice of occupational therapists working in Victorian community health settings. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57 (2), 95-101.
- Russell, G., Dahrouge, S., Tuna, M., Hogg, W., Geneau, R. et Gebremichael, G. (2010). Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. *Family Practice*, 27 (5), 535-541. doi:10.1093/fampra/cm037.
- Schell, B.A.B. (2009). Professional reasoning in practice. In E.B. Crepeau, E.S. Cohn, et B.A.B. Schell (dir.), *Willard et Spackman's Occupational Therapy*, 11<sup>e</sup> édition (p. 314-327). Philadelphia, PA : Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Schell, B.A.B., Unsworth, C.A. et Schell, J.W. (2008). Theory and practice: New directions for research in professional reasoning. In B.A.B. Schell et J.W. Schell (dir.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (p. 401-431). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.
- Stern, J.A.C., Gavaghan, D. et Egger, M. (2000). Publication and related bias in meta-analysis: Power of statistical tests and prevalence in the literature. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53 (11), 1119-1129.
- Synergo (2008). *Le Livre Blanc de l'ergothérapie*. Accessible à : <http://www.ergo-nancy.com/pages/image/files/Livre%20Blanc%20de%20l'Ergoth%C3%A9rapie.pdf>
- Tousignant, M., Dubuc, N., Hébert, R. et Coulombe, C. (2006). Home-care programmes for older adults with disabilities in Canada: How can we assess the adequacy of services provided compared with the needs of users? *Health and Social Care in the Community*, 15 (1), 1-7.
- Townsend, E.A., von Zweck, C., Baptiste, S., Krupa, T., Picard, H. et Trudel, L. (2007). Occupational therapy workforce planning. In E.A. Townsend et H.J. Polatajko (dir.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (p. 229-246). Ottawa : CAOT [Canadian Association of Occupational Therapists] Publications ACE.
- van de Tulder, M.W., Furlan, A., Bombardier, C., Buter, L. et Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group. (2003). Updated method guidelines for systematic review in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*, 28 (12), 1290-1299.
- World Health Organization (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Genève, Suisse : World Health Organization.

## ANNEXE 1 : GRILLE D'EXTRACTION DES ÉCRITS SÉLECTIONNÉS (VERSION ABRÉGÉE)

Étude	But ou question de recherche	Contexte	Participants	Méthode	Principaux résultats
Bucknall (2003)	Documenter les influences du contexte de pratique modulant la prise de décision des infirmières en soins intensifs	Trois milieux hospitaliers de soins intensifs choisis par échantillonnage par choix raisonné, Australie	18 infirmières – Échantillonnage par choix raisonné	Devis naturaliste Observations <i>in situ</i> et entretiens semi-dirigés Analyse de contenu	Toutes les décisions prises par les infirmières sont fortement influencées par des éléments du contexte de pratique; les trois principaux sont : la situation du patient, la disponibilité des ressources et les relations interpersonnelles.
Ebright <i>et al.</i> (2003)	Mieux comprendre la complexité du travail infirmier en soins aigus	Deux milieux hospitaliers et sept services de soins aigus (chirurgicaux, médicaux internes, post-interventions et orthopédiques), État américain du sud-ouest	Huit infirmières – Échantillonnage par cas contrastés	Devis de type microethnographique Observations <i>in situ</i> Entretiens semi-dirigés Analyse de contenu	Parmi les huit schèmes de décision identifiés, les infirmières prennent des décisions de nature stratégique face à l'indisponibilité de ressources humaines ou matérielles au cours d'un quart de travail.
Forrest <i>et al.</i> (2006)	Déterminer l'influence d'éléments liés au patient, au médecin et au contexte de pratique sur la prise de décision des médecins omnipraticiens en matière de référence à un médecin spécialiste	83 milieux variés répartis dans 30 États américains	142 médecins – Échantillonnage de convenance, non probabiliste	Étude transversale de type sondage postal Questionnaire auto-administré sur la prise de décision réalisée pour chaque client (n=34 069) sur une période de 15 jours Analyse par régression logistique	Parmi 20 variables liées au patient, au médecin et au contexte associées à la prise de décision d'en référer à un médecin spécialiste, on retrouve l'indisponibilité d'autres professionnels de la santé et la disponibilité du médecin spécialiste.
Freeman <i>et al.</i> (2009)	Explorer la prise de décision des ergothérapeutes dans leur pratique clinique	Milieux variés : milieu communautaire, écoles, soins à domicile, cliniques privées, Ontario (Canada)	21 ergothérapeutes – Échantillonnage théorique	Devis de type théorisation ancrée Entretiens semi-dirigés Analyse par comparaison constante	Lorsque les ergothérapeutes cherchent à s'acquitter de leurs obligations professionnelles dans leur contexte de pratique, leur prise de décision est influencée par la quantité de ressources humaines disponibles.

(Annexe 1, suite)

Étude	But ou question de recherche	Contexte	Participants	Méthode	Principaux résultats
Geneau <i>et al.</i> (2008)	Mieux comprendre comment les éléments organisationnels et environnementaux influencent le travail des médecins omnipraticiens	Huit milieux de pratique choisis par échantillonnage par choix raisonné stratifié, Québec (Canada)	28 médecins omnipraticiens – Échantillonnage de convenance	Étude de cas multiples Entretiens semi-dirigés Analyse thématique et par comparaison constante et enrichie par la théorie de Giddens	L'indisponibilité des ressources humaines spécialisées influencent la prise de décision des médecins omnipraticiens de deux façons. Premièrement, elle retarde la décision d'en référer à un spécialiste. Deuxièmement, elle augmente la fréquence de la décision d'accepter de nouveaux clients.  Par ailleurs, ce manque de ressources serait un moteur pour l'acquisition de connaissances chez ces médecins omnipraticiens.
Grime (1990)	Réfléchir sur la façon dont la décision initiale relative à une requête de services ergothérapeutiques est prise	Milieu communautaire, Grande-Bretagne	12 écrits et un nombre indéterminé de cliniciens – Échantillonnage indéterminé	Recension des écrits et discussion avec des cliniciens Aucune méthode identifiée	La prise de décision des ergothérapeutes en milieu communautaire relative aux requêtes de services (prendre en charge ou non) est influencée par la quantité de ressources humaines en ergothérapie.
Hébert <i>et al.</i> (2002)	Documenter les théories d'usage des ergothérapeutes développées dans le cadre de leur pratique clinique  Explorer leur congruence avec les théories formelles de la profession	Milieu communautaire, Québec (Canada)	249 ergothérapeutes – Aucun échantillonnage (population complète)	Étude transversale de type sondage postal Questionnaire auto-administré sur les caractéristiques sociodémographiques des participants, leur contexte de pratique, les services offerts et leurs opinions relatives à leur préparation à la pratique Analyse statistique de regroupements ( <i>cluster analysis</i> )	Trois théories d'usage, en conflit avec les théories formelles, ont été identifiées : 1) la pratique de l'urgence (pratiquer en fonction des listes et délais d'attente); 2) la pratique centrée sur l'autonomie (pratiquer en faisant fi des besoins n'étant pas en lien avec l'autonomie) et 3) la pratique centrée sur le déficit (pratiquer différemment selon le déficit du client plutôt que ses besoins). Ces théories d'usage, issues principalement de l'influence du manque de ressources humaines, modifient la pratique ergothérapeutique communautaire.

(Annexe 1 : suite)

Étude	But ou question de recherche	Contexte	Participants	Méthode	Principaux résultats
Johnston et Grimmer-Somers (2010)	Identifier les données probantes relatives à l'implantation de la réadaptation pulmonaire pour les patients ayant une maladie obstructive chronique  Identifier les barrières à cette implantation chez les médecins	Non applicable	31 écrits publiés dans des revues révisées par les pairs (études quantitatives et qualitatives) portant spécifiquement sur les objectifs visés par les auteurs	Recension des écrits avec description détaillée des stratégies de recherche (période couverte, banques de données consultées et mots-clés utilisés)  Analyse indéterminée	Parmi les barrières identifiées, la quantité moindre de ressources humaines en physiothérapie influencerait la décision du médecin de ne pas orienter un client vers un programme de réadaptation pulmonaire.



## ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LES ADULTES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS : RECENSION DES ÉCRITS ET VISION DE PROFESSIONNELS

Thierry Jacob-Magnan<sup>1</sup>, Julien IA Voisin<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> *M. Erg, Département de réadaptation, Faculté de Médecine, Université Laval, Canada*

<sup>2</sup> *Erg., PhD, Département de réadaptation, Faculté de Médecine, Université Laval et Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et Insertion Sociale, Canada*

Adresse de contact : [julien.voisin@rea.ulaval.ca](mailto:julien.voisin@rea.ulaval.ca)

Reçu le : 20.02.2014 – Accepté le 06.11.2014

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



## RÉSUMÉ

Le traumatisme craniocérébral (TCC) constitue une préoccupation importante pour le système de santé étant donné les nombreuses difficultés fonctionnelles associées, telles que des difficultés physiques et cognitives, mais aussi des symptômes dépressifs et des troubles de l'humeur. Pour un ergothérapeute travaillant avec une clientèle TCC, le lien entre ces dimensions physiques et affectives est particulièrement intrigant. Dans le présent article, nous documenterons tout d'abord, par une recension des écrits, l'effet de l'activité physique sur les symptômes dépressifs chez les clients adultes ayant subi un TCC. Dans un second temps, nous vérifierons l'applicabilité de ces résultats en clinique auprès de professionnels de la santé. Pour ce faire, une recension des écrits à partir de CINAHL et PubMed a été effectuée, en utilisant le MCREO comme cadre conceptuel pour analyser les résultats. Les résultats ont ensuite été présentés à un groupe de trois intervenants de la santé afin de connaître leur opinion quant aux facteurs favorisant et limitant l'implantation de l'intervention par l'activité physique dans leur pratique. Bien que le niveau de preuve soit modeste, les résultats de la recension des écrits suggèrent que l'activité physique a des effets bénéfiques quant à la réduction des symptômes dépressifs. En regard de ces conclusions, la principale recommandation est que les ergothérapeutes incluent l'activité physique en tant que facteur préventif des symptômes dépressifs chez les clients TCC.

## MOTS-CLÉS

Traumatisme craniocérébral, Adulte, Dépression, Troubles de l'humeur, Activité physique, Recension de littérature

## **PHYSICAL ACTIVITY IN PEOPLE WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY PRESENTING SYMPTOMS OF DEPRESSION: LITERATURE REVIEW AND PROFESSIONALS' VIEWS**

### **ABSTRACT**

Traumatic brain injury (TBI) is a major concern for the health system given the many functional associated difficulties, such as physical and cognitive impairment, as well as depressive symptoms and mood disorders. For an occupational therapist working with TBI clients, the connection between the physical and emotional dimensions is particularly intriguing. In this paper, we first reviewed the effect of physical activity on depressive symptoms in adult clients with TBI. In a second step, we assessed experts' opinion about the applicability of the results in clinician context. This was performed by a literature review from PubMed and CINAHL engine and by using the Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) as a conceptual framework to summarize the results. The results were then presented to a panel of three health care providers to obtain their opinion on the factors promoting and limiting the inclusion of physical activity in their practice. Results from the literature review suggest that physical activity is beneficial in reducing depressive symptoms effects. We then suggest that occupational therapists can rely on the preventive aspect of physical activity on the depressive symptoms that frequently follow a TBI.

### **KEYWORDS**

Traumatic brain injury, Adult, Depression, Mood disorder, Physical activity, Review

## INTRODUCTION

Les traumatismes craniocérébraux, survenant en majorité suite à un accident de voiture, une chute ou un acte violent, constituent une préoccupation importante pour les systèmes de santé publique nord-américains en raison des multiples difficultés et limitations fonctionnelles associées (Colantonio *et al.*, 2010 ; Machamer, Temkin et Dikmen, 2003). Aux États-Unis, on dénombre près de 1,5 million de TCC annuellement (Machamer *et al.*, 2003). Selon Colantonio *et al.* (2010), le nombre de TCC au Canada serait plus important que le nombre de cancers du sein, de cas de VIH, de blessures médullaires et de sclérose en plaques réunis et constituerait environ 18 000 hospitalisations annuellement. Les difficultés principalement observées suite à un TCC sont les difficultés de mémoire récente, les difficultés à apprendre de nouvelles connaissances (Sinha, Gunawat, Nehra et Sharma, 2013) ainsi que les difficultés fonctionnelles concernant, entre autres, le retour en emploi difficile (Corrigan *et al.*, 2007) et une diminution de la participation à des activités sociales et récréatives (Brown, Gordon et Spielman, 2003).

En plus de ces difficultés, la littérature fait aussi mention de déséquilibre au niveau psychosocial. En effet, selon Hudak, Hynan, Harper et Diaz-Arrastia (2012), près de 30 % des gens ayant subi un TCC connaîtraient un épisode de dépression majeure dans les 12 mois suivant le traumatisme. Les symptômes dépressifs que présentent les clients viennent exacerber les difficultés et les limitations déjà observées, que ce soit par rapport à la cognition, aux fonctions exécutives, aux rôles sociaux, au fonctionnement occupationnel ainsi qu'à la productivité et à la participation sociale (Hudak *et al.*, 2012). Cette problématique est d'autant plus importante en raison du fait qu'elle vient aussi ajouter un défi supplémentaire aux intervenants de la santé, qui doivent ajuster leurs interventions pour répondre du mieux qu'ils le peuvent aux besoins de leur clientèle présentant des symptômes dépressifs (Driver et Ede, 2009). De plus, ces interventions s'inscrivent dans un contexte budgétaire limité, où les professionnels de la santé ont moins de temps à consacrer à leurs clients, ce qui limite le choix d'activités thérapeutiques ainsi que leur efficacité par rapport aux symptômes dépressifs, principalement en milieu aigu (Driver et Ede, 2009).

Les méthodes employées pour traiter les symptômes dépressifs sont variées et peuvent dépendre de plusieurs facteurs, comme les difficultés cognitives ou même comportementales (Schwandt *et al.*, 2012). La médication (Hoffman *et al.*, 2010) et la thérapie cognitivo-comportementale (Schwandt *et al.*, 2012), sont des modalités de traitement qui présentent des résultats mitigés et qui ne font pas tout à fait l'unanimité des clients. Par ailleurs, une étude menée auprès de patients ayant subi un TCC et présentant des symptômes dépressifs rapporte que la thérapie par l'activité physique est davantage appréciée par ces clients que la médication ou les thérapies comportementales (Fann *et al.*, 2009). Or, différentes études ont démontré que l'activité physique était efficace pour améliorer les fonctions cognitives ainsi que pour diminuer l'effet négatif des problèmes associés à la dépression comme la fatigue, l'insomnie, la douleur et l'anxiété chez différentes clientèles adultes (Hoffman *et al.*, 2010). Cependant, bien que des études aient démontré l'efficacité de l'activité phy-

sique pour le traitement de personnes présentant des symptômes dépressifs, peu d'études ont été faites par rapport à son efficacité pour le traitement des symptômes dépressifs présentés par des clients ayant subi un TCC. La présente étude vise particulièrement : 1) à identifier l'effet de l'activité physique sur les symptômes de dépression et des troubles de l'humeur chez les adultes ayant subi un TCC, par une recension des écrits ; 2) ainsi qu'à documenter l'applicabilité clinique des résultats auprès de professionnels de la santé.

