

Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie



www.rfre.org

ISSN : 2297-0533

Avec le soutien de



SUPSI



SOMMAIRE

Editorial

- S'engager dans le changement en exploitant les données probantes !** 3-4
Martine Brousseau et Sylvie Tétreault

Portrait de chercheur

- Éric Sorita** 5-7
Sylvie Tétreault
- Johanne Filiatrault** 9-11
Sylvie Tétreault

Articles de recherche

- Personnes atteintes du syndrome du canal carpien : validation d'une proposition de suivi auprès d'experts** 13-35
Kevin Papineau, Martine Brousseau, Georges-Emmanuel Salib
- Les impacts fonctionnels de l'adaptation prismatique auprès d'une population atteinte de négligence spatiale unilatérale : une revue systématique** 37-55
Natasha Brassard, Julien Voisin
- Validation d'une version française de l'*Executive Function Performance Test* auprès d'ainés avec et sans déficits cognitifs** 57-72
Laurie Quenneville-Courteau, Dany Foucault-Piché, Camylia Rouillard, Karine Rivard, Suzanne Quéneec'hdu, Johanne Desrosiers

Méthodologies

- L'entretien de recherche avec des personnes ayant une déficience intellectuelle** 73-81
Aline Tessari Veyre, Geneviève Petitpierre, Germaine Gremaud

Lu / Vu pour vous

- Occupational Transaction after Stroke Constructed as Threat and Balance*, un article de Lund et al. Sur l'apport d'une approche occupationnelle pour l'ergothérapie avec les personnes ayant subi un AVC** 83-87
Romain Bertrand
- Troisième congrès mondial sur la résilience à Trois-Rivières, Québec (Canada), 22-24 août 2016. Un regard interculturel sur la résilience appliquée au quotidien.** 89-91
Carine Bétrisey



S'ENGAGER DANS LE CHANGEMENT EN EXPLOITANT LES DONNÉES PROBANTES !

Dans l'éditorial du dernier numéro de la RFRE intitulé SE QUESTIONNER, Sorita et Caire (2016) concluait en soulignant la nécessité pour les ergothérapeutes d'acquiescer « *une méthode de lecture critique des articles et d'assimiler les connaissances pertinentes afin de les intégrer dans les pratiques* ». Après des décennies à se questionner et à viser l'autonomie de la personne, l'ergothérapeute doit être prêt à **oser** intégrer les données probantes dans sa pratique quotidienne !

À cet effet, la pratique basée sur les données probantes peut représenter plusieurs défis pour des ergothérapeutes. D'abord, plusieurs vocables sont utilisés pour ce type de pratique désigné en anglais sous le terme *Evidenced Based Practice* (EBP), découlant de Sackett et ses collaborateurs (1996). Il peut s'agir d'une pratique basée sur les résultats probants ; d'une pratique fondée sur les faits ou preuves scientifiques ; d'une pratique exemplaire. Ensuite, l'étude de la portée (*scoping review*) réalisée par Thomas et Law (2013) sur l'EBP en ergothérapie fait ressortir plusieurs facteurs qui expliquent la variance des comportements des ergothérapeutes dans leurs milieux de travail. Par exemple, ils identifient les attitudes ou la confiance dans ses compétences pour soutenir ces pratiques.

De façon plus spécifique, Hu (2012) mentionne des obstacles, comme la charge de travail élevée, l'insuffisance de connaissances et le peu de soutien de la part des employeurs. Le manque de confiance et d'habiletés à interpréter, synthétiser et appliquer les résultats d'évidences représente également une barrière importante (Bennett *et al.*, 2003; Parsons, Merlin, Taylor, Wilkinson et Hiller, 2003; Thomas et Law, 2013; Welch et Dawson, 2006).

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

doi:10.13096/rfre.v2n2.68

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



La revue systématique d'Upton, Stephens, Williams et Scurlock-Evans (2014) réaffirme ces barrières, notamment le manque d'habileté des ergothérapeutes au plan de la recherche en général, ainsi qu'un manque de temps, de disponibilité et d'accessibilité aux évidences scientifiques.

Pour contrer ces obstacles, il apparaît essentiel d'oser. Oser développer ses habiletés, oser faire une auto-analyse de ses pratiques, oser se questionner, oser trouver du temps pour lire des articles scientifiques, oser se donner des moyens pour s'initier à la pratique basée sur les données probantes. L'activité quotidienne liée à l'utilisation des données probantes doit être une posture de questionnement ou d'analyse de ses pratiques. La RFRE vous invite à oser revisiter vos façons de faire, de vous interroger sur les méthodes efficaces, confronter vos certitudes et vos perceptions. C'est de cette façon que l'ergothérapie évoluera et permettra de documenter les retombées bénéfiques de ses actions.

Il n'y a pas d'évolution sans liberté d'essayer.

François Dalle

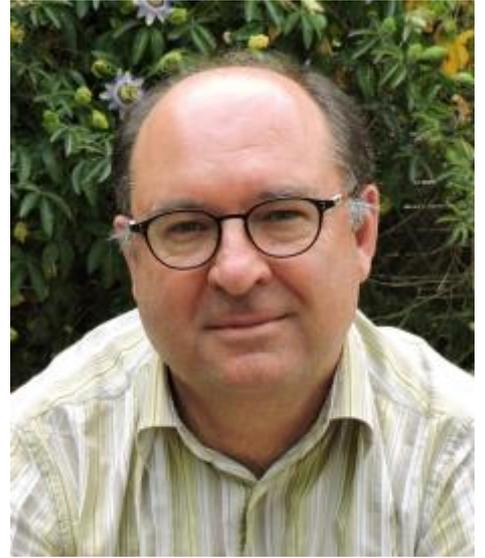
Martine Brousseau et Sylvie Tétreault

RÉFÉRENCES

- Bennett, S., Tooth, L., McKenna, K., Rodger, S., Strong, J., Ziviani, J., . . . Gibson, L. (2003). Perceptions of evidence based practice: A survey of occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(1), 13-22. DOI : 10.1046/j.1440-1630.2003.00341.x
- Hu, D. (2012). Occupational therapists' involvement views, and training needs of evidence based practice: a rural perspective. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 19 (11), 618-628.
- Parsons, J.E., Merlin, J.L., Taylor, J.E., Wilkinson, D. et Hiller, J.E. (2003). Evidence-based practice in rural and remote clinical practice: where is the evidence? *Australian Journal of Rural Health*, 11(5), 242-248.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.W., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., et Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- Sorita, E. et Caire, J.-M. (2016). Se questionner. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 2 (1), 1-2. DOI :10.13096/rfre.v2n1.57
- Thomas, A., et Law, M. (2013). Research utilization and evidence-based practice in occupational therapy: a scoping study. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(4), e55–e65. DOI: 10.5014/ajot.2013.006395
- Upton, D., Stephens, D., Williams, B., et Scurlock-Evans, L. (2014). Occupational therapists' attitudes, knowledge, and implementation of evidence-based practice: a systematic review of published research. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 24-38. DOI : 10.4276/030802214X13887685335544
- Welch, A., et Dawson, P. (2006). Closing the gap: collaborative learning as a strategy to embed evidence within occupational therapy practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(2), 227-238. DOI : 10.1111/j.1365-2753.2005.00622.x



PORTRAIT DE CHERCHEUR



ÉRIC SORITA

Propos recueillis par Sylvie Tétreault

Cette chronique a pour objectif de faire découvrir aux lecteurs et lectrices le portrait d'un ergothérapeute qui a comme activité la recherche. Pour amorcer cette exploration du monde des chercheur-e-s, Éric Sorita, qui représente une force tranquille, a accepté de fournir des informations essentielles pour mieux le connaître.

Éric travaille depuis 2012 comme formateur à l'Institut de formation des ergothérapeutes-CHU Bordeaux. Il est aussi associé au Laboratoire de recherche EA4136 – Handicap Activité Cognition Santé (HACS) de l'Université de Bordeaux. En relation avec l'Association Française des Ergothérapeutes, il co-anime aussi activement avec Tracey Rehling, chercheuse anglaise en ergothérapie, le projet collaboratif visant à développer une version en français du AMPS de Anne Fisher (Assessment of Motor and Process Skills).

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

doi:10.13096/rfre.v2n2.70

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



En ce qui concerne sa formation, il a obtenu un diplôme d'État d'ergothérapie en 1984, puis un certificat de cadre de santé en 2001 du CHU de Bordeaux. Par la suite, il a complété un diplôme universitaire de neuropsychologie (2001) et un master de recherche en sciences cognitives (2007) à l'Université de Bordeaux. Il a poursuivi ses études en obtenant en 2013 un doctorat de sciences – mention sciences cognitives. Lorsqu'on lui demande de nommer le travail scientifique dont il est le plus fier, il mentionne spontanément sa thèse de doctorat et tout le travail concernant le développement de l'utilisation d'environnements virtuels pour simuler des environnements de la vie quotidienne.

Son cheminement professionnel est aussi caractérisé par son intérêt pour la rééducation fonctionnelle chez l'adulte (1984-1989 en Centre de Rééducation fonctionnelle ; 1989-2001 intervenant à domicile et en appartement d'autonomisation ; 2001-2007 en unité d'évaluation neuropsychologique de personnes cérébrolésées; 2007-2010 cadre de rééducation dans le pôle de neurosciences cliniques). À la question portant sur l'élément significatif qui l'a incité à entreprendre une carrière de chercheur, il souligne l'importance de son travail au domicile des personnes. Notamment, il rapporte la situation de personnes ayant eu un traumatisme crânien qui n'osaient pas sortir de chez elles par peur de se perdre.

Plus largement, sa fascination pour le fonctionnement cérébral et la complexité des conséquences des lésions cérébrales sur la vie quotidienne représentent des éléments majeurs dans sa décision de s'investir en recherche. D'ailleurs, il a plusieurs domaines d'intérêt, soit : les retombées des troubles cognitifs sur la vie quotidienne ; l'évaluation et les interventions centrées sur l'occupation ; les troubles de l'orientation topographique après des lésions cérébrales ; la réalité virtuelle simulant les activités de la vie quotidienne chez les individus après une lésion cérébrale autant pour l'évaluation que l'intervention ; l'accélérométrie et les mesures objectives d'AVQ en environnement ordinaire de vie. Éric a aussi développé une expertise sur les méthodes de recherche essentiellement hypothético-déductives, plus particulièrement l'intégration d'approches qualitatives et centrées sur l'utilisateur (réalité virtuelle) pour le développement des supports virtuels.

Pour Éric Sorita, le métier de chercheur est passionnant, mais comporte aussi des difficultés, car il affirme ne pas avoir le temps de maintenir un bon équilibre... occupationnel ! Pour lui, faire de la recherche implique d'avoir du temps et des moyens. Il précise que le métier de chercheur ou d'enseignant chercheur n'existe pas à l'heure actuelle en France en ergothérapie ou dans le domaine paramédical.

L'évolution vers l'« universitarisation » des études en France offrira peut-être des perspectives de recherche en ergothérapie d'ici quelques années. En effet, il perçoit que le monde universitaire s'ouvre très progressivement à la recherche appliquée en réadaptation, bien que dans ce domaine la majorité des moyens soient dédiés à la médecine. Selon son opinion, une solution pour améliorer la recherche francophone serait d'augmenter le nombre d'ergothérapeutes titulaires de doctorats, répartis dans

les différents domaines des sciences (sciences humaines, sociales et de la santé). Il recommande aussi d'encourager l'enseignement et la culture scientifiques parallèlement à l'enseignement clinique. Pour cela, il faut absolument faciliter l'accès et la lecture des articles scientifiques internationaux. Il constate aujourd'hui un déséquilibre trop important entre la lecture d'articles d'intérêt professionnel qui semble surinvestie comparativement à la lecture scientifique.

Éric Sorita est un homme de projets, il pilote actuellement deux recherches. La première porte sur l'utilisation du bras hémiparétique en vie quotidienne chez l'adulte après un accident vasculaire cérébral (fin attendue 2019-2020). La deuxième étude concerne l'évaluation sous réalité virtuelle des conséquences des troubles cognitifs sur la vie quotidienne (fin attendue 2017-2018). Tout cela illustre l'implication d'Éric en recherche et son désir de développer des pratiques basées sur les données probantes. Il souligne le besoin de bénéficier de plus de temps dédié spécifiquement à la recherche pour continuer de conduire ce type de travaux. Il y a de l'espoir, car l'environnement professionnel s'ouvre à des opportunités de recherche et de financements.

Si vous êtes intéressé par les travaux d'Éric Sorita, voici une référence à explorer : Sorita, E., N'Kaoua, B., Larrue, F., Criquillon, J., Simion, A., Sauzéon, H., ... et Mazaux, J. M. (2013). Do patients with traumatic brain injury learn a route in the same way in real and virtual environments ? *Disability and Rehabilitation*, 35(16), 1371-1379.

Vous pouvez écrire à Éric Sorita: eric.sorita@chu-bordeaux.fr



PORTRAIT DE CHERCHEUR



JOHANNE FILIATRAULT

Propos recueillis par Sylvie Tétreault

Johanne Filiatrault est une personne vive et pétillante. Questionnée sur la façon d'atteindre un équilibre occupationnel et de concilier sa vie professionnelle et sa vie familiale, Johanne mentionne sa passion pour le chant et la musique. Elle adore chanter avec ses enfants, des amis ou même plus formellement dans un groupe de chant choral, lorsque le temps le lui permet. Elle aime aussi cuisiner, recevoir des amis et organiser des fêtes. Elle prend aussi plaisir à faire des récits de voyages par le biais de photos. En somme, son défi est de faire de la place à toutes ses activités préférées à travers une vie professionnelle déjà bien remplie !

D'un point de vue universitaire, Johanne Filiatrault est professeure agrégée à l'École de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (Québec, Canada). Elle est également membre du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM). Après une formation en ergothérapie (1986) à l'Université de Montréal, elle a complété une maîtrise en sciences neurologiques (1991), puis un doctorat en santé publique – option promotion de la santé (2008).

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

doi:10.13096/rfre.v2n2.71

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



Elle a poursuivi une formation postdoctorale à l'Université de Sherbrooke (2007-2009). Johanne collabore à l'enseignement en ergothérapie depuis plus de vingt-cinq ans, l'enseignement étant une véritable passion pour elle. Elle intègre plus officiellement le corps professoral du programme d'ergothérapie de l'Université de Montréal en 2001 après avoir été conférencière invitée, chargée de cours à l'Université Laval et conseillère pédagogique dans les années 1980 et 1990.

Johanne mentionne sans hésitation que, depuis le début de sa formation en ergothérapie, son mentor a été Élisabeth Dutil (professeure à l'Université de Montréal de 1973 à 2008). En plus de l'avoir eue comme professeure, Johanne a pu travailler pendant plusieurs années pour Élisabeth, que ce soit comme assistante de recherche ou collaboratrice dans ses cours. La curiosité intellectuelle, la créativité, la rigueur et l'intégrité ne sont que quelques-unes des nombreuses qualités de Mme Dutil qui ont inspirées Johanne dans sa carrière de chercheure.

Comme ergothérapeute dans la région de Montréal, Johanne Filiatrault a travaillé dans différents milieux (1987-2001), que ce soit en milieu hospitalier, en centre de réadaptation ou en centres locaux de services communautaires. Cette expérience clinique l'a inspirée pour bâtir sa programmation de recherche. Spontanément, elle identifie la réalisation professionnelle dont elle est la plus fière comme étant le développement et l'étude de programmes de prévention et de promotion de la santé des aînés.

Johanne a développé une expertise méthodologique variée, mais en particulier pour réaliser des études d'efficacité pragmatiques. Sans contester l'importance des essais cliniques randomisés pour démontrer l'efficacité des programmes d'intervention, Johanne souligne l'importance de réaliser des études d'efficacité pragmatiques pour déterminer si les programmes d'intervention sont aussi efficaces lorsqu'ils sont implantés dans des conditions « naturelles » (c'est-à-dire dans la vraie vie, plutôt que dans des conditions contrôlées). Les principaux axes de recherche de Johanne sont : le développement et l'évaluation de programmes de promotion de la santé des aînés ; le bénévolat, les activités intergénérationnelles et la santé; la prévention des chutes, ainsi que la peur de tomber chez les aînés; le rôle d'agent de changement de l'ergothérapeute.

La carrière de chercheure est passionnante, en dépit du défi d'obtenir du financement en recherche. Ce défi est particulièrement présent pour les ergothérapeutes qui désirent mener des projets de recherche dans leur milieu de travail ou encore entreprendre des études supérieures après plusieurs années passées à travailler comme clinicien(ne)s. Bien que les organismes subventionnaires soient accessibles aux ergothérapeutes, les concours sont de plus en plus compétitifs et disposent d'une enveloppe budgétaire limitée.

Johanne Filiatrault propose plusieurs stratégies potentielles pour que les ergothérapeutes puissent développer la recherche en ergothérapie et promouvoir le

rôle de l'ergothérapeute, tant à l'échelle individuelle, communautaire et populationnelle. D'abord, elle suggère le réseautage et le partage d'informations via des communautés de pratique en ligne pour les ergothérapeutes. Avec l'appui de collaborateurs, elle a elle-même développé une communauté de pratique en ligne pour les ergothérapeutes intéressés par la prévention et la promotion de la santé : ERGO-PPS (elle est la personne de contact). Également, la participation à des conférences (comme les Journées annuelles « Expériences en ergothérapie » de Montpellier) est une autre façon de s'initier à la recherche pour les ergothérapeutes de la francophonie. Pour poursuivre la réflexion, Johanne Filiatrault propose comme lecture inspirante les écrits de Carol D. Ryff, Ph.D., notamment ce chapitre de livre :

Ryff, C.D. (2013). Eudaimonic well-being and health: Mapping consequences of self-realization. Dans A.S. Waterman (dir.). *The best within us. Positive psychology perspectives on eudaimonia*. Washington, DC: American Psychological Association.

Parmi ses projets futurs, Johanne envisage de réaliser une nouvelle étude portant sur les retombées d'une initiative intergénérationnelle sur un ensemble de variables (ex. : santé, bien-être et participation sociale des aînés, qualité des liens intergénérationnels, préjugés à l'égard des aînés, etc.). Si vous avez de l'intérêt à connaître ses travaux, vous êtes invités à lire la publication suivante :

Filiatrault, J., Parisien, M., Sullivan, A., Richard, L., et Pinard, C. (2015). Prevention and health promotion in occupational therapy: From concepts to intervention (pp. 837-848). Dans I. Söderback (dir.). *International handbook of occupational therapy interventions* (2^e éd.). New York, NY: Springer.

Vous pouvez écrire à Johanne Filiatrault : johanne.filiatrault@umontreal.ca



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

Kevin Papineau¹, Martine Brousseau², Georges-Emmanuel Salib³

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

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

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

Adresse de contact : kevinpapineau@hotmail.ca

Reçu le 10.01.2015 – Accepté le 23.08.2016

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

doi:10.13096/rfre.v2n2.25

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



RÉSUMÉ

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

MOTS-CLÉS

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

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

ABSTRACT

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

KEYWORDS

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

INTRODUCTION

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

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

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

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

RECENSION DES ÉCRITS

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

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

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

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

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

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

MÉTHODES

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

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

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

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

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

RÉSULTATS

Description des participants

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

Résultats pour le contenu du suivi proposé

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

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

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

¹Patient partenaire et ²Suivi professionnel

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

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

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

Commentaires des experts: thèmes émergents

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

Tableau 3 : Analyse des comptes rendus

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

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

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

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

DISCUSSION

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

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

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

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

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

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

Autres considérations formulées par les experts

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

Suivi proposé à la lumière des résultats de recherche

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

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

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

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

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

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

Portée du projet

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

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

Forces et limites

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

CONCLUSION

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

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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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

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

ANNEXE A

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE B

Questionnaire

1. Quelle profession exercez-vous ?

Ergothérapeute

Médecin

Précisez votre spécialité :

2. Dans quel milieu travaillez-vous ?

Public

Privé

3. Combien d'années d'expérience avez-vous auprès de la clientèle présentant des blessures musculosquelettiques ?

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

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

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

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

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

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

Appréciation du suivi proposé dans son ensemble

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

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

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

Commentaires (quels aspects ont particulièrement attiré votre attention ?)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Opinion personnelle

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

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

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

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

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

ANNEXE C

Suivi proposé incorporant les commentaires des experts

Séance 1 (60 minutes)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE D

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

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

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

ANNEXE E

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

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

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

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

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

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

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

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

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



LES IMPACTS FONCTIONNELS DE L'ADAPTATION PRISMATIQUE AUPRÈS D'UNE POPULATION ATTEINTE DE NÉGLIGENCE SPATIALE UNILATÉRALE : UNE REVUE SYSTÉMATIQUE

Natasha Brassard¹, Julien Voisin²

¹ Ergothérapeute, MSc, Université Laval, Canada

² Ergothérapeute, PhD, Université Laval, CIRRIIS-IRDPO, Canada

Adresse de contact : julien.voisin@rea.ulaval.ca

Reçu le 16.01.2015 – Accepté le 09.08.2016

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

doi:10.13096/rfre.v2n2.26

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



RÉSUMÉ

La négligence spatiale unilatérale (NSU) constitue l'un des plus importants prédictors du devenir fonctionnel des personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Parmi les approches proposées pour réduire cet important symptôme, l'adaptation prismatique est applicable peu importe le niveau de conscience de la personne face à son déficit et permet d'intervenir sur les déficits moteurs intentionnels. L'objectif du présent article est de documenter les conséquences de ce traitement novateur sur le fonctionnement de sujets souffrant de NSU. Pour ce faire, une revue de littérature scientifique a été réalisée via CINAHL et PubMed. Au total, la recherche a mené à l'analyse de 10 articles scientifiques portant sur l'impact fonctionnel de l'adaptation prismatique chez des sujets présentant une NSU causée par une lésion cérébrale droite. Bien que le niveau de preuve demeure modéré, principalement en raison du petit nombre d'études existantes et de leur hétérogénéité, les résultats suggèrent que l'adaptation prismatique pourrait être une avenue intéressante pour le traitement de l'héminégligence.

