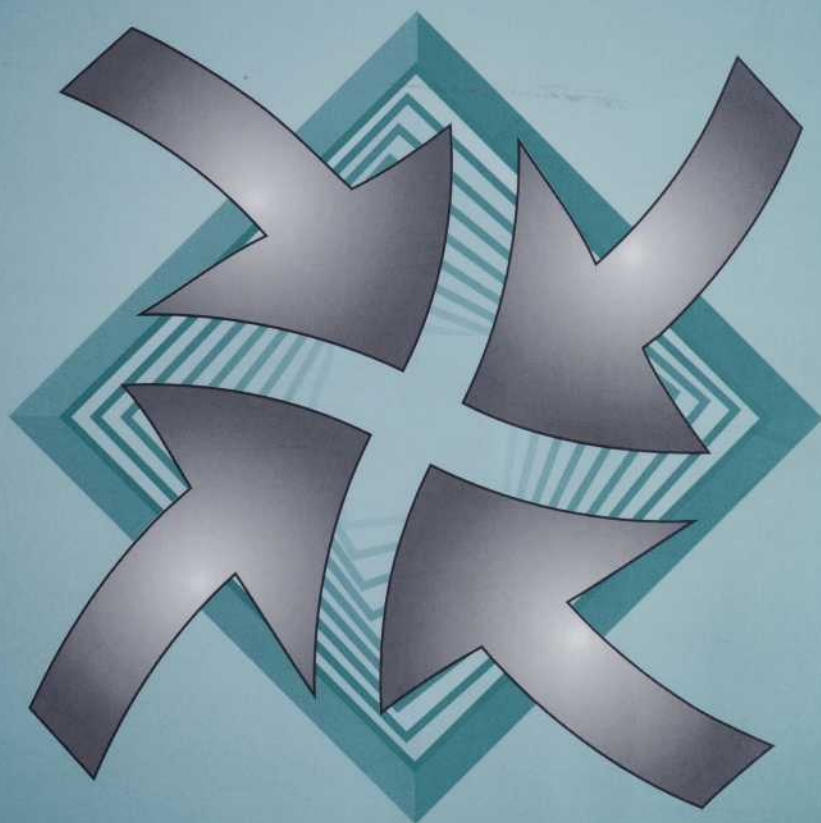


617.03  
P9126  
2001

# La pratique fondée sur les faits scientifiques dans le domaine de la réadaptation



Sous la direction de  
Lucie Brosseau, PT, Ph.D.  
Claire-Jehanne Dubouloz, OT, Ph.D.

ÉDITION:



Association canadienne-française  
pour l'avancement des sciences

425, rue De La Gauchetière Est  
Montréal (Québec)  
H2L 2M7  
(514) 849-0045

*DISTRIBUTION EN LIBRAIRIE :*

Fides  
165, rue Deslauriers  
Saint-Laurent (Québec)  
H4N 2S4  
Téléphone : (514) 745-4290  
Télécopieur : (514) 745-4299

*GRAPHISME DE LA PAGE COUVERTURE :*

Nathalie Proulx



Bibliothèque Nationale du Québec

© 2001 Acfas

Dépôt légal 1er trimestre 2001  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

atalogage avant publication (CIP) au couvert III

# La pratique fondée sur les faits scientifiques dans le domaine de la réadaptation

*Actes du colloque tenu dans  
le cadre du 67<sup>e</sup> Congrès de l'Acfas  
le 11 mai 1999*

Sous la direction de  
Lucie Brosseau, PT, Ph.D.  
Claire-Jehanne Dubouloz, OT, Ph.D.

*En collaboration avec le programme de physiothérapie  
et d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa*