## MÉTHODES

### Recension des écrits

La recension des écrits scientifiques a été effectuée en utilisant deux bases de données, soit CINAHL et PubMed. Les mots clés qui ont été utilisés et combinés sont les mêmes pour les deux bases de données : (Traumatic brain injur\* OR Acquired brain injur\*) pour la population, combinés par un AND à (Depress\* OR Mood) pour la variable mesurée, combinés par un AND à (Exercise OR Aerobic OR Physical OR Activity OR Sport) pour l'intervention. Bien que la notion d'activité physique soit sujet à débat, dans le cadre du présent travail toute étude impliquant une forme d'entraînement ou de mouvements du corps comme modalité d'intervention a été retenue pour la revue de littérature. Il est à noter ici que l'astérisque (\*) a été utilisé pour inclure les dérivés possibles des mots et ainsi agrandir la recherche. La recension des écrits a été effectuée entre mars et avril 2013, pour des articles publiés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 25 mars 2013. Cette première étape de la recherche a permis d'identifier 595 articles, soit 484 sur PubMed et 111 sur CINAHL, qui ont tous été importés dans le logiciel EndNote, où 58 doublons ont été éliminés d'emblée, ce qui portait la recension à 537 articles. Par la suite, une révision rapide de tous les titres et résumés d'articles a permis d'exclure 515 articles jugés non pertinents pour l'essai, principalement en raison du fait que les interventions étaient pharmacologiques. Cela portait la recension à 22 articles, qui ont tous été lus afin d'identifier ceux qui respectaient les critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous :

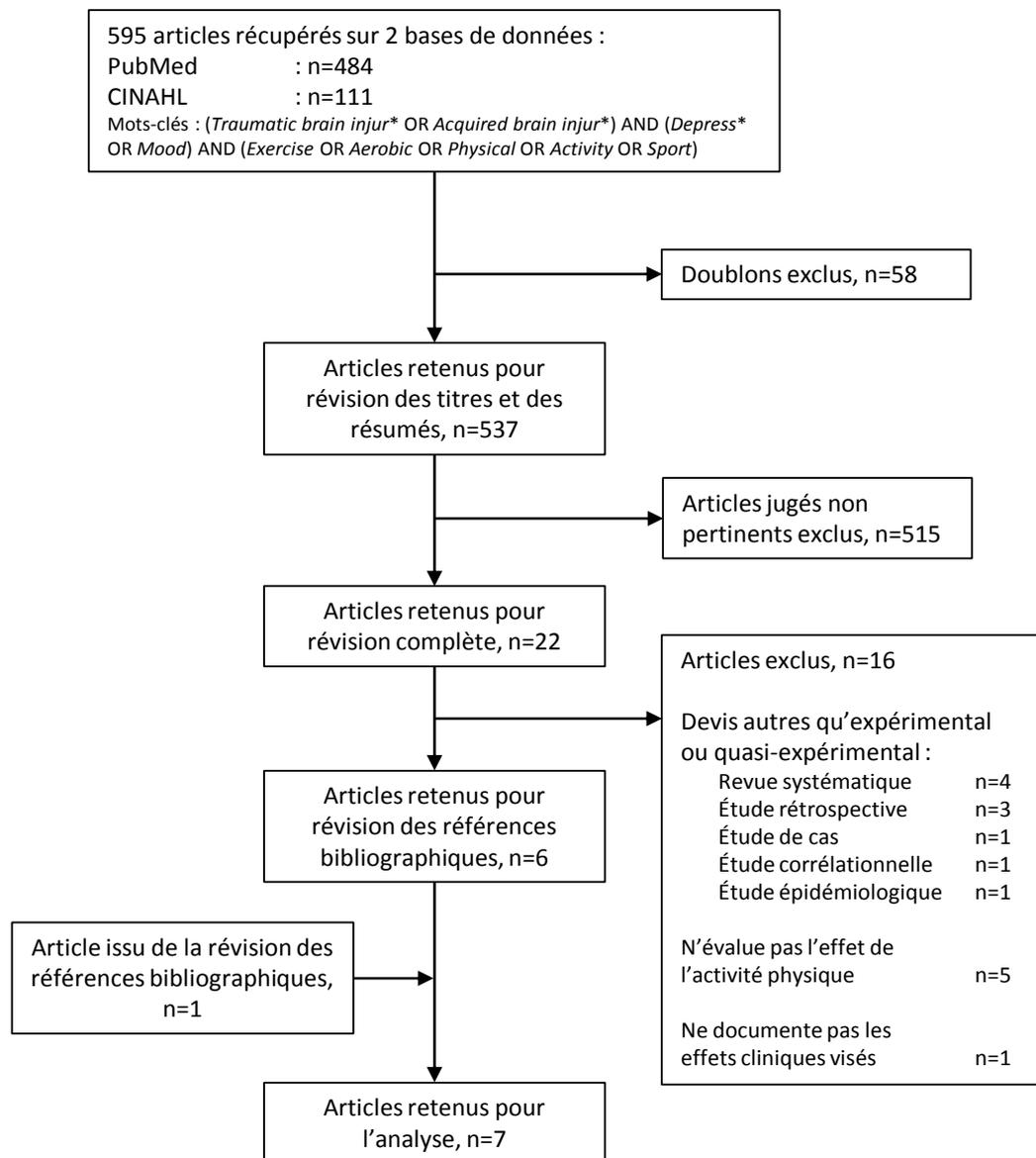
#### Critères d'inclusion :

- Devis expérimental, quasi ou pré-expérimental
- Évalue l'efficacité de l'intervention par l'activité physique
- Documente la variable mesurée : Symptômes dépressifs ou troubles de l'humeur
- Population avec traumatisme craniocérébral
- Moyenne d'âge de la population : 18 ans et plus

#### Critères d'exclusion :

- Langue autre que l'anglais ou le français

**Figure 1. Processus de sélection des articles pour la recension des écrits**



Cette étape a permis d'exclure 16 articles supplémentaires qui ne répondaient pas aux critères établis, ce qui en laissait 6. La dernière étape a consisté à réviser chaque liste de références des 6 articles restant, ce qui a permis d'ajouter un article de plus à la recension des écrits pour porter le total à 7 articles retenus (voir figure 1).

Suite à cette recension des écrits ayant permis de retenir sept articles répondant à la question de recherche, une analyse de la qualité de ceux-ci a été effectuée à l'aide de l'échelle Physiotherapy Evidence Database (PEDro) (Maher, Sherrington, Herbert, Moseley et Elkins, 2003). Finalement, nous avons utilisé le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) (Townsend et Polatajko,

2013) pour résumer les résultats sur les dimensions physique et affective de la personne, ainsi que le domaine des loisirs.

## Groupe de discussion

Le second objectif était de documenter l'applicabilité clinique des conclusions de la recension des écrits quant à l'efficacité de l'intervention physique par rapport aux symptômes dépressifs chez les clients ayant subi un TCC. Cette seconde étape a été effectuée dans le cadre du stage d'intégration d'un des auteurs du présent article (TJM) qui faisait partie intégrante de sa formation d'ergothérapeute à l'université Laval (contexte hospitalier à Québec, 2013). Les participants présents au groupe de discussion étaient au nombre de trois, soit un ergothérapeute, un physiothérapeute et un neuropsychologue, œuvrant tous dans le milieu de stage, avec un total cumulé d'environ 50 ans d'expérience.

Le groupe de discussion, comprenant une introduction et une conclusion de 5 minutes chacune, a été divisé en deux grandes parties principales à l'aide d'une grille d'entrevue. La première partie du groupe de discussion, d'une durée de 15 minutes, consistait à mettre en contexte la problématique et la pertinence clinique de la recherche en présentant une synthèse des résultats des différents articles retenus pour l'essai, tout en expliquant leur lien avec le cadre conceptuel utilisé. Afin de gagner du temps et faciliter la compréhension de tous, un document synthèse du contenu des articles (cf. annexe 1) et un tableau présentant les résultats sommaires (cf. tableau 1) ont été distribués aux participants. Une période de discussion d'une durée de 35 minutes a suivi la présentation des données probantes pour connaître l'opinion des participants par rapport à l'applicabilité de l'intervention par l'activité physique dans leur milieu. Trois questions ont été posées : « Quelle est votre opinion en ce qui concerne la problématique soulevée et les résultats présentés dans la recension des écrits en tenant compte de votre rôle en tant que professionnels de la santé ? », « Quels sont les facteurs favorisant l'implantation de l'intervention par l'activité physique dans votre pratique ? » et « Quels sont les facteurs limitant l'implantation de l'intervention par l'activité physique dans votre pratique ? ». À noter qu'un étudiant en physiothérapie était présent à titre de coanimateur pour compiler les résultats de la discussion sur papier et ainsi assurer une meilleure fluidité. Pour répondre à la première question, il a été procédé à un tour de table, ce qui a permis à chaque participant de pouvoir donner son opinion et ainsi enrichir la discussion. Pour les questions 2 et 3, les participants se sentaient plus à l'aise de procéder par la méthode du remue-méninge, plutôt que par la méthode écrite initialement proposée pour conserver l'anonymat. Il fallait donc s'assurer que chacun ait la chance de donner son opinion également et dans le respect, ce qui a été fait. Les différentes réponses aux questions 2 et 3, compilées par le coanimateur, ont ensuite été rediscutées une à une, afin que les participants priorisent, par consensus, trois facteurs favorisant et trois facteurs limitant l'implantation d'une telle intervention dans leur milieu. Le groupe de discussion a duré 60 minutes.

## RÉSULTATS

### Recension des écrits

L'annexe 1 présente l'analyse de chacun des articles retenus. Les résultats sont présentés de manière synthétique dans le tableau 1.

Cinq études sur sept ont présenté une diminution significative ( $p < 0,05$ ) des symptômes dépressifs pré ou post-traitement pour le groupe expérimental (Blake et Batson, 2009 ; Driver et Ede, 2009 ; Gemmell et Leathem, 2006 ; Hoffman *et al.*, 2010 ; Wise, Hoffman, Powell, Bombardier et Bell, 2012), contre une étude, celle de Bateman *et al.* (2001), possédant le niveau de confiance le plus élevé, qui a présenté une diminution non significative de la variable mesurée. La dernière étude, soit celle de Schwandt *et al.* (2012), a présenté une diminution des symptômes dépressifs pour les participants sans préciser si la différence était significative ou pas. L'étude menée par Driver et Ede (2009) est la seule à introduire la taille d'effet pour analyser ses résultats. Dans cette étude, la taille d'effet pour le groupe expérimental est grande (entre 0,94 et 1,63) pour chaque élément évalué, tandis qu'elle est faible (entre 0,06 à 0,21) pour les mesures pré-post du groupe contrôle. Dans l'étude de Hoffman *et al.* (2010) et celle de Wise *et al.* (2012), il n'y a pas de différence significative entre les résultats pré-post intervention pour le groupe expérimental et le groupe contrôle. Les analyses post-hoc démontrent cependant que les participants s'étant entraînés plus de 90 minutes par semaine avaient une diminution significative des symptômes dépressifs par rapport à ceux qui s'étaient entraînés moins de 90 minutes. Par rapport au maintien des résultats dans le temps, deux études rapportent une diminution non significative, soit Bateman *et al.* (2001) après 12 semaines et Gemmell et Leathem (2006) après 3 semaines post-traitement. Par ailleurs, Wise *et al.* (2012) ont observé une différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle six mois après leur intervention.

Ces différences entre les résultats peuvent être expliquées par divers facteurs, notamment le fait que le type d'activité physique était différent selon les études. Quatre des sept études proposent une intervention comprenant des exercices cardiovasculaires en salle, comme le vélo stationnaire et le tapis roulant (Bateman *et al.*, 2001 ; Hoffman *et al.*, 2010 ; Schwandt *et al.*, 2012 ; Wise *et al.*, 2012), tandis qu'une étude propose des activités cardiovasculaires aquatiques (Driver et Ede, 2009). La durée de l'intervention est différente pour la plupart, variant de trois sessions de 30 minutes par semaine, pendant 12 semaines pour Bateman *et al.* (2001), à une session de 75 minutes en gymnase et quatre sessions de 30 minutes à la maison par semaine, pendant 10 semaines pour Hoffman *et al.* (2010) ainsi que Wise *et al.* (2012). Cependant, peu importe le moyen utilisé, l'intensité cardiaque exigée tout au long des séances se situait aux environs de 60 % de la capacité maximale des participants, qui était mesurée avec précision.

Ce type d'intervention fait contraste avec celui des deux autres études qui utilisaient le tai chi comme intervention, qui est beaucoup plus axé sur la respiration, la

conscience du corps et l'exactitude des mouvements (Blake et Batson, 2009 ; Gemmell et Leathem, 2006).

D'autre part, la taille des échantillons était aussi très différente, ce qui peut influencer le niveau de preuve des études. En effet, le faible échantillon de 8 participants dans chaque groupe pour l'étude de Driver et Ede (2009) peut expliquer la différence entre leurs conclusions et celles de Bateman *et al.* (2001), qui ont un groupe expérimental et un groupe contrôle de 78 et 79 participants respectivement, pour leur essai contrôlé randomisé.

De surcroît, les outils utilisés, bien que possédant de bonnes qualités métrologiques pour la plupart, n'étaient pas les mêmes pour toutes les études, ce qui rend plus difficile l'analyse des résultats pour l'essai. À noter que certaines études ont utilisé des outils qui ne mesuraient pas exclusivement les symptômes de dépression et de troubles de l'humeur, mais étant donné les variables prises en compte pour l'essai, seules les sections des outils se rapportant à cette variable mesurée étaient analysées, comme c'est le cas pour le Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) employé dans l'étude de Wise *et al.* (2012) et celle de Hoffman *et al.* (2010).

**Tableau 1. Synthèse de l'efficacité des différentes interventions sur la diminution des symptômes dépressifs et des troubles de l'humeur chez les clients ayant subi un TCC**

Résultats sommaires	
Cadre conceptuel utilisé : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) : <i>variabilité de la dimension affective en manipulant la dimension physique à l'aide du domaine des loisirs</i>	
Diminution significative des symptômes dépressifs et des troubles de l'humeur par l'activité physique	Résultats non concluants par rapport à la diminution significative des symptômes dépressifs et des troubles de l'humeur par l'activité physique
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Blake <i>et al.</i>, 2009 <i>Tai Chi Qiqong</i></li> <li>– Hoffman <i>et al.</i>, 2010 <i>exercices cardiovasculaires</i></li> <li>– Wise <i>et al.</i>, 2012 <i>exercices cardiovasculaires</i></li> <li>– Gemmel et Leathem, 2006 <i>Tai Chi Chen</i></li> <li>– Driver et Ede, 2009 <i>activités aquatiques</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bateman <i>et al.</i>, 2001 <i>exercices cardiovasculaires</i></li> <li>– Schwandt <i>et al.</i>, 2012 <i>exercices cardiovasculaires</i></li> </ul>

De façon sommaire, la seule étude n'ayant pas démontré de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle en ce qui concerne la variable mesurée, est l'étude ayant le niveau de preuve le plus élevé sur l'échelle PEDro. Par ailleurs, cinq études de niveau de confiance différent ont démontré une diminution significative des symptômes dépressifs et des troubles de l'humeur suite à une intervention par l'activité physique. Une étude, soit celle de Schwandt *et al.* (2012), a rap-

porté une diminution de la variable mesurée, sans préciser si celle-ci était significative ou pas.

## **Groupe de discussion**

### **Opinion des intervenants par rapport aux résultats de la recension des écrits**

Les trois participants considéraient que ce type d'intervention était intéressant, surtout pour les clients qui demeuraient longtemps hospitalisés. Les symptômes dépressifs ont aussi fait l'objet de discussion, car, selon les participants, les clients nouvellement hospitalisés suite à un traumatisme sont plus souvent au stade du deuil. Les symptômes dépressifs, n'apparaissent, selon eux, que plus tard dans la réadaptation, quand la prise de conscience des limitations est faite par les clients. Les trois intervenants ont aussi discuté du type d'activité physique qui procurerait le plus de bienfaits à la clientèle, mettant en contraste les exercices cardiovasculaires et le taï chi. Selon eux, les exercices de relaxation et de mouvements contrôlés issus du taï chi étaient plus indiqués. Un aspect intéressant est ressorti de la discussion, en lien avec le stade du deuil, par rapport à l'aspect préventif de l'activité physique sur les symptômes dépressifs probables plus tard dans la réadaptation.

### **Facteurs favorisant l'implantation de l'intervention par l'activité physique dans le milieu**

Au cours du groupe de discussion, les trois participants ont identifié trois facteurs qui favoriseraient l'implantation de l'intervention par l'activité physique dans leur milieu. Tout d'abord, l'ouverture des intervenants, pour la plupart universitaires et donc sensibilisés à la recherche, en ce qui concerne les nouvelles modalités de traitement. En effet, l'intérêt pour les découvertes scientifiques des chercheurs permettant d'augmenter la qualité des services rendus aux clients était le principal facteur favorisant. Les participants se disaient tous en faveur d'inclure de nouvelles interventions démontrées comme bénéfiques par des études, afin de leur permettre de demeurer à jour et de répondre du mieux qu'ils le peuvent aux besoins de leur clientèle. Comme deuxième facteur, les participants ont nommé la motivation des clients à participer à de telles interventions. En effet, selon eux, certains clients montreraient un grand intérêt envers l'activité physique, ne serait-ce que pour se changer les idées ou passer le temps. La motivation des clients est variable d'une personne à l'autre, mais il est certain que quelques-uns seraient très intéressés. Finalement, il a été mentionné comme facteur favorisant que l'implantation de l'intervention par l'activité physique était en partie employée par les différents intervenants de réadaptation, mais qu'elle était utilisée surtout dans le but d'améliorer les fonctions de base comme l'équilibre, les transferts et la marche, plutôt que directement reliée à la diminution des symptômes dépressifs. De plus, la physiothérapeute a mentionné qu'elle donnait souvent des exercices de renforcement à faire à la chambre entre les séances de traitement, ce qui se rapproche de l'intervention ciblée par l'essai et qui constitue une force pour le milieu.