MOTS-CLÉS

Adaptation prismatique, négligence, négligence spatiale unilatérale, impacts fonctionnels, réadaptation.

THE FUNCTIONAL IMPACTS OF PRISMATIC ADAPTATION IN CLIENT WITH UNILATERAL SPATIAL NEGLECT : A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT

Unilateral spatial neglect (USN) is one of the most important predictors of functional outcome following stroke. Among the proposed approaches to mitigate this important symptom, prismatic adaptation is applicable regardless of the level of consciousness and allows intervention on intentional motor deficits. The objective of the present paper is to document the consequences of this promising approach. A review of the scientific literature was conducted via PubMed and CINAHL databases. This led to selecting 10 scientific papers reporting the functional impact of prismatic adaptation in patient with USN following right brain injury. Overall, and although the level of evidence remains moderate due to the heterogeneity of the few existing studies, it is suggested that prismatic adaptation represents an interesting approach.

KEYWORDS

Prismatic adaptation, neglect, hemispatial neglect, functional outcome, rehabilitation

INTRODUCTION

Dans son rapport de 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fait état d'un phénomène alarmant, décrit comme l'un des plus grands défis du ^{xxi}^e siècle dans le domaine de la santé et du développement : la présence accrue des maladies non transmissibles. Ces affections sont responsables de 36 millions de décès par année au niveau mondial (OMS, 2013a). De ce nombre, la majorité, soit 17,3 millions, sont imputables aux maladies cardiovasculaires, principalement les AVC, ce qui en fait l'une des principales causes de mortalité dans le monde (OMS, 2013b). Sur les 15 millions de personnes qui souffrent chaque année d'un AVC (World Stroke Organization, 2012), 5 millions demeurent avec des séquelles permanentes, ce qui en fait également la deuxième plus importante cause d'incapacité, suivant la démence (World Heart Federation, 2015). Les incapacités occasionnées par un AVC varient grandement selon les individus et sont, entre autres, fonction du site et de l'étendue de la lésion cérébrale (Radomsky et Trombly, 2008). À titre d'exemple, près de la moitié des individus ayant subi un AVC présentent une négligence spatiale unilatérale [NSU] (Buxbaum *et al.*, 2004), laquelle se caractérise par l'incapacité à répondre ou à diriger son attention vers des stimuli présentés du côté controlatéral à la lésion cérébrale (Heilman, Watson et Valenstein, 1993, cités dans Radomsky et Trombly, 2008). Or, la NSU est associée à une performance moindre chez les personnes ayant subi un AVC pour plusieurs mesures d'incapacité dont celles en lien avec les activités de la vie quotidienne (AVQ) (Katz, Hartman-Maeir, Ring et Soroker, 1999). Plus encore, il ressort que la présence et la sévérité de la NSU est un prédicteur majeur de l'effet de la réadaptation et du devenir fonctionnel du client (Katz *et al.*, 1999; Di Monaco *et al.*, 2011), ce qui en fait une problématique majeure qu'il importe de considérer plus amplement.

Nombreuses sont les interventions développées dans le but de diminuer la NSU. Parmi celles-ci, on retrouve notamment la thérapie par adaptation prismatique. Ce traitement consiste à faire porter des lunettes dont les prismes dévient l'environnement visuel vers la droite à une personne présentant une NSU, alors qu'elle effectue des mouvements répétés de pointage en direction d'une cible. Afin de compenser pour le déplacement du champ visuel vers la droite, cette dernière en vient à réorienter son mouvement vers la gauche afin d'atteindre la cible. Cette compensation, nommée adaptation sensorimotrice, aurait le pouvoir de modifier certaines fonctions cognitives de haut niveau à l'origine de la problématique de NSU (Làdavasa, Bonifazic, Catenad et Serino, 2011). Ce traitement se distingue des autres approches notamment par son caractère novateur, mais également par le fait qu'il ne requiert pas que la personne soit consciente de son déficit. Ceci est intéressant considérant que l'incidence d'anosognosie est plus grande en présence de NSU (Buxbaum *et al.*, 2004). Également, certains auteurs stipulent que l'approche permettrait d'intervenir sur les déficits moteurs intentionnels (« *aiming* ») en complément aux autres approches, qui elles, agiraient plutôt sur les déficits visuo-perceptuels (« *where* ») (Barrett, Goedert, et Basso, 2012). Rossetti *et al.* (1998) ont été parmi les premiers chercheurs à proposer qu'une brève séance de ce traitement puisse diminuer les signes de NSU. Depuis, plusieurs chercheurs ont tenté d'évaluer les effets potentiels de cette approche, majoritairement par la passation de divers tests neuropsychologiques, et de façon moindre, via l'évaluation des capacités fonctionnelles des personnes atteintes de NSU. Ainsi, cette revue systématique a pour objectif de documenter un aspect encore peu étudié, soit l'effet de l'adaptation prismatique sur le fonctionnement des personnes présentant une NSU par la question de re-

cherche suivante : l'approche d'adaptation prismatique a-t-elle un impact fonctionnel chez les personnes présentant une NSU ?

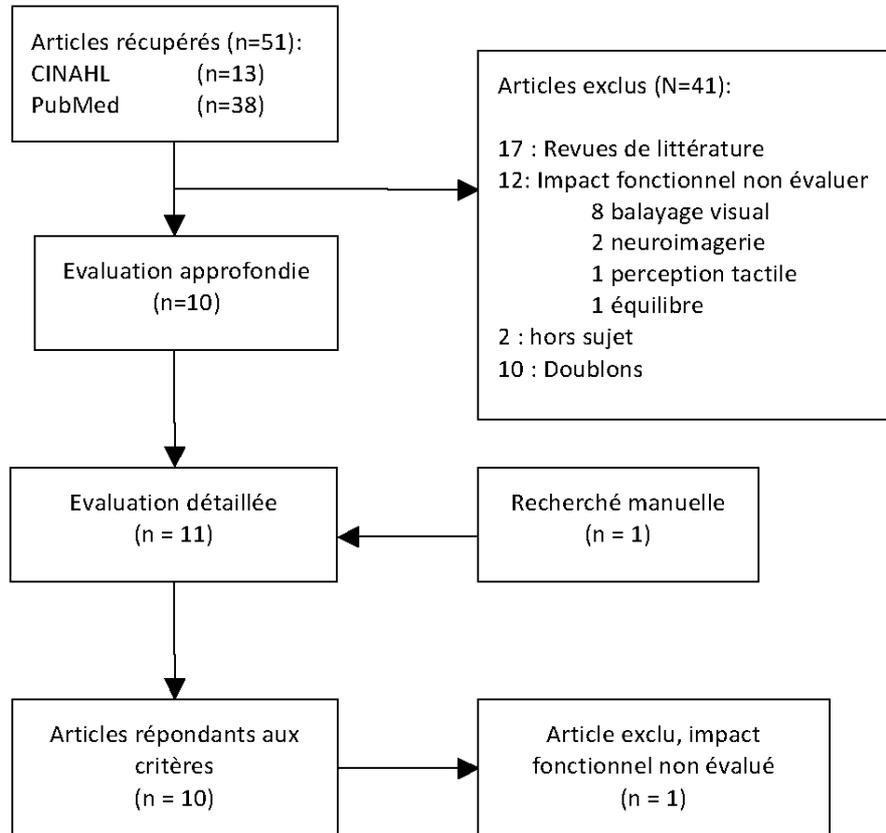
MÉTHODES

Dans le but de trouver les articles pouvant répondre à la question de recherche, deux bases de données bibliographiques ont été consultées, soit CINAHL et PubMed. Les différents mots-clés ont été élaborés en fonction de trois aspects pertinents à l'étude à savoir : la présence d'une NSU, la présence d'un traitement par adaptation prismatique, et l'exploration de l'effet de ce traitement sur le fonctionnement. Plusieurs variantes ont été introduites dans la recherche afin de pouvoir accéder à l'ensemble des articles pertinents, ce qui a mené à l'utilisation de l'équation suivante pour la base de données CINAHL : [(*stroke* OR *cerebrovascular accident* OR *hemispatial neglect* OR *CVA* OR *unilateral neglect* OR *brain damage* OR *visuo-spatial neglect* OR *unilateral spatial neglect*)] AND [(*prism* adaptation* OR *prism* intervention* OR *prism* approach**)] AND [(*functional improvement* OR *functional outcome* OR *functional assessment* OR *functional status* OR *ADL performance* OR *activit* of daily living* OR *wheel-chair* OR *self-care* OR *mobility* OR *rehabilitation*)]. Les mots-clés utilisés avec PubMed sont sensiblement les mêmes, à l'exception que les termes *prism**, *approch** et *activit** ont été développés afin de compenser l'impossibilité d'utiliser les troncatures. Ces mots-clés ont été développés de la façon suivante : *prism adaptation*, *prismatic adaptation*, *prism intervention*, *prismatic intervention*, *prism approach*, *prismatic approach*, *prism approaches*, *prismatic approaches*, *activity of daily living*, *activities of daily living*. À noter que, comme l'adaptation prismatique est un sujet relativement récent (fin du xx^e siècle/début du xxi^e siècle), tous les articles répondant aux mots-clés ont été considérés, peu importe leur année de parution.

À l'issue de cette recherche réalisée le 27 mars 2014, 51 articles ont été recensés (voir tableau 1), soit 13 via la base de données bibliographique CINAHL et 39 via PubMed. La lecture des titres et des résumés a mené à l'exclusion de 41 articles. De ce nombre, 17 étaient des revues de littérature, 12 n'évaluaient pas précisément l'impact fonctionnel de l'approche prismatique, 2 étaient tout simplement hors sujet et 10 étaient des doublons. Ainsi, 10 articles ont été sélectionnés pour une évaluation plus approfondie. L'examen des références bibliographiques a permis l'ajout d'un article supplémentaire. Les 11 articles ont finalement été analysés en fonction des différents critères d'inclusion/exclusion indiqués dans le tableau 2.

Un seul article a été retiré suite à cette analyse puisqu'il ne respectait pas le critère selon lequel l'article devait inclure une évaluation fonctionnelle. Ainsi, 10 articles répondant aux critères ont été retenus afin de répondre à cette recension des écrits scientifiques.

Tableau 1. Démarche à l'appui de la recension des écrits



Ces 10 articles ont ensuite été soumis à l'évaluation PEDro afin de déterminer leur qualité méthodologique (voir Annexe 1). Plus précisément, cet outil a permis de documenter la validité interne, d'une part, et de vérifier que les articles contenaient suffisamment d'information statistique pour permettre une interprétation appropriée des résultats, d'autre part. Il s'agit d'une échelle comportant 11 items et dont le score peut varier entre 1 et 10 points. Outre le premier item qui n'est pas inclus dans le score global, un point est accordé lorsque l'article mentionne explicitement la présence d'un critère. Ainsi, lorsque dans l'article, on ne faisait pas mention du respect d'un critère, le point n'a pas été accordé. À noter que, les articles ont été classés selon leur niveau de confiance, soit du plus élevé au plus faible, afin d'en faciliter la lecture. Finalement, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) (Polatajko, Townsend et Craik, 2007) a été utilisé afin de structurer et organiser les informations recensées.

Tableau 2. Critères d'inclusion et d'exclusion

<p>Critères d'inclusion</p> <p>Diagnostic de négligence spatiale unilatérale causée par une lésion cérébrale droite ;</p> <p>Approche d'adaptation prismatique (sans égard aux modalités) ;</p> <p>Évaluation fonctionnelle (sans égard aux modalités) ;</p> <p>Étude de type expérimental.</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Langue autre que l'anglais ou le français ;</p> <p>Revue de littérature.</p>

RÉSULTATS

Les 10 articles retenus dans le cadre de cet essai s'intéressent à plusieurs variables qui concernent principalement les soins personnels (9 études), mais aussi la productivité (1 étude). Dans le domaine des soins personnels, les effets rapportés concernent d'une part les aspects plus généraux tels que l'indépendance fonctionnelle, les symptômes de NSU et l'expérience subjective du fonctionnement, et d'autre part les aspects plus spécifiques tels que les habiletés de lecture, le repérage d'objets du quotidien et les déplacements en fauteuil roulant.

Les études diffèrent pour ce qui est des modalités privilégiées. Sept études ont opté pour l'adaptation prismatique lors d'une tâche de pointage, deux études ont choisi d'utiliser les prismes lors de la réalisation de diverses activités et une étude s'est intéressée à comparer les deux approches. Les échantillons à l'étude sont tout aussi variés ; trois études s'intéressent à une population AVC en phase aiguë, une s'attarde à la phase subaiguë, quatre à la phase chronique et deux visent une population hétérogène. C'est également le cas du degré de déviation des prismes, lesquels varient entre 6 et 15 degrés.

Étant donné les critères de sélection, toutes les études ont des devis de type expérimentaux. Plus spécifiquement, on retrouve une étude à interventions croisées, quatre essais cliniques randomisés/quasi randomisés et cinq essais quasi expérimentaux. La qualité méthodologique de chacune des études prises individuellement est néanmoins variable. En effet, une étude seulement possède un niveau de confiance qualifié d'élevé, quatre sont de qualité modérée et cinq sont de qualité faible. Compte tenu de la qualité des devis de recherche utilisés et des niveaux de confiance, la qualité de l'ensemble de la preuve scientifique peut être considérée comme modérée.

Domaines des soins personnels

Indépendance fonctionnelle

Parmi les quatre études qui se sont intéressées au niveau d'indépendance fonctionnelle dans les soins personnels, trois relèvent une amélioration significative chez les personnes ayant pris part aux séances d'adaptation prismatique (Mizuno *et al.*, 2011; Fortis *et al.*, 2010; Shiraishi, Muraki, Itou et Hirayama, 2010) et une étude n'observe aucun changement significatif (Shiraishi, Yamakawa, Itou, Muraki et Asada, 2008). Bien que la majorité des

études révèlent des effets positifs quant à cet aspect, ces dernières se distinguent à plusieurs niveaux. Dans leur essai clinique randomisé visant à documenter l'efficacité de l'adaptation prismatique notamment sur le fonctionnement de personnes présentant une NSU en phase subaiguë, Mizuno *et al.* (2011) notent une amélioration significative ($p < 0.01$) du niveau d'indépendance fonctionnelle suite à une tâche de pointage, et ce, en faveur du groupe expérimental. Cette amélioration n'est toutefois observée que pour le groupe avec NSU modérée. Ces chercheurs sont par ailleurs les seuls à avoir regroupé les résultats en fonction de la sévérité de la NSU. Fortis *et al.* (2010) ont quant à eux réalisé une étude à interventions croisées dans le but de comparer les effets de l'adaptation prismatique par mouvements de pointage à celle impliquant la réalisation d'activités. Ces derniers notent une amélioration significative ($p < 0.05$) pour les deux groupes évalués, suggérant une efficacité similaire pour les deux procédures. L'étude de Shiraishi *et al.* (2008), qui elle est sans groupe contrôle, n'observe pas de changement significatif au plan quantitatif suite à un traitement impliquant le port de prismes durant la réalisation de diverses activités. Les auteurs mentionnent toutefois que des changements ont été rapportés de façon qualitative par les participants. À l'opposé, l'étude de Shiraishi *et al.* (2010), dont les résultats proviennent de 5 des 7 participants de l'étude précédente, observent une amélioration significative ($p < 0.05$) de l'indépendance fonctionnelle à plus long terme, soit de 2 à 3,5 ans post-traitement. L'absence de groupe contrôle complexifie toutefois l'analyse qu'il est possible de faire quant à ces résultats qui paraissent contradictoires.

Outre la tâche demandée (pointage versus activités), les modalités proposées diffèrent notamment pour ce qui est des prismes utilisés ainsi que pour la fréquence, la durée et l'intensité des interventions. La tâche pointage de l'étude de Mizuno *et al.* (2011) est réalisée à raison de deux fois par jour, cinq jours par semaine durant deux semaines avec des prismes de 12 degrés de déviation alors que celle proposée par Fortis et son équipe (2010) est effectuée sur une semaine seulement avec des prismes de 10 degrés de déviation. Le type d'évaluation constitue également un élément de variabilité entre les études. Le *Functional independence measure* est utilisé dans les études de Mizuno *et al.* (2011) et de Fortis *et al.* (2010), tandis que c'est le *Barthel Index* qui est privilégié dans les études de Shiraishi *et al.* (2008 ; 2010) afin d'évaluer l'indépendance fonctionnelle. Bien que ces deux évaluations soient reconnues pour leurs bonnes qualités métrologiques, le *Barthel Index* présenterait un effet « plafond » chez les individus ayant un plus haut niveau de fonctionnement (Radomsky et Trombly, 2008), comme c'est possiblement le cas dans l'étude de Shiraishi *et al.* (2008).

Symptômes de NSU

Dans leurs études respectives, Mizuno *et al.* (2011), Turton, O'Leary, Gabb, Woodward et Gilchrist (2010) et Fortis et ses collaborateurs (2010) rapportent des résultats contradictoires quant à l'efficacité de l'adaptation prismatique sur l'occurrence des symptômes de NSU dans les AVQ. Fortis et son équipe (2010) relèvent une amélioration significative ($p < 0.05$), autant pour le groupe ayant effectué une tâche de pointage que pour celui s'étant soumis à la réalisation d'activités. Mizuno *et al.* (2011) observent eux aussi une amélioration des symptômes de NSU comparativement au groupe contrôle, laquelle est toutefois non significative. Turton *et al.* (2010), à l'opposé, ne remarquent aucun changement d'un groupe à l'autre. Bien que les études recensées consistent en deux essais cliniques randomisés et une étude à interventions croisées de qualité méthodologique élevée et modérée, il s'avère qu'elles diffèrent selon plusieurs aspects importants. En effet, les trois études présentent

des échantillons similaires au plan de l'âge, du diagnostic ainsi que du temps passé depuis la lésion et ont toutes recours au *Catherine Bergego Scale* en tant qu'outil d'évaluation. Toutefois, on note certaines disparités en ce qui a trait aux différentes modalités de traitement. Mizuno *et al.* (2011) ont choisi une tâche de pointage avec le port de prismes de 12 degrés de déviation, laquelle a été réalisée à une fréquence de deux fois par jour, cinq jours par semaine, pendant deux semaines. La tâche de pointage de Fortis *et al.* (2010), tout comme celle impliquant la réalisation d'activités, était réalisée avec des prismes de 10 degrés de déviation à raison de deux fois par jour, cinq jours par semaine pendant une semaine. Turton *et al.* (2010) ont, quant à eux, proposé une même tâche de pointage, mais cette fois-ci avec le port continu de prismes de 6 degrés de déviation à raison d'une fois par jour, cinq jours par semaine, pendant deux semaines. Il est possible que l'utilisation de prismes de plus faible déviation et la durée plus limitée du traitement de Turton et ses collaborateurs (2010) aient pu avoir une incidence négative sur son effet. Également, le dernier temps de mesure de cette étude a été réalisé à deux mois post-traitement alors que celui des deux autres études a été effectué à environ trois mois post-traitement. Cela donne à penser que les individus n'avaient pas le même niveau de rétablissement, ce qui encore une fois a le potentiel d'affecter les résultats de l'étude.