Rm

930

p72

2001

## TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	v
Préface.....	vii
Introduction.....	1
<b>I Premier domaine de réflexion : perspective du client</b>	
Description de ma période de traitement en réadaptation..... <i>Hélène Larochelle</i>	5
Chers professionnels de la santé..... <i>Louise Martel</i>	7
<b>II Deuxième domaine de réflexion : perspective du clinicien</b>	
La promotion de la pratique de l'ergothérapie fondée sur les faits scientifiques au Canada..... <i>Claudia von Zweck et Diane Méthot</i>	13
La pratique fondée sur les faits scientifiques selon l'Association canadienne de physiothérapie..... <i>Dianne Parker-Taillon</i>	19
La pratique fondée sur les faits scientifiques et le clinicien..... <i>Judy King et Sue Balmer</i>	25
Le développement d'un protocole clinique pour le traitement de l'arthrite rhumatoïde..... <i>Danielle McCormack, Sydney Lineker, Hazel Wood et Barbara Stokes</i>	31
L'utilisation du PPH dans l'évaluation de la communication en démence..... <i>Meredith Wright, Linda Garcia, Marie-Josée Neault, Sophia Louise Ferguson</i>	35
<b>III Troisième domaine de réflexion : perspective du chercheur</b>	
L'intégration des faits scientifiques à la pratique : proposition d'un cadre d'application aux spécialistes de la réadaptation..... <i>Jo Logan, Ian Graham et Lucie Brosseau</i>	57
L'exploration des perceptions de huit ergothérapeutes sur la pratique fondée sur les faits scientifiques..... <i>Claire-Jehanne Dubouloz, Mary Egan, Josée Vallerand et Claudia von Zweck</i>	77

La Collaboration Cochrane : un outil essentiel aux spécialistes de la réadaptation .....91  
*Lucie Brosseau et Dianne Parker-Taillon*

L'importance de la pratique clinique fondée sur les faits scientifiques : les résultats  
d'un programme de réadaptation auprès d'enfants présentant des problèmes d'audition ....99  
*Alice Eriks-Brophy, Andrée Durieux-Smith, Elizabeth Fitzpatrick, Janet Olds  
et Joanne Wittingham*

#### **IV Quatrième domaine de réflexion : perspective de l'éducateur**

L'intégration de la pratique fondée sur les faits scientifiques dans un programme de  
formation en ergothérapie .....117  
*Jacinthe Savard, Claire-Jehanne Dubouloz, Rose Martini et Michèle Hébert*

Quelle est la contribution des sciences fondamentales à la formation des cliniciens  
en réadaptation ? .....125  
*Heidi Sveistrup*

Les programmes de maîtrise en ergothérapie : preuve de vision ou reflet de la maturité  
d'une profession ? .....131  
*Sandra Hobson, Hélène Polatajko, Janet Miller-Polgar et Joanne Cook*

**V Synthèse générale** .....137  
Cette synthèse fera le point des différents enjeux qu'ont engendré les discussions sur  
chaque thème

**Conclusion** .....139

**Liste des auteurs et collaborateurs** .....141

## REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier l'École des sciences de la réadaptation, le Docteur Denis Carrier, vice-recteur aux affaires académiques et le groupe d'intérêt en recherche de l'Association canadienne de physiothérapie (ACP) de leur reconnaissance de l'importance de ce projet et de leur précieux appui financier respectif pour réaliser la publication des actes du Colloque. Nous tenons également à exprimer notre reconnaissance au Groupe musculosquelettique de la Collaboration Cochrane, en particulier : Docteur Peter Tugwell, Docteur Georges Wells, Madame Jessie McGowan, Madame Dianne Parker Taillon, Madame Beveley Shea ainsi que Madame Vivian Welch pour leur participation à un cours de formation portant sur la méthodologie Cochrane. Une partie des revenus de ce cours a servi à l'embauche d'une assistante à l'édition de ce livre : Madame Nathalie Lamy. Nous remercions cette dernière de son excellent travail de traduction et d'édition du présent manuscrit. Nous remercions également Madame Mélanie Farmer pour sa précieuse aide.

Nous tenons également à exprimer notre appréciation envers des anciennes bénéficiaires de services de réadaptation, Mesdames Laroche et Martel, les professeurs, chercheurs et cliniciens ainsi que les présidentes de session, Madame Durieux-Smith et Madame Laferrière. Toutes ces personnes ont choisi de participer à ce projet d'envergure, ont cru et ont contribué à l'avancement des connaissances dans ce domaine de recherche en émergence qu'est *la pratique fondée sur les faits scientifiques dans le domaine de la réadaptation*. Nous voudrions aussi remercier les congressistes de ce Colloque de leur précieuse participation aux discussions synthèses qui seront publiées dans le présent manuscrit.

Nous souhaitons plus particulièrement remercier Madame Carole Langevin, secrétaire exécutive de l'École des sciences de la réadaptation de sa collaboration exceptionnelle au succès du Colloque et de la publication des actes du Colloque. Nous aimerions de plus exprimer notre gratitude envers les évaluateuses externes, Madame Francine Ferland, Madame Marie-Josée Durand et Madame Lucie Laferrière pour leur excellent travail dans la sélection des résumés de communication soumis au Colloque.