### **Facteurs limitant l'implantation de l'intervention par l'activité physique dans le milieu**

En ce qui concerne les facteurs limitant l'implantation d'un tel type d'intervention, les participants en ont identifié sept. Le plus important de ces facteurs a été le manque de ressources autant budgétaires, matérielles qu'humaines, pour être en mesure de bien faire fonctionner le programme. Parmi les ressources, le manque de locaux et le manque d'argent pour engager du personnel qualifié, comme des entraîneurs physiques ou des kinésithérapeutes, étaient les principaux problèmes, considérant qu'eux-mêmes n'avaient pas de temps à consacrer à cela étant donné leur horaire chargé. Ensuite, par rapport aux clients, les principaux obstacles étaient leur endurance limitée en raison de leur instabilité médicale et le fait qu'une fois les clients stabilisés, ils sont réorientés vers d'autres ressources pour poursuivre leur réadaptation. Le court délai d'hospitalisation vient alors limiter l'implantation de l'intervention dans leur milieu. De plus, la clientèle TCC présente parfois des comportements agressifs, ce qui nécessite une surveillance constante. Un autre obstacle à l'implantation de l'intervention par l'activité physique est le fait qu'il serait difficile d'organiser un horaire pour les clients étant donné qu'ils ont souvent plusieurs examens médicaux de contrôle à passer et que ces examens peuvent avoir lieu à tout moment. Finalement, le dernier facteur limitant identifié par les participants concernait le mandat de l'équipe de réadaptation travaillant dans le milieu aigu. En effet, le mandat premier, selon eux, est davantage axé sur la réadaptation fonctionnelle des prérequis de base pour ensuite permettre une meilleure participation dans les activités de la vie quotidienne. Les intervenants ont, pour ce faire, moins de temps à consacrer à l'intervention par rapport aux symptômes dépressifs.

## **DISCUSSION**

Les études analysées suggèrent que l'activité physique a effectivement un effet positif sur la réduction des symptômes dépressifs, ce qui encourage à pousser les recherches et à mener des études utilisant des programmes d'exercice semblables avec des échantillons plus importants et utilisant les mêmes outils pour mesurer les variables. Toutefois, la recension des écrits ne permet pas de déduire hors de tout doute qu'une thérapie par l'activité physique a, sur les symptômes dépressifs, des effets bénéfiques supérieurs à un autre type d'intervention, sans doute à cause du faible nombre d'études et parfois de certaines limites sur le niveau de preuve telles que le nombre de sujets (cf. annexe 1).

Les participants-experts considéraient également que des interventions incluant l'activité physique seraient intéressantes comme moyen de cibler les symptômes dépressifs et pointaient plusieurs facteurs favorisant (ouverture des intervenants, motivation des clients et le fait que l'activité est déjà utilisée pour d'autres buts thérapeutiques), ainsi que plusieurs limitations (en particulier les ressources financières). Il serait intéressant d'explorer si ces conclusions se retrouvent chez des participants travaillant dans un autre contexte de pratique.

Finalement, une autre limite du présent travail est que la méthodologie des études recensées ne correspond pas au milieu de pratique où s'est tenu le groupe de discussion et limite ainsi son applicabilité clinique dans ce milieu. En effet, les sujets d'étude présentaient le bon diagnostic, mais étaient recrutés entre trois mois et un an post-traumatisme, ce qui est loin du milieu aigu sondé durant le groupe de discussion.

## CONCLUSION

À la lumière des résultats et informations récoltés, il est possible de conclure que l'activité physique possède un bon potentiel afin de réduire ou de prévenir les symptômes dépressifs chez la clientèle adulte ayant subi un TCC. L'ergothérapie a une vision globale de la personne en tenant compte de ses dimensions, de ses domaines et de son environnement. L'utilisation de l'activité physique comme moyen d'intervention permet de fournir aux clients une activité significative qui pourrait augmenter leur participation au traitement. Bien qu'en milieu aigu le temps post-accident soit très court, la plupart des clients ont ce désir de bouger et de retrouver leurs capacités physiques, ce qui favorise ce type d'intervention. À l'avenir, il serait intéressant que des ergothérapeutes se penchent sur les bénéfices d'une intervention physique préventive pour les symptômes dépressifs de la clientèle adulte ayant subi un TCC en milieu aigu, ce qui aurait comme conséquence de favoriser une augmentation de la participation sociale des clients ainsi que leur rendement occupationnel, deux aspects primordiaux de l'ergothérapie.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bateman, A., Culpan, F. J., Pickering, A. D., Powell, J. H., Scott, O. M. et Greenwood, R. J. (2001). The effect of aerobic training on rehabilitation outcomes after recent severe brain injury: A randomized controlled evaluation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(2), 174-182.
- Blake, H. et Batson, M. (2009). Exercise intervention in brain injury: A pilot randomized study of tai chi qigong. *Clinical Rehabilitation*, 23(7), 589-598. doi:10.1177/0269215508101736
- Brown, M., Gordon, W. A. et Spielman, L. (2003). Participation in social and recreational activity in the community by individuals with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 48(4), 266-274.
- Colantonio, A., Mar, W., Escobar, M., Yoshida, K., Velikonja, D., Rizoli, S., Cusimano, M. et Cullen, N. (2010). Women's health outcomes after traumatic brain injury. *Journal of Women's Health*, 19(6), 1109-1116.
- Corrigan, J. D., Lineberry, L. A., Komaroff, E., Langlois, J. A., Selassie, A. W. et Wood, K. D. (2007). Employment after traumatic brain injury: Differences between men and women. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(11), 1400-1409.
- Driver, S. et Ede, A. (2009). Impact of physical activity on mood after TBI. *Brain Injury*, 23(3), 203-212.
- Fann, J. R., Jones, A. L., Dikmen, S. S., Temkin, N. R., Esselman, P. C. et Bombardier, C. H. (2009). Depression treatment preferences after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24(4), 272-278.
- Gemmell, C. et Leatham, J. M. (2006). A study investigating the effects of tai chi chuan: Individuals with traumatic brain injury compared to controls. *Brain Injury*, 20(2), 151-156.

- Hoffman, J. M., Bell, K. R., Powell, J. M., Behr, J., Dunn, E. C., Dikmen, S. et Bombardier, C. H. (2010). A randomized controlled trial of exercise to improve mood after traumatic brain injury. *PM&R*, 2(10), 911-919.
- Hudak, A. M., Hynan, L. S., Harper, C. R. et Diaz-Arrastia, R. (2012). Association of depressive symptoms with functional outcome after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 27(2), 87-98.
- Machamer, J. E., Temkin, N. R. et Dikmen, S. S. (2003). Neurobehavioral outcome in person with violent or nonviolent traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 18(5), 387-397.
- Maher, C. G., Sherrington, C., Herbert, R. D., Moseley, A. M. et Elkins, M. (2003). Reliability of the PEDRO scale for rating quality of randomized controlled trials. *Physical Therapy*, 83(8), 713-721.
- Schwandt, M., Harris, J. E., Thomas, S., Keightley, M., Snaiderman, A. et Colantonio, A. (2012). Feasibility and effect of aerobic exercise for lowering depressive symptoms among individuals with traumatic brain injury: A pilot study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 27(2), 99-103.
- Sinha, S., Gunawat, P., Nehra, A. et Sharma, B. S. (2013). Cognitive, functional, and psychosocial outcome after severe traumatic brain injury: A cross-sectional study at a tertiary care trauma center. *Neurology India*, 61(5), 501-506. doi: 10.4103/0028-3886.121920
- Townsend, E. A. et Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd., version française, Noémi Cantin éd.). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Wise, E. K., Hoffman, J. M., Powell, J. M., Bombardier, C. H. et Bell, K. R. (2012). Benefits of exercise maintenance after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(8), 1319-1323. doi: 10.1016/j.apmr.2012.05.009

## ANNEXE 1 : SYNTHÈSE DU CONTENU DES ARTICLES

Article	Taille de l'échantillon et population à l'étude	Devis et caractéristiques principales	Interventions <sup>a</sup>	Variables dépendantes d'intérêt pour l'essai (outils de mesure)	Résultats	Niveau de confiance <sup>b</sup> pour les données probantes et justifications
Bateman <i>et al.</i> , 2001 <i>The effect of aerobic training on rehabilitation outcomes after recent severe brain injury: A randomized controlled evaluation</i>	Diagnostic de premier TCC avec durée de réadaptation d'au moins 3 mois anticipée Âge moy. (EXP) = 41,7 Âge moy. (CTRL) = 44,7 EXP : n= 78 CTRL : n= 79	Essai clinique randomisé - Évaluation pré et post (suivi à 12 semaines)	EXP : Thérapie par l'exercice physique - 3 fois 30 min. de vélo stationnaire individuellement par semaine pendant 12 semaines CTRL : Thérapie par des activités de relaxation - 3 fois 30 min. d'exercice de respiration, de relaxation musculaire, de visualisation Les deux groupes continuaient aussi leur programme de traitement multidisciplinaire (15 heures/semaine)	Évaluation des symptômes dépressifs - <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)	Pas de différences significatives entre le groupe contrôle et le groupe expérimental en ce qui concerne les résultats obtenus au HADS	7/10 (modéré à élevé) Les thérapeutes (6) et les évaluateurs (7) n'étaient pas « en aveugle » et il n'y a pas eu d'analyse en intention de traiter (9)
Blake <i>et al.</i> , 2009 <i>Exercise intervention in brain injury: A pilot randomized study of tai chi qigong</i>	Patients ayant déjà subi un TCC depuis 1 an au moins Âge moy. (EXP) = 44,5 Âge moy. (CTRL) = 46,2 EXP : n= 10 CTRL: n= 10	Essai pilote d'un essai clinique randomisé - Évaluation pré et post	EXP : Thérapie par le Tai Chi Qigong - 1 heure de Tai Chi Qigong par semaine pendant 8 semaines CTRL : Thérapie par des activités sociales sans exercice physique (dessin, groupe de discussion, jeux de société, écriture, lecture) - 1 heure par semaine pendant 8 semaines	Évaluation des symptômes dépressifs - <i>General Health Questionnaire- 12 item</i> (GHQ-12) - <i>Physical Self-Description Questionnaire</i> (PSDQ) (composante sur l'estime de soi)	Différence significative ( $p < 0,05$ ) entre EXP et CTRL pour ce qui est des résultats obtenus avec le GHQ-12 en faveur de EXP suite aux 8 semaines de traitement Aucune différence significative entre EXP et CTRL au PSDQ après les 8 semaines de traitement	6/10 (modéré à élevé) Pas d'assignation secrète (3), les sujets (5), les thérapeutes (6) et les évaluateurs (7) n'étaient pas « en aveugle »

(Annexe 1, suite)

Article	Taille de l'échantillon et population à l'étude	Devis et caractéristiques principales	Interventions <sup>a</sup>	Variables dépendantes d'intérêt pour l'essai (outils de mesure)	Résultats	Niveau de confiance <sup>b</sup> pour les données probantes et justifications
Hoffman <i>et al.</i> , 2010 <i>A randomized controlled trial of exercise to improve mood after traumatic brain injury</i>	Patients ayant déjà subi un TCC depuis minimum 6 mois et maximum 5 ans et un score de 5 ou plus au <i>Patient Health Questionnaire-9</i> (Niveau moyen de symptômes dépressifs au moins) Âge moy. (EXP) = 39,7 Âge moy. (CTRL) = 37,1 EXP : n= 40 CTRL : n= 40	Essai clinique randomisé - Évaluation pré et post - Analyse en intention de traiter - Analyses post-hoc entre groupe qui s'entraîne plus de 90 min. et groupe qui s'entraîne moins de 90 min.	EXP : Thérapie par l'exercice physique - 1 séance d'exercice en gymnase de 75 min. et 4 séances de 30 min. d'exercice à la maison par semaine durant 10 semaines CTRL : Aucune intervention pour le groupe contrôle (en attente à la maison pour une participation au programme d'intervention dans 10 semaines)	Évaluation des symptômes dépressifs - <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> - <i>Medical Outcomes Study 12-Item</i> - <i>Short-Form Health Survey (SF-12)</i> (élément sur la santé mentale)	Aucune différence significative pour le BDI et le SF-12 entre EXP et CTRL après 10 semaines de traitement Après analyses post-hoc sur la totalité des participants, différence significative au BDI ( $p < 0,033$ ) et SF-12 (0,024) en faveur de ceux qui s'entraînent plus de 90 min. par semaine	6/10 (modéré à élevé) Les sujets (5), les thérapeutes (6) et les évaluateurs (7) n'étaient pas « en l'aveugle » et il n'y a pas d'estimation des effets ni d'estimation de la variabilité des critères de jugement (11)
Wise <i>et al.</i> , 2012 <i>Benefits of exercise maintenance after traumatic brain injury</i>	Patients ayant déjà subi un TCC depuis minimum 6 mois et maximum 5 ans et un score de 5 ou plus au <i>Patient Health Questionnaire-9</i> (Niveau moyen de symptômes dépressifs au moins) Âge moy. (EXP) = 39.7 EXP : n= 40	Étude quasi expérimentale (manipulation de la variable dépendante : symptômes dépressifs) - Évaluation pré et post (suivi à 6 mois) - Analyses post-hoc	EXP : Thérapie par l'exercice physique - 1 séance d'exercice en gymnase de 75 min. et 4 séances de 30 min. d'exercice à la maison par semaine durant 10 semaines	Évaluation des symptômes dépressifs - <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> - <i>Medical Outcomes Study 12-Item</i> - <i>Short-Form Health Survey (SF-12)</i> (élément sur la santé mentale)	Différence significative pour EXP au BDI et au SF-12 pour ce qui est de la mesure entre le début et 10 semaines d'intervention et entre le début et 6 mois après le début de l'intervention Différence non significative pour la période entre 10 semaines et 6 mois après le début du traitement Après analyses post-hoc sur la totalité des participants, différence significative au BDI ( $p < 0.037$ ) et SF-12 (0.014) en faveur de ceux qui s'entraînent plus de 90 min. par semaine 6 mois après le début de l'intervention	5/10 (modéré) Pas d'assignation secrète (3), les sujets (5), les thérapeutes (6) et les évaluateurs (7) n'étaient pas « en aveugle » et il n'y a pas eu d'analyse en intention de traiter (9)

(Annexe 1, suite)

Article	Taille de l'échantillon et population à l'étude	Devis et caractéristiques principales	Interventions <sup>a</sup>	Variabiles dépendantes d'intérêt pour l'essai (outils de mesure)	Résultats	Niveau de confiance <sup>b</sup> pour les données probantes et justifications
Gemmel et Leatham, 2006 <i>A study investigating the effects of tai chi chuan: Individuals with traumatic brain injury compared to controls</i>	Patients ayant déjà subi un TCC (léger, modéré ou sévère) Âge moy. (Femmes) = 40,2 Âge moy. (Hommes) = 51,2 EXP : n= 9 CTRL : n= 9	Essai clinique randomisé - Évaluation pré, pendant et post (suivi à 3 semaines) pour le <i>MOS SF-36</i> et le <i>RSES</i> - Évaluation pré et post chaque session de Tai Chi Chen pour le <i>VAMS</i>	EXP : Thérapie par le Tai Chi Chen - 2 fois 45 min. de Tai Chi Chen en groupe par semaine pendant 6 semaines CTRL : Aucune intervention durant les 6 semaines (patients sur la liste d'attente)	Évaluation des symptômes dépressifs - <i>Medical Outcome Scale Short-Form 36 (MOS SF-36)</i> - <i>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)</i> - <i>Visual Analogue Scales (VAMS)</i> (humeur générale)	Différence significative entre EXP et CTRL pour le <i>VAMS</i> post intervention en faveur du EXP Pas de différence significative entre EXP et CTRL pour le <i>RSES</i> et le <i>MOS SF-36</i> post intervention	5/10 (modéré) Pas d'assignation secrète (3), les sujets (5) et les thérapeutes (6) n'étaient pas « en aveugle », non mention du nombre de sujets auprès de qui des mesures ont été obtenues (8) et il n'y a pas eu d'analyse en intention de traiter (9)
Driver et Ede, 2009 <i>Impact of physical activity on mood after TBI</i>	Patients ayant subi un TCC depuis au moins 1 an et avec un score au-dessus de 6 sur le <i>Rancho Los Amigos Scale</i> (capacités cognitives appropriées et fonctionnelles) Âge moy. (EXP) =38,78 Âge moy. (CTRL)=37,62 EXP : n= 8 CTRL : n= 8	Essai clinique randomisé - Évaluation pré et post	EXP : Thérapie par l'activité aquatique (aérobie et résistance) - 3 fois 1 heure d'activités physiques aquatiques par semaine pendant 8 semaines (entraîneur personnel) CTRL : Thérapie par la réadaptation socioprofessionnelle (écriture et lecture) - 3 fois 1 heure par semaine pendant 8 semaines	Évaluation des symptômes dépressifs - <i>The Profile of Mood States (POMS)</i>	Différence significative entre les groupes en faveur d'EXP ( $p < 0,05$ ) pour le <i>POMS</i> Différence significative pré-post traitement pour EXP mais pas pour CTRL	4/10 (modéré à faible) Pas d'assignation secrète (3), les sujets (5), les thérapeutes (6) et les évaluateurs (7) n'étaient pas « en aveugle », non mention du nombre de sujets auprès de qui des mesures ont été obtenues (8) et il n'y a pas eu d'analyse en intention de traiter (9)