Expérience subjective du fonctionnement

La seule étude recensée ayant exploré l'expérience subjective du fonctionnement est celle de Vangkilde et Habekost (2010). Dans leur essai clinique quasi aléatoire, les auteurs ont cherché à évaluer l'impact de l'adaptation prismatique sur sept domaines du fonctionnement (dont celui plus spécifique aux AVQ), scindés sur 24 variables distinctes. L'intervention a été effectuée de façon bi-journalière, cinq jours par semaine, pendant deux semaines et a impliqué le port de prismes de 10 degrés de déviation. À l'issue de cette étude, le groupe expérimental a fait état d'un changement positif plus important ($p < 0.001$) que le groupe contrôle pour les sept domaines du fonctionnement, soit 18 des 23 variables à l'étude (1 exclue). À noter que les résultats des personnes et de leurs proches étaient fortement corrélés lors des deux temps de mesure ($r = .80$, $p = 0.003$ et $r = .85$, $p = 0.001$). Ainsi, selon cette étude, l'adaptation prismatique aurait des effets positifs potentiels, non seulement sur le fonctionnement tel que mesuré de façon objective (comme le suggèrent certaines des études précédentes), mais également sur la perception qu'en ont la personne et ses proches.

Habilités de lecture

Fortis *et al.* (2010), Serino, Barbiani, Rinaldesi et Làdavas (2009), Frassinetti, Angeli, Meneghello, Avanzi et Làdavas (2002) et Rousseaux, Bernati, Saj et Kozlowski (2006) ont tous observé une amélioration significative en regard de cet aspect. Les effets ont été relevés dès la fin du traitement (Serino *et al.*, 2009), à cinq semaines post-traitement (Frassinetti *et al.*, 2002) et ont persisté jusqu'à trois mois suivant l'arrêt de l'intervention (Fortis *et al.*, 2010). Ces études incluaient des échantillons de personnes souffrant de NSU de différentes phases. Dans les trois cas, l'évaluation impliquait la lecture de mots et de non-mots. Fortis *et al.* (2010) ont quant à eux ajouté la lecture de phrases. En revanche, Rousseaux *et al.* (2006) ne constatent aucun changement vis-à-vis des habiletés de personnes présentant une NSU à lire des mots, des non-mots ainsi qu'un texte. Dans ce cas-ci toutefois, le groupe expérimental a été comparé à un groupe de sujets sains, ce qui n'est pas le cas des autres études discutées ci-haut. Également, cette étude a proposé un seul traitement d'adaptation prismatique

tandis que les études ayant noté un changement positif impliquaient un minimum de 10 séances.

Déplacements en fauteuil roulant

Watanabe et Amimoto (2010), dans leur étude, ont documenté l'efficacité de l'adaptation prismatique en tant que modalité de traitement en proposant deux tâches impliquant des déplacements en fauteuil roulant. La première tâche consistait à effectuer un déplacement précis au centre de deux cônes (mesure de distance) alors que la deuxième impliquait un déplacement rapide et dirigé vers une cible parmi un choix de quatre (mesure de temps). Suite à un traitement par adaptation prismatique comportant 50 mouvements de pointage réalisés avec des lunettes prismes de sept degrés de déviation, une amélioration significative a été observée pour les deux tâches ($p < 0.01$ et $p < 0.031$ respectivement). Toutefois, l'absence de groupe contrôle ne permet pas d'assurer avec certitude que les résultats ne sont pas liés au rétablissement spontané, d'autant plus que l'AVC de la plupart des participants était survenu moins d'un mois avant l'intervention.

Repérage d'objets

En plus de faire état de l'expérience subjective du fonctionnement tel que discuté plus haut, Vangkilde et Habekost (2010) ont souhaité documenter une difficulté souvent rapportée par les personnes souffrant de NSU, soit celle de trouver des objets de leur quotidien. Ces derniers ont donc évalué les habiletés de repérage d'objets spécifiques à l'intérieur d'un placard par la passation du *Cupboard test*, en mesurant le nombre d'omission d'objets, d'une part, et l'écart entre le temps nécessaire pour repérer les objets situés à l'hémichamp gauche et celui situé à l'hémichamp droit, d'autre part. Les résultats ont révélé une amélioration significative pour ces deux aspects ($p = 0.033$ et $p = 0.001$) suite à un traitement impliquant des mouvements de pointage avec le port de prismes de 10 degrés de déviation.

Domaine de la productivité

L'étude de Shiraishi *et al.* (2010) est la seule à avoir considéré les activités de la vie domestique (AVD). Pour ce faire, ces derniers ont proposé un traitement impliquant des prismes de 15 degrés de déviation durant la réalisation de diverses activités. À l'issue de l'étude, quatre des cinq participants ont présenté une amélioration non significative des capacités à réaliser huit AVD, tel qu'évalué par le *Lawton's IADL scale*. Les participants étaient tous en phase chronique de rétablissement et ils ne bénéficiaient par conséquent plus des traitements usuels de réadaptation, ce qui limite de façon importante l'influence potentielle de certaines variables confondantes.

DISCUSSION

Les études analysées suggèrent que les approches d'adaptation prismatique pourraient améliorer plusieurs aspects du fonctionnement de personnes présentant une NSU, soit l'indépendance fonctionnelle, les habiletés de lecture, le repérage d'objet, les déplacements en fauteuil roulant, ainsi que la perception de progrès qu'ont la personne et ses proches. Des améliorations, toutefois non significatives, ont également été relevées pour plusieurs AVD. Les résultats relatifs à l'efficacité de l'adaptation prismatique sur l'occurrence

des symptômes de NSU dans les AVQ, quant à eux contradictoires, seraient possiblement positifs dans le cas de traitements de plus longue durée et impliquant des prismes ayant un plus grand degré de déviation.

Bien que ces résultats soient, somme toute, encourageants concernant les impacts potentiels de l'adaptation prismatique en regard du fonctionnement de personnes souffrant de NSU, il importe de tenir compte de plusieurs limites. En particulier, les informations retenues proviennent d'un faible nombre d'études dont le niveau de confiance est faible ou modéré, et leur hétérogénéité affaiblit cette qualité puisqu'il devient alors plus difficile de comparer les études entre elles. Il importe également de mentionner que la cotation du niveau de confiance des données probantes de chacun des articles ainsi que leur catégorisation a été de la responsabilité d'une seule et unique personne. Par conséquent, cette cotation n'a pas la valeur qu'aurait assuré l'établissement d'un consensus par un groupe d'évaluateurs. Enfin, la méthodologie et les caractéristiques des études sélectionnées restreignent également la possibilité de généraliser les résultats. En effet, les études divergent pour ce qui est des échantillons à l'étude et des modalités de traitement privilégiées. Elles s'intéressent à des personnes présentant une NSU dont la phase de la maladie varie d'aiguë à chronique et proposent des traitements qui se distinguent par leur nature, leur fréquence, leur durée et leur intensité. Également, ces études ciblent des variables qui sont pour la plupart très générales et variées, tout comme c'est le cas des outils d'évaluation utilisés. En fait, seules quelques variables plus précises ont fait l'objet d'une étude, tels que les variables documentant les déplacements en fauteuil roulant, les habiletés de repérage et d'écriture. Par ailleurs, les études présentent toutes un échantillon de petite taille. Or, le nombre limité de participants est susceptible d'engendrer une erreur de type II, et donc de laisser passer sous silence des résultats qui auraient normalement dû être significatifs. Enfin, il importe de mentionner que dans la plupart des cas, les interventions de réadaptation étaient maintenues, en parallèle avec le traitement par adaptation prismatique. Ainsi, il demeure difficile de déterminer ce qui est réellement à l'origine du changement, et ce, particulièrement en absence de groupe contrôle.

CONCLUSION

À la lumière des différents résultats recensés, l'adaptation prismatique semble un sujet d'étude possiblement négligé, mais pourrait intéresser les ergothérapeutes ayant pour préoccupation l'amélioration des soins personnels. Cette approche novatrice pourrait s'avérer complémentaire à celles déjà proposées en clinique. Toutefois, l'applicabilité clinique serait facilitée par des recherches démontrant quelles sont les modalités (type de prismes, tâche demandée, fréquence et durée des interventions) du traitement par adaptation prismatique qui permettent d'améliorer de façon optimale le fonctionnement des personnes présentant une négligence spatiale unilatérale. Une meilleure exploration des effets sur la productivité serait également souhaitable.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Barrett, A.M., Goedert, K.M., et Basso, J.C. (2012). Prism adaptation for spatial neglect after stroke: translational practice gaps. *Nature Reviews Neurology*, 8(10), 567-577.
- Buxbaum, L.J., Ferraro, M.K., Veramonti, T., Farne, A., Whyte, J., Ladavas, E., ... et Coslett, H.B. (2004). Hemispatial neglect : Subtypes, neuroanatomy, and disability. *Neurology*, 62(5), 749-756.
- Di Monaco, M., Schintu, S., Dotta, M., Barba, S., Tappero, R., et Gindri, P. (2011). Severity of unilateral spatial neglect is an independent predictor of functional outcome after acute inpatient rehabilitation in individuals with right hemispheric stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(8), 1250-1256. doi: 10.1016/j.apmr.2011.03.018
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. (2014). *Ensemble pour lutter contre un fléau : Améliorer les systèmes de soins de l'AVC*. Repéré à : <http://canadianstrokenetwork.ca/fr/wp-content/uploads/2014/08/StrokeMonthReport2014-FR.pdf>
- Fortis, P., Maravita, A., Gallucci, M., Ronchi, R., Grassi, E., Senna, I., ... et Vallar, G. (2010). Rehabilitating patients with left spatial neglect by prism exposure during a visuomotor activity. *Neuropsychology*, 24(6), 681-697. doi: 10.1037/a0019476
- Frassinetti, F., Angeli, V., Meneghello, F., Avanzi, S., et Ladavas, E. (2002). Long-lasting amelioration of visuospatial neglect by prism adaptation. *Brain*, 125(3), 608-623.
- Katz, N., Hartman-Maeir, A., Ring, H., et Soroker, N. (1999). Functional disability and rehabilitation outcome in right hemisphere damaged patients with and without unilateral spatial neglect. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(4), 379-384.
- Ladavasa, E., Bonifazic, S., Catenad, L., et Serino, A. (2011). Neglect rehabilitation by prism adaptation : Different procedures have different impacts. *Neuropsychologia*, 49(5), 1136-1145. doi :10.1016/j.neuropsychologia.2011.01.044
- 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.
- Mizuno, K., Tsuji, T., Takebayashi, T., Fujiwara, T., Hase, K., et Liu, M. (2011). Prism Adaptation Therapy Enhances Rehabilitation of Stroke Patients With Unilateral Spatial Neglect A Randomized, Controlled Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 25(8), 711-720. doi : 10.1177/1545968311407516
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (2013a). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Récupéré à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (2013b). *Maladies non transmissibles*. Repéré à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>
- Polatajko, H.J., Townsend, E.A., et Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Dans E. A. Townsend, et H. J. Polatajko, *Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Radomsky, M.V., et Trombly, C.A. (2008). *Occupational therapy for physical dysfunction* (6^e édition). Philadelphie, PA : Lipincott Williams & Wilkins.
- Rossetti, Y., Rode, G., Pisella, L., Farné, A., Li, L., Boisson, D.,... Perenin, M.T. (1998). Prism adaptation to a rightward optical deviation rehabilitates left hemispatial neglect. *Nature*, 395(6698), 166-169.
- Rousseaux, M., Bernati, T., Saj, A., et Kozlowski, O. (2006). Ineffectiveness of prism adaptation on spatial neglect signs. *Stroke*, 37(2), 542-543. doi: 10.1161/01.STR.0000198877.09270.e8
- Serino, A., Barbiani, M., Rinaldesi, M. L., et Ladavas, E. (2009). Effectiveness of prism adaptation in neglect rehabilitation a controlled trial study. *Stroke*, 40(4), 1392-1398. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.530485
- Shiraishi, H., Muraki, T., Itou, A., et Hirayama, K. (2010). Prism intervention helped sustainability of effects and ADL performances in chronic hemispatial neglect: A follow-up study. *NeuroRehabilitation*, 27(2), 165-172. doi: 10.3233/NRE-2010-0593
- Shiraishi, H., Yamakawa, Y., Itou, A., Muraki, T., et Asada, T. (2008). Long-term effects of prism adaptation on chronic neglect after stroke. *NeuroRehabilitation*, 23(2), 137-151.

- Turton, A.J., O'Leary, K., Gabb, J., Woodward, R., et Gilchrist, I.D. (2010). A single blinded randomised controlled pilot trial of prism adaptation for improving self-care in stroke patients with neglect. *Neuropsychological rehabilitation*, 20(2), 180-196. doi : 10.1080/09602010903 040683
- Vangkilde, S., et Habekost, T. (2010). Finding Wally: Prism adaptation improves visual search in chronic neglect. *Neuropsychologia*, 48(7), 1994-2004. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2010. 03.020
- Watanabe, S., et Amimoto, K. (2010). Generalization of prism adaptation for wheelchair driving task in patients with unilateral spatial neglect. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(3), 443-447. doi:10.1016/j.apmr.2009.09.027
- World Heart Federation (2015). *Stroke*. Repéré à : <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/stroke/>
- World Stroke Organization. (2012). *World stroke campaign*. Repéré à : <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>

ANNEXE 1

Synthèse du contenu des articles selon leur niveau de confiance respectif

Auteurs, année, devis et but de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon à l'étude	Intervention	Mesures de résultats	Résultats	Niveau de confiance*
Mizuno <i>et al.</i> (2011)					
Essai clinique randomisé But : déterminer si l'approche prismatique améliore la NSU et l'aspect fonctionnel chez des personnes en phase subaiguë d'un AVC	Diagnostic : AVC droit avec NSU en phase subaiguë (entre 1-3 mois post-AVC). Deux groupes : NSU sévère et NSU modérée EXP (n=20) : Âge moy = 66, 6 ans T moy post-AVC = 67,1 j CTRL (n=18) : Âge moy = 66 ans T moy post-AVC = 64,4 j	EXP : Prismes : 12° de déviation droite - Thérapie 2 sem : 2x/j, 5j/sem - Mvts de pointage : 30 sans prismes, 90 avec prismes, 60 sans prismes. - Cibles aléatoires (centre, gauche, droite) Seuls doigts visibles à la fin de la trajectoire CTRL : même procédure avec port de lunettes sans prismes	Fonctionnement AVQ: <i>Catherine Bergego Scale</i> (CBS) et <i>Functional Independence Measure</i> (FIM) Mesures : T1 : début de l'étude T2 : après 2 sem T3 : à la sortie de l'hôpital : EXP : moy= 95,5 j CTRL : moy= 99,3 j Évaluation selon la sévérité de la NSU (modérée vs sévère)	Amélioration non sign pour EXP au CBS comparé à CTRL (score total et score NSU modérée) Amélioration sign pour NSU modérée ($p < 0,01$) au FIM comparé à CTRL. Gain significatif entre T1-T2 et T2-T3	Niveau 1 Elevé (8/10) Thérapeutes pas « en aveugle » Absence d'analyse en intention de traiter
Fortis <i>et al.</i> (2010)					
Étude à interventions croisées	Diagnostic : Lésion hémisphère droit - Vasculaire (n=9) - Néoplasique (n=1) Âge moy = 72,7 (66 à 82 ans) T moy depuis la survenue = 3,4 mois	EXP : Nouvelle procédure - 10 séances de 20min (2x/j pendant 5j) Traitement : - Réalisation d'au moins 4 activités parmi une sélection de 12	Lecture : <i>Word nonword reading test</i> et <i>Sentence reading test</i> Fonctionnement AVQ : <i>CBS</i> , <i>FIM</i>	Efficacité des 2 procédures s'est révélée similaire	Niveau 2 Modéré (6/10) Thérapeutes et participants pas « en aveugle » Absence de répartition aléatoire des sujets

EXP : groupe expérimental ; CTRL : groupe contrôle ; NSU : négligence spatiale unilatérale ; FR : fauteuil roulant ; moy : moyen/-ne ; AVC : accident vasculaire cérébral ; mvts : mouvements ; j : jours ; sem : semaines ; T : temps ; sign : significatif

*Le niveau de confiance a été déterminé sur la base de l'échelle PEDro (Maher *et al.*, 2003). Un niveau de confiance qualifié de *élevé* correspond à un résultat de 8 à 10/10, *modéré* est associé à un résultat de 5 à 7/10, *faible* indique un résultat de moins de 5/10. Les critères non rencontrés de la grille sont spécifiés pour chacun des articles recensés.

Synthèse du contenu des articles selon leur niveau de confiance respectif (suite)

Auteurs, année, devis et but de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon à l'étude	Intervention	Mesures de résultats	Résultats	Niveau de confiance
But : Comparer les effets de la procédure d'adaptation prismatique classique à ceux d'une nouvelle méthode impliquant des activités visuomotrices écologiques		CTRL : Procédure classique - 10 séances (2x/j pendant 5j) Pré-traitement (sans prismes) : - 30 mvts de pointage avec feedback visuel (seulement la 1 ^{re} fois) - 30 mvts de pointage sans feedback visuel Traitement : - Prismes de 10° de déviation droite 90 mvts de pointage (cible au centre, 21° à gauche/droite) Post-traitement (sans prismes) : - 30 mvts de pointage sans feedback visuel	Mesures : T0 : avant le traitement T1 : le jour du traitement T2 : fin de la 1 ^{ère} sem. de traitement T3 : 1 ^{er} j de la 2 ^e sem. T4 : fin de la 2 ^e sem. T5 : début 3 ^e sem. T6 : 1 mois post-traitement T7 : 2 mois post-traitement T8 : 3 mois post-traitement	Amélioration sign de EXP et CTRL entre T0 et T4 : <i>Sentence reading test</i> ($p<0.05$) <i>Word nonword reading test</i> ($p<0.001$) CBS ($p<0.05$) / FIM ($p<0.05$) Maintien des gains à T6, T7, T8	Absence d'assignation secrète des sujets
Serino <i>et al.</i> (2009)					
Essai clinique quasi aléatoire But : Investiguer l'efficacité d'un traitement de 2 sem. basé sur l'approche prismatique sur la négligence comparativement à un traitement visuo-moteur réalisé sans prismes	Diagnostic : AVC droit avec NSU EXP (n=10) : âge moy = 62,4 ans, T moy post-AVC = 11,4 mois CTRL (n=10) : âge moy = 60,8 ans, T moy post-AVC = 6,7 mois	EXP : Prismes de 10° de déviation droite - Thérapie 5x/sem. Pendant 2sem. - 90 mvts de pointage, cibles aléatoires (30x centre, 30x gauche, 30x droite) Seul l'index est visible à la fin de la trajectoire CTRL : Même procédure mais port de lunette sans prismes - traitement EXP pendant 2 semaines	Lecture : <i>Reading test</i> ** Mesures : T1 : pré-traitement T2 : post-traitement T3 : post-traitement prismatique du groupe CTRL	Amélioration sign de EXP ($p<0.04$) ce qui n'est pas le cas de CTRL Amélioration sign de CTRL à T3 ($p<0.0004$)	Niveau 2 Modéré (6/10) Thérapeutes et évaluateurs pas « en aveugle » Absence de répartition aléatoire des sujets Absence d'assignation secrète des sujets

EXP : groupe expérimental ; CTRL : groupe contrôle ; NSU : négligence spatiale unilatérale ; FR : fauteuil roulant ; moy : moyen/-ne ; AVC : accident vasculaire cérébral ; mvts : mouvements ; j : jours ; sem : semaines ; T : temps ; sign : significatif

*Le niveau de confiance a été déterminé sur la base de l'échelle PEDro (Maher *et al.*, 2003). Un niveau de confiance qualifié de *élevé* correspond à un résultat de 8 à 10/10, *modéré* est associé à un résultat de 5 à 7/10, *faible* indique un résultat de moins de 5/10. Les critères non rencontrés de la grille sont spécifiés pour chacun des articles recensés.

** Ladavàs, E., Shallice, T. et Zanella, M.T. (1997). Preserved semantic access in neglect dyslexia. *Neuropsychologia*, 35(3), 257-270.