Lucie Brosseau, Ph.D., B.Sc., pht. (c)  
Professeure assistante  
Programme de physiothérapie

Claire-Jehanne Dubouloz, Ph.D., B.Sc., OT (c)  
Professeure agrégée  
Programme d'ergothérapie



## PRÉFACE

Au cours des dernières années, la pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS) s'est avérée une des forces principales quant à l'orientation de la clinique et de la recherche dans le domaine des sciences de la réadaptation. Le 11 mai 1999, plusieurs chercheurs, éducateurs, clients, représentants d'associations professionnelles nationales et cliniciens se sont regroupés, lors d'un événement unique, dans le but de discuter de la PFFS. Cette rencontre a permis la production de cet ouvrage, qui explore différentes perceptions, fournit des outils aux chercheurs et cliniciens, propose des exemples de partenariats entre milieux cliniques et institutions d'enseignement, ainsi que différentes façons innovatrices d'intégrer la PFFS aux programmes de formation universitaire.

L'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (Acfas), créée en 1923, travaille à la promotion de la science et de la technologie. Son congrès annuel représente un événement important pour la francophonie. Le colloque « La pratique fondée sur les faits scientifiques dans le domaine de la réadaptation » fut appuyé par l'École des sciences de la réadaptation et le Vice-rectorat des affaires académiques de l'Université d'Ottawa. Il fut organisé par deux professeures de l'école, Lucie Brosseau et Claire-Jehanne Dubouloz, qui ont de plus, entrepris de co-éditer les actes de ce colloque.

Quatre domaines de réflexion furent abordés lors de cette journée; le premier étant la perspective du client. Plusieurs autres conseils au niveau pratique sont également énoncés. À cet effet, différents représentants de l'Association canadienne d'ergothérapie et de l'Association canadienne de physiothérapie ont discuté de l'importance d'une PFFS pour nos professions; des obstacles à l'implantation de la PFFS; et de la façon dont les associations contribuent à créer un changement. Deux personnes ayant bénéficié d'une période réadaptation, sont venues témoigner de leur expérience et partager leur opinion sur la PFFS. Ces présences à ce colloque représentent une innovation et démontrent l'importance de recueillir la perspective des clients. La perspective du clinicien constitue le second domaine de réflexion. Ceux-ci incluent l'implantation dans le milieu clinique d'un projet de recherche sur la PFFS, la création d'un protocole de traitement de l'arthrite rhumatoïde, et l'utilisation de la CIH-2 dans l'évaluation des habiletés communicatives de patients avec démence. Dans le troisième domaine, des chercheurs présentent leurs travaux quant à l'utilité des faits scientifiques pour la pratique. Les obstacles à l'encontre d'une PFFS y sont également discutés selon une perspective multidisciplinaire. La Collaboration Cochrane est décrite comme un outil utile aux chercheurs en réadaptation. Un exemple de recherche clinique est illustré renforçant notre connaissance de la PFFS pour des enfants traités en audiologie. La perspective de l'éducateur est analysée dans le cadre du quatrième domaine de réflexion. Les éducateurs y discutent de l'intégration de la PFFS dans un programme de formation en ergothérapie; de la contribution de la science fondamentale à la formation de professionnels en réadaptation; et d'une formation au niveau de la maîtrise en ergothérapie.

J'ai la conviction que cette publication aura sa place dans les écrits existant déjà en français sur ce sujet. Réflexions et suggestions pratiques émergeront sûrement quant à nos efforts visant une PFFS. Des outils seront fournis aux chercheurs et cliniciens. Félicitations à toutes les personnes responsables de la bonne réalisation de cet ouvrage.

Joan McComas, Ph.D., PT(c)  
Doyenne associée et Directrice  
École des sciences de la réadaptation

## INTRODUCTION

Ce manuscrit sur la pratique fondée sur des faits scientifiques dans le domaine de la réadaptation a pour but de :

- Proposer un bilan des différents cadres théoriques et des différentes stratégies actuelles ou futures.
- Favoriser les échanges multidisciplinaires sur un enjeu professionnel actuel

Ce manuscrit identifie quatre perspectives associées à quatre groupes de personnes cibles : la perspective du client, la perspective du clinicien, la perspective du chercheur et la perspective de l'éducateur. Chaque perspective permettra d'identifier certains enjeux particuliers vécus par ces personnes cibles.