(Annexe 1, suite)

Article	Taille de l'échantillon et population à l'étude	Devis et caractéristiques principales	Interventions <sup>a</sup>	Variabiles dépendantes d'intérêt pour l'essai (outils de mesure)	Résultats	Niveau de confiance <sup>b</sup> pour les données probantes et justifications
Schwandt <i>et al.</i> , 2012 <i>Feasibility and effect of aerobic exercise for lowering depressive symptoms among individuals with traumatic brain injury: A pilot study</i>	Patients ayant déjà subi un TCC depuis au moins 6 mois Âge moy. (EXP) = 29 EXP: n= 4	Étude pilote quasi expérimentale (manipulation de la variable dépendante : symptômes dépressifs) - Évaluation pré et post	EXP : Thérapie par l'exercice physique (étirement, tapis roulant, <i>step machine</i> , vélo stationnaire) - 3 fois 40 min. d'exercice physique individuellement par semaine pendant 12 semaines	Évaluation des symptômes dépressifs - <i>Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD)</i>	Tous les participants ont obtenu des scores plus bas au HAMD se traduisant par une diminution des symptômes dépressifs  Les auteurs n'ont cependant pas inscrit si les résultats étaient significatifs ou pas	2/10 (faible) Pas de répartition aléatoire, car un seul groupe (2), pas d'assignation secrète (3), les sujets (5), les thérapeutes (6) et les évaluateurs (7) n'étaient pas « en aveugle », il n'y a pas eu d'analyse en intention de traiter (9), pas de comparaisons statistiques intergroupes, car un seul groupe (10) et pas d'estimation de la taille de l'effet et de la variabilité des critères (11)

EXP = groupe expérimental; CTRL= groupe contrôle; moy. = moyen (ne); TCC = Traumatisme craniocérébral; min. = minute(s)

<sup>a</sup> Le niveau de confiance a été déterminé en se basant sur l'échelle PEDro (Maher *et al.*, 2003). Les critères non présents sont indiqués dans le tableau.<sup>b</sup> Le style d'exercice physique varie selon les études.





**UTILISATION D'INSTRUMENTS DE MESURE AVEC DES  
PERSONNES AYANT SUBI UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL :  
UNE ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE AUPRÈS  
D'ERGOTHÉRAPEUTES EN SUISSE ROMANDE**

**Anne Martine Bertrand<sup>1</sup>, Anouk Howald<sup>2</sup>, Julia Siegenthaler<sup>3</sup>, Nicolas Kuhne<sup>4</sup>**

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

<sup>2</sup> *Ergothérapeute, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse,*

<sup>3</sup> *Ergothérapeute, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse,*

<sup>4</sup> *Ergothérapeute, PhD, Professeur HES, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse*

Adresse de contact : [martine.bertrand@eesp.ch](mailto:martine.bertrand@eesp.ch)

Reçu le : 14.10.2014 – Accepté le 04.01.2015

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



## RÉSUMÉ

L'intérêt des instruments de mesure standardisés est reconnu en ergothérapie et plusieurs organisations professionnelles promeuvent leur utilisation. Les résultats d'études anglo-saxonnes montrent toutefois que les ergothérapeutes n'y ont pas tous recours dans leur pratique et que ceux qui en utilisent ne le font pas de manière fréquente. Les instruments de mesure étant développés et diffusés surtout en anglais, il est possible que les ergothérapeutes francophones en utilisent encore moins. Les objectifs de l'étude étaient : 1) de décrire les instruments de mesure standardisés utilisés auprès de personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral par les ergothérapeutes en Suisse romande ; et 2) de décrire leur perception de facteurs facilitant ou entravant la sélection et l'utilisation d'instruments de mesure standardisés. Une enquête par questionnaire postal et en ligne a été menée. Soixante-sept ergothérapeutes y ont répondu. Quarante (60 %) participants ont indiqué utiliser des instruments de mesure standardisés et en ont cité 45 différents. Les versions utilisées sont à plus de 80 % en français et les participants indiquent ne pas savoir si ces dernières sont validées dans un tiers des cas. Enfin, les participants estiment que l'accès aux informations et aux instruments de mesure en français est mauvais. Les acteurs de la recherche et du développement de même que ceux de la formation devraient mettre en œuvre des stratégies permettant de faciliter la sélection et l'utilisation d'instruments de mesure par les ergothérapeutes francophones de Suisse.

## MOTS-CLÉS

Instruments de mesure standardisés, Accident vasculaire cérébral, Enquête

## **USE OF STANDARDIZED MEASUREMENT INSTRUMENTS BY OCCUPATIONAL THERAPISTS WORKING IN FRENCH-SPEAKING SWITZERLAND WITH PEOPLE WHO HAVE HAD A STROKE: A QUESTIONNAIRE BASED SURVEY**

### **ABSTRACT**

The value of standardized measurement instruments is recognized in occupational therapy and many professional organizations promote their use. However, results of Anglo-Saxon studies show that some occupational therapists do not use them in their practice and that those who use them do not do so routinely. Since standardized measurement instruments are developed and disseminated mainly in English, it is possible that French occupational therapists use them even less. The objectives of the study were: 1) to investigate the current use of standardized measurement instruments by occupational therapists in French-speaking Switzerland for assessing the characteristics of people who have had a stroke; 2) to describe their perception of factors facilitating or hindering selection and use of standardized measurement instruments. A mixed-mode (postal/online) survey was conducted. Sixty-seven occupational therapists filled in a questionnaire. Forty (60 %) participants reported using standardized measurement instruments with 45 different ones. They use French versions most of the time (80 %) and, in a third of cases, report that they do not know if the versions are valid. Finally, participants felt that access to information and measurement instruments in French is poor. Those involved in research and development as well as in education ought to implement strategies to facilitate the selection and use of standardized measurement instruments by Swiss-French occupational therapists.

### **KEYWORDS**

Standardized measurement instruments, Stroke, Survey

## INTRODUCTION

Depuis les années 1980, de nombreux instruments de mesure standardisés ont été développés en réadaptation. Leur développement s'est réalisé en parallèle avec celui des interventions et la nécessité croissante d'en évaluer l'efficacité. À ce jour, l'utilité des instruments de mesure standardisés est largement reconnue en ergothérapie, comme dans d'autres professions de la santé. En effet, ils permettent de produire des données qui peuvent être compilées, comparées et transmises (Meyer, 2007). Celles-ci peuvent contribuer à faciliter la communication avec les clients et avec les autres professionnels. Elles peuvent aussi soutenir les raisonnements pour établir la problématique des clients, de même qu'elles sont utiles pour définir les objectifs et déterminer leur atteinte. Les instruments de mesure servent donc directement les cliniciens, mais ils permettent aussi de documenter les besoins et de montrer l'efficacité des interventions en ergothérapie, contribuant ainsi à la promotion de la profession (Gutman, Mortera, Hinojosa et Kramer, 2007).

Bien que plusieurs organisations professionnelles promeuvent l'emploi d'instruments de mesure standardisés (AOTA, 2014 ; COT, 2013 ; WFOT, 2011), leur utilisation dans les milieux cliniques reste modeste. Des études menées auprès d'ergothérapeutes du Royaume-Uni, d'Australie et d'Irlande montrent qu'ils recourent fréquemment à des instruments non standardisés, des évaluations dites « maison » (Blenkiron, 2005 ; Cook, McCluskey et Bowman, 2007 ; Stapleton et Galvin, 2005 ; Stapleton et McBrearty, 2009 ; Walker, Drummond, Gatt et Sackley, 2000). Ils utilisent aussi des instruments de mesure standardisés dans des proportions variant entre 50 % et 90 % (Blenkiron, 2005 ; Cook *et al.*, 2007 ; Piernik-Yoder et Beck, 2012 ; Stapleton et McBrearty, 2009 ; Walker *et al.*, 2000). Toutefois, ils utilisent un nombre d'instruments restreint (Cook *et al.*, 2007 ; Piernik-Yoder et Beck, 2012 ; Stapleton et McBrearty, 2009) ou les utilisent de manière peu fréquente (Blenkiron, 2005 ; Piernik-Yoder et Beck, 2012 ; Walker *et al.*, 2000). Enfin, ils utilisent très peu d'instruments de mesure standardisés spécifiques à l'ergothérapie ou qui concernent les occupations (Cook *et al.*, 2007 ; Piernik-Yoder et Beck, 2012 ; Stapleton et McBrearty, 2009 ; Walker *et al.*, 2000).

Un constat similaire est dressé pour d'autres professions, comme la physiothérapie, la logopédie ou les soins infirmiers (Bland *et al.*, 2013 ; Burton, Tyson et McGovern, 2013). Ainsi, si les enquêtes sur les pratiques des physiothérapeutes rapportent bien l'utilisation d'un ou de plusieurs instruments de mesure (Jette, Halbert, Iverson, Miceli et Shah, 2009 ; Stokes et O'Neill, 2008 ; Van Peppen, Maissan, Van Genderen, Van Dolder et Van Meeteren, 2008), c'est toutefois pour des fréquences faibles à modérées (Stokes et O'Neill, 2008 ; Van Peppen *et al.*, 2008). Par ailleurs, les instruments de mesure reconnus comme ayant de très bonnes qualités sont peu utilisés (Abrams *et al.*, 2006 ; Copeland, Taylor et Dean, 2008 ; Van Peppen *et al.*, 2008).

Avec pour ambition de comprendre cette situation, et éventuellement de contribuer à combler l'écart entre les recommandations et la pratique, plusieurs études ont cherché à identifier les facteurs qui influencent l'utilisation des instruments de me-

sure par les ergothérapeutes et les physiothérapeutes. Parmi les facteurs d'obstacle à l'utilisation, celui le plus souvent relevé est le temps nécessaire à l'administration ou à l'interprétation des données (Abrams *et al.*, 2006 ; Cook *et al.*, 2007 ; Jette *et al.*, 2009 ; Stapleton et McBrearty, 2009 ; Stokes et O'Neill, 2008 ; Van Peppen *et al.*, 2008). Le manque de temps pour faire des recherches et choisir les instruments est aussi mis en avant (Blenkiron, 2005 ; Wedge *et al.*, 2012). Le manque de ressources financières et le manque de consensus parmi les collègues sont aussi considérés comme des facteurs limitants (Blenkiron, 2005 ; Cook *et al.*, 2007 ; Skinner et Turner-Stokes, 2006). Plusieurs études relèvent également que les connaissances limitées des cliniciens sur la sélection et l'administration des instruments de mesure ainsi que sur l'interprétation des résultats sont associées à la non-utilisation (Blenkiron, 2005 ; Bowman, 2006 ; Cook *et al.*, 2007 ; Jette *et al.*, 2009 ; Swinkels, van Peppen, Wittink, Custers et Beurskens, 2011). Enfin, la perception que les instruments de mesure sont peu pertinents et inadaptés à la pratique et à la clientèle est aussi rapportée comme étant un important facteur limitant (Blenkiron, 2005 ; Cook *et al.*, 2007 ; Stapleton et McBrearty, 2009).

Des facteurs facilitant l'utilisation d'instruments de mesure ont aussi été identifiés. Parmi ceux-ci, il y a la reconnaissance d'avantages associés à leur utilisation (p. ex. mesurer des changements) (Cook *et al.*, 2007 ; Copeland *et al.*, 2008 ; Stapleton et McBrearty, 2009 ; Swinkels *et al.*, 2011) et le fait d'être familier avec les instruments de mesure et leur utilisation (Copeland *et al.*, 2008 ; Van Peppen *et al.*, 2008). En lien avec le lieu de travail, une bonne collaboration entre collègues liée à l'utilisation d'instruments de mesure (Van Peppen *et al.*, 2008) ainsi que la présence d'instruments de mesure (Cook *et al.*, 2007) sont des raisons associées à leur utilisation. Enfin, la possibilité de recourir à un spécialiste faciliterait la sélection des instruments de mesure et leur utilisation (Huijbregts, Myers, Kay et Gavi, 2002).

Considérant que l'utilisation d'instruments de mesure dépend des qualités propres de ces derniers, mais aussi des caractéristiques des utilisateurs et de l'environnement dans lequel ils évoluent, il paraît difficile d'appliquer directement l'ensemble des résultats issus des études recensées à la situation des ergothérapeutes francophones de Suisse. En effet, des éléments liés à la langue des instruments, à l'avancée des disciplines, aux organisations et aux systèmes d'assurances sont ou peuvent être différents.

En l'occurrence, parmi les différences notables et susceptibles d'avoir un impact sur la sélection et l'utilisation d'instruments de mesure figure le manque d'instruments de mesure disponibles et validés en français (Tennant *et al.*, 2004). Il est ainsi possible que les ergothérapeutes francophones utilisent des versions d'instruments non validés (de plus en plus présentes sur les sites web et souvent incomplètes) ou encore des instruments de mesure validés en anglais, sans toutefois avoir les compétences linguistiques nécessaires pour les utiliser dans cette langue.

Par ailleurs, en comparaison internationale, l'expérience de recherche en ergothérapie est très récente et l'offre de formation universitaire, de deuxième et troisième cycle, accessible aux ergothérapeutes est très limitée en Suisse romande. De ce

fait, un nombre restreint d'ergothérapeutes possède des compétences avancées associées à la sélection des instruments de mesure et à l'interprétation des résultats.

Finalement, un ensemble d'éléments contextuels dépendant des organisations ne semble pas favoriser l'utilisation des instruments de mesure. La taille des services est plutôt petite, en comparaison avec ceux des grandes villes des pays anglo-saxons. La pratique libérale est bien développée et de nombreux ergothérapeutes travaillent seuls ou en équipe restreinte : 768 organisation ou cabinets sont enregistrés à l'Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE), pour un nombre total d'ergothérapeutes en Suisse estimé à 2 700. De plus, de manière générale, l'accès aux bases de données et aux articles scientifiques en ligne est limité dans les services. En conséquence, les échanges entre les ergothérapeutes et l'accès aux informations sont particulièrement limités.

En Suisse, les ergothérapeutes ne sont pas soumis à un examen des procédures d'évaluation, de l'analyse des résultats et des plans d'intervention qui figurent dans les dossiers des clients par un organe de surveillance et de contrôle, comme un ordre professionnel. Les ergothérapeutes sont donc libres d'utiliser ou non des instruments de mesure, sous réserve de prescriptions médicales spécifiques. Toutefois, les organisations d'ergothérapie doivent participer « aux mesures de contrôle de qualité (art. 77) qui garantissent que leur champ d'activité soit rempli et que des soins adéquats et de bonne qualité soient dispensés » (OAMaI, 1995). À cette fin, dans le cadre de la convention signée entre les prestataires d'ergothérapie et les assureurs, les ergothérapeutes participent à une évaluation ponctuelle des résultats de leurs thérapies (Roos *et al.*, 2010) au moyen du Goal Attainment Scaling (GAS) (Kiresuk et Sherman, 1968). Cet instrument de mesure sert à évaluer l'atteinte des objectifs d'intervention préalablement déterminés avec les clients.

Au vu de l'importance des instruments de mesure pour la clinique et considérant ces spécificités locales, il nous a paru nécessaire de dresser un état de la situation en Suisse romande pour permettre d'éventuelles actions de soutien ou de formation.

Cette étude vise donc : 1) à décrire les instruments utilisés auprès de personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC) par les ergothérapeutes en Suisse romande ; et 2) à décrire leur perception à l'égard de facteurs facilitant ou entravant la sélection et l'utilisation d'instruments de mesure.

La clientèle des personnes ayant eu AVC, comme clientèle visée par l'évaluation, a été choisie parce qu'elle est importante en réadaptation (ICIS, 2008 ; Rijken et Dekker, 1998), parce que de nombreux instruments de mesure ont été développés ou validés pour elle (Salter, Teasell, Foley et Jutai, 2007) et, enfin, parce que la plupart des études sur l'utilisation d'instruments de mesure par les ergothérapeutes la concernent. Ce choix permet de constituer un échantillon suffisamment grand et de faciliter l'interprétation des résultats.