Synthèse du contenu des articles selon leur niveau de confiance respectif (suite)

Auteurs, année, devis et but de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon à l'étude	Intervention	Mesures de résultats	Résultats	Niveau de confiance*
Turton <i>et al.</i> (2010)					
Essai clinique randomisé But : Déterminer la faisabilité de fournir un traitement basé sur l'adaptation prismatique à un échantillon clinique valide et évaluer l'impact sur les soins personnels	Diagnostic : AVC droit avec NSU EXP (n=16) : Âge moy = 72 ans T moy post-AVC = 45j CTRL (n=18) : Age moy = 71 ans T moy post-AVC = 47j	EXP : Prismes de 6° de déviation droite - Traitement de 5j/sem pendant 2sem - 3 blocs de 30 mvts de pointage (10 cibles aléatoires au centre, droite, gauche) Seule la fin de la trajectoire est visible CTRL : Même procédure avec lunettes sans prismes	Fonctionnement AVQ : CBS Mesure : T1 : début de l'intervention T2 : 4 j post-traitement T3 : 8 sem post-traitement	Augmentation sign pour EXP et CTRL au CBS à T2 et T3 Cette différence est similaire lorsque les 2 groupes sont comparés entre eux Ainsi il n'est pas possible de conclure à un impact au niveau des soins personnels	Niveau 2 Modéré (5/10) Thérapeutes, évaluateurs et participants pas « en aveugle » Groupes initiaux hétérogènes Absence d'analyse en intention de traiter
Vangkilde <i>et al.</i> (2010)					
Essai clinique quasi aléatoire But : Déterminer l'efficacité de l'approche d'adaptation prismatique sur les habiletés de recherche visuelle chez des personnes atteintes de NSU en phase chronique	Diagnostic : Lésion cérébrale droite avec NSU en phase stable de rétablissement (>6 mois) Âge des participants varie entre 35 et 71 ans. EXP (n=6) : T moy post-lésion = 39,8 mois CTRL (n=5) : T moy post-lésion = 15,2 mois	EXP : Pré-traitement (sans prismes) - 30 mvts de pointage sans feedback visuel - 30 mvts de pointage avec feedback visuel Traitement : - Prismes de 10° de déviation droite - séances 2x/j, 5J/sem pendant 2 sem - 90 mvts de pointage (cible centre, 21° gauche / droite) Seule la fin de la trajectoire est visible Post-Traitement (sans prismes) : - 30 mvts de pointage avec feedback visuel CTRL : Réadaptation cognitive variée	Tâches de recherche : <i>Cupboard test</i> Mesures : T1 : pré-traitement T2 : post-traitement T3 : 5 sem post-traitement <i>Questionnaire</i> évaluant l'expérience subjective du client et de son proche dans 7 domaines (24 variables) du fonctionnement (dont fonctionnement dans les AVQ ; orientation spatiale ; lecture/écriture ; transport) Mesures : T1 et T3	<i>Cupboard test</i> : Effet d'interaction sign de la différence entre le nombre d'omissions ainsi que le temps de réaction côté gauche vs au côté droit <i>Questionnaire</i> : Différence sign du groupe EXP pour les 7 domaines évalués ($p < 0.001$) EXP démontre un changement positif plus important que CTRL pour 18 variables sur 23 (1 variable exclue)	Niveau 2 Modéré (5/10) Absence de répartition aléatoire des sujets Absence d'assignation secrète des sujets Pas d'indication sur une réalisation « en aveugle » des participants, des évaluateurs et des thérapeutes

EXP : groupe expérimental ; CTRL : groupe contrôle ; NSU : négligence spatiale unilatérale ; FR : fauteuil roulant ; moy : moyen/-ne ; AVC : accident vasculaire cérébral ; mvts : mouvements ; j : jours ; sem : semaines ; sign : significatif

*Le niveau de confiance a été déterminé sur la base de l'échelle PEDro (Maher *et al.*, 2003). Un niveau de confiance qualifié d'élevé correspond à un résultat de 8 à 10/10, *modéré* est associé à un résultat de 5 à 7/10, *faible* indique un résultat de moins de 5/10. Les critères non rencontrés de la grille sont spécifiés pour chacun des articles recensés.

Synthèse du contenu des articles selon leur niveau de confiance respectif (suite)

Auteurs, année, devis et but de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon à l'étude	Intervention	Mesures de résultats	Résultats	Niveau de confiance*
Frassinetti <i>et al.</i> (2002)					
Devis avec groupe contrôle non équivalent (mais apparié pour la gravité et la durée du trouble) But : Déterminer si les résultats obtenus aux tests neuropsychologiques classiques peuvent être généralisés à des tests écologiques	Diagnostic : AVC droit avec NSU en phase chronique (>3 mois) EXP (n=7) : Âge moy = 65,1 ans T moy post-lésion = 8,7 mois CTRL (n=6) : Âge moy = 62,7 ans T moy post-lésion = 10,2 mois	EXP : Pré-traitement (sans prismes) - 30 mvts de pointage avec feedback visuel - 30 mvts de pointage sans feedback visuel Traitement : - Prismes de 10° de déviation droite - Traitement 2x/j 5j/sem pendant 2 sem - 90 mvts de pointage en direction d'un crayon déplacé par le thérapeute (cible centre, 21° gauche/droite présentée aléatoirement) Seule la fin de la trajectoire est visible Post-traitement (sans prismes) : - 30 mvts de pointage sans feedback visuel CTRL : Même procédure avec lunettes sans prismes	Lecture : <i>Reading test</i> ** Mesures : T1 : pré-traitement T2 : 2 jours T3 : 1 sem post-traitement T4 : 5 sem post-traitement	Diminution sign ($p < 0.006$) du nombre d'erreur pour EXP ce qui n'est pas le cas de CTRL	Niveau 3 Faible (4/10) Absence de répartition aléatoire des sujets Absence d'assignation secrète des sujets Pas d'indication sur une réalisation « en aveugle » des participants, des évaluateurs et des thérapeutes Aucune estimation de la variabilité

EXP : groupe expérimental ; CTRL : groupe contrôle ; NSU : négligence spatiale unilatérale ; FR : fauteuil roulant ; moy : moyen/-ne ; AVC : accident vasculaire cérébral ; mvts : mouvements ; j : jours ; sem : semaines ; sign : significatif

*Le niveau de confiance a été déterminé sur la base de l'échelle PEDro (Maher *et al.*, 2003). Un niveau de confiance qualifié de : *élevé* correspond à un résultat de 8 à 10/10, *modéré* est associé à un résultat de 5 à 7/10, *faible* indique un résultat de moins de 5/10. Les critères non rencontrés de la grille sont spécifiés pour chacun des articles recensés.

** Ladavàs, E., Shallice, T. et Zanella, M.T. (1997). Preserved semantic access in neglect dyslexia. *Neuropsychologia*, 35(3), 257-270.

Synthèse du contenu des articles selon leur niveau de confiance respectif (suite)

Auteurs, année, devis et but de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon à l'étude	Intervention	Mesures de résultats	Résultats	Niveau de confiance*
Watanabe et Amimoto (2010)					
Devis quasi expérimental But : Vérifier l'efficacité de l'adaptation prismatique chez des personnes souffrant de NSU via l'évaluation d'une AVQ, soit la conduite en FR	Diagnostic : Lésion cérébrale droite avec NSU EXP (n=10) : Âge moy = 74 ans T moy post-lésion = 13,7j	EXP : Prismes de 7° de déviation droite - 50 mvts de pointage - Trajectoire du bras non visible	Déplacement en FR via 2 tâches principales : 1. Déplacement au centre de 2 cônes (mesure de la distance par rapport au centre) 2. Déplacement en direction d'un cône cible marqué d'une couleur parmi 4 (mesure du temps)	Amélioration sign ($p < 0.01$) pour la tâche de déplacement au centre ainsi que pour la tâche de déplacement vers une cible ($p < 0.031$)	Niveau 3 Faible (4/10) Absence de répartition aléatoire et d'assignation des sujets Groupes non similaires Pas d'indication sur une réalisation « en aveugle » des participants et des thérapeutes Pas de comparaison statistique intergroupe
Rousseau <i>et al.</i> (2006)					
Devis avec groupe contrôle non équivalent (mais apparié pour l'âge et l'éducation). But : Évaluer l'effet de l'approche par adaptation prismatique sur les signes de NSU	Diagnostic : AVC droit avec NSU EXP (n=10) : - Infarctus de l'artère cérébrale moy (n=8) - Hémorragie subcorticale (n=2) T moy post-AVC = 54,3j CTRL (n=8) : sujets sains	EXP : 1 session d'adaptation prismatique / 1 session avec port de lunettes neutres à 1sem d'intervalle ; ordre varie selon les participants - Prismes de 10° de déviation droite - minimum 50 mvts de pointage (cible placée à 10° gauche/droite) La trajectoire n'est pas visible CTRL : aucune procédure	Lecture (mots, non-mots et texte) Mesures : T0 : évaluation initiale T1 : 1h pré-traitement T2 : 5min post-traitement T3 : 3h post-traitement T4 : 3j post-traitement	Aucun effet sign n'est noté sur les habiletés de lecture	Niveau 3 Faible (3/10) Absence de répartition aléatoire et d'assignation secrète des sujets Groupes non similaires Pas d'indication sur une réalisation « en aveugle » des participants et des thérapeutes Aucune estimation de la variabilité

EXP : groupe expérimental ; CTRL : groupe contrôle ; NSU : négligence spatiale unilatérale ; FR : fauteuil roulant ; moy : moyen/-ne ; AVC : accident vasculaire cérébral ; mvts : mouvements ; j : jours ; sem : semaines ; sign : significatif

*Le niveau de confiance a été déterminé sur la base de l'échelle PEDro (Maher *et al.*, 2003). Un niveau de confiance qualifié de *élevé* correspond à un résultat de 8 à 10/10, *modéré* est associé à un résultat de 5 à 7/10, *faible* indique un résultat de moins de 5/10. Les critères non rencontrés de la grille sont spécifiés pour chacun des articles recensés.

Synthèse du contenu des articles selon leur niveau de confiance respectif (suite)

Auteurs, année, devis et but de l'étude	Caractéristiques de l'échantillon à l'étude	Intervention	Mesures de résultats	Résultats	Niveau de confiance*
Shiraishi <i>et al.</i> (2008)					
Étude quasi expérimentale But : Déterminer l'effet à long terme de l'approche prismatique impliquant la réalisation d'activités plutôt que des tâches de pointage chez des sujets souffrant de NSU	Diagnostic : AVC droit avec NSU en phase chronique EXP (n=7) : Âge moy = 56,1 ans T moy post-AVC = 33,3 mois	EXP : en moy 50 min d'activités diverses avec le membre non parétique (10-15 min de lancer d'anneaux, 10-15 min de jeu de type <i>pegboard</i> et 20-30 min d'activités variées telles que lancer de balles/fléchettes) - Prismes de 15° de déviation droite Durée : 8 sem, moy = 4,2 séances/sem	AVQ : <i>Barthel Index (BI)</i> Mesures : T0 : pré-traitement T1 : post-traitement	Améliorations notées sur le plan qualitatif Pas de différence sign	Niveau 3 Faible (3/10) Absence de répartition aléatoire et d'assignation secrète des sujets Pas de groupe CTRL Pas d'indication sur une réalisation « en aveugle » Aucune comparaison statistique intergroupe
Shiraishi <i>et al.</i> (2010)					
Étude quasi-expérimentale But : Investiguer la durabilité de l'effet d'une intervention prismatique de 8 sem ainsi que les changements au plan AVQ/AVD chez des sujets en phase chronique d'un AVC	Diagnostic : AVC droit avec NSU en phase chronique EXP (n=5) : Âge moy = 59,2 ans T moy post-AVC = 34,2 mois	EXP : 50 min d'activités diverses (jeux d'adresse, lancer de balles/ fléchettes) avec le membre non parétique - Prismes de 15° de déviation droite Intervention 4x/sem pendant 8 sem	Fonctionnement AVD : <i>Lawton's IADL scale (LS)</i> Fonctionnement AVQ : <i>BI</i> Mesures : Évaluation post-traitement entre 2 et 3,5 ans	Amélioration sign ($p=0.041$) au <i>BI</i> Amélioration non sign pour 4/5 participants au <i>LS</i>	Niveau 3 Faible (1/10) Absence de répartition aléatoire et d'assignation secrète des sujets Pas de groupe CTRL Pas d'indication sur une réalisation « en aveugle » Mesures non obtenues pour au moins 85% des participants Aucune comparaison statistique intergroupe Absence d'analyse en intention de traiter

EXP : groupe expérimental ; CTRL : groupe contrôle ; NSU : négligence spatiale unilatérale ; FR : fauteuil roulant ; moy : moyen/-ne ; AVC : accident vasculaire cérébral ; mvts : mouvements ; j : jours ; sem : semaines ; sign : significatif

*Le niveau de confiance a été déterminé sur la base de l'échelle PEDro (Maher *et al.*, 2003). Un niveau de confiance qualifié de *élevé* correspond à un résultat de 8 à 10/10, *modéré* est associé à un résultat de 5 à 7/10, *faible* indique un résultat de moins de 5/10. Les critères non rencontrés de la grille sont spécifiés pour chacun des articles recensés.



VALIDATION D'UNE VERSION FRANÇAISE DE L' *EXECUTIVE FUNCTION PERFORMANCE TEST* AUPRÈS D'ÂÎNÉS AVEC ET SANS DÉFICITS COGNITIFS

Laurie Quenneville-Courteau¹, Dany Foucault-Piché², Camylia Rouillard³, Karine Rivard⁴, Suzanne Quéneq'hdu⁵, Johanne Desrosiers⁶

¹ Ergothérapeute, M. erg., Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (CRDITED) du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, Québec, Canada

² Ergothérapeute, M. erg., Centre intégré de santé et de services sociaux la Montérégie est, St-Hyacinthe, Québec, Canada

³ Ergothérapeute, M. erg., Canada

⁴ Ergothérapeute, M. erg., Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas St-Laurent, installations de Rivière-du-Loup, Québec, Canada

⁵ Ergothérapeute, M.A. (gérontologie), chargée de cours, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

⁶ Ergothérapeute, M.A. (gérontologie), PhD (sciences cliniques), professeure titulaire, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Adresse de contact : johanne.desrosiers@USherbrooke.ca

Pour obtenir l'outil : laurie.quenneville.ciesslerav@sss.gouv.qc.ca

Reçu le 06.10.2015 – Accepté le 27.09.2016

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

doi:10.13096/rfre.v2n2.48

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



RÉSUMÉ

Introduction. Actuellement, aucun outil valide d'évaluation des fonctions exécutives à partir de tâches quotidiennes n'est disponible en français. En anglais, l'*Executive Function Performance Test* (EFPT) a été développé à cette fin.

Objectif. Valider le test *Performance Occupationnelle liée aux Fonctions Exécutives* (POFE), une traduction de l'EFPT. Plus précisément, l'étude visait à: (1) explorer la fidélité inter-juges du POFE, (2) vérifier sa validité de construit convergente en corrélant les résultats à des instruments mesurant des concepts apparentés, et (3) examiner sa validité de construit discriminante en comparant les résultats obtenus chez des participants avec atteintes cognitives à ceux obtenus chez des personnes sans atteintes à ce niveau (participants sains).

Méthodes. Vingt-trois aînés québécois ayant des atteintes cognitives ont été évalués avec le POFE par deux évaluateurs indépendants. Les résultats ont été comparés à ceux d'outils mesurant des concepts apparentés et à ceux d'aînés sans atteintes cognitives (n=21). De plus, les participants ont été évalués avec le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et le *Stroop Color and Word Test* (vitesse et nombre d'erreurs).

Résultats. La fidélité inter-juges du POFE (CCI=0,98) est élevée. Le POFE est associé à la catégorie *fonctions mentales* du SMAF ($r=0,48$; $p=0,02$) et à la vitesse au *Stroop Color and Word Test* ($r=0,55$; $p=0,01$). Les scores des tâches sont significativement différents entre les groupes avec et sans atteintes cognitives ($p<0,01$).

Conclusion. L'étude permet de rendre disponible aux ergothérapeutes francophones un outil d'évaluation valide des fonctions exécutives pour des aînés ayant des troubles cognitifs.

MOTS-CLÉS

Fonctions exécutives, évaluation, Performance Occupationnelle liée aux Fonctions Exécutives (POFE), aînés

VALIDATION OF A FRENCH VERSION OF THE EXECUTIVE FUNCTION PERFORMANCE TEST WITH OLDER ADULTS WITH AND WITHOUT COGNITIVE IMPAIRMENTS

ABSTRACT

Introduction. The Executive Function Performance Test (EFPT) is an English-language test that uses everyday tasks to assess executive functions. At this time, there is no valid tool available in French that does the same.

Purpose. To validate a translated version of the EFPT called *Performance Occupationnelle liée aux Fonctions Exécutives* (POFE). Specifically, the aims were to: (1) explore the POFE's interrater reliability, (2) verify its convergent construct validity by correlating the results with instruments measuring related concepts, and (3) examine its discriminant construct validity by comparing the results obtained by participants with cognitive impairments with those obtained by individuals without cognitive impairments (healthy participants).

Methods. Twenty-three Québec older adults with cognitive impairments were assessed with the POFE by two independent raters. The results were compared with results obtained with instruments measuring related concepts and with results of older adults without cognitive impairments (n=21). The participants were also evaluated with the Functional Autonomy Measurement System (SMAF) and the Stroop Color and Word Test (speed and number of errors).

Results. The POFE's interrater reliability (ICC=0.98) was high. The POFE was associated with the mental functions category of the SMAF ($r=0.48$; $p=0.02$) and with speed on the Stroop Color and Word Test ($r=0.55$; $p=0.01$). There was a significant difference in task scores between the groups with and without cognitive impairments ($p<0.01$).

Conclusion. As a result of this study, French-speaking occupational therapists have a valid tool for assessing executive functions at their disposal for older adults.

KEYWORDS

Executive functions, assessment, Performance Occupationnelle liée aux Fonctions Exécutives (POFE)/Executive Function Performance Test (EFPT), older adults

INTRODUCTION

La population canadienne est de plus en plus vieillissante et les aînés représentent le groupe qui croît le plus rapidement (Emploi et Développement social Canada, 2015). Le vieillissement est un facteur de risque important lié à des problèmes de santé, tels que les démences, la maladie de Parkinson ou la survenue d'un accident vasculaire cérébral (AVC), pouvant affecter les fonctions cognitives et conséquemment les fonctions exécutives (Arcand et Hébert, 2007).

Les fonctions exécutives peuvent être définies comme un ensemble de processus cognitifs nécessaires à la réalisation de tâches complexes, non routinières, dynamiques et non structurées (Cramm, Krupa, Missiuna, Lysaght et Parker, 2013; Shallice, 1988) afin d'atteindre un but ciblé (Dubois *et al.* (1994). Elles permettent, entre autres, d'entreprendre et de planifier une tâche, de résoudre un problème et de s'autocorriger en cours d'action. Les fonctions exécutives permettent donc à la personne d'autoévaluer la qualité de sa performance dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD) (Grigsby, Kaye, Baxter, Shetterly et Hamman, 1998). Dans l'étude réalisée par Swanberg, Tractenberg, Mohs, Thal et Cummings (2004), les dysfonctions exécutives se retrouvaient chez 64 % de leurs participants atteints de la maladie d'Alzheimer. Dans celle de Lesniak, Bak, Czepiel, Seniow et Czlonkowska (2008), les fonctions exécutives étaient atteintes chez 18,5 % de leurs participants ayant des déficits cognitifs à la suite d'un AVC.

Un trouble au niveau des fonctions exécutives peut se manifester, par exemple, par des difficultés chez les personnes atteintes à maintenir un emploi ou à avoir un fonctionnement social adéquat (Maeir, Krauss et Katz, 2011). Une telle déficience peut affecter la réalisation des rôles, l'autonomie et la qualité de vie des personnes atteintes (Cramm *et al.*, 2013). Malheureusement, les troubles des fonctions exécutives entraînent aussi une faible estime personnelle, un retrait ou une diminution de l'engagement dans les occupations, une isolation sociale et une détérioration de la santé mentale et physique liée à la répétition d'expériences négatives reliées aux occupations (Connor et Maeir, 2011). Face à ce constat, il est nécessaire de détecter efficacement les troubles des fonctions exécutives et leur impact dans les AVQ et AVD chez les aînés afin de pouvoir leur offrir des interventions pertinentes et appropriées à leur situation de vie.