**Premier domaine de réflexion :  
perspective du client**

**Témoignages des anciennes clientes**



## DESCRIPTION DE MA PÉRIODE DE TRAITEMENT EN RÉADAPTATION

Hélène Larochelle

**UN CHOIX DÉLIBÉRÉ** – « En premier lieu, il faut mentionner que j'avais demandé à la Clinique de sclérose en plaques (SEP) de m'inscrire à un programme intensif de réadaptation à la suite d'une détérioration physique de ma condition avant les Fêtes.

La réadaptation fut une période de neuf semaines durant laquelle j'ai beaucoup appris. J'ai fait des gains à plusieurs niveaux. On m'a aidé à trouver des moyens pour demeurer le plus autonome possible; c'était mon désir le plus profond. On m'a également aidé à atteindre les objectifs que je m'étais fixés.

À tous les jours, j'avais une heure d'ergothérapie durant laquelle on me montrait certains exercices spécifiques à ma condition. Des outils, des jeux, des équipements pour m'aider à les réaliser m'étaient enseignés. C'est également par le biais de l'ergothérapie qu'on m'a offert des cours de cuisine et d'informatique. De plus, on m'a fait connaître des trucs et du matériel pour m'aider à continuer à réaliser des activités quotidiennes de façon autonome.

Je bénéficiais également d'une heure de physiothérapie. L'objectif était de m'outiller en vue de mon retour à domicile. Des « trucs » pour réaliser un maximum d'exercices par moi-même et certains autres avec un minimum d'aide me furent enseignés afin que je maintienne une certaine flexibilité. On m'a également offert d'utiliser de l'équipement spécialisé en palestre comme la table basculante.

Ce programme d'entraînement m'a aidé, j'en suis persuadée, à réaliser l'objectif que je m'étais fixée, soit de marcher au moins un pas avant de quitter le Centre. La dernière semaine, je pouvais faire une dizaine de pas entre les barres parallèles.

### Comment les traitements ont-ils aidé ?

#### BONNE ÉVALUATION AU DÉPART

On a identifié précisément ce qui faisait défaut et les sources de ces mauvais fonctionnements.

#### ÉLABORATION D'UN PROGRAMME ADAPTÉ À MES BESOINS

Le programme comprenait des exercices spécifiques, l'identification d'équipements ou de matériel pouvant m'aider, le renforcement de ma masse musculaire, tout ça, en visant toujours que la majorité des exercices et du matériel suggérés puissent se faire ou s'utiliser seule.

**PROGRAMME ÉLABORÉ EN COORDINATION AVEC TOUTE L'ÉQUIPE DE TRAVAIL** (c'est-à-dire les médecins, les infirmières, le psychologue, le travailleur social, l'ergothérapeute et le physiothérapeute).

### **Est-ce que j'étais informée des résultats de la recherche liés aux interventions ?**

On m'a peu appris de neuf en rapport avec les possibilités d'amélioration en ce qui a trait à la SEP puisque j'ai beaucoup lu sur le sujet depuis dix ans; elles sont très limitées mais on m'a encouragée à continuer à croire qu'en se maintenant en bonne forme physique, la détérioration sur le plan neurologique serait ralentie.

### **Comment les thérapeutes devraient présenter les justifications scientifiques de leurs choix ?**

Après une bonne évaluation des habiletés de la personne, le thérapeute doit faire un lien entre le problème identifié et les exercices/moyens qu'il a retenus de même que présenter les objectifs visés et le programme auquel la personne devra participer.

### **Y a-t-il d'autres éléments que je juge importants sur la pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS) ?**

L'importance de se tenir à jour, il s'agit là d'un DEVOIR pour les thérapeutes puisque le client est en DROIT de bénéficier des dernières découvertes ou faits scientifiques en vue d'améliorer sa condition. »

## CHERS PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ...

Louise Martel

C'est avec grand plaisir que je viens partager avec vous tous un bout de cheminement personnel.