## MÉTHODES

### Recrutement des participants

Comme il n'y a pas de liste exhaustive recensant les ergothérapeutes travaillant en Suisse, les participants ont été recrutés via les services d'ergothérapie de Suisse romande. Ces derniers ont été identifiés à l'aide de listes disponibles sur des sites web (ASE, sections cantonales de l'ASE et Santéromande.ch). Ils ont été sélectionnés s'ils indiquaient une spécialité en neurologie, en médecine ou en médecine physique pour ceux du secteur privé et en neurologie ou en réadaptation pour ceux du secteur public. Au total, 196 services ont été sélectionnés.

Un seul répondant par service a été invité à participer à l'étude afin de réduire les sources d'erreurs associées à la couverture et aux non-réponses (Dillman, Smyth et Christian, 2009). Pour être admissible, l'ergothérapeute devait travailler dans le service depuis une année et avoir mené, au cours de cette période, des interventions auprès d'au moins cinq personnes ayant eu un AVC. Si plus d'un ergothérapeute d'un même service était admissible, il était demandé de désigner comme répondant celui qui, au cours de la dernière année, était intervenu auprès du plus grand nombre de clients ayant eu un AVC.

### Collecte des données

Une enquête mixte, postale et en ligne, a été utilisée pour recueillir les données. Cette méthode permet un taux de réponse comparable à une enquête postale seule (Dillman *et al.*, 2009 ; Zuidgeest, Hendriks, Koopman, Spreuwenberg et Rademakers, 2011). L'enquête a été menée de janvier à mars 2013. Une lettre d'invitation précisant le but de l'étude, les critères d'admissibilité, l'adresse Internet du questionnaire en ligne et un code d'accès a été envoyée aux 196 services sélectionnés. Trois semaines après l'envoi de la lettre d'invitation, une lettre de rappel accompagnée d'une version papier du questionnaire et d'une enveloppe-réponse affranchie a été envoyée aux services qui n'avaient pas encore répondu. Enfin, trois semaines plus tard, une carte postale de rappel a été envoyée.

Le questionnaire comprenait six sections regroupant les questions par thème. La première section rappelait les critères d'admissibilité et comprenait une question permettant de s'assurer que le répondant les remplissait et, selon le cas, de documenter les raisons de la non-participation. La deuxième section comprenait des questions sur les caractéristiques des répondants et de leur service. Dans la troisième section, après avoir spécifié le terme instrument de mesure standardisé (« un instrument dont la procédure contient des instructions détaillées sur l'administration et la cotation et dont

les qualités psychométriques (la fidélité<sup>1</sup> et la validité<sup>2</sup>) ont été étudiées », les répondants étaient invités à énumérer les instruments de mesure utilisés au cours de la dernière année et à fournir des informations spécifiques sur chacun d'eux (version linguistique, validation) et sur leur utilisation (proportion de clients, exigence des supérieurs hiérarchiques). Les quatrième et cinquième sections incluaient chacune huit questions qui demandaient d'apprécier des facteurs personnels et contextuels (identifiés dans la littérature et adaptés au contexte local), associés à la sélection et à l'utilisation des instruments de mesure standardisés. Les répondants devaient répondre à ces questions en utilisant une échelle à cinq niveaux (de « très bon » à « très mauvais » ou de « très important » à « très faible »). La sixième section comprenait une question sur la satisfaction des répondants à l'égard des instruments de mesure à disposition dans leur service.

Le questionnaire pouvait être rempli en 20 minutes environ. Il a été soumis en prétest à six ergothérapeutes expérimentés et deux enseignants-chercheurs en ergothérapie. Le questionnaire en ligne a également été testé et comparé à la version papier de manière à s'assurer de la concordance des questions et de la mise en page. Un avis positif de la commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain a été obtenu pour cette étude (protocole 478/12).

## Analyse des données

Les données sociodémographiques ont d'abord été analysées à l'aide de statistiques descriptives. Afin de déterminer les différences entre le groupe d'utilisateurs et celui des non-utilisateurs, des tests de *t* ont été réalisés avec les variables continues et des tests de chi-carré avec les variables catégorielles. Pour toutes les autres données, les occurrences des réponses ont été additionnées et des proportions ont été calculées. Les données ont été analysées en utilisant les logiciels Excel et SPSS (version 19.0).

# RÉSULTATS

## Participation

Sur les 196 invitations envoyées, 162 (83 %) réponses ont été reçues. Sur ces 162 réponses, deux indiquaient qu'aucun ergothérapeute ne souhaitait participer, 93 signalaient qu'aucun ergothérapeute ne répondait au critère d'admissibilité (dont 12 services hospitaliers, 41 services de soins et de maintien à domicile et 40 services in-

---

<sup>1</sup> La fidélité concerne la constance ou concordance des résultats obtenus de plusieurs évaluations (Bertrand Leiser et Kuhne, 2014). Il existe plusieurs types de fidélité comme la fidélité test-retest ou inter-juge.

<sup>2</sup> « La validité se rapporte à la capacité d'un instrument à mesurer ce dont il est censé rendre compte ou ce qu'il est censé mesurer » (Bertrand Leiser et Kuhne, 2014, p. 122). Il existe plusieurs types de validité comme la validité de contenu, la validité de construit et la validité de critère.

dépendants) et 67 étaient positives, le questionnaire étant rempli. Parmi les 34 services invités qui n'ont pas répondu, huit sont des services hospitaliers ou de réadaptation, huit sont des services de soins et de maintien à domicile et 18 sont des services en pratique libérale.

### Caractéristiques des participants et de leur service

Parmi les 67 participants, 40 (60 %) ont déclaré avoir utilisé un ou plusieurs instruments de mesure au cours de la dernière année. Les caractéristiques des participants utilisateurs et non-utilisateurs et les caractéristiques de leur service sont présentées dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Caractéristiques des participants, utilisateurs et non-utilisateurs d'instruments de mesure, et de leur service**

Variables	Utilisateurs n=40	Non-utilisateurs n=27
	M (ET)	M (ET)
Âge (années)	34,0 (8,2)	39,11 (9,3) <sup>a</sup>
Expérience depuis l'obtention du diplôme (années)	10,0 (7,7)	14,3 (9,4)
Expérience auprès de la clientèle (années)	8,3 (6,5)	11,4 (8,2)
	n (%)	n (%)
Genre : Femme	35 (87,5)	22 (81,5)
Pays de délivrance du diplôme d'ergothérapeute		
Suisse	28 (70,0)	13 (48,1)
France	8 (20,0)	9 (33,3)
Autres	4 (10,0)	5 (18,5)
Clients ayant eu un AVC (nombre durant les 12 derniers mois)		
5-10	16 (40,0)	23 (85,2) <sup>a</sup>
11-20	15 (37,5)	3 (11,1)
plus de 20	9 (22,5)	1 (3,7)
Phase d'intervention post-AVC		
0 à 14 jours	4 (10,0)	1 (3,7)
14 jours à 3 mois	17 (42,5)	7 (25,9)
plus de 3 mois	19 (47,5)	19 (70,4)
Type de service		
Hôpital	22 (55,0)	9 (33,3) <sup>a</sup>
Soins et maintien à domicile	7 (17,5)	15 (55,6)
Cabinet indépendant	11 (27,5)	3 (11,1)
Thérapeutes par service (nombre)		
1-2	14 (35,0)	18 (66,7) <sup>a</sup>
3-4	11 (27,5)	5 (18,5)
plus de 4	15 (37,5)	4 (14,8)

<sup>a</sup> Différence significative entre les groupes ( $p < 0,05$ ).

## Instruments de mesure utilisés

Les 40 ergothérapeutes qui utilisent des instruments de mesure standardisés ont rapporté en utiliser en moyenne quatre (étendue = 11). En tout, 177 mentions d'instruments ont été comptées, avec un total de 45 instruments de mesure standardisés différents (cf. annexe 1). Sur les 45 instruments de mesure cités, sept ont été utilisés par plus de 10 % des répondants (tableau 2). Les quatre instruments de mesure les plus utilisés évaluent des fonctions organiques ou des capacités, telles que définies par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS, 2001), du membre supérieur (force et dextérité). Ils sont utilisés en majorité par des ergothérapeutes qui travaillent dans des hôpitaux, lesquels interviennent dans la phase de soins aigus et de réadaptation (0-3 mois post-AVC) essentiellement. D'autres fonctions et capacités sont aussi souvent évaluées, mais avec des instruments différents. Ainsi des instruments mesurant les fonctions cognitives sont cités 14 fois (n<sup>os</sup> 12, 22, 25, 27, 28, 30, 31, 34, 45 de l'annexe), d'autres mesurant les capacités d'équilibre sont cités neuf fois (n<sup>os</sup> 7 et 10 de l'annexe) et d'autres mesurant l'indépendance ou l'autonomie dans des activités de la vie quotidienne sont cités huit fois (n<sup>os</sup> 11, 18 et 39 de l'annexe).

**Tableau 2 : Instruments de mesure utilisés par plus de 10 % des répondants en fonction des milieux de pratique (ou types de service)**

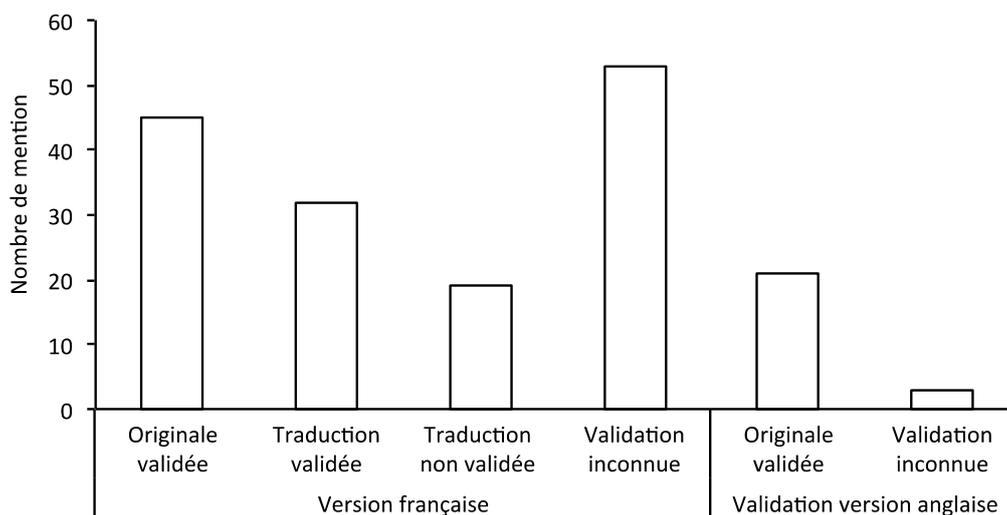
	Milieu de pratique			
	Total	Hôpital	Cabinet indépendant	Soins à domicile
	n=40 n (%)	n=22 n (%)	n=11 n (%)	n=7 n (%)
Instruments de mesure				
Dynamomètre Jamar®	25 (62,5)	16 (72,7)	7 (63,6)	3 (42,9)
Box and Block Test	20 (50,0)	15 (68,2)	3 (27,3)	2 (28,6)
Purdue Pegboard Test	20 (50,0)	14 (63,6)	4 (36,4)	2 (28,6)
Nine Hole Peg Test	16 (40,0)	10 (45,5)	5 (45,5)	1 (14,3)
MCRO	7 (17,5)	1 (4,5)	4 (36,4)	2 (28,6)
ARAT	5 (12,5)	4 (18,2)	1 (9,1)	0 (0,0)
Tinetti POMA	5 (12,5)	0 (0,0)	2 (18,2)	3 (42,9)

Note : MCRO : Mesure canadienne du rendement occupationnel ; ARAT : Action Research Arm Test ; Tinetti POMA: Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment.

Pour chacune des mentions, les participants ont indiqué la version linguistique utilisée et si, selon eux, elle était validée (figure 1). L'information est manquante pour quatre mentions. Pour 149 (86 %) mentions, ils ont indiqué utiliser une version en français. Pour un nombre important de mentions (77, soit 45 %), les participants ont indiqué utiliser une version originale ou une traduction française validée. Toutefois, pour plusieurs des instruments de mesure cités, il n'existe pas de traduction validée connue. Enfin, pour 53 (31 %) mentions, les participants ont déclaré ne pas savoir si la

version française utilisée est validée ou non et pour 19 (11 %) mentions, ils ont indiqué utiliser une traduction française non validée.

**Figure 1 : Version linguistique et validation des instruments de mesure utilisés (n=173).**



Les sept instruments les plus cités ont été utilisés auprès de moins de la moitié des clients dans 56 % des cas, auprès de la moitié à trois quarts des clients dans 30% des cas et auprès de plus de trois quarts des clients que dans 14% des cas. Des résultats similaires sont obtenus, si l'on considère l'ensemble des instruments (soit, 63%, 21 % et 16 %). Enfin, l'utilisation des instruments cités n'est exigée par des supérieurs hiérarchiques que dans 15 % des cas.

## Facteurs facilitants et obstacles associés à la sélection d'instruments de mesure

Les utilisateurs et non-utilisateurs ont évalué les différents facteurs associés à la sélection d'instruments de mesure de manière assez similaire (tableau 3). L'accès à l'information et l'accès à des instruments de mesure standardisés en français ont été évalués comme étant particulièrement mauvais par la majorité des participants des deux groupes. Le temps disponible pour la sélection est également évalué comme faible par une grande majorité des utilisateurs et des non-utilisateurs (plus de 70 %). En revanche, l'accès aux sources d'information (postes informatiques, livres, revues) est jugé de manière moins tranchée, avec presque autant d'appréciations bonnes que mauvaises. Par ailleurs, un nombre élevé de participants ont jugé leur capacité à sélectionner des instruments de mesure standardisés comme n'étant ni bonne ni mauvaise. Toutefois, un tiers des participants estiment que leur capacité à sélectionner des instruments de mesure standardisés est mauvaise ou très mauvaise. Enfin, les deux groupes n'évaluent pas de la même manière le facteur « consensus entre les collègues » : 60 % des utilisateurs l'ont estimé bon ou très bon, contre seulement 37 % des non-utilisateurs. En ce qui concerne la possibilité de faire appel à un spécialiste, la

majorité des utilisateurs (65 %) l'estime plutôt faible alors que les non-utilisateurs ont un avis plus partagé.

**Tableau 3 : Appréciation des facteurs associés à la sélection des instruments de mesure**

Facteurs	Utilisateurs n=40			Non-utilisateurs n=27		
	TB-B n (%)	NB-NM n (%)	M-TM n (%)	TB-B n (%)	NB-NM n (%)	M-TM n (%)
Accès						
aux sources d'information	16 (40,0)	12 (30,0)	10 (25,0)	11 (40,7)	5 (18,5)	11 (40,7)
aux informations sur les IM en français	3 (7,5)	9 (22,5)	26 (65,0)	8 (29,6)	3 (11,1)	13 (48,1)
à des IM en français	5 (12,5)	9 (22,5)	25 (62,5)	3 (11,1)	6 (22,2)	15 (55,6)
Temps à disposition au travail	2 (5,0)	5 (12,5)	30 (75,0)	1 (3,7)	5 (18,5)	19 (70,4)
Compétences	8 (20,0)	19 (47,5)	12 (30,0)	3 (11,1)	13 (48,1)	9 (33,3)
Consensus des collaborateurs	24 (60,0)	8 (20,0)	0 (0,0)	10 (37,0)	5 (18,5)	4 (14,8)
Ressources financières pour l'achat	5 (12,5)	18 (45,0)	16 (40,0)	2 (7,4)	13 (48,1)	10 (37,0)
Possibilité de faire appel à un spécialiste	8 (20,0)	5 (12,5)	26 (65,0)	9 (33,3)	7 (25,9)	9 (33,3)

Note : TB-B : très bon à bon ; NB-NM : ni bon ni mauvais ; M-TM : mauvais à très mauvais (pour certaines questions l'échelle de réponse variait de très important à très faible) ; IM : instruments de mesure. Les totaux n'atteignent pas 100 % pour les utilisateurs et les non-utilisateurs, la différence concerne les réponses « je ne sais pas » ou « ne s'applique pas ».