Parmi les outils utilisés dans le cadre d'évaluation des fonctions exécutives, on retrouve plusieurs tests de type papier-crayon, tous développés en langue anglaise, tels que le *Stroop Color and Word Test* (Strauss, Sherman et Spreen, 2006), le *Delis-Kaplan Executive Function System* (DKEFS) (Delis, Kramer, Kaplan et Holdnack, 2004), le *Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome* (BADS) (Burgess, Alderman, Emslie, Evans et Wilson, 1996), et le *Trail Making Test* (Tombaugh, 2003).

Quelques outils de mesure des fonctions exécutives et du degré d'assistance requis lors de tâches nécessitant l'utilisation de fonctions exécutives sont disponibles en langue française et fort appropriés pour la pratique ergothérapique : le *Profil des activités instrumentales* (PAI) (Bottari, Dassa, Rainville et Dutil, 2010), le *Cooking Task* ou l'*Évaluation des fonctions exécutives en ergothérapie* (EF2E) (Chevignard *et al.*, 2000 ; Taillefer, Poncet et Chevignard, 2013) et le *Test des errances multiples* (TEM) de Shallice et Burgess (1991) traduit et validé en

français par Le Thiec *et al.* (1999). Le TEM et le PAI s'adressent essentiellement aux adultes qui ont subi un traumatisme crânio-cérébral, tandis que l'EF2E vise plus largement les personnes ayant des lésions cérébrales acquises, dont les traumatismes crânio-cérébraux et les accidents vasculaires cérébraux. L'EF2E comprend une activité de cuisine, tandis que le PAI englobe trois activités : faire les courses et préparer un repas pour des invités, chercher un renseignement et faire un budget. Quant au TEM, il comporte plusieurs activités structurées : achats à réaliser, informations à se procurer et se rendre à un rendez-vous.

Deux autres outils de mesure des fonctions exécutives en vie quotidienne, développés en langue anglaise par Carolyn Baum, ergothérapeute, sont aussi disponibles aux ergothérapeutes anglophones : le *Kitchen Task Assessment* (Baum et Edwards, 1993) et l'*Executive Function Performance Test* (EFPT) (Baum *et al.*, 2008). L'EFPT s'avère particulièrement intéressant pour les aînés. Les tâches sont simples et représentatives d'activités réalisées par les aînés. La passation de l'outil requiert peu de frais et ne nécessite pas de formation particulière supplémentaire à celle d'un ergothérapeute. De plus, dans les écrits en ergothérapie, l'EFPT est l'outil d'évaluation des fonctions exécutives axé sur la performance le plus souvent cité (Connor et Maeir, 2011).

Développé à l'Université Washington de St-Louis, l'EFPT a pour but d'évaluer, de façon standardisée, les fonctions exécutives d'une personne en se basant sur sa performance dans la réalisation de tâches quotidiennes (Baum *et al.*, 2008). Cet outil a été élaboré à partir du *Kitchen Task Assessment* (KTA) (Baum et Edwards, 1993), mais aussi en s'inspirant du modèle théorique PEO (Personne-Environnement-Occupation). Les principaux objectifs de l'EFPT sont d'identifier les fonctions exécutives atteintes, d'évaluer la capacité de la personne à fonctionner de façon indépendante et de déterminer le niveau d'assistance nécessaire à la réalisation des tâches demandées. Il s'agit de quatre tâches considérées comme essentielles à une vie autonome : 1) une tâche de cuisine simple (faire du gruau sur la cuisinière); 2) l'utilisation du téléphone; 3) la gestion de la médication et 4) le paiement de factures.

Pour chacune des tâches, l'ergothérapeute évalue les capacités de la personne à réaliser cinq composantes qui sont l'initiation de la tâche, l'exécution de la tâche (comprend l'organisation, la mise en séquence, le jugement/sécurité) et l'achèvement de la tâche. Chacune de ces cinq composantes est évaluée selon une échelle à six niveaux, en fonction de l'assistance requise lors de l'exécution de la tâche (de 0 : indépendant à 5 totalement dépendant). Les scores totaux se situent entre 0 et 100, un score élevé indiquant un dysfonctionnement exécutif plus grand. De façon plus spécifique, on obtient trois types de cotes : 1) une cote pour chacune des quatre tâches par l'addition des scores obtenus aux cinq composantes de la tâche (maximum de 25 points chacun); 2) une cote pour chaque composante des fonctions exécutives (initiation, organisation, mise en séquence, jugement/sécurité et réalisation) aux quatre tâches (maximum de 20 points chacune) et enfin 3) une cote globale (sur 100) en fonction des cotes précédentes.

La version originale anglaise a été validée auprès de plusieurs populations. Différentes études réalisées jusqu'à présent portant sur la fidélité inter-juges de l'EFPT (Baum *et al.*, 2008 ; Katz, Tadmor, Felzen et Hartman-Maeir, 2007 ; Goverover *et al.* 2005 ; Cederfeldt, Widell, Andersson-Elgmark, Dahlin-Ivanoff et Gosman-Hedström, 2011), la cohérence interne (Baum *et al.*, 2008) et la validité de construit discriminante (Goverover *et al.*, 2005 ; Baum *et al.*, 2008,

Katz *et al.*, 2007) et convergente (Katz *et al.*, 2007 ; Cederfeldt *et al.*, 2011) démontrent que cet outil possède de bonnes qualités métrologiques. De plus, considérant ses caractéristiques cliniques intéressantes, la pertinence de cet outil en ergothérapie et l'importance de le valider en langue française sont mises en évidence.

Ainsi, l'EFPT a été traduit en français sous le nom de *Performance Occupationnelle liée aux fonctions exécutives* (POFE), mais n'a pas fait l'objet d'une validation. La version française actuelle de même que le cahier de procédures contenant les instructions pour l'utilisation et la cotation de l'outil d'évaluation ont été traduits par une ergothérapeute bilingue. À la suite de cette traduction simple de l'anglais au français, une vérification des termes scientifiques a été faite en collaboration avec une ergothérapeute professeure et chercheuse dans le domaine de la cognition. De plus, la conformité des éléments de procédure pour chaque tâche a été vérifiée auprès des auteurs de l'outil. L'évaluation étant constituée essentiellement de mises en situation et en raison des précautions mentionnées précédemment, une traduction renversée n'a pas été jugée nécessaire. L'objectif général de cette recherche consistait à valider le POFE auprès d'une population francophone âgée de 65 ans et plus présentant des atteintes cognitives. De façon plus spécifique, cette étude visait à : 1) explorer la fidélité inter-juges du POFE, 2) vérifier sa validité de construit convergente en corrélant les résultats à des instruments mesurant des concepts apparentés, et 3) examiner sa validité de construit discriminante en comparant les résultats obtenus chez les participants avec atteintes cognitives à ceux obtenus chez des personnes sans atteintes à ce niveau (participants sains).

MÉTHODES

Participants et procédures de recrutement

L'étude a été réalisée auprès d'ânés, de 65 ans et plus, francophones et capables de comprendre leur implication dans l'étude et ainsi, de consentir à leur participation. Les participants avec atteintes cognitives ont été recrutés dans les programmes de réadaptation d'unités de courte durée gériatrique (UCDG), d'unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), dans un hôpital de jour (HJ) ainsi qu'au programme de Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) de deux Centres de Santé et de Services sociaux (CSSS) québécois. Il s'agit de personnes en perte d'autonomie présentant des diagnostics multiples et variés. Les atteintes cognitives ont été confirmées par une de ces sources : un score égal ou inférieur au 50^e centile (Bravo et Hébert, 1997) au Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein et McHugh, 1975) ou au Modified Mini Mental State Examination (Hébert, Bravo et Girouard, 1992), un score égal ou inférieur à 26 au Montreal Cognitive Assessment MOCA (Nasreddine *et al.*, 2005) ou par un score supérieur à 0 à la section des fonctions mentales du *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle* (SMAF) (Hébert *et al.*, 2003). Le premier contact était fait par des ergothérapeutes, œuvrant dans les programmes, qui présentaient brièvement le projet de recherche à leurs clients répondant aux critères. Avec l'accord des clients, leurs noms et coordonnées étaient communiqués à l'équipe de recherche pour un contact direct par la suite. La méthode du bouche-à-oreille a aussi été utilisée comme moyen de recrutement, en s'assurant que le premier contact était fait par une personne externe à l'étude.

Les participants sans atteintes cognitives ont été recrutés principalement parmi la clientèle présentant des problèmes de santé physique bénéficiant des services de l'Hôpital de jour d'un CSSS et par des personnes connues de l'équipe de recherche. Pour être acceptés dans l'étude, ils devaient obtenir un score supérieur au 50^e centile au 2MS (Folstein *et al.*, 1975). De plus, ils ne devaient pas prendre de médication reconnue pour un effet sur le système nerveux central ni présenter un diagnostic pouvant être relié à une atteinte cognitive (pas d'antécédents de traumatismes crâniens, de maladies neurologiques ou de problèmes psychiatriques significatifs).

Procédure et collecte de données

Les participants ont été évalués dans une cuisine thérapeutique ou, dans les cas de quatre participants avec atteintes cognitives, dans leur propre milieu de vie. Pour les aînés avec atteintes cognitives, le POFE a été administré par des étudiants de 4^e année à la maîtrise en ergothérapie ayant reçu une formation uniforme. Pour répondre à l'objectif 1 (fidélité interjuges), un des évaluateurs administrait le POFE et cotait la performance du participant tandis que le deuxième évaluateur était légèrement en retrait et effectuait la seconde cotation. Pour répondre à l'objectif 2 (validité de construit convergente avec des outils de mesure de concepts apparentés), les résultats des participants à une mesure de la capacité d'inhibition (Stroop Color and Word Test) et à une mesure d'autonomie fonctionnelle (SMAF) ont été utilisés et obtenus à partir du dossier médical ou complétés lors de la séance d'évaluation. Les aînés sans atteintes cognitives avaient été évalués antérieurement avec le POFE par une seule ergothérapeute. Cette étude a été approuvée par les comités d'éthique de la recherche des deux CSSS impliqués dans la collecte des données (numéro du certificat 2014-432).

Instruments de mesure

En plus du POFE décrit précédemment, deux instruments mesurant des concepts potentiellement apparentés ont été administrés pour répondre à l'objectif 2 : le Stroop Color and Word Test et le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Le SMAF était administré par les chercheurs seulement si l'information ne se trouvait pas déjà au dossier médical du participant.

Stroop Color and Word Test

Le *Stroop Color and Word Test* (Strauss *et al.*, 2006; Stroop, 1935), version Victoria, évalue la sensibilité à l'interférence, communément appelée la capacité d'inhibition, qui constitue un élément attribuable aux fonctions exécutives. Bien qu'il contienne quatre sous-tests, seuls les trois premiers (désignation des couleurs, lecture des mots de couleur et désignation de la couleur sans la lire) ont été administrés puisque ce sont les résultats du 3^e sous-test qui sont retenus pour l'étude actuelle. Ce sous-test est composé d'un carton avec des noms de couleurs imprimés avec des encres de couleurs non correspondantes (par exemple, le mot « rouge » est imprimé avec une encre bleue) et la personne doit nommer la couleur de l'encre et non la couleur écrite. Ce sous-test se base donc sur l'observation que la lecture est plus rapide que la désignation. Ainsi, lorsque le participant est invité à lire le mot « rouge » et qu'il indique la couleur de l'encre, il doit se servir de ses capacités d'inhibition des fonctions exécutives pour répondre « bleu ».

Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)

Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) évalue cinq dimensions, soit les activités de la vie quotidienne, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les tâches domestiques (Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988). Au total, 29 fonctions sont cotées sur une échelle variant de 0 (autonome) à 3 (dépendant). Un score total sur 87 est obtenu, où un score élevé indique un haut niveau de dépendance. Le score de la section des fonctions mentales varie de 0 à 15. La validité et la fidélité du SMAF ont été démontrées (Desrosiers, Bravo, Hébert et Dubuc, 1995 ; Hébert *et al.*, 2003).

Données sociodémographiques

Un questionnaire sociodémographique et clinique a permis de recueillir les variables sociodémographiques suivantes : âge, sexe, scolarité, état civil, type de milieu de vie habituel et occupation habituelle principale.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée en fonction de l'objectif 2. Un nombre de 23 personnes avec atteintes cognitives permettait de détecter une corrélation statistiquement significative de 0,60 et plus, avec une erreur α de 5 % et une puissance de 80 % (test bilatéral) (Machin, Campbelle, Fayers et Pinol, 1997).

Analyses des données

Les caractéristiques des participants sont décrites à l'aide de la moyenne et de l'écart type ou la médiane et son intervalle interquartile pour les variables continues et de la fréquence et du pourcentage pour les variables catégoriques. Des tests t pour groupes indépendants ont été faits pour comparer les groupes. Pour évaluer la fidélité inter-juges (objectif 1), le coefficient de corrélation intra-classe (CCI) a été calculé ainsi que son intervalle de confiance à 95 %. Le CCI considère à la fois la variabilité intra-sujet et la variabilité inter-sujets. Selon Shrout et Fleiss (1979), les CCI supérieurs à 0,75 sont considérés comme excellents, ceux entre 0,40 et 0,75 sont jugés modérés à bons tandis que ceux inférieurs à 0,40 sont considérés comme pauvres.

Pour l'étude de la validité de construit convergente (objectif 2), les résultats au POFE ont été corrélés avec le SMAF (score total et score de la section des fonctions mentales) et le Stroop Color and Word Test (temps et erreurs) en utilisant le coefficient Rho de corrélation de Spearman. Au Stroop Color and Word Test, un temps maximal arbitraire de 300 secondes a été attribué aux participants qui n'étaient pas en mesure de compléter l'évaluation ou qui ont refusé de la compléter après avoir débuté. Enfin, pour la validité de construit discriminante, les résultats au POFE obtenus par les participants avec atteintes cognitives ont été comparés à ceux obtenus par les participants sans atteintes cognitives avec le test de Mann-Whitney, l'équivalent non paramétrique du test t.

RÉSULTATS

Participants

Quarante-quatre personnes ont participé à cette étude, soit 23 personnes ayant une déficience cognitive et 21 sans déficiences cognitives (voir le tableau 1). Les participants sont surtout des femmes et ont été principalement recrutés dans un Hôpital de Jour. Les participants avec atteintes cognitives sont statistiquement plus jeunes que ceux sans atteintes ($p = 0,002$).

Tableau 1 : Description des participants à l'étude

	Participants avec atteintes cognitives (n=23)	Participants sans atteintes cognitives (n=21)
Variables continues :	Moyenne (é.t.)	Moyenne (é.t.)
Âge	81,4 (5,1)	77,2 (6,8)
Scolarité (années)	9,5 (4,4)	11,0 (4,2)
MMSE ¹ (/30)	25,8 (2,3) (n=18)	29,1 (0,8)
Variable catégorique :	Fréquence (%)	Fréquence (%)
Sexe		
Femme	17 (74,0)	17 (81,0)
Homme	6 (26,1)	4 (19,0)
État civil		
Marié(e) ou conjoint(e) de fait	10 (43,5)	10 (47,6)
Veuf(ve)	10 (43,5)	8 (38,1)
Célibataire	1 (4,3)	1 (4,8)
Divorcé(e)	1 (4,3)	1 (4,8)
Données manquantes	1 (4,3)	1 (4,8)
Lieu de recrutement		
Hôpital de jour	16 (69,6)	10 (47,6)
Bouche-à-oreille	4 (17,4)	6 (28,6)
PALV ²	2 (8,7)	3 (14,3)
URFI ³	1 (4,3)	2 (9,5)

¹MMSE : Mini Mental State examination ; ²PALV : programme Perte d'Autonomie Liée au Vieillissement ;

³URFI : Unité de Réadaptation Fonctionnelle Intensive

Fidélité inter-juges du POFE

Les coefficients de corrélation intra-classe sont élevés avec des intervalles de confiance la plupart étroits (voir tableau 2), suggérant une très bonne fidélité inter-juges du POFE.

Tableau 2 : Fidélité inter-juges au POFE chez les participants avec atteintes cognitives (n=23)

POFE	Évaluateur 1 Moy (é.t.)	Évaluateur 2 Moy (é.t.)	CCI ¹ (IC ² à 95%)
Cote globale (/100)	14,1 (9,2)	14,9 (9,7)	0,98 (0,95-0,99)
Tâches			
Faire du gruau (/25)	2,9 (2,0)	3,2 (2,6)	0,90 (0,78-0,96)
Utiliser le téléphone (/25)	3,0 (4,8)	3,4 (5,3)	0,97 (0,93-0,99)
Prendre un médicament (/25)	2,1 (1,9)	2,4 (2,0)	0,82 (0,63-0,92)
Payer des comptes (/25)	6,1 (4,2)	5,8 (3,6)	0,90 (0,77-0,95)
Composantes			
Initiation (/20)	0,2 (1,0)	0,4 (1,7)	0,89 (0,76-0,95)
Organisation (/20)	2,5 (3,2)	2,8 (3,4)	0,97 (0,93-0,99)
Mise en séquence (/20)	6,4 (3,5)	6,17 (3,5)	0,93 (0,85-0,97)
Jugement/sécurité (20)	4,0 (2,5)	4,2 (2,6)	0,90 (0,77-0,95)
achèvement (/20)	1,1 (1,8)	1,2 (1,5)	0,89 (0,76-0,95)

¹CCI : Coefficient de corrélation intra-classe ; ²IC : intervalle de confiance

Validité de construit convergente du POFE

Les coefficients de corrélation entre, d'une part, le score total au POFE et d'autre part, les scores au SMAF (total et section des fonctions mentales) et ceux du Stroop Color and Word Test (temps et nombre d'erreurs) sont présentés au tableau 3. Les coefficients de corrélation sont modérés et statistiquement significatifs, à l'exception du score total du SMAF et du nombre d'erreurs au Stroop Color and Word Test.

Tableau 3 : Validité de construit convergente chez les participants atteints (coefficient de corrélation de Spearman avec le score total au POFE de l'évaluateur 1)

	Médiane (intervalle interquartile)	Rho de Spearman	Valeur p
SMAF (n=22)			
Score total	21,8 (11,6-28,8)	0,09	0,69
Score fonct. mentales	2,5 (0,8-4,0)	0,48	*0,02
STROOP			
Temps (n=20)	67,0 (59,3-118,0)	0,55	*0,01
# d'erreurs (n=19)	7,0 (3,0-11,0)	0,25	0,29

¹CCI : Coefficient de corrélation intra-classe ; ²IC : intervalle de confiance

Validité discriminante du POFE

Les scores au POFE des deux groupes de participants sont présentés au tableau 4. Le score total du POFE et les scores de chacune des quatre tâches sont statistiquement différents entre les participants avec et sans atteintes cognitives ($p < 0,01$). Au niveau des composantes des fonctions exécutives, la mise en séquence ainsi que le jugement/sécurité sont aussi significativement différents entre les deux groupes de participants ($p < 0,001$). Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les groupes pour les composantes de l'initiation, de l'organisation et de l'achèvement.