Le 11 janvier 1996 fut le jour où ma vie changea dramatiquement. Ce matin là, je me suis levée comme d'habitude, la journée s'annonçait assez calme. J'avais terminé ma semaine de travail au bureau de santé et je planifiais d'aider Maurice, mon mari à la ferme. Qui aurait soupçonné que ma vie changerait si tragiquement ce soir là ?

Vers trois heures de l'après-midi, nous avons commencé le boulot à la grange. Je m'apprêtais à soigner les vaches. J'avais ouvert la porte pour aller chercher la moulée comme d'habitude, lorsque soudainement je me suis retrouvée allongée par terre, ne pouvant plus bouger les membres de mon corps. C'est à ce moment-là que j'ai réalisé qu'une balle de foin pesant 650lbs était tombée sur ma tête et m'avait complètement paralysée. Je savais que mon accident était sérieux. J'avais hâte d'arriver à l'hôpital pour connaître mon diagnostic. Les spécialistes ont informé mon mari que je souffrais d'une contusion à la moelle épinière (niveaux C<sub>3</sub> - C<sub>4</sub>) et qu'ils ne pouvaient se prononcer sur le pronostic, mais que ma condition était critique. Quel choc!

J'ai été hospitalisée en neurologie à l'hôpital d'Ottawa, campus général. Je ne faisais que pleurer. Je ne pouvais pas bouger. On faisait tout pour moi. C'était comme un rêve et je voulais me réveiller au plus vite. Je voulais reculer le temps.

Comme je suis infirmière de profession, je savais que c'était important que je bouge au plus vite. C'est à ce moment-là que j'ai fait la connaissance des physiothérapeutes et des ergothérapeutes. On a commencé à me faire bouger via des exercices pour les jambes, les bras et les mains. J'avais de la physiothérapie l'après-midi. Une amie qui s'était familiarisée avec mon programme d'exercices me visitait le matin pour m'aider, car je voulais absolument bouger.

Rapidement mes besoins ont été évalués. Je dormais avec des prothèses aux pieds et aux mains, on me tournait à toutes les deux heures, bref, on faisait tout pour moi. Lorsque je désirais l'aide des infirmières, je devais souffler dans une paille pour les appeler.

Au bout de deux semaines, j'ai commencé à bouger un peu mes orteils. Nous étions si contents. Mais mes bras et mes mains demeuraient immobiles. Alors, Maurice, mon mari exerçait mes doigts tous les soirs afin de préserver ma flexibilité. À tous les jours, on m'évaluait et on adaptait le programme pour répondre à mes besoins spécifiques.

J'avais tellement hâte d'arriver au Centre de réadaptation (CR) (Ottawa) pour que je puisse commencer le plus rapidement possible mon vrai programme de réadaptation. J'en avais tellement entendu parler.

Ainsi le 1<sup>er</sup> février on je fus transférée au CR. De plus, comme je ne désirais voir personne pour le moment, je pus me retrouver dans une chambre privée.

Je me suis familiarisée avec le programme. J'ai rencontré d'autres personnes avec des problèmes similaires. J'étais dépendante des autres pour me laver, me faire manger, m'habiller, me transférer et me positionner.

Je rencontrais l'ergothérapeute une fois par jour. Elle me faisait faire des exercices aux doigts et aux mains. Elle devait adapter la chaise longue dans laquelle on me promenait, car mes bras ne bougeaient pas encore.

### **Comment les traitements ont-ils aidé ?**

Au bout de cinq à six semaines, j'ai commencé à bouger mes bras et mes doigts. J'ai alors commencé à faire par moi-même des exercices pour mes mains. L'ergothérapeute était constamment à l'écoute de mes besoins. Celle-ci adaptait le programme au fur et à mesure qu'il se produisait des changements. La physiothérapeute faisait de même. Je la voyais à tous les jours pour une session d'exercices. Je regardais les barres parallèles et je me disais : « un jour ce sera toi qui marchera à ces barres ». Je participais activement au programme car je savais que c'était la seule façon de m'améliorer.

J'ai accepté de faire partie d'une recherche en physiothérapie – après six semaines de réadaptation – cette recherche portait sur l'entraînement à la marche à l'aide d'un tapis roulant. J'étais suspendue par un harnais afin de marcher sur le tapis roulant. Le harnais supportait tout mon poids. Deux physiothérapeutes avançaient mes pieds afin de me faire marcher sur le tapis roulant. En me regardant, Maurice avait l'impression de se trouver sur une autre planète. J'avais trois sessions par semaine. Au fur et à mesure que les semaines avançaient, je supportais un peu plus mon poids sur mes jambes et je commençais à marcher par moi-même. Au bout de trois mois, je pouvais supporter tout mon poids. Je pouvais marcher pendant dix minutes. J'étais vraiment fière du résultat.