## Facteurs facilitants et obstacles associés à l'utilisation d'instruments de mesure

Les différences concernant l'appréciation des facteurs associés à l'utilisation des instruments de mesure entre les deux groupes sont importantes (tableau 4). Tous les facteurs relatifs aux compétences liés à l'administration, de même que ceux liés à la contribution des résultats, sont jugés de très bons à bons par plus de 63 % des utilisateurs, mais par au mieux 33 % des non-utilisateurs. Le consensus pour l'utilisation d'instruments de mesure est également mieux noté par les utilisateurs (jugé à 60 % de très bon à bon) que par les non-utilisateurs (33 %). L'évaluation du temps à disposition pour utiliser des instruments de mesure est plutôt variée, et ce, autant par les utilisateurs que les non-utilisateurs.

## Satisfaction à l'égard des instruments de mesure à disposition dans les services

Cinquante-trois pour cent des utilisateurs sont très satisfaits ou satisfaits des instruments de mesure disponibles dans leur service contre seulement 19 % des non-utilisateurs. À l'inverse, les participants qui sont insatisfaits ou très insatisfaits étaient 25 % dans le groupe d'utilisateurs et 67 % chez les non-utilisateurs.

**Tableau 4 : Appréciation des facteurs associés à l'utilisation des instruments de mesure**

Facteurs	Utilisateurs n=40			Non-utilisateurs n=27		
	TB-B n (%)	NB-NM n (%)	M-TM n (%)	TB-B n (%)	NB-NM n (%)	M-TM n (%)
Temps à disposition	12 (30,0)	19 (47,5)	9 (22,5)	6 (22,2)	8 (29,6)	9 (33,3)
Compétences pour						
l'administration	32 (80,0)	7 (17,5)	0 (0,0)	7 (25,9)	13 (48,1)	4 (14,8)
la cotation	26 (65,0)	12 (30,0)	0 (0,0)	7 (25,9)	12 (44,4)	4 (14,8)
l'interprétation des résultats	25 (62,5)	12 (30,0)	2 (5,0)	5 (18,5)	16 (59,3)	3 (11,1)
Contribution des résultats pour						
construire la problématique	31 (77,5)	6 (15,0)	0 (0,0)	5 (18,5)	12 (44,4)	4 (14,8)
formuler les objectifs	33 (82,5)	4 (10,0)	1 (2,5)	9 (33,3)	9 (33,3)	1 (3,7)
évaluer l'efficacité des traitements	30 (75,0)	4 (10,0)	2 (5,0)	8 (29,6)	11 (40,7)	1 (3,7)
Consensus des collaborateurs	24 (60,0)	7 (17,5)	0 (0,0)	9 (33,3)	6 (22,2)	3 (11,1)

Note : TB-B : très bon à bon ; NB-NM : ni bon ni mauvais ; M-TM : mauvais à très mauvais (pour certaines questions l'échelle de réponse variait de très important à très faible). Les totaux n'atteignent pas 100% pour les utilisateurs et les non-utilisateurs, la différence concerne les réponses « je ne sais pas » ou « ne s'applique pas ».

## DISCUSSION

Cette étude avait pour but de décrire les instruments de mesure standardisés utilisés auprès de personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral par les ergothérapeutes en Suisse romande ainsi que de décrire la perception de ces derniers à l'égard de facteurs facilitant ou entravant leur sélection et leur utilisation.

Le taux d'utilisation d'instruments de mesure par les ergothérapeutes de Suisse romande qui interviennent auprès de personnes ayant eu un AVC est plutôt faible en comparaison avec les études menées dans d'autres pays (Cook *et al.*, 2007 ; Piernik-Yoder et Beck, 2012 ; Walker *et al.*, 2000). La fréquence d'utilisation est également assez faible et très peu d'instruments sont utilisés de manière systématique chez une majorité de clients. D'autres études ont également mis en avant une fréquence peu élevée d'utilisation (Blenkiron, 2005 ; Piernik-Yoder et Beck, 2012 ; Walker *et al.*, 2000), mais une comparaison directe n'est pas possible, les indicateurs de fréquence n'étant pas les mêmes.

Les instruments utilisés concernent essentiellement les fonctions organiques et les capacités. L'utilisation d'instruments de mesure spécifiques à l'ergothérapie, tels la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) (Law *et al.*, 2011), n'est pas courante. Ces résultats peuvent s'expliquer par l'environnement, encore fortement empreint du modèle biomédical, dans lequel évoluent les ergothérapeutes. L'intérêt pour ces instruments pourrait également découler de leur simplicité et de la rapidité de leur administration. Leur protocole de passation, qui ne contient que quelques ins-

tructions, se traduit d'ailleurs facilement. Les instruments de mesure standardisés visant à évaluer les capacités, la performance ou la participation, qui se présentent souvent sous forme de questionnaire ou de grille d'observation, sont, eux, plus complexes à traduire ou à administrer. Certains nécessitent de plus une formation. Si la plupart d'entre eux sont en anglais, ceux qui existent en français et qui sont validés pour cette clientèle – comme le Test Évaluant la performance des Membres supérieurs des Personnes Âgées (TEMPA) (Desrosiers, Hébert, Dutil et Bravo, 1993), le questionnaire ABILHAND (Penta, Tesio, Arnould, Zancan et Thonnard, 2001), la MCRO ou la Mesure des Habitudes de vie (MHAVIE) (Figueiredo, Korner-Bitensky, Rochette et Desrosiers) - ne semblent toutefois guère rencontrer l'intérêt des cliniciens ou ne leur sont pas connus.

Les ergothérapeutes favorisent l'utilisation d'instruments ou de protocole en français, mais souvent sans savoir si la version qu'ils utilisent est validée ou non. Des ergothérapeutes semblent aussi croire, à tort, utiliser une version originale française tout en désignant eux-mêmes les instruments par leur nom d'origine en anglais (par exemple Nine Hole Peg Test, Purdue Pegboard test, Action Research Arm Test). D'autres ergothérapeutes admettent aussi utiliser des versions non validées. En traduisant ou en modifiant les protocoles des instruments, la fidélité et la validité des données obtenues peuvent s'en trouver affectées et les avantages attribués à l'utilisation des instruments de mesure sont réduits. L'absence de traduction validée et la diffusion des versions traduites, dans les services et sur les sites web, pourraient expliquer ces résultats.

Les ergothérapeutes utilisent un nombre important d'instruments de mesure différents. Des résultats similaires ont été obtenus dans des études menées auprès de centre de réadaptation d'Europe qui interviennent auprès de personnes ayant eu un AVC (Haigh *et al.*, 2001 ; Torenbeek, Caulfield, Garrett et Van Harten, 2001). Il serait utile de recenser les instruments de mesure disponibles en français afin de proposer un ensemble restreint d'instruments qui présentent les meilleures qualités à la fois cliniques et psychométriques. La sélection d'instruments de mesure en français pourrait s'en trouver améliorée et des pratiques plus uniformisées pourraient favoriser leur utilisation.

La sélection des instruments de mesure semble peu soutenue pour les ergothérapeutes qui, en plus de juger l'accès comme étant mauvais, évaluent le temps à disposition et la possibilité de faire appel à un spécialiste comme étant également mauvais. Il existe pourtant quelques manuels en français, comme le Répertoire des outils d'évaluation en français pour la réadaptation (Tremblay, Savard, Casimiro et Tremblay, 2004) et le Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation (Bethoux et Calmels, 2003). Relevons toutefois que ces ouvrages ont été publiés il y a déjà dix ans et qu'ils ne permettent pas toujours de localiser facilement certains instruments de mesure.

Par ailleurs, bon nombre d'ergothérapeutes sont insatisfaits des instruments de mesure disponibles dans leur service. La présence immédiate d'instruments pertinents pour leur pratique pourrait les encourager à les utiliser.

Au-delà des difficultés associées à la sélection, lorsqu'ils ont choisi des instruments de mesure, les utilisateurs se disent confiants dans leurs capacités à les administrer, à coter et à interpréter les résultats. Ils reconnaissent la contribution des résultats des mesures à la planification de leurs traitements. Il est cependant difficile de déterminer si les utilisateurs ont développé leurs capacités à travers l'expérience ou si elles étaient préexistantes. À l'inverse, les non-utilisateurs sont moins positifs dans l'évaluation de leurs capacités à utiliser des instruments de mesure et de la contribution possible des résultats à leur pratique. L'interprétation de ces résultats est difficile. Ils peuvent être la conséquence d'un manque d'expérience ou de certitudes quant à leur utilité. L'expérience de l'utilisation de manière générale n'a pas été explorée et ils peuvent utiliser des instruments de mesure auprès d'autres populations ou en avoir déjà utilisé. Le taux de réponse « je ne sais pas », qui se situe entre 11 % et 30 %, suggère toutefois que des ergothérapeutes non utilisateurs ont peu ou pas d'expérience pour pouvoir se prononcer.

Enfin, il faut noter que cette étude comporte des limites. Tout d'abord, la petite taille de l'échantillon n'a pas permis de procéder à des analyses comparatives entre les milieux de pratique. De plus, le taux de non-réponses élevé des services en pratique libérale (18 sur 74 invitations, soit 24 %) pourrait affecter la représentativité de l'échantillon. Par ailleurs, puisqu'un seul ergothérapeute par service a été invité à participer, les résultats peuvent donner une représentation biaisée de la réalité. Il peut être notamment relevé que les utilisateurs travaillent avec un plus grand nombre de collègues que les non-utilisateurs. En supposant que leurs collègues en utilisent aussi, le taux d'utilisation serait donc sous-estimé. À l'inverse, il est possible que les participants, de par leur expérience, soient plus à l'aise avec les instruments de mesure standardisés que leurs collègues non participants, qui suivent moins de clients ayant eu un AVC. En conséquence, les résultats donneraient une image biaisée des compétences des ergothérapeutes participants, plus favorables qu'elle ne l'est en réalité. Enfin, malgré le prétest du questionnaire, il est possible que certaines questions n'aient pas été bien comprises. En l'occurrence, même si une définition des instruments de mesure standardisés a été donnée, il est surprenant de ne trouver aucune mention du Goal Attainment Scaling, un instrument de la mesure des résultats dont l'utilisation par les organisations d'ergothérapie est exigée dans le cadre de la convention signée entre les prestataires d'ergothérapie et les assureurs.

## CONCLUSION

Bien que le recours à des instruments de mesure semble présenter des avantages importants pour la démarche clinique, les résultats de cette étude indiquent que leur usage est problématique pour une partie non négligeable des ergothérapeutes qui travaillent en Suisse romande. Ce constat questionne à la fois les pratiques cliniques, de formation et de recherche. Du côté des pratiques cliniques, les responsables de services pourraient mener des actions pour sélectionner des instruments de mesure et favoriser leur utilisation. Toutefois, comme les ergothérapeutes travaillent souvent seuls, ou en équipes restreintes, l'effet de ces actions serait limité. Dès lors, le rôle de l'association nationale devrait sans doute être renforcé dans la promotion de l'usage

d'instruments de mesure, en diffusant des articles à ce sujet dans son journal et en renforçant la formation continue.

En ce qui concerne les pratiques de formation, force est de constater que les modèles traditionnels de formation décontextualisée ne suffisent pas à donner aux professionnels les compétences et l'assurance nécessaires pour choisir et utiliser des instruments de mesure. Il importe de permettre aux étudiants en ergothérapie d'expérimenter le processus de sélection et l'administration de divers instruments de mesure. Qui plus est, il importe de démontrer, sur la base de vraies situations, l'utilité des données recueillies avec des instruments de mesure.

Les résultats invitent par ailleurs à développer des recherches permettant de mieux comprendre la place des instruments de mesure dans les pratiques cliniques réelles, et notamment l'influence du contexte institutionnel et sociosanitaire sur ces pratiques. Par exemple, des recherches permettant d'élaborer un modèle qui puisse rendre compte des interactions complexes entre les utilisateurs et les environnements de pratique. Enfin, le développement ou la validation transculturelle d'instruments de mesure doit se poursuivre afin d'offrir des instruments de mesure pertinents pour l'ergothérapie.

## REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les personnes et les institutions participantes de même que l'Association Suisse des Ergothérapeutes pour son soutien financier.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abrams, D., Davidson, M., Harrick, J., Harcourt, P., Zylinski, M., et Clancy, J. (2006). Monitoring the change: current trends in outcome measure usage in physiotherapy. *Manual Therapy*, 11(1), 46-53. doi: 10.1016/j.math.2005.02.003
- 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
- Bertrand Leiser, M., et Kühne, N. (2014). Les instruments de mesure standardisés et leurs qualités métrologiques. In Tétreault, S. et Guillez, P. (dir.), *Guide pratique de recherche en réadaptation*, (p. 113-131). Louvain-la-Neuve : De Boeck-Solal.
- Bethoux, F., et Calmels, P. (2003). *Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation*. Paris : Frison-Roche.
- Bland, M. D., Sturmoski, A., Whitson, M., Harris, H., Connor, L. T., Fucetola, R., . . . Lang, C. E. (2013). Clinician adherence to a standardized assessment battery across settings and disciplines in a poststroke rehabilitation population. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(6), 1048-1053. doi: 10.1016/j.apmr.2013.02.004
- Blenkiron, E. L. (2005). Uptake of standardised hand assessments in rheumatology: why is it so low? *British Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 148-157.
- Bowman, J. (2006). Challenges to measuring outcomes in occupational therapy: a qualitative focus group study. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(10), 464-472.
- Burton, L. J., Tyson, S., et McGovern, A. (2013). Staff perceptions of using outcome measures in stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 35(10), 828-834. doi: 10.3109/09638288.2012.709305

- College of Occupational Therapist (COT). (2013). *Position statement. Occupational therapists' use of standardized outcome measures*. Récupéré de <http://www.cot.co.uk/position-statements/occupational-therapists%E2%80%99-use-standardised-outcome-measures>
- Cook, C., McCluskey, A., et Bowman, J. (2007). Occupational therapists report increased used of outcome measures after participation in an education programme. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(11), 487-492.
- Copeland, J. M., Taylor, W. J., et Dean, S. G. (2008). Factors influencing the use of outcome measures for patients with low back pain: a survey of New Zealand physical therapists. *Physical Therapy*, 88(12), 1492-1505. doi: 10.2522/Ptj.20080083
- Desrosiers, J., Hébert, R., Dutil, E., et Bravo, G. (1993). Development and reliability of an upper extremity function test for the elderly: the TEMPA. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(1), 9-16.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., et Christian, L. M. (2009). *Internet, mail, and mixed-mode surveys. The tailored design method*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
- Figueiredo, S., Korner-Bitensky, N., Rochette, A., et Desrosiers, J. (2010). Use of the LIFE-H in stroke rehabilitation: A structured review of its psychometric properties. *Disability and Rehabilitation*, 32(9), 705-712. doi: Doi 10.3109/09638280903295458
- Gutman, S. A., Mortera, M. H., Hinojosa, J., et Kramer, P. (2007). Revision of the occupational therapy practice framework. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(1), 119-126.
- Haigh, R., Tennant, A., Biering-Sørensen, F., Grimby, G., Marincek, C., Phillips, S., . . . Thonnard, J. L. (2001). The use of outcome measures in physical medicine and rehabilitation within Europe. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 33(6), 273-278.
- Huijbregts, M. P. J., Myers, A. M., Kay, T. M., et Gavi, T. S. (2002). Systematic outcome measurement in clinical practice : challenges experienced by physiotherapists. *Physiotherapy Canada*, 54, 25-31, 36.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2008). *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2006-2007*. Ottawa, ON : ICIS. Récupéré de : [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NRS\\_2006\\_IRC\\_FR.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NRS_2006_IRC_FR.pdf)
- Jette, D. U., Halbert, J., Iverson, C., Miceli, E., et Shah, P. (2009). Use of standardized outcome measures in physical therapist practice: perceptions and applications. *Physical Therapy*, 89(2), 125-135. doi: 10.2522/Ptj.20080234
- Kiresuk, T. J., et Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453. doi: 10.1007/Bf01530764
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H., et Pollock, N. (2011). *La mesure canadienne du rendement occupationnel* (4e éd.). Ottawa : Association canadienne des ergothérapeutes.
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : Haute École de travail social et de la santé.
- Ordonnance du DFI sur l'assurance maladie du 27 juin 1995 (OAMal). Récupéré de <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950219/>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2001). *CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Genève : Auteur.
- Penta, M., Tesio, L., Arnould, C., Zancan, A., et Thonnard, J. L. (2001). The ABILHAND questionnaire as a measure of manual ability in chronic stroke patients: Rasch-based validation and relationship to upper limb impairment. *Stroke*, 32(7), 1627-1634.
- 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
- Rijken, P. M., et Dekker, J. (1998). Clinical experience of rehabilitation therapists with chronic diseases: a quantitative approach. *Clinical Rehabilitation*, 12(2), 143-150. doi: 10.1191/026921598669374346