Tableau 4 : Validité de construit discriminante du POFE (avec les scores de l'évaluateur 1)

Sous-sections du POFE	Participants atteints (n=23)		Participants sains (n=21)		Valeur p*
	Moy (é.t.)	Médiane (intervalle interquartile)	Moy (é.t.)	Médiane (intervalle interquartile)	
Cote globale	14,9 (9,7)	13,0 (8,0-18,0)	5,8 (4,3)	5,0 (2,0-8,0)	< 0,001
Tâches					
Faire du gruau	3,2 (2,6)	3,0 (1,0-4,0)	1,05 (1,0)	1,0 (0,0-2,0)	< 0,001
Utiliser le téléphone	3,4 (5,3)	2,0 (0,0-4,0)	1,0 (1,5)	0,0 (0,0-1,3)	0,010
Prendre un médicament	2,4 (2,0)	2,0 (1,0-3,0)	1,0 (1,4)	0,0 (0,0-2,0)	0,008
Payer des comptes	5,8 (3,6)	5,0 (3,0-9,0)	2,8 (2,7)	2,0 (1,0-3,5)	< 0,001
Composantes					
Initiation	0,4 (1,7)	0,0 (0,0-0,0)	0,1 (0,3)	0,0 (0,0-0,0)	0,483
Organisation	2,8 (3,4)	2,0 (0,0-4,0)	1,2 (1,4)	1,0 (0,0-2,0)	0,127
Mise en séquence	6,2 (3,5)	6,0 (3,0-8,0)	2,2 (1,7)	2,0 (1,0-4,0)	< 0,001
Jugement et sécurité	4,2 (2,6)	4,0 (2,0-6,0)	1,6 (2,1)	1,0 (0,0-2,0)	< 0,001
Achèvement	1,2 (1,5)	0,0 (0,0-1,0)	0,8 (1,0)	0,0 (0,0-1,3)	0,475

* Valeurs p associées au test de Mann-Whitney

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude étant de valider le POFE, les résultats suggèrent que cette version francophone de l'EFPT possède des qualités métrologiques adéquates pour être utilisée avec confiance dans l'évaluation du degré d'assistance requise dans des tâches sollicitant l'utilisation des fonctions exécutives chez des personnes de 65 ans et plus présentant des atteintes cognitives. Plus spécifiquement, la fidélité inter-juges synchrone du POFE est élevée pour le score total et pour l'ensemble des quatre tâches de l'outil et des composantes des fonctions exécutives. Par contre, le coefficient de corrélation intra-classe pour la tâche de prendre un médicament est inférieur à celui des autres tâches, bien qu'il demeure élevé à 0,82. L'écart brut entre les résultats des deux évaluateurs est similaire aux autres tâches (0,3 point), mais puisque la tâche est mieux réussie (score inférieur), le pourcentage de désaccord est plus grand. Les coefficients de fidélité du POFE sont comparables à ceux de la version originale EFPT (CCI variant de 0,78 à 0,94) (Baum *et al.*, 2008).

Des corrélations modérées avec le temps nécessaire pour compléter le Stroop Color and Word Test et avec le score des fonctions mentales du SMAF sont observées. Ces données suggèrent donc que ces instruments évaluent des aspects apparentés mais différents. L'absence de corrélation significative avec le nombre d'erreurs au Stroop Color and Word Test peut s'expliquer par le fait que certains participants ont pris plus de temps que d'autres à faire le test afin de faire le moins d'erreurs possible. Des observations similaires ont été faites dans une étude de Bélanger, Belleville et Gauthier (2009) dans laquelle des aînés avec des atteintes cognitives légères étaient en mesure de maintenir un nombre d'erreurs similaire à celui de participants aînés sans atteintes cognitives, mais avec une vitesse d'exécution beaucoup plus longue que ces derniers. Pour le SMAF, il est naturel de constater que la corrélation est significative avec les fonctions mentales puisque celles-ci sont influencées par les fonctions exécutives (Cramm *et al.*, 2013). Les fonctions mentales évaluées par le SMAF sont la mémoire, l'orientation, la compréhension, le jugement et le comportement. Le score total du SMAF mesure plutôt le niveau global d'autonomie, qui inclut, en plus des fonctions mentales, les activités de la vie quotidienne, les déplacements, la communication et les activités de la vie domestique. Ces sphères ne sont pas nécessairement touchées par les atteintes cognitives légères. D'ailleurs, selon Petersen *et al.* (2001), une atteinte cognitive légère comprend, parmi ses critères diagnostiques, un maintien des capacités à réaliser des activités de la vie quotidienne. Il est intéressant de souligner que la corrélation avec le temps au Stroop Color and Word Test est plus élevée que celle avec les fonctions mentales évaluées par le SMAF, ce qui peut être expliqué par le fait que le premier évalue les capacités d'inhibition, une habileté attribuable aux fonctions exécutives et, donc, un concept similaire à ce que le POFE évalue.

Les résultats de la validité de construit convergente obtenus sont aussi comparables à ceux obtenus pour la version originale anglaise malgré l'utilisation d'outils de comparaison différents. Antérieurement, la validité de construit convergente de l'EFPT a été établie auprès de personnes schizo-phrènes en le comparant au *Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome* (BADs) (coefficient de Spearman modéré à élevé) (Katz *et al.*, 2007). Elle a aussi été vérifiée auprès de personnes ayant eu un AVC léger avec la section des habiletés posturales de l'*Assessment of Motor and Process Skill* (AMPS). Des corrélations significatives entre cette section de l'AMPS et chacune des différentes tâches de l'EFPT (rho de Spearman entre 0,54 et 0,60) et avec son score total (coefficient de Spearman : rho de 0,65) ont été obtenues (Cederfeldt *et al.*, 2011). Ces outils n'ayant pas été choisis pour la présente étude, une comparaison directe ne peut être établie.

Le score total au POFE et les scores aux quatre tâches des participants avec atteintes cognitives sont significativement supérieurs, donc liés à une moins bonne performance, à ceux des participants sans atteintes cognitives ($p < 0,001$), conférant à l'outil une validité de construit discriminante. Des différences statistiquement significatives sont aussi observées entre les scores des deux groupes pour deux des cinq composantes des fonctions exécutives évaluées, soit la mise en séquence ainsi que le jugement et la sécurité. Toutefois, les scores des composantes de l'initiation, de l'organisation et de l'achèvement ne diffèrent pas entre les deux groupes de participants. Cette absence de différence pour ces composantes peut être associée aux scores de près de 0 des deux groupes, indiquant que ceux-ci ont eu besoin de peu d'aide pour accomplir ces étapes des tâches. Dans l'étude initiale de l'outil en langue anglaise, les participants ayant une atteinte cognitive légère avaient une performance significativement différente seulement au niveau de l'organisation ($p < 0,05$) et de la mise en séquence

($p < 0,001$) en comparaison aux participants sans atteintes cognitives. Par contre, les participants ayant une atteinte cognitive modérée avaient une performance significativement différente pour l'ensemble des cinq composantes par rapport au groupe sans atteinte cognitive (Baum *et al.*, 2008). Cela pourrait indiquer que, bien que le degré d'atteinte des fonctions exécutives varie selon les différentes atteintes cognitives, les composantes de l'initiation et de la réalisation sont davantage atteintes chez les personnes ayant des troubles cognitifs modérés à graves. Puisque les participants de l'étude devaient être en mesure de fournir un consentement éclairé, ceux gravement atteints au plan cognitif n'ont pas été inclus et, donc, peu de difficultés à ces niveaux ont été observées. Enfin, la différence entre les deux groupes pourrait être, en partie, attribuable à la différence d'âge puisque la prévalence des troubles cognitifs augmente avec l'âge (Chevignard, Taillefer, Poncet, Picq et Pradat-Diehl, 2008).

L'outil d'origine, l'EFPT, avait aussi démontré sa capacité à discriminer des clientèles différentes. En effet, l'EFPT permet de différencier les fonctions exécutives de personnes atteintes de sclérose en plaques de celles d'un groupe de personnes en santé ($p = 0,038$) (Goverover *et al.*, 2005) et est aussi capable de distinguer les personnes schizophrènes en phase aiguë de celles en phase chronique ($p < 0,001$ pour le score total) (Katz *et al.*, 2007). De plus, l'EFPT permet de distinguer une population saine de celle atteinte d'un AVC léger ($p < 0,05$) et de celle atteinte d'un AVC modéré ($p < 0,001$) et entre ces deux niveaux de gravité de l'AVC ($p < 0,001$) (Baum *et al.*, 2008). Cependant, la validité de construit discriminante de l'EFPT n'ayant pas été étudiée pour les composantes des fonctions exécutives, nos résultats portant sur celles-ci ne peuvent être comparés.

Par ailleurs, il est à noter que depuis le début de la présente étude, une nouvelle version de l'EFPT a été publiée (Hahn *et al.*, 2014). Cette version introduit de nouvelles tâches qui sont des variantes des tâches de cuisine, d'utilisation du téléphone, de gestion de la médication et de gestion des finances. L'ajout de variations aux tâches de l'outil est justifié par les auteurs par la volonté d'éviter le phénomène d'apprentissage chez les personnes évaluées plus d'une fois. Cette nouvelle version de l'EFPT possède des qualités métrologiques comparables à la version originale. Il serait donc intéressant de traduire et de valider cette nouvelle version en français afin de pouvoir en bénéficier.

Forces et limites de l'étude

Les outils de mesure utilisés pour valider le POFE (le Stroop Color and Word Test et le SMAF) sont reconnus comme étant valides et fidèles. Les étudiants évaluateurs ont bénéficié d'une formation uniforme préalablement aux évaluations. Il est possible que la différence d'expérience entre, d'une part, les étudiants responsables de l'évaluation des participants avec troubles cognitifs et, d'autre part, l'ergothérapeute responsable d'évaluer les participants sans atteintes cognitives ait eu comme impact de sous-estimer les difficultés des participants du premier groupe. Toutefois, la formation avait pour objectif de réduire ce biais potentiel. La concordance des résultats de cette étude et de ceux obtenus avec la version originale ajoute une valeur aux données recueillies pour le POFE. Malgré la petite taille de l'échantillon, qui doit être considérée dans l'interprétation des résultats, la puissance de l'étude est suffisamment élevée pour avoir permis d'obtention de résultats significatifs. Enfin, la traduction du POFE n'a pas été réalisée selon les recommandations habituelles de traduction renversée.

CONCLUSION

Cette étude permet de démontrer que le POFE, la version française de l'EFPT, est un outil d'évaluation des fonctions exécutives valide et fidèle auprès des aînés avec des déficits cognitifs de légers à modérés. Le POFE évalue les fonctions exécutives à travers la réalisation de quatre tâches effectuées au quotidien. Il s'agit donc d'un outil d'évaluation fonctionnelle qui permet de déterminer l'impact des fonctions exécutives sur la performance occupationnelle de la personne évaluée et d'établir le niveau d'aide requis par cette personne, ce qui le rend très intéressant pour les ergothérapeutes.

Le protocole d'administration et du formulaire peuvent être utilisés sans frais sous condition d'en indiquer la provenance et de créditer les auteurs. Leur version électronique peut être obtenue gratuitement en contactant la première auteure par courriel.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arcand, M., et Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*. 3^e édition. St-Hyacinthe : Edisem/Maloine.
- Baum, C.M., Connor, L.T., Morrison, T., Hahn, M., Dromerick, A.W., et Edwards, D.F. (2008). Reliability, validity, and clinical utility of the executive function performance test: A measure of executive function in a sample of people with stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(4), 446-455.
- Baum, C., et Edwards, D.F. (1993). Cognitive performance in senile dementia of the alzheimer's type: The kitchen task assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(5), 431-436.
- Bélanger, S., Belleville, S., Gauthier, S. (2009). Inhibition impairments in Alzheimer's disease, mild cognitive impairment and healthy aging: Effect of congruency proportion in a Stroop task. *Neuropsychologia*, 48(2), 581-590.
- Bottari, C.L., Dassa, C., Rainville, C.M., et Dutil, E. (2010). The IADL profile: Development, content validity, intra- and interrater agreement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(2), 90-100.
- Bravo, G., et Hébert, R. (1997). Age- and education-specific reference values for the Mini-Mental and Modified Mini-Mental State Examinations derived from a non-demented elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(10), 1008-1018.
- Burgess, P.W., Alderman, N., Emslie H., Evans, J.J., et Wilson, B.A. (1996). The simplified six element test. In B.A. Wilson, N. Alderman, P.W. Burgess, H. Emslie, & J.J. Evans (Dir.). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome*. U.K.: Thames Valley Test Company.
- Cederfeldt, M., Widell, Y., Andersson-Elgmark, E., Dahlin-Ivanoff, S., et Gosman-Hedström, G. (2011). Concurrent validity of the executive function performance test in people with mild stroke. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(9), 443-449. DOI: 10.4276/030802211X13153015305673
- Chevignard, M., Pillon, B., Pradat-Diehl, P., Taillefer, C., Rousseau, S., Le Bras, C., et Dubois, B. (2000). An ecological approach to planning dysfunction: script execution. *Cortex; a Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 36(5), 649-669.
- Chevignard, M., Taillefer, C., Poncet, F., Picq, C., et Pradat-Diehl, P. (2008). The effect of age on executive functioning after acquired brain injury in adults. *Revue Neurologique*, 164(12), 1018-1027. <http://doi.org/10.1016/j.neurol.2008.04.010>.
- Connor, L., et Maeir A. (2011). Putting executive performance in a theoretical context. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 31(1), S3-S7. DOI: 10.3928/15394492-20101108-02
- Cramm, H.A., Krupa, T.M., Missiuna, C.A., Lysaght, R.M., et Parker, K.H. (2013). Executive functioning: A scoping review of the occupational therapy literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(3), 131-140. DOI: 10.1177/0008417413496060

- Delis, D.C., Kramer, J.H., Kaplan, E., et Holdnack, J. (2004). Reliability and validity of the Delis-Kaplan Executive Function System: An update. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(2), 301-303. DOI: 10.1017/S1355617704102191
- Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R., et Dubuc, N. (1995). Reliability of the Functional Autonomy Measurement System (SMAF) revised for epidemiologic study. *Age and Ageing*, 24(5), 402-406.
- Dubois, B., Malapani, C., Verin, M., Rogelet, P., Deweer, B., Pillon, B. (1994). Fonctions cognitives et noyaux gris centraux : le modèle de la maladie de Parkinson. *Revue Neurologique*, 150(11), 763-70.
- Emploi et Développement social Canada. (2015). Canadiens en contexte - Vieillesse de la population. Repéré à <http://www4.rhdcc.gc.ca/.3nd.3c.1t.4r@-fra.jsp?iid=33>
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., et McHugh, P.R.. (1975) "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3),189-198.
- Goverover, Y., Kalmar, J., Gaudino-Goering, E., Shawaryn, M., Moore, N. B., Halper, J., et DeLuca, J. (2005). The relation between subjective and objective measures of everyday life activities in persons with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(12), 2303-2308. DOI: 10.1016/j.apmr.2005.05.016
- Grigsby, J., Kaye, K., Baxter, J., Shetterly, S.M., et Hamman, R.F. (1998). Executive cognitive abilities and functional status among community-dwelling older persons in the San Louis Valley Health and Aging Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(5), 590-596.
- Hahn, B., Baum, C., Moore, J., Ehrlich-Jones, J., Spoeri, S., Doherty, M., et Wolf, T.J. (2014). Brief Report – Development of additional tasks for the Executive Function Performance Test. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(6), e241-e246.
- Hébert, R., Bravo, G., et Girouard, D. (1992). Validation de l'adaptation française du modified mini-mental state (3MS). *Revue de Gériatrie*, 17(8), 443-450
- Hébert, R., Carrier, R., et Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *Revue de Gériatrie*, 13,161-67.
- Hébert, R., Desrosiers, J., Dubuc, N., Tousignant, M., Guilbeault, J., et Pinsonnault, E. (2003). Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *Revue de Gériatrie*, 28(4),323-336.
- Katz, N., Tadmor, I., Felzen, B., et Hartman-Maeir, A. (2007). Validity of the executive function performance test in individuals with schizophrenia. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27(2), 44-51.
- Lesniak, M., Bak, T., Czepiel, W., Seniow, J., et Czlonkowska, A. (2008). Frequency and prognostic value of cognitive disorders in stroke patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(4), 356-363. DOI: 10.1159/000162262
- Le Thiec, F., C. Jokic, C., Enot-Joyeux, F., Durand, M., Lechevalier, B., Eustache, F. (1999). Évaluation écologique des fonctions exécutives chez les traumatisés crâniens graves: pour une meilleure approche du handicap. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 42(1), 1-18.
- Machin, D., Campbell, M. J., Fayers, P. M., et Pinol, A. P. (1997). *Sample size tables for clinical studies*. 2^e édition. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Maeir, A., Krauss, S., et Katz, N. (2011). Ecological validity of the Multiple Errands Test (MET) on discharge from neurorehabilitation hospital. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 31(1), S38-46. DOI: 10.3928/15394492-20101108-07
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L., et Chertkow, H. (2007). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- Petersen, R.C., Stevens, J.C., Ganguli, M., Tangalos, E.G., Cummings, J.L., et DeKosky, S.T. (2001). Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review) - Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56(9), 1133-1142. DOI: 10.1212/WNL.56.9.1133
- Shallice, T. (1988). *From Neuropsychology to Mental Structure*. New York, Cambridge University Press.
- Shallice, T., et Burgess, P.W. (1991). Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain*, 114(2), 727-741.

- Shrout, P.E., Fleiss, J.L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420-428.
- Strauss, E., Sherman, E, et Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests*. New York, Oxford University Press.
- Ridley Stroop, J. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643–662.
- Swanberg, M.M., Tractenberg, R.E., Mohs, R., Thal, L.J., et Cummings, J.L. (2004). Executive Dysfunction in Alzheimer Disease. *Archives of Neurology*, 61(4), 556-560. DOI:10.1001/archneur.61.4.556
- Taillefer, C. Poncet, F., et Chevignard (2013). Évaluation des Fonctions Exécutives en Ergothérapie par une Activité Cuisine : omelette et gâteau au chocolat. L' EF2E (Version 3). Non publié.
- Tombaugh, T.N. (2003). Trail Making Test A and B: Normative data stratified by age and education. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(2), 203-214.



L'ENTRETIEN DE RECHERCHE AVEC DES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Aline Tessari Veyre¹, Geneviève Petitpierre², Germaine Gremaud³

¹ *Chercheuse juniore et doctorante, Département de pédagogie spécialisée Université de Fribourg
Collaboratrice scientifique, HETS&Sa-EESP, HES-SO // Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale,
Lausanne, Suisse*

² *PhD, Professeure ordinaire, Département de pédagogie spécialisée, Université de Fribourg*

³ *PhD, Professeure ordinaire, HETS&Sa-EESP, HES-SO // Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale,
Lausanne, Suisse*

Adresse de contact : aline.tessari@eesp.ch

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

doi:10.13096/rfre.v2n2.58

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



INTRODUCTION

La déficience intellectuelle [DI], se caractérise par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, qui se manifestent durant la période développementale (Schalock *et al.*, 2010). Elle touche 1 à 2 % de la population (Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM], 2016). Actuellement, une attention particulière est portée à la promotion d'aménagements favorisant la participation active des personnes présentant une déficience intellectuelle à la vie politique, économique, sociale et culturelle (Organisation des Nations Unies [ONU], 2006). Ceci implique notamment d'encourager et de faciliter leur contribution à des études scientifiques afin de mieux connaître leurs besoins et de pouvoir y répondre (McDonald, 2012 ; ONU, 2006). Pour ce faire, l'adaptation des méthodologies de recherche traditionnelles s'avère nécessaire et constitue un défi de taille. Cet article propose des stratégies permettant d'optimiser la réalisation d'entretiens de recherche avec des personnes ayant une DI. Il débute par une brève présentation des compétences nécessaires pour participer à ce type d'entrevue. Les caractéristiques des personnes avec une déficience intellectuelle sont ensuite détaillées. Enfin, des recommandations permettant de faciliter la conduite d'un entretien de recherche sont proposées. Elles sont illustrées par des exemples provenant d'une recherche menée auprès de 60 personnes avec une DI qui visait à recueillir leur point de vue sur le thème des apprentissages à l'âge adulte (Petitpierre, Gremaud, Veyre et Bruni, 2014).

MÉTHODOLOGIE

Participer à un entretien de recherche : une tâche exigeante

L'entretien de recherche est une technique de récolte des données qualitatives fréquemment utilisée pour récolter l'avis, les idées ou encore les représentations des personnes interrogées (Tétreault, 2014). Il constitue une forme de conversation particulière, qui va au-delà d'une simple discussion amicale libre, mais qui ne relève pas non plus d'une entrevue formalisée avec des réponses prédéterminées. Cette situation particulière implique une rencontre entre deux personnes : l'intervieweur, celui qui questionne, et l'interviewé, celui qui répond. Des compétences sociales et interpersonnelles sont fortement mobilisées de part et d'autre. L'interviewé étant invité à se raconter, il devra être capable de mettre en mots son expérience ainsi que ses idées ou encore ses réflexions (Blanchet et Gotman, 2007). La parole devient l'outil par lequel le chercheur accède à la connaissance et à la réalité perçue par l'autre.