- Roos, K., Page, J., Demburger, M., Rossini Drecq, E., Galli, C., Kuster, E., ... Meyer, S. (2010). Das Formulieren von Zielen durch Schweizer ErgotherapeutInnen : ein Forschungsprojekt in vielen Sprachen. *ERGOTHERAPIE*, 10. 35-37.
- Salter, K. L., Teasell, R. W., Foley, N. C., et Jutai, J. W. (2007). Outcome assessment in randomized controlled trials of stroke rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 86(12), 1007-1012. doi:10.1097/Phm.0b013e3181587b3d
- Skinner, A., et Turner-Stokes, L. (2006). The use of standardized outcome measures in rehabilitation centres in the UK. *Clinical Rehabilitation*, 20(7), 609-615. doi: 10.1191/0269215506cr981oa
- Stapleton, T., et Galvin, M. (2005). Current practice trends among occupational therapists working in stroke care—results of a postal survey. *Irish Journal of Occupational Therapy, Spring*, 34(1), 3-9.
- Stapleton, T., et McBrearty, C. (2009). Use of standardised assessments and outcome measures among a sample of Irish occupational therapists working with adults with physical disabilities. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(2), 55-64.
- Stokes, E. K., et O'Neill, D. (2008). Use of outcome measures in physiotherapy practice in Ireland from 1998 to 2003 and comparison to Canadian trends. *Physiotherapy Canada*, 60(2), 109-116. doi: 10.3138/physio.60.2.109
- Swinkels, R. A. H. M., van Peppen, R. P. S., Wittink, H., Custers, J. W. H., et Beurskens, A. J. H. M. (2011). Current use and barriers and facilitators for implementation of standardised measures in physical therapy in the Netherlands. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), Art. 106. doi: 10.1186/1471-2474-12-106.
- Tennant, A., Penta, M., Tesio, L., Grimby, G., Thonnard, J. L., Slade, A., . . . Phillips, S. (2004). Assessing and adjusting for cross-cultural validity of impairment and activity limitation scales through differential item functioning within the framework of the Rasch model - The PRO-ESOR project. *Medical Care*, 42(1), 37-48. doi: 10.1097/01.Mlr.0000103529.63132.77
- Torenbek, M., Caulfield, B., Garrett, M., et van Harten, W. (2001). Current use of outcome measures for stroke and low back pain rehabilitation in five European countries: first results of the ACROSS project. *International Journal of Rehabilitation Research*, 24(2), 95-101.
- 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.
- Van Peppen, R. P., Maissan, F. J., Van Genderen, F. R., Van Dolder, R., et Van Meeteren, N. L. (2008). Outcome measures in physiotherapy management of patients with stroke: a survey into self-reported use, and barriers to and facilitators for use. *Physiotherapy Research International*, 13(4), 255-270. doi: 10.1002/pri.417
- Walker, M. F., Drummond, A. E. R., Gatt, J., et Sackley, C. M. (2000). Occupational therapy for stroke patients: a survey of current practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(8), 367-372.
- Wedge, F. M., Braswell-Christy, J., Brown, C. J., Foley, K. T., Graham, C., et Shaw, S. (2012). Factors influencing the use of outcome measures in physical therapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28(2), 119-133.
- World Federation of Occupational Therapists (WFOT). (2011). *How do OT's work?* Récupéré de : <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/HowdoOTswork.aspx>
- Zuidgeest, M., Hendriks, M., Koopman, L., Spreeuwenberg, P., et Rademakers, J. (2011). A Comparison of a Postal Survey and Mixed-Mode Survey Using a Questionnaire on Patients' Experiences With Breast Care. *Journal of Medical Internet Research*, 13(3). doi: 10.2196/Jmir.1241

## ANNEXE 1 : LISTE DES 45 INSTRUMENTS DE MESURE CITÉS PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES ET NOMBRE D'OCCURRENCES

N° Nom de l'instrument	Occurrences	N° Nom de l'instrument	Occurrences
1. Dynamomètre Jamar	25	23. Gononiomètre	2
2. Box and Block Test (BBT)	20	24. Moberg PickUp Test (MPUT)	2
3. Purdue Pegboard Test (PPT)	20	25. Protocole d'Examen Cognitif de la Personne Âgée (PECPA)	2
4. Nine Hole Peg Test (NHPT)	16	26. Questionnaire de Douleur Saint-Antoine	2
5. Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO ou COPM en anglais)	7	27. Batterie rapide d'évaluation frontale (BREF ou FAB en anglais)	1
6. Action Research Arm Test (ARAT)	5	28. Bells test	1
7. Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)	5	29. Bilan Modulaire d'Ergothérapie (BME)	1
8. Bilan 400 points	4	30. DemTec	1
9. Échelle d'Ashworth modifiée (Modified Ashworth scale, MAS)	4	31. Évaluation rapide des fonctions cognitives (ERFC)	1
10. Échelle d'équilibre (Balance scale, BS)	4	32. Grooved Pegboard Test (GPT)	1
11. Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF ou FIM en anglais)	4	33. Jebsen Hand Function Test (JHFT)	1
12. Mini-Mental State Examination (MMSE)	4	34. Montreal Cognitive Assessment (MOCA)	1
13. Minnesota Manual Dexterity Test (MMDT)	4	35. Profil des AVQ	1
14. Monofilament	4	36. Quick DASH	1
15. Test de Fugl-Meyer (Fugl-Meyer Assessment, FMA)	4	37. Rivermead Behaviour Memory Test (RBMT)	1
16. Timed "Up & Go"	4	38. Roeder Manipulative Aptitude Test	1
17. Évaluation de la fonction du membre supérieur chez le sujet hémiplegique (Functional Test for the Hemiplegic/Paretic Upper Extremity, FTHUE)	3	39. Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)	1
18. Indice de Barthel (IB ou BI en anglais)	3	40. Test Doigt-nez (Finger-to-nose test)	1
19. Pincemètre	3	41. Test des errances multiples adapté	1
20. Wolf Motor Function Test (WMFT)	3	42. Test moteur minimum (Mini Motor Test)	1
21. Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)	2	43. Testing musculaire (Medical Research Council (MRC) Scale)	1
22. Échelle Catherine Bergego (Échelle CB)	2	44. Touch Test Sensory Evaluator (TTSE)	1
		45. Trail Making Test (TMT)	1





## POURQUOI, ET COMMENT, ÉCRIRE DANS LA REVUE FRANCOPHONE DE RECHERCHE EN ERGOTHÉRAPIE ?

Martine Brousseau<sup>1</sup>, Cynthia Engels<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ergothérapeute, PhD, Directrice du Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

<sup>2</sup> Ergothérapeute, PhD (Cand.), Institut de Formation en Ergothérapie, Université Paris-Est Créteil, France

Adresse de contact : [Martine.Brousseau@uqtr.ca](mailto:Martine.Brousseau@uqtr.ca)

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



L'avènement d'une nouvelle revue scientifique est un événement majeur pour l'ergothérapie. Il l'est d'autant plus que cette nouvelle revue publiera, en ligne, des articles en français. Il existe bien des revues bilingues, comme la *Revue Canadienne d'Ergothérapie*, ou d'autres davantage professionnelles, comme le *Recueil Annuel en Ergothérapie* ou *ergOTHérapies*, qui regroupent aussi des articles présentant de résultats de recherche. Pourquoi alors est-il si important de produire des écrits témoignant des résultats de recherche dans cette nouvelle revue ? Quelles formes peuvent-ils prendre ? Le présent texte s'attarde à ces questions, en plus d'aborder la structure habituelle d'articles de recherche.

Le développement de connaissances n'échappe pas à la discipline de l'ergothérapie. C'est par l'investissement dans des activités de recherche (Townsend et Polatajko, 2013), par des réflexions théoriques sur les concepts (Meyer, 2013) et, dans une certaine mesure, par la documentation des expériences pratiques que la discipline évolue. La diffusion de tous ces types d'activités s'avère essentielle pour la discipline, production des connaissances nouvelles qui peuvent être par la suite réinvesties dans la pratique.

Quel genre de projets peut faire l'objet d'articles dans la nouvelle *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie* ? Le comité éditorial de la revue a fait le choix de publier des résultats de projets ayant fait l'objet de collecte et d'analyses de données empiriques. De quels types d'études s'agirait-il ? Il s'avère quasi impossible de les répertorier toutes. Toutefois, les études qualitatives, les études descriptives, les études rétrospectives, les études de triangulation en sont des exemples (Brousseau, 2014). Bien que le niveau de scientificité des études puisse varier de l'une à l'autre (Centre Cochrane Français, 2013 ; Tomlin et Borgetto, 2011), tout type d'étude a sa place en ergothérapie. Une recension des écrits sur les échelles de scientificité (Centre Cochrane français, 2013 ; Law et McDermid, 2014 ; Tomlin et Borgetto, 2011) fait valoir que plusieurs types d'études sont possibles. Il peut s'agir d'études classiques en recherche, comme le font valoir les revues systématiques (Arbesman, Scheer et Lieberman, 2008 ; Arbesman et Sheard, 2014). Il peut s'agir d'étude de cas pour laquelle un auteur, ou un groupe d'auteurs, aurait documenté de façon scientifique et systématique, dans sa pratique, selon certains paramètres, variables ou données qualitatives, les résultats d'une intervention spécifique. Trop souvent, les données d'expérience ou d'observations cliniques ne sont pas publiées. Elles sont transmises oralement dans des cercles restreints d'ergothérapeutes, lors de rencontres locales ou régionales, privant ainsi la communauté des ergothérapeutes francophones de résultats probants. Ces données d'expérience cumulées et organisées de façon systématique, visant des objectifs précis, répondant à une question clinique ou à une question de recherche sont aussi d'un grand intérêt. Elles constituent, dans une certaine mesure, une donnée probante (Weinstock, 2010).

Comment serait alors structuré un article d'intérêt pour la *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie* ? Cet article contiendrait habituellement les sections suivantes : introduction, problématique (incluant le contexte), cadre conceptuel, méthodes, résultats, discussion et conclusion. Cette structure se rapproche de celle de

tout rapport de recherche (UQTR, 2014). Les contenus proposés sont décrits dans les paragraphes qui suivent.

L'introduction permet de présenter le sujet, de l'amener et de le diviser. Elle présente le contexte général dans lequel se pose la question abordée dans l'article, en partant du général pour aller vers le particulier.

La problématique fait état du sujet d'étude et de ce qui pose problème. Habituellement, elle rend compte de la pertinence professionnelle, scientifique et sociale de l'étude par une courte recension critique des écrits. Notamment, cette section précise l'importance du problème, sa nature et sa fréquence, eu égard aux concepts centraux de la profession. Cette section se termine par la question de recherche ou par l'objectif de l'étude. La façon de poser la question de recherche ou de formuler les objectifs de l'étude diffère selon la méthodologie utilisée. Les études quantitatives peuvent permettre, par exemple, de déterminer l'efficacité des interventions dans un certain contexte. Elles tentent de répondre à la question du « quoi faire ? ». De leur côté, les études qualitatives peuvent répondre à d'autres types de préoccupations, reliées plus souvent au « pourquoi ? », au « comment ? » et aux « implications et conséquences ? ». Elles peuvent renseigner sur la pertinence d'un programme ou d'une intervention pour un groupe ciblé et documenter les facteurs appuyant la prescription d'une mesure, ainsi que les obstacles à prendre en considération (Lemire, Souffez et Parenteau, 2009).

Le cadre conceptuel correspond aux notions théoriques ou conceptuelles utilisées pour traiter l'objet d'étude. Les principaux concepts sont définis, notamment par l'entreprise de l'explication des modèles ou théories qui guident la réflexion. Le choix de ces modèles ou théories est justifié par des arguments convaincants. La cohérence conceptuelle est alors attendue, c'est-à-dire qu'un concept est utilisé de la même façon tout au long de l'article. Formellement, les éléments du cadre conceptuel sont généralement intégrés à la problématique. La réflexion s'appuie sur des références primaires plutôt que secondaires.

La méthode comprend généralement des informations sur les aspects suivants : le devis (le type de méthode choisi), les critères de sélection des participants, le type d'échantillonnage, la collecte des données, l'analyse des données et les considérations éthiques (s'il y a lieu). Puis, les résultats sont présentés. Habituellement, les participants sont décrits puis les résultats sont exposés. Il est recommandé d'utiliser des tableaux pour synthétiser les résultats ou des figures pour les schématiser.

La discussion de l'article présente une analyse critique des résultats, tout en effectuant un retour à la ou aux questions à l'origine de l'étude. Ce faisant, la discussion précise dans quelle mesure les objectifs de l'étude ont été atteints. La discussion compare les résultats de l'étude à ceux documentés dans les écrits, notamment tels qu'ils ont été énoncés dans la problématique. La discussion s'appuie aussi sur le cadre conceptuel de l'étude et fait valoir les forces et les limites de la recherche. La discussion

met habituellement en évidence les conséquences de l'étude pour la pratique de l'ergothérapie, puisqu'il s'agit d'une revue de la discipline.

La conclusion présente une synthèse du propos et fait une ouverture sur des problématiques apparentées, sur des pistes de recherches futures et pertinentes ou sur des recommandations professionnelles.

Maintenant que la table est mise, il ne reste qu'à attendre vos articles. Mettez vos efforts en commun avec un ou quelques collègues pour mettre par écrit le fruit de vos démarches scientifiques de mesure de résultats ou d'observations de phénomènes dans votre travail clinique. Au plaisir de vous lire !

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arbesman, M., et Sheard, K. (2014). Systematic review of the effectiveness of occupational therapy-related interventions for people with amyotrophic lateral sclerosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 20-26. doi:10.5014/ajot.2014.008649
- Arbesman, M., Scheer, J., et Lieberman, D. (2008). Using AOTA's critically appraised topic (CAT) and critically appraised paper (CAP) series to link evidence to practice. *OT Practice*, 13(5), 18-22.
- Brousseau, M. (2014). La place du qualitatif dans les projets d'intégration des étudiants à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. *Recherches qualitatives. Hors-série* (16), 24-39. Récupéré de [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/A2014/rq-hs-16-brousseau.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/A2014/rq-hs-16-brousseau.pdf).
- Centre Cochrane Français. (2011). *Définir le meilleur type d'étude*. Récupéré de <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/définir-le-meilleur-type-détude>.
- Département d'ergothérapie (UQTR) (2014). Guide de rédaction de l'essai critique dans le cadre du cours ERG6015 projet d'intégration. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières. Récupéré de [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC1543/F891951694\\_guide\\_de\\_pr\\_sentation\\_ergoth\\_rapie.pdf](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC1543/F891951694_guide_de_pr_sentation_ergoth_rapie.pdf).
- Lemire, N., Souffez, K., et Parenteau, M.-C. (2009). *Animer un processus de transfert de connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation*. Québec : Institut national de santé publique. Récupéré de [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012\\_AnimerTransfertConn\\_Bilan.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf).
- Law, M., et MacDermid, J. (dir.) (2014). *Evidence-based rehabilitation. A guide to practice* (3<sup>e</sup> éd). Thorofare, NJ : Slack.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris : De Boeck - Solal.
- Tomlin, G., et Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: a new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 189-196. doi:10.5014/ajot.2011.000828.
- Townsend, E.A., et Polatajko, H.J (2013). *Habiliter à l'occupation: Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd., version française N. Cantin). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Weinstock, D. (2010). « Qu'est-ce qui constitue une donnée probante ? » Une perspective philosophique. Compte-rendu de conférence atelier d'été des Centres de collaboration en santé publique « Tout éclaircir ». Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Récupéré de [http://www.ccnpps.ca/docs/Weinstock\\_DonnéeProbante\\_Fr.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/Weinstock_DonnéeProbante_Fr.pdf).



LU/VU POUR VOUS

**DE L'ÉTHIQUE À L'ERGOTHÉRAPIE.  
LA PHILOSOPHIE AU SERVICE DE LA PRATIQUE ERGOTHÉRAPIQUE.  
UN LIVRE DE MARIE-JOSÉE DROLET**

**Marjorie Désormeaux-Moreau<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Ergothérapeute, PhD (candidate), Université du Québec à Trois-Rivières, 3351 boul. des Forges,  
C.P. 500, Trois-Rivières, QC, G9A 5H7, Canada

Adresse de contact : [desormma@uqtr.ca](mailto:desormma@uqtr.ca)

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



*De l'éthique à l'ergothérapie. La philosophie au service de la pratique ergothérapique* (2<sup>ème</sup> édition) introduit l'éthique d'une manière appliquée à la pratique de l'ergothérapie. Son auteure, une ergothérapeute qui compte plusieurs années de pratique dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux, est détentrice d'un doctorat en philosophie, spécialisé en éthique. Comme l'auteure le souligne, les ergothérapeutes sont souvent confrontés à des situations pouvant soulever des questions éthiques. Elle mentionne, à titre d'exemples, le rôle qu'occupe l'ergothérapeute dans la distribution d'équipements et d'aides techniques, sa connaissance de certains cas d'abus faits sur des personnes vulnérables, ou encore les situations de refus de traitement. Cet ouvrage a pour objectif d'outiller les ergothérapeutes pour qu'ils puissent plus aisément identifier les enjeux éthiques qui se présentent dans leur pratique, en plus de proposer une manière d'aborder et de composer avec ces derniers.