Caractéristiques des personnes avec déficience intellectuelle

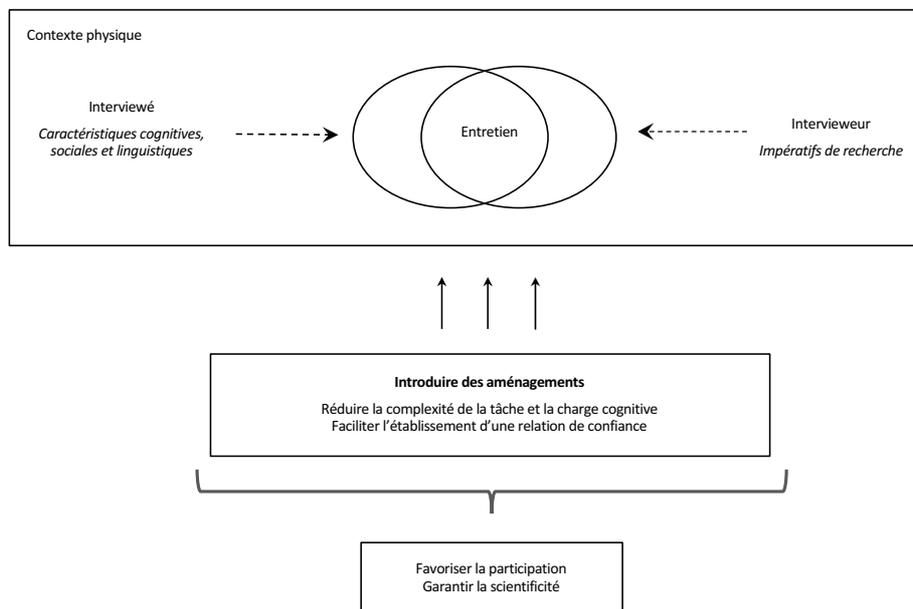
Les limitations du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif des personnes avec une DI ont des répercussions sur diverses compétences importantes dans la conduite d'entretien, notamment celles liées à la communication (ex-

pressive et réceptive) et à la mémoire (Gremaud, Petitpierre, Veyre et Bruni, 2014). En effet, une altération des processus cognitifs généraux, des structures mnésiques ou encore des connaissances infraverbaux (espace, temps) se répercute sur l'acquisition du langage (INSERM, 2016). Il s'avère toutefois difficile de dresser un portrait précis des compétences langagières des personnes avec DI, car une grande variabilité interindividuelle est observée. À cela, s'ajoutent des particularités syndromiques (Rondal, 2006). Par exemple, les personnes avec une trisomie 21 [T21] ont un profil langagier très différent des personnes avec un syndrome de Williams [SW]. En effet, les personnes avec une T21 disposent généralement de bonnes compétences dans les fonctions pragmatiques, mais peuvent rencontrer des difficultés dans l'articulation. Ils possèdent un vocabulaire généralement plus pauvre et moins varié. Les compétences sont relativement préservées en ce qui concerne le vocabulaire réceptif (Martin, Klusek, Estigarribia et Roberts, 2009; Naess, Halaas Lyster, Hulme Melby-Lervag, 2011). Pour leur part, les personnes avec un SW ont de bonnes compétences en ce qui concerne la phonologie, le lexique ainsi que la grammaire de base, tandis que les fonctions liées à la pragmatique sont déficitaires. Quant aux difficultés en lien à la mémoire, elles peuvent interférer dans la situation d'entretien. En effet, la personne interrogée peut rencontrer des difficultés à se situer dans le temps et à évoquer des souvenirs (Wijne-Tuffrey et McEnhill, 2008).

Entretien de recherche avec des personnes ayant une déficience intellectuelle

Au vu des éléments présentés, conduire un entretien de recherche avec des personnes ayant une déficience intellectuelle est un exercice que les chercheurs ont longtemps contourné. Les difficultés rencontrées sont à associer à la fois aux caractéristiques de l'interviewé et aux limitations de la technique elle-même (Guillemette et Boisvert, 2003 ; Petitpierre et Charmillot D'Ordorico, 2014). Pourtant, moyennant certaines adaptations, le chercheur peut rendre la tâche réalisable. Il n'existe pas de stratégie unique qui convienne à toutes les situations, mais plutôt un ensemble de questions à se poser afin de réfléchir aux aménagements à mettre en place. La figure 1 synthétise les principales caractéristiques de la situation d'entretien lorsque celui-ci est mené avec des personnes présentant une DI. La quantité, ainsi que le type d'aménagements proposés, dépend du contenu de l'entretien, c'est-à-dire des thématiques abordées et des caractéristiques individuelles de la personne interviewée. Les adaptations mises en œuvre doivent d'une part, permettre la réalisation de l'entretien et d'autre part, augmenter la qualité et la validité scientifique de la démarche de recherche (Guillemette et Boisvert, 2003).

Figure 1 : Caractéristiques de la situation d'entretien de recherche lorsque celui-ci est mené avec des personnes présentant une déficience intellectuelle



Réduire la complexité de la tâche

1. Préparer le déroulement de l'entretien

Le déroulement de l'entretien doit être planifié. Il s'agit notamment d'élaborer le guide d'entretien, de choisir le moment ainsi que le lieu le plus opportun de la rencontre. Le guide d'entretien consiste en une liste de thèmes et/ou de questions qui doivent être explorés (Blanchet et Gotman, 2007 ; Quinn Patton, 2002). Il permet d'une part de s'assurer que chacun des entretiens soit effectué selon la même ligne directrice. D'autre part, il détermine la longueur de l'entretien. Si de nombreux thèmes doivent être abordés, il est préférable de prévoir plusieurs rencontres. En raison de la fatigabilité et des capacités réduites d'attention des personnes avec une DI, il est suggéré de réaliser des entretiens de 30-45 minutes environ. Le guide peut également constituer un répertoire d'aménagements et de soutiens à proposer durant l'exploration de certains thèmes ou de penser préalablement à quelques synonymes ou reformulations possibles afin de se préparer au mieux.

La date et l'heure de l'entretien doivent être choisies en accord avec la personne interviewée et ne doivent pas constituer de facteurs de stress supplémentaire. Il s'agira par exemple d'éviter de retenir un moment dévolu habituellement à une pause ou à une activité que la personne aime particulièrement. De plus, il est recommandé de fournir à la personne interviewée une carte de rendez-vous et/ou d'informer ses

proches et les professionnel·les de la date retenue. Concernant le cadre dans lequel se déroule l'entretien, deux éléments peuvent avoir des incidences sur la situation de communication : le lieu et la configuration des places. Il est recommandé de veiller à ne pas créer une asymétrie entre les interlocuteurs et minimiser ainsi la distance sociale (Blanchet, 2003). Il est nécessaire de prévoir un endroit calme. La disposition des éléments (table et chaises) doit être réfléchi afin de diminuer au maximum les sources de distraction. Il est par exemple préconisé de ne pas placer l'interviewé en face d'une fenêtre.

2. Prendre connaissance du profil langagier

Le premier impératif pour l'intervieweur est de se renseigner sur les caractéristiques linguistiques de la personne interviewée (Julien-Gauthier, Jourdan-Ionescu et Héroux, 2009). Bien connaître le profil linguistique permet de choisir le bon type de question ainsi que d'adapter son vocabulaire en conséquence. En raison des grandes variabilités interindividuelles observées, il est suggéré de prévoir une étape préalable à l'entretien pour mieux documenter le niveau de langage et le vocabulaire de la personne. Cette étape préalable peut prendre diverses formes : une rencontre informelle avant l'entretien, une entrevue avec des personnes côtoyant fréquemment la personne à interviewer ou encore une phase exploratoire lors de l'entretien. Petitpierre, Gremaud, Veyre et Burni, (2014) ont débuté l'entretien avec une première étape qui visait d'une part, à vérifier l'aptitude du participant à se représenter le temps et d'autre part, à documenter le vocabulaire employé par la personne (Veyre, Diacquenod, Petitpierre et Gremaud, 2014). Des photographies des personnes d'âges différents étaient présentées à l'interviewé. Ce dernier était invité à les placer sur une ligne du temps et à discuter des activités spécifiques réalisées aux différents âges. Le dispositif mis en place permettait de connaître le lexique employé par la personne pour nommer les différentes étapes de la vie et de l'utiliser lors de l'entretien. Par exemple, une participante a utilisé le terme *petite* pour discuter d'une photographie d'enfant. Dans la suite de l'entretien, la question relative à la thématique des apprentissages réalisés durant l'enfance a été formulée ainsi : *lorsque vous étiez petite, pourriez-vous me raconter ce que vous avez appris ?*

3. Adapter son vocabulaire et ses questions

Tout au long de l'entretien, il est nécessaire de garder un vocabulaire adapté à la personne interviewée. Les règles édictées concernant l'accessibilité de l'information sont à respecter (Unapei, 2009). Il s'agit notamment d'utiliser un langage simple. Les phrases doivent être courtes. Les questions doivent porter sur un unique sujet, les doubles questions sont à éviter. Le langage technique, les abstractions, les symboles ainsi que les acronymes sont à éviter. Concernant le vocabulaire employé, le concept d'*age-appropriateness* s'applique. Ce concept est un point central du principe de normalisation (Wolfensberger, 2000). Il stipule que le vocabulaire est à adapter non seulement à l'âge développemental de la personne, mais également à son âge chronologique. En d'autres termes, un langage simple ne signifie pas un langage simpliste ou infantilisant.

Les personnes avec une déficience intellectuelle peuvent montrer une capacité limitée à répondre aux questions hypothétiques (*si vous étiez riche*), projectives (*lorsque vous serez plus âgé*), introspectives (*comment vous sentez-vous lorsque*) ou se référant à des éléments passés (*quand vous étiez à l'école*). Ce type de question requiert de la part de la personne interviewée de grandes compétences d'abstraction. Il est préférable dans ce cas-là de recentrer le discours sur des propos narratifs en évoquant l'expérience concrète de la personne (Guillemette et Boisvert, 2003). L'utilisation de verbes tels que *raconter* ou *décrire* est particulièrement appropriée. Il est recommandé de contextualiser la question en abordant le discours par les personnes ou par les lieux connus.

4. Introduire des supports visuels

Par définition, les personnes présentant une déficience intellectuelle rencontrent des difficultés sur le plan cognitif qui peuvent représenter des obstacles dans la conduite d'un entretien. Ainsi, de faibles compétences mnésiques ou encore des capacités d'attention restreintes sont des éléments à prendre en compte. Les répétitions, les pauses fréquentes sont autant de moyens pour pallier à ces difficultés. L'introduction de supports visuels peut également s'avérer être un bon soutien. L'utilisation de photographies, d'images ou encore de symboles (pictogrammes) est en effet recommandée (D'Eath, 2005; Lloyd, Gatherer et Kalsy, 2006 ; Goldbart et Caton, 2010 ; Prosser et Bromley, 2012). Ces supports sont efficaces, car ils facilitent tant l'évocation que la compréhension des participants. De plus, les écrits scientifiques montrent que, à l'exception de certains syndromes, les personnes avec une DI ont généralement plus de facilité à coder les informations sous forme imagée que sous forme verbale (Courbois, 2006). Lors de la conceptualisation des supports, il est nécessaire de respecter certains impératifs. Ces supports doivent être suffisamment explicites pour s'expliquer par eux-mêmes. Comme déjà mentionné plus haut pour les adaptations langagières, il est important de respecter le principe d'*age-appropriateness* qui implique que les supports figuratifs doivent être adaptés à l'âge chronologique des participants. Par exemple, introduire une image représentant un petit ourson est inadapté lorsque l'entretien est conduit avec des adultes. À noter que si la personne utilise quotidiennement des supports visuels, il est préférable de recourir au système qui lui est le plus familier.

5. S'ajuster tout au long de l'entretien

De manière générale, durant l'entretien, l'intervieweur utilisera les techniques couramment employées, soit l'écoute active, la répétition, la reformulation ou encore le résumé (Blanchet et Gotman, 2007). L'objectif de ces techniques étant de favoriser l'expression du point de vue de la personne en l'invitant à ajouter, préciser ou développer des éléments de son discours. L'utilisation du « pourquoi » n'est pas recommandée, car il suppose une demande de justification de la part de l'interviewé (Julien-Gauthier, Jourdan-Ionescu et Héroux, 2009). Par ailleurs, l'intervieweur veillera à maintenir un climat favorable durant l'ensemble de l'entretien. Il est notamment recommandé de remercier chaleureusement la personne pour sa participation ou encore de valoriser les connaissances qu'elle peut apporter. De plus, si la personne introduit des récits d'expérience personnelle ou adresse des questions à l'intervieweur, ce dernier

prendra le temps d'accueillir ce discours et de s'y intéresser en apportant des marques d'attention (Gremaud, Tétreault, Petitpierre et Tessari Veyre, 2016). L'intervieweur veillera également à respecter les silences ainsi que le rythme de parole de son interlocuteur. Il sera attentif aux réactions verbales et non verbales, aux manifestations de fatigue ou encore d'incompréhension (Julien-Gauthier, Jourdan-Ionescu et Héroux, 2009).

Faciliter l'établissement d'une relation de confiance

La désirabilité sociale, la tendance à l'acquiescement ainsi que le stress sont trois éléments à prendre en considération. Ils altèrent à la fois le déroulement de l'entretien, mais également sa validité. La désirabilité sociale se définit comme la tendance à vouloir se montrer sous un jour favorable en fournissant des réponses qui semblent les plus acceptables et attendues par l'intervieweur (Wijne-Tuffrey et McEnhill, 2008). Ce biais apparaît plus facilement lorsqu'une relation d'autorité s'est installée entre les deux partenaires (Guillemette et Boisvert, 2003). Tandis que la tendance à l'acquiescement se réfère au fait de répondre par l'affirmative, quelle que soit la question et à choisir automatiquement la dernière option dans les choix de réponses (Finlay et Lyons, 2002). La situation d'entretien de recherche étant particulière et peu habituelle, elle peut entraîner chez les personnes avec une DI un stress ou de l'anxiété (Finlay et Lyons, 2002).

Ces trois éléments peuvent amener la personne interviewée à être mal à l'aise et à ne pas se sentir libre de s'exprimer comme elle le souhaite. La personne pourrait alors restreindre son discours (Tassé, Schalock, Thompson et Wehmeyer, 2009). Afin de favoriser son expression, il s'avère nécessaire d'apporter un soin particulier aux aspects relationnels. Ainsi, une attitude ouverte, empathique et de non-jugement de la part de l'intervieweur favorisent l'établissement d'un climat de confiance. De plus, la formulation de questions neutres et non ambiguës permettra à l'interviewé de répondre librement (Julien-Gauthier, Jourdan-Ionescu et Héroux, 2009). Au cours de l'entretien, il peut également s'avérer nécessaire de rappeler qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse et que l'entretien est confidentiel (Guillemette et Boisvert, 2003). La présence d'un tiers neutre et familier peut également contribuer à abaisser le niveau de stress (Cummins, 1997).

CONCLUSION

Les personnes avec une déficience intellectuelle ont par définition des difficultés cognitives ainsi que des limitations dans le comportement adaptatif. Pourtant ces limitations ne doivent pas constituer un frein à leur participation à des projets de recherche. Une analyse détaillée de la tâche et des compétences qu'elle suppose, une connaissance précise des forces et faiblesses de la personne permettent d'introduire des soutiens. Une fois mis en place, ces soutiens permettent de favoriser la participation des personnes avec une DI et de faciliter l'inclusion d'une population souvent écartée des projets de recherche (Luckasson et Schalock, 2013). Un consensus existe

au sujet de certaines recommandations. C'est le cas, par exemple pour l'introduction de supports visuels ainsi que pour le suivi des recommandations édictées par les normes concernant l'accessibilité de l'information (Nguimfack et Scelles, sous presse). Pourtant des recherches manquent concernant certains points, par exemple sur la formulation des questions et des relances, sur les moyens permettant de s'assurer d'une bonne compréhension ou encore sur la validation expérimentale des recommandations.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Blanchet, A. (2003). *Dire et faire dire : L'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Blanchet, A., et Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Courbois, Y. (2006). Déficience intellectuelle, codage visuel et récupération des informations sous forme d'images mentales. In H. Gascon, J.R. Poulin, J.J. Poulin, D. Boisvert et M.C. Haelewyck (dir.), *Déficience intellectuelle : savoirs et perspectives d'action. Tome 2. Formation, interventions, adaptation et soutien social* (p.233-240). Canada : Presses Inter Universitaires.
- Cummins, R.A. (1997). *Comprehensive Quality of Life Scale-Intellectual/ Cognitive Disabilities*. School of Psychology. Melbourne, Australie: Deakin University.
- D'Eath, M. (2005). Guidelines for Researchers when Interviewing People with an Intellectual Disability. Récupéré de [http://www.fedvol.ie/_fileupload/file/interviewing%20guidelines\(1\).pdf](http://www.fedvol.ie/_fileupload/file/interviewing%20guidelines(1).pdf)
- Finlay, W.M.L., et Lyons, E. (2002). Acquiescence in interviews with people who have mental retardation. *Mental Retardation*, 40(1), 14-29.
- Goldbart, J., et Caton, S. (2010). *Communicating and people with the most complex needs : Whats works and why this is essential*. Research Institute for Health and Social Change Manchester Metropolitan University. Récupéré de : <http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-client-groups/adults-disabilities/mencap/communication10.aspx>
- Gremaud, G., Petitpierre, G., Veyre, A., et Bruni, I. (2014). Soutenir la parole des personnes avec une trisomie 21 dans un entretien de recherche. *Travaux Neuchâtelois de Linguistique*, 60, 121-136.
- Gremaud, G., Tetreault, S., Petitpierre, G., et Tessari Veyre, A. (2016). *Résilience en communication chez la personne avec une déficience intellectuelle ou ayant une trisomie 21*. Communication présentée au 3^e Congrès mondial sur la résilience, Trois-Rivières, Québec.
- Guillemette, F., et Boisvert, D. (2003). L'entrevue de recherche qualitative avec des adultes présentant une déficience intellectuelle. *Recherches Qualitatives*, 23, 15-26.
- Institut national de la santé et de la recherche médical (INSERM) (2016). *Expertise collective : Déficiences intellectuelles – Synthèses et recommandations*. Paris : Les éditions Inserm.
- Julien-Gauthier, F., Jourdan-Ionescu, C., et Héroux, J. (2009). Favoriser la participation des personnes ayant une déficience intellectuelle lors d'une recherche. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 20, 178-188.
- Lloyd, V., Gatherer, A., et Kalsy, S. (2006). Conducting qualitative interview research with people with expressive language difficulties. *Qualitative Health Research*, 16(10), 1386-1404.
- Luckasson, R., et Schalock, R. (2013). What's at Stake in the Lives of People With Intellectual Disability? Part II : Recommendations for Naming, Defining, Diagnosing, Classifying, and Planning Support. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(2), 94-101.
- Martin, G.E., Klusek, J., Estigarribia, B., et Roberts, J. E. (2009). Language Characteristics of Individuals with Down Syndrome. *Topics in Language Disorders* 29(2), 112-132.
- McDonald, E.K. (2012). « We Want Respect » : Adults with Intellectual and Developmental Disabilities Address Respect in Research. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(4), 263-274.

- Naess, K.-A. B., Halaas Lyster, S.-A., Hulme, C., et Melby-Lervag, M. (2011). Language and verbal short-term memory in children with Down syndrome: A meta-analytic review. *Research in Developmental Disabilities, 32*(6), 2225-2234.
- Nguimfack, L., et Scelles, R. (sous presse). Méta-analyse des recherches sur l'entretien clinique de recherche avec les personnes présentant une déficience intellectuelle : synthèse des travaux. *Psychologie Française*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2016.01.001>
- Organisation des Nations Unies (ONU) (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. Récupéré de https://treaties.un.org/doc/source/RecentTexts/IV_15_french.pdf
- Petitpierre, G., et Charmillot D'Odorico, M. (2014). La recherche qualitative dans le champ des déficiences intellectuelles. In G. Petitpierre et B.-M. Martini-Willemin (dir.), *Méthodes de recherche dans le champ de la déficience intellectuelle : Nouvelles postures et nouvelles modalités* (pp. 103-147) Berne : Peter Lang.
- Petitpierre, G., Gremaud, G., Veyre, A., et Bruni, I. (2014). *Les apprentissages à l'âge adulte, qu'en disent les personnes avec une déficience intellectuelle*. Récupéré de www.deficiences-intellectuelles.ch
- Prosser, H., et Bromley, J. (2012). Interviewing people with intellectual disabilities. In E. Emerson, C. Hatton, K. Dickson, R. Gone, A. Caine et J. Bromley (dir.), *Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities* (pp. 107-121). Oxford : Wiley Series in Clinical Psychology.
- Quinn Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rondal, J.-A. (2006). La variabilité langagière dans les syndromes génétiques du retard mental. *Glossa, 98*, 64-72.
- Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V. J., Buntinx, W.H.E., Coulter D.L., Craig E.M., ... Yeager, M.H. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington, DC : American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Tassé, M.-J., Schalock, R., Thompson, J.R., & Wehmeyer, M. (2009). *Guidelines for entre for entreteining people with disabilities-Supports intensity Scale*. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Tétreault, S. (2014). Entretien de recherche. In S. Tétreault et P. Guillez (dir.), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 215-243). Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Unapei (2009). *L'information pour tous. Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre*. Récupéré de http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide_ReglesFacileAlire.pdf
- Veyre, A., Diacquenod, C., Gremaud, G., et Petitpierre, G. (2014). Représentations du cycle de la vie des personnes présentant une trisomie 21. *Revue suisse de pédagogie spécialisée, 1*, 13-20.
- Wijne-Tuffrey, I., et McEnhill, L. (2008). Communication difficulties and intellectual disability in end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing, 14*(4), 189-194.
- Wolfensberger, W. (2000). A brief overview of social role valorization. *Mental Retardation, 38*(2), 105-123.