En sept chapitres, l'auteure propose d'appliquer les préoccupations essentielles de l'éthique aux domaines de l'occupation et de favoriser une réflexion approfondie des problèmes éthiques rencontrés en ergothérapie, le tout ponctué d'exercices.

L'auteure débute (chapitre 1) en expliquant ce qu'est l'éthique, la situant comme une réflexion relevant de la philosophie et la distinguant de la morale, du droit et de la déontologie professionnelle. Elle souligne que l'éthique « *s'intéresse entre autres aux valeurs, aux vertus, aux principes et aux normes du vivre-ensemble* » et cherche à orienter la conduite humaine, tant sur le plan individuel qu'institutionnel et organisationnel. L'ouvrage se poursuit (chapitre 2) par une introduction à la théorie de Kohlberg portant sur le développement du raisonnement éthique chez l'humain. L'auteure présente le modèle développé par ce psychologue états-unien qui, s'appuyant sur les résultats de ses études, propose des niveaux et des stades de raisonnement éthique soutenant la prise de décision et l'agir des personnes confrontées à des dilemmes éthiques. Ces dilemmes peuvent opposer des valeurs, des normes ou des règles de conduite qui, bien que tout aussi légitimes les unes que les autres, demeurent irréconciliables. L'auteure expose ensuite trois familles de théories éthiques contemporaines qu'elle présente à titre « *d'outils conceptuels et théoriques susceptibles d'alimenter la réflexion éthique* » (Drolet, 2013a, p. 268) du lecteur. L'auteure décrit la contribution des principaux penseurs qui se réclament de l'éthique utilitariste (Bentham, Mill, Smart et Singer), de l'éthique déontologique (Kant, Dworkin, Rawls et Nussbaum) ainsi que de l'éthique des vertus (Aristote, MacIntyre, Taylor et Gilligan), en plus de décrire les valeurs, les vertus et les principes éthiques qui s'y rattachent. Pour chacune de ces théories, l'auteure fournit également des exercices d'application visant à faciliter l'intégration des connaissances, et termine en suggérant comment les théories peuvent soutenir une pratique éthique de la profession, en plus d'illustrer, aux moyens, d'enjeux cliniques comment chacune d'entre elles peut être utile à l'ergothérapeute. L'utilisation des nombreux tableaux, qu'ils soient présentés directement dans le texte ou mis en annexe, facilite la compréhension du lecteur et contribue à la mise en perspective des théories éthiques les unes par rapport aux autres, faisant ressortir ce qui est commun et ce qui est particulier à chacune. Le sixième chapitre se consacre à la notion de valeur, laquelle s'avère, selon l'auteure, fondamentale à l'identité professionnelle. La notion de valeur est d'abord abordée de façon générale, puis les valeurs centrales à l'ergothérapie sont discutées. L'auteure souligne que

l'identification et l'analyse des valeurs en jeu sont nécessaires à la réflexion éthique et considère de ce fait qu'il est crucial pour l'ergothérapeute d'être conscient des valeurs qui l'influencent comme professionnel, mais également comme personne. Le septième et dernier chapitre du livre présente une démarche qui, en dix étapes, peut guider une réflexion éthique structurée visant à soutenir le raisonnement éthique de l'ergothérapeute. Chacune des dix étapes est exposée, expliquée et illustrée au moyen de dilemmes tirés de la pratique de l'ergothérapie. Des tableaux présentés pour soutenir les explications fournies dans le texte facilitent la compréhension de la démarche par le lecteur. De nombreux exercices, qui se présentent sous la forme d'une banque de dilemmes éthiques se rattachant aux nombreux secteurs d'activités des ergothérapeutes, sont proposés pour appliquer les dix étapes de la réflexion éthique. En plus de permettre au lecteur de se familiariser avec la démarche exposée par l'auteure, ces exercices permettent également d'intégrer les notions abordées dans les chapitres précédents et constituent donc une excellente façon de consolider les connaissances nouvellement acquises.

En somme, en tant que premier ouvrage francophone du genre, ce livre m'apparaît comme une ressource incontournable pour tous les étudiants en ergothérapie et tous les ergothérapeutes sensibles à la dimension éthique de leur pratique et désireux de mieux répondre aux dilemmes éthiques rencontrés au quotidien. La démarche de réflexion éthique proposée par Drolet s'avère particulièrement intéressante en ce sens qu'elle s'appuie sur un processus rigoureux permettant d'analyser d'une façon rationnelle et critique une situation qui suscite souvent chez l'ergothérapeute un sentiment de déchirement entre diverses alternatives. Drolet a su illustrer et rendre accessible l'éthique appliquée au quotidien des ergothérapeutes. Cela dit, la présentation des théories éthiques de même que la démarche réflexive proposée demeurent appropriées pour un plus large public et l'ouvrage pourra intéresser d'autres professionnels de la santé tels que des travailleurs sociaux, des physiothérapeutes ou encore des infirmiers. Par les exercices qu'elle fournit, l'auteure invite le lecteur à s'interroger sur sa pratique professionnelle. Ces exercices amènent le lecteur à développer des compétences favorisant une pratique respectueuse des considérations éthiques que tout professionnel de la santé se doit d'adopter.

Parue à l'automne 2014, la seconde édition de ce livre pallie fort bien aux lacunes de la version initiale. Le solutionnaire des exercices est maintenant inclus dans le livre (alors que le lecteur devait auparavant se le procurer séparément), ce qui s'avère très utile pour valider la compréhension des notions abordées. Autre ajout intéressant dans une perspective ergothérapique, la seconde édition aborde maintenant l'éthique des capacités de Nussbaum en plus des théories éthiques présentées dans la première édition. S'intéressant aux opportunités qu'ont les personnes pour fonctionner dans leur environnement, cette théorie éthique n'est pas très éloignée du champ d'intérêt de l'ergothérapeute.

Au final, que ce soit pour valider certaines notions, ou encore pour me soutenir dans la résolution de dilemmes éthiques, cet ouvrage représente un outil de travail dont je ne pourrais me passer. J'en conseille donc vivement la lecture... et la relecture !

## REMERCIEMENTS

L'auteure remercie Anne Hudon, PhD (candidate), pour la rétroaction apportée à l'ébauche de cet article.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Drolet, M.-J. (2013a). *De l'éthique à l'ergothérapie. La philosophie au service de la pratique ergothérapique*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M.-J. (2013b). *Solutionnaire - De l'éthique à l'ergothérapie. La philosophie au service de la pratique ergothérapique*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M.-J. (2014). *De l'éthique à l'ergothérapie : La philosophie au service de la pratique ergothérapique* (2<sup>e</sup> éd.). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.



LU/VU POUR VOUS

**OCCUPATIONAL SCIENCE FOR OCCUPATIONAL THERAPY.  
UN LIVRE DE DORIS PIERCE**

**Marie-Chantal Morel-Bracq<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Directeur des Soins honoraire, Institut de Formation en Ergothérapie du CHU de Bordeaux, France*

Adresse de contact : [mariechantal.morel@me.com](mailto:mariechantal.morel@me.com)

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



Doris Pierce est ergothérapeute depuis 1984 aux États-Unis et a eu la chance d'être admise dans la première promotion de doctorants en Science de l'Activité Humaine en 1989 à l'USC (University of Southern California). Elle est maintenant professeure d'université HDR et tient la chaire d'ergothérapie de l'Eastern Kentucky University aux USA. Ce poste lié à la recherche a plusieurs objectifs : proposer des bourses d'étude en Science de l'Activité Humaine et en Ergothérapie, permettre à des étudiants de travailler avec un universitaire renommé, rechercher et gérer des fonds pour la recherche, développer une culture de la recherche et la reconnaissance du département. L'enseignement de Doris Pierce est ciblé sur le Doctorat en Sciences de la Réadaptation.

Doris Pierce vient de publier son dernier livre, *Occupational Science for Occupational Therapy*, qui constitue un ouvrage fondamental pour les ergothérapeutes. Elle manifeste ainsi son engagement depuis l'origine dans le développement de la Science de l'Activité Humaine avec Elisabeth Yerxa. Doris Pierce s'est entourée de nombreux co-auteurs internationaux pour contribuer à la richesse de cet ouvrage, ce qui le rend particulièrement ouvert et consensuel.

*Occupational Science for Occupational Therapy* reprend tout d'abord la genèse de la Science de l'Activité Humaine telle qu'elle a émergé aux États-Unis avec Elisabeth Yerxa et ses différences avec le courant australien développé par Ann Wilcock. Le livre est ensuite divisé en quatre parties distinctes, correspondant aux quatre niveaux du développement de la recherche sur l'« occupation » ou l'« activité humaine signifiante et significative » : descriptif, de relation, prédictif et prescriptif, tel que cela a été décrit par Dickoff, James et Wiedenbach en 1968 et repris par Pierce en 2012.

Le premier niveau descriptif répond à la question « Qu'est-ce que l'activité ? » à travers différentes études réalisées par des ergothérapeutes. Il s'agit ici de repérer comment la Science de l'Activité Humaine apporte des connaissances de type descriptif pour renforcer l'ergothérapie.

Le deuxième niveau de la recherche est attentif aux relations entre l'activité et différents phénomènes comme l'identité, la culture et la santé qui ont été étudiés depuis plusieurs années.

Le troisième niveau de type prédictif cherche à répondre à la question : comment les résultats de recherche peuvent-ils aider les ergothérapeutes à anticiper le travail à faire avec les personnes bénéficiaires de leurs prestations ? Cette partie s'appuie également sur des études réalisées par des ergothérapeutes dans différents domaines.

Enfin, le quatrième niveau de type prescriptif décrit des principes et méthodes utiles pour le travail en ergothérapie qui ont émergé d'études scientifiques relatives à l'activité humaine. Un exemple est la théorie élaborée par Doris Pierce et publiée en 2003 dans son ouvrage *Occupation by Design : Building Therapeutic Power*.

Il s'agit donc d'un ouvrage structuré qui s'appuie sur de nombreuses études scientifiques réalisées par des ergothérapeutes à travers le monde entier dans le cadre de travaux de recherche en Science de l'Activité Humaine.

Le contenu de ce livre permet de réaliser pleinement la place et l'intérêt de cette science pour l'ergothérapie.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Pierce, D. (2003). *Occupation by Design: Building Therapeutic Power*. Philadelphie, PA: F.A. Davis.

Pierce, D. (2014). *Occupational Science for Occupational Therapy*. Thorofare, NJ: Slack.





## Sagyouyouhou ! Un regard d'étudiant sur le 16<sup>ème</sup> congrès de la WFOT.

Garry Lessard <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Etudiant à la maîtrise en ergothérapie, Université Laval, Québec, Canada

Adresse de contact : [garry.lessard.1@ulaval.ca](mailto:garry.lessard.1@ulaval.ca)

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



Tous les quatre ans, la *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT) tient un congrès international visant à encourager le développement et la promotion de l'ergothérapie en favorisant l'échange d'informations techniques et scientifiques des différents domaines de la profession. Le plus récent congrès quadriennal de la WFOT a eu lieu au Japon en juin 2014, plus précisément à Yokohama, et j'ai eu l'opportunité incroyable d'y participer !

Au cours de ce congrès, j'ai eu pu assister à de multiples conférences portant sur les avancées actuelles en ergothérapie auprès de plusieurs clientèles, de même que d'en apprendre davantage sur les enjeux de la profession, à l'échelle internationale. Parmi ces conférences, certaines m'ont particulièrement marquées.

Une première conférence, présentée par Hilary Williams du Royaume-Uni, portait sur l'absence d'occupations au sein des prisons et l'ennui vécu par les détenus. Cette conférence était très stimulante puisqu'elle abordait une branche de la pratique plutôt atypique de la profession, mais présentant d'importants enjeux occupationnels. Il était également question des stratégies d'adaptation auxquelles les prisonniers ont recours pour contrer l'ennui et chercher du sens au quotidien. Hilary Williams abordait un rôle émergent de la profession en lien avec une déprivation occupationnelle.

D'un tout autre angle, la conférence de Karla Ausderau des États-Unis, exposait les défis présents au moment des repas dans les familles vivant avec un enfant autiste et discutait du développement de problèmes comportementaux au sein de la fratrie. En effet, en fonction des ajustements effectués par les parents lors de la période de repas pour leur enfant autiste, les autres membres de la famille peuvent également, par modelage, développer des comportements perturbateurs durant les repas. Karla Ausderau voulait rendre explicite l'importance du rôle de l'ergothérapeute par la mise en place de routines lors de ce moment particulier de la vie familiale – et souligner la nécessité de sensibiliser les familles aux effets de leurs stratégies. Ce faisant, l'ergothérapeute peut intervenir afin que les repas en famille constituent une occupation satisfaisante et agréable, plutôt qu'une situation problématique.

Une autre conférence, par Julia Ocepek de Slovénie, rapportait l'impact de l'utilisation de technologies adaptatives et des modifications environnementales du domicile sur le rendement occupationnel et l'indépendance fonctionnelle des personnes âgées. Pour ce faire, le niveau d'indépendance et de sécurité à domicile a été évalué en lien avec le *SmartHome IRIS*, un projet d'appartement adapté bénéficiant de technologies adaptatives et de communication pour une clientèle âgée en situation de handicap. En considérant le vieillissement actuel de la population, cette conférence était vraiment d'actualité et abordait le rôle crucial des ergothérapeutes dans ce domaine.

La conférence de Tomomi McAuliffe d'Australie, portait sur l'impact de la perception des mères au foyer vivant en Australie quant à leurs rôles occupationnels et leur identité occupationnelle. Il évoquait, notamment, les pressions sociales vécues par les mères au foyer, le manque de reconnaissance des occupations liées à ce rôle, et soulignait la complexité de ces occupations. Tomomi McAuliffe invitait les ergothéra-

peutes, qui interviennent auprès de mères au foyer, à tenir compte de cet aspect et notamment de la stigmatisation liée à ces occupations.

D'autres conférences permettent de saisir « l'exotisme » des occupations dans d'autres parties du monde, en fonction d'autres cultures. Par exemple, les conférences sur les diverses variations dans l'utilisation des baguettes pour les repas en ont fait partie. Ueda Atsush, un ergothérapeute japonais, a ainsi démontré que, pour les personnes présentant des difficultés de manipulation, l'efficacité de la version adaptée dite *Chopstick Edison* était plutôt modeste.

Ces nouvelles connaissances, mais aussi celles glanées dans les autres conférences et à travers une variété de rencontres, influenceront sans doute ma pratique professionnelle, actuelle et future. Parmi ces connaissances, celles qui mettent en avant la primauté du rôle de l'ergothérapeute face aux injustices occupationnelles, vécues par différents groupes plus vulnérables, m'amènent en particulier à me questionner sur ma propre pratique.

J'ai eu le privilège de rencontrer des chercheurs réputés dans leurs domaines respectifs de l'ergothérapie, ainsi que des cliniciens de nombreux pays, eux-mêmes pionniers dans le développement de la profession. En effet, l'ergothérapie est encore trop peu connue du public et il importe d'appuyer nos évaluations, de même que nos interventions, sur des données probantes, afin d'augmenter notre crédibilité professionnelle aux yeux du grand public, mais également auprès de nos confrères œuvrant dans le domaine de la santé. Ce congrès est une source foisonnante d'idées à ce propos.

Cette expérience interculturelle m'a aussi permis de constater à quel point les membres d'une même profession peuvent rapidement tisser des liens entre eux dans l'optique d'échanger et de développer de nouvelles connaissances. L'un des principaux avantages d'être plongé dans un tel bain multiculturel est que chaque professionnel, qu'il soit étudiant, chercheur ou clinicien, devient rapidement membre de cette « communauté », au-delà des différences. En somme, l'identité professionnelle d'ergothérapeute, avec sa diversité, est un ciment qui nous unis.

À la lumière de ces observations, cette expérience unique de croissance personnelle et professionnelle m'a démontré qu'il est primordial de prendre part aux processus de développement continu qu'offre le milieu ergothérapeutique, au sens large. Je retiens également que la croissance de la profession ne s'accomplit pas sans effort. Elle repose sur l'ouverture et la volonté de dépassement de soi.

En espérant pouvoir partager avec vous lors d'un prochain congrès !