LU POUR VOUS

**OCCUPATIONAL TRANSACTION AFTER STROKE CONSTRUCTED AS THREAT AND
BALANCE, UN ARTICLE DE LUND ET AL. SUR L'APPORT D'UNE APPROCHE
OCCUPATIONNELLE EN ERGOTHÉRAPIE AVEC LES PERSONNES AYANT SUBI UN AVC**

Romain Bertrand¹

¹ *Ergothérapeute, BSc, Assistant HES du réseau Occupations Humaines et Santé [OHS], HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, HES-SO // Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse*

Adresse de contact : romain.bertrand@eesp.ch

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

doi:10.13096/rfre.v2n2.69

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



Le recours à des concepts issus des sciences de l'occupation a permis à de nombreux chercheurs de jeter une lumière nouvelle sur les conséquences d'évènements importants ayant un impact sur le cours de la vie. Ainsi, Anne Lund et ses collègues, de l'Oslo University College en Norvège, ont publié en 2015 une étude qualitative concernant l'exploration des changements concernant les occupations de personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (Lund, Mangset, Wyller et Sveen, 2015). L'auteure principale, Anne Lund, avait déjà publié deux études en 2012, sur des interventions centrées sur les personnes âgées ayant subi un AVC. Orientée sur la participation sociale et le bien-être de la personne, ces études étaient cependant moins ancrées dans les sciences de l'occupation, même si le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel était utilisé comme cadre de référence (Lund, Michelet, Sandvik, Wyller et Sveen, 2012; Lund, Michelet, Kjekken, Wyller et Sveen, 2012).

Revue de l'article

En introduction de l'article, la revue de littérature amène les auteurs à faire le postulat qu'un accident vasculaire cérébral déclenche un processus d'ajustements complexes, particulièrement lié aux modifications des *patterns* d'engagement dans les occupations. Ce processus est par ailleurs considéré comme une transition entre l'état initial suivant l'accident, basé sur le choc et l'espoir de retrouver ses capacités fonctionnelles, et un état de « tristesse » lié à la perte de ces capacités, mais avec une acceptation éventuelle des capacités résiduelles (Wallenbert et Jonsson, 2005).

Les auteurs visaient donc à comprendre les changements faisant suite à un AVC dans une perspective occupationnelle, c'est-à-dire en se concentrant sur l'engagement dans les occupations et, de là, sur le processus d'ajustements visant à rétablir un équilibre occupationnel satisfaisant pour la personne. Dans un premier temps, ils ont introduit de façon générale le concept d'occupation, et ses liens avec la santé et le bien-être des personnes, en se basant sur les écrits d'auteurs de référence (Townsend et Polatajko, 2007; Wilcock, 2006). Ils ont également souligné l'ancrage culturel de l'occupation. Le contexte environnemental et culturel est ainsi un déterminant important de la façon dont ces personnes vont vivre les changements consécutifs à leur accident, notamment concernant la réduction de leur participation dans les occupations. Vivant dans un contexte culturel occidental, le fait de participer dans des occupations et d'être productif est considéré comme la norme, d'où le risque de marginalisation encouru si les personnes ne peuvent plus prétendre à cette participation. Le but de l'étude est donc, pour les auteurs, d'explorer comment les personnes âgées vivant dans un contexte culturel occidental expérimentent les changements occupationnels dans leur vie quotidienne après leur AVC.

La méthodologie choisie est une recherche qualitative. Les auteurs affirment s'être inspirés des travaux de Giorgi sur la phénoménologie descriptive pour leur analyse de données (Giorgi, 2009). On peut imaginer que le phénomène à explorer concerne les changements occupationnels post-AVC mais on doit noter un manque de précision à ce niveau. Concernant la récolte de données, six *focus groups* ont été menés, d'une heure chacun, durant lequel les participants devaient parler de leur vie post-AVC en se centrant sur les

informations concernant leurs occupations. L'auteure principale a interprété les données recueillies à la lumière des sciences de l'occupation.

Deux résultats principaux sont mis en avant à l'issue de l'analyse des données ; l'un concernant les *feelings* (les « ressentis ») et l'autre les *doings* (les « actions »). Le premier concerne le fait que les participants ressentent leur AVC comme une menace sur leurs occupations (*occupational threat*). Pour les auteurs, ce concept implique que l'AVC est une perturbation importante de la vie quotidienne des personnes. Le fait d'avoir moins d'opportunités de s'engager dans des occupations, de ne plus avoir le même rendement, et de dépendre davantage de l'aide des autres, crée un déséquilibre occupationnel. Les valeurs culturelles occidentales prônant la productivité, les personnes n'ayant plus la capacité d'être dans cette norme se sentent menacées d'exclusion sociale, avec à terme un risque de déprivation occupationnelle (Whiteford, 2000). Cela corrobore ce que les auteurs avaient conclu dans leur revue de littérature. Le deuxième résultat, concernant le « faire », met en avant que les personnes victimes d'un AVC, même si elles expérimentent une menace occupationnelle, entrent cependant dans le même temps dans une démarche de reconstruction de leurs occupations et de leur équilibre occupationnel. Les participants s'investissent pour la plupart dans des occupations qualifiées de « plaisantes » afin de retrouver une productivité en accord avec les valeurs soutenues par la société occidentale. Deux possibilités sont alors décrites : d'une part, la personne s'engage dans les mêmes occupations mais en s'adaptant à ses capacités résiduelles ; d'autre part, la personne s'engage dans des nouvelles occupations qu'elle valorise et qui sont significatives pour elle. La reconstruction d'un équilibre occupationnel est soutenue par le désir de garder une forme de contrôle et d'autonomie dans la gestion de sa vie quotidienne et la volonté de préserver son inclusion sociale.

Finalement, les auteurs défendent le fait que les personnes âgées ayant subi un AVC expérimentent divers changements occupationnels dans leur vie quotidienne, qu'elles vivent comme étant des transactions occupationnelles (*occupational transactions*), au cours desquelles elles s'investissent activement dans la reconstruction de leur équilibre occupationnel, tout en cherchant à maintenir un contrôle sur leur vie quotidienne ainsi que leur inclusion sociale. Les auteurs précisent que ces transactions occupationnelles sont déterminées de manière significative par le contexte culturel occidental, en particulier la perception que les personnes ont d'elles-mêmes en égard à leur productivité, aux liens qui existait avant l'AVC entre leurs identités et leurs occupations. Ce phénomène guide leur volonté de reconstruire leur équilibre occupationnel. Cette reconstruction est dépendante des opportunités de se réengager dans des occupations offertes aux individus. Lorsqu'elles existent, ces opportunités permettant que l'AVC soit considéré comme une transition plutôt que comme une perte. Les auteurs suggèrent donc de se référer à la notion de justice occupationnelle (Durocher, Gibson, et Rappolt, 2014) pour comprendre la situation des personnes victime d'AVC plutôt que d'axer la prise en charge sur la rééducation fonctionnelle focalisée sur la situation médicale. En cela, les auteurs se positionnent clairement dans une perspective occupationnelle et veulent ouvrir des perspectives pour la pratique de l'ergothérapie. Cet article est donc très utile dans ce sens, et apporte sa contribution à l'utilité des sciences de l'occupation dans la compréhension des événements de vie et leurs conséquences.

Réflexions autour de l'article

L'article, bien que proposant une construction claire, et intéressant au vu des perspectives qu'il ouvre, laisse pourtant un certain flou autour du concept de transaction occupationnelle. Ce concept, central dans l'article, et même présent dans le titre, est référé aux travaux de Malcolm Cutchin (Cutchin, Aldrich, Bailliard, et Coppola, 2008; Dickie, Cutchin, et Humphry, 2006), sur lesquels les auteurs disent s'être appuyés. Cette approche remet en cause les fondements individualistes de la plupart des concepts des sciences de l'occupation. La justice occupationnelle par exemple, ou encore la déprivation occupationnelle, même si elles mettent en avant le rôle et l'influence de l'environnement, restent construites sur des fondements individualistes. Pour Cutchin, le fait de positionner l'occupation humaine comme une expérience individuelle dans un contexte particulier, place l'individu en tant que seul déterminant de l'occupation. Pour lui, ce postulat est insuffisant à la compréhension de l'occupation humaine dans un contexte culturel complexe. De fait, Cutchin défend l'idée que les sciences de l'occupation décrivent, par leurs concepts, une interaction entre des entités distinctes dans la production d'une action connexe, tel que dans le modèle P-E-O. Il a développé dès lors une approche « transactionnaliste » de l'occupation humaine en se basant sur les travaux de John Dewey (Cutchin *et al.*, 2008). Il défend que la situation contextuelle temporo-spatiale et l'individu ne sont pas des entités séparées, mais un ensemble en constante coordination, et que cette coordination est ce qui détermine l'occupation. L'occupation n'est dès lors pas uniquement significative pour la personne, mais également pour le contexte culturel dans lequel elle prend place, et implique donc des changements sur l'ensemble qui est son déterminant. Cette vision repose sur l'indivisibilité des composantes de l'occupation et sur des liens récursifs.

Se basant sur ce concept, les auteurs de l'étude ont donc voulu se placer directement dans la lignée des écrits de Cutchin. Cependant, ils semblent utiliser ce concept pour exprimer d'autres idées, s'éloignant des concepts définis par Cutchin. Ainsi, ils exposent directement que le cadre conceptuel transactionnaliste soutient l'amélioration des conditions de vie des personnes, et que les expériences humaines sont simplement imbriquées dans des situations particulières, ce que Cutchin n'a pas évoqué dans ces termes. De plus, Cutchin définit l'occupation humaine comme déterminant de changements tant individuels qu'environnementaux, *via* leur relation transactionnelle. Or, dans leur étude, Lund et ses collègues s'appuient sur le contexte culturel occidental comme déterminant de l'engagement des personnes dans leurs occupations. Cette influence semblant être unilatérale, vu la stabilité apparente de l'environnement. Les changements impliqués post-AVC ne semblent ainsi pas être transactionnels au sens que Cutchin a voulu donner à ce terme. Quelques doutes subsistent également à propos d'une probable confusion de la transaction avec d'autres concepts, notamment celui de transition, lorsque les auteurs parlent de processus progressif de changement. De plus, les auteurs se réfèrent en même temps à des concepts des sciences de l'occupation, dont Cutchin a critiqué les fondements individualistes, et à une approche transactionnaliste qui les dénonce. Ces tensions auraient mérité une discussion dans l'article.

Malgré ces points, l'article de Lund et de ses collègues est en résumé une bonne illustration de ce que peut apporter une perspective occupationnelle dans la compréhension des situations des personnes ayant subi un AVC. Les changements induits se

situent à deux niveaux, les « *feelings* » représentée par la menace occupationnelle ressentie par les personnes, et les « *doings* », où dans le même temps les personnes cherchent à reconstruire leur équilibre occupationnel. La mise en avant de l'influence du contexte culturel occidental sur la perception qu'ont les personnes d'elles-mêmes est un point central de l'article. La place de l'ergothérapie dans l'accompagnement dans les processus d'ajustements suivant l'accident, est concrètement légitimée par les auteurs.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Cutchin, M.P., Aldrich, R.M., Bailliard, A. L., et Coppola, S. (2008). Action theories for occupational science: The contributions of Dewey and Bourdieu. *Journal of Occupational Science*, 15(3), 157-165. <https://doi.org/10.1080/14427591.2008.9686625>

Dickie, V., Cutchin, M.P., et Humphry, R. (2006). Occupation as Transactional Experience: A Critique of Individualism in Occupational Science. *Journal of Occupational Science*, 13(1), 83-93. <https://doi.org/10.1080/14427591.2006.9686573>

Durocher, E., Gibson, B.E., et Rappolt, S. (2014). Occupational Justice: A Conceptual Review. *Journal of Occupational Science*, 21(4), 418-430. <https://doi.org/10.1080/14427591.2013.775692>

Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburgh, PA, US: Duquesne University Press.

Lund, A., Mangset, M., Wyller, T.B., et Sveen, U. (2015). Occupational Transaction after Stroke Constructed as Threat and Balance. *Journal of Occupational Science*, 22(2), 146-159. <https://doi.org/10.1080/14427591.2013.770363>

Lund, A., Michelet, M., Kjekken, I., Wyller, T.B., et Sveen, U. (2012). Development of a person-centred lifestyle intervention for older adults following a stroke or transient ischaemic attack. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(2), 140-149. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.603353>

Lund, A., Michelet, M., Sandvik, L., Wyller, T., et Sveen, U. (2012). A lifestyle intervention as supplement to a physical activity programme in rehabilitation after stroke: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 26(6), 502-512. <https://doi.org/10.1177/0269215511429473>

Townsend, E.A., et Polatajko, H.J. (2007). *Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications.

Wallenbert, I., et Jonsson, H. (2005). Waiting To Get Better: A Dilemma Regarding Habits in Daily Occupations After Stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(2), 218-224. <https://doi.org/10.5014/ajot.59.2.218>

Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *The British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204. <https://doi.org/10.1177/030802260006300503>

Wilcock, A.A. (2006). *An Occupational Perspective of Health*. SLACK Incorporated.



TROISIÈME CONGRÈS MONDIAL SUR LA RÉSILIENCE À TROIS-RIVIÈRES, QUÉBEC (CANADA), 22-24 AOÛT 2016. UN REGARD INTERCULTUREL SUR LA RÉSILIENCE APPLIQUÉE AU QUOTIDIEN

Carine Bétrisey¹

¹ *PhD en interculturelité et handicap, chargée de recherche, HETS&Sa-EESP, HES-SO // Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse*

Adresse de contact : carine.betrisey@eesp.ch

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

doi:10.13096/rfre.v2n2.67

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



Pour la première fois en Amérique du Nord, le 3^e Congrès mondial sur la résilience s'est déroulé du 22 au 24 août 2016 au Québec (Canada). Cet événement a eu lieu à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), en collaboration avec l'Association internationale pour la promotion et la diffusion de la recherche sur la résilience (*Resilio*) (https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw030?owa_no_site=4150). Cette association est présidée par le professeur Serban Ionescu, qui est psychiatre et psychologue, professeur émérite de psychopathologie à l'Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis et à l'UQTR. Avec pour thème « la résilience et la culture », le congrès poursuivait l'objectif d'établir un état des lieux des études dans le domaine de la résilience et l'intégration de la pratique avec la recherche. Près de 450 chercheurs et praticiens provenant de 27 pays y ont assisté, incluant de nombreux ergothérapeutes. En outre, deux conférences publiques ont été offertes, l'une par le célèbre psychiatre Boris Cyrulnik, et l'autre par Rachel Thibeault, ergothérapeute et professeure titulaire à l'Université d'Ottawa (Canada).

Mme Thibeault a une vaste expérience comme ergothérapeute en réadaptation à base communautaire. Elle s'est intéressée plus particulièrement au concept de croissance post-traumatique, à savoir comment une personne ayant vécu un traumatisme est amenée à connaître des changements positifs dans sa vie, malgré l'adversité. Lors de sa conférence, Rachel Thibeault propose « des stratégies simples, peu coûteuses et fondées sur les données probantes pour construire sa résilience au quotidien ». Suite à son analyse et à la consultation d'écrits scientifiques sur le sujet, il est apparu que six notions ressortaient généralement des situations observées sur le terrain : (1) la capacité de pleine présence (conscience, attention); (2) la compassion (amour, tendresse); (3) la gratitude; (4) le pardon; (5) la justice; (6) la tempérance (équilibre). Sur cette base, la conférencière explique qu'il est possible de cultiver sa propre résilience au quotidien, tout comme il est possible de s'entraîner à développer ses aptitudes physiques.

Elle propose cinq types d'activités pour se reconstruire en illustrant ces propos d'exemples d'interventions auprès de personnes survivantes de traumatismes et vivant en zone de guerre.

La première activité présentée est la centration. Mme Thibeault décrit comment une action, même inutile, lorsqu'elle est réalisée de manière vigoureuse et répétitive, peut libérer l'esprit de sa nervosité (ou de pensées obsédantes) et favoriser la présence de soi. Elle donne l'exemple d'une mère africaine paraplégique qui pile du grain tous les matins afin d'éviter de perdre pied face à sa situation et à ses enfants dont elle doit s'occuper seule.

La deuxième activité se base sur la contemplation. Que ce soit par la prière, la méditation ou l'observation tranquille des détails d'un lieu, cette activité soutenue de pleine conscience crée une disponibilité de soi et une réceptivité psychologique, selon la conférencière. Celle-ci décrit le recours à cette activité par un prisonnier torturé qui affirme avoir survécu grâce à l'exploration visuelle des moindres recoins de sa cellule.

La troisième activité relève de la création. Par la production de beauté, pour soi, pour son âme ou pour les autres, il s'agit de combler un besoin qui n'est pas toujours satisfait dans le rapport à la société. Mme Thibeault raconte sa rencontre avec des femmes atteintes de lèpre qui continuent leurs activités de broderie pour leur survie psychologique, soit créer de la beauté pour contrecarrer leur situation sociale et leur isolement.

La quatrième activité évoquée par la conférencière concerne la contribution. Elle relève l'importance de redonner à l'entourage et à la société, une fois les besoins de base comblés. De ce fait, le sentiment d'être un citoyen productif et valorisé peut émerger. L'exemple des filles soldats d'Amérique du Sud met en lumière ce processus. En effet, malgré leur situation stabilisée pour les besoins primaires (nourriture, hébergement, sécurité), ces jeunes femmes exprimaient un manque dans leur vie. Cette insatisfaction s'est vue comblée par leur mise en relation avec des personnes âgées de la région (groupe vulnérable). En prenant soin de celles-ci, les filles ont pu contribuer à leur bien-être, devenir des citoyennes productives et se sentir à nouveau valorisées.

La cinquième et dernière stratégie mentionnée par Mme Thibeault porte sur la communion. Par des activités de renforcement des liens avec la famille, la culture, le pays d'origine, un sentiment d'appartenance et d'attachement au vivant grandit. C'est ainsi que peut s'expliquer le besoin de retour au pays de personnes migrantes dont le départ a été forcé par diverses circonstances. Pour les personnes les plus traumatisées, le contact humain peut représenter un danger. C'est pourquoi la conférencière souligne que la communion peut aussi être réalisée avec un animal de compagnie, comme pour des soldats en état de stress post-traumatique, afin de renforcer un sentiment de convenance.

En partant de ces cinq activités illustrées, Mme Thibeault propose à l'auditoire d'entraîner ses capacités de résilience afin de l'intégrer comme un travail de prévention pour faire face à de futures adversités rencontrées au cours de la vie. Ces exercices peuvent également constituer des pistes de solution pour des personnes vivant actuellement des traumatismes. Reste que toutes ces activités doivent être intentionnelles pour une efficacité maximisée. La conférencière propose un questionnement à faire devant différentes décisions à prendre au quotidien. « Mon choix me permettra-t-il : d'être authentique ? De grandir ? De redonner ? D'avoir du plaisir ? » Tout ceci amène à favoriser des activités intentionnelles, dans une perspective positive, misant sur la capacité d'attention et parsemée de gestes de générosité.

À la suite du 3^e Congrès mondial sur la résilience, il ressort que d'autres réflexions restent à faire pour saisir les différentes facettes de la résilience et pour savoir comment assister la personne à se réapproprier sa vie, à rebondir suite à une adversité et à ressentir un mieux-être. Pour ceux et celles qui veulent approfondir ce thème, il y a eu lors de ce congrès le lancement du livre *Résilience-Ressemblances dans la diversité* sous la direction de Serban Ionescu, publié chez Odile Jacob en août 2016.