À la fin du mois de mars 1996, je pouvais aller chez moi durant les fins de semaine. L'ergothérapeute s'assurait que j'avais tout l'équipement nécessaire pour mes besoins. Lorsque je suis retournée à la maison pour la première fois, ça a été émouvant. Maurice a poussé ma chaise roulante. Ma belle-mère m'a accueillie les bras ouverts. C'était notre 13<sup>e</sup> anniversaire de mariage. Je me sentais comme une étrangère dans ma propre maison. Les retours au CR les dimanches soirs étaient pénibles. Je savais cependant que je devais poursuivre mon programme afin de m'améliorer. À cette fin, j'y mettais tous mes efforts.

Le 21 avril, j'ai fait mes premiers pas dans l'eau au milieu des barres parallèles. Tout un exploit! Alors la physiothérapeute a encore modifié le programme afin que je continue de travailler et de m'améliorer. J'ai commencé à manger toute seule grâce à des appareils adaptés que l'ergothérapeute avait mis à ma disposition. Enfin je pouvais manger à mon rythme! Je prenais de plus en plus de force dans mes jambes. Que j'avais donc hâte de marcher un peu par moi-même. Je n'abandonnais pas, car je savais qu'un jour je remarcherais. Je continuais à m'exercer quotidiennement et mes mains devenaient aussi plus

habiles. Ce n'était pas évident de cuisiner en chaise roulante. J'essayais de couper un concombre et je n'avais pas la force requise. Alors l'ergothérapeute m'a présenté toutes sortes de « trucs » afin de me faciliter la tâche.

Un bon matin, au mois de mai, la physiothérapeute m'a dit : « Louise t'es prête, on progresse au gymnase et t'essaies la marchette ». J'ai pu marcher un peu par moi-même. Quelle sensation! Quelle joie!

Au début du mois de juin, on a commencé à préparer mon départ pour la maison. Dieu sait que c'était toute une étape! L'ergothérapeute a évalué ma maison de fond en comble. Elle a évalué mes besoins. Elle a préparé la liste d'équipements et a réévalué mon programme d'exercices. Il y a une phrase que j'ai toujours retenue d'elle : « Tu es capable de faire tout ce que tu veux; pas nécessairement de la même façon, mais tu le feras ». La physiothérapeute a fait la même chose, c'est-à-dire réévaluer mon programme.

Le 29 juin est arrivé, c'était le départ. J'ai quitté ces personnes avec qui j'avais cheminé pendant six mois, pendant la période la plus creuse de ma vie. Ils avaient été là pour moi, à mon écoute, à mes besoins. Ils m'ont pris par la main et m'ont dit : « Louise t'es capable. On est là avec toi. Tu vas t'en sortir ». Ils avaient toujours un bon mot d'encouragement et avaient cru en moi tout comme moi j'ai cru en eux.

J'ai continué ma thérapie au CR à raison de trois jours par semaine pendant six mois. Je faisais mes exercices pour mes mains à tous les jours. Mes étirements étaient faits par les auxiliaires des soins à domicile. Tranquillement, j'apprivoisais mon environnement. Mon endurance augmentait. J'essayais d'en faire plus dans la cuisine. On avait ajouté une tablette à ma marchette; ce qui me sauvait des pas.

En décembre 1996, on m'a donné mon congé, mais je voulais aller plus loin. Je me suis alors trouvée un physiothérapeute que je vois encore à chaque semaine. Je continue toujours à faire des exercices prescrits par lui, et ce, aussi souvent que je le peux.

En juin 1997, j'ai réussi l'examen pour l'obtention de mon permis de conduite. Une ergothérapeute m'accompagne à travers cette épreuve.

Je suis retournée travailler en septembre 1997. Mes besoins spécifiques ont été évalués par une ergothérapeute. Nous avons rencontré l'employeur ensemble. Nous avons discuté de mes limites et nous avons déterminé un plan de retour au travail. Mon lieu de travail est modifié d'après les recommandations de l'ergothérapeute. Je possède une chaise ergonomique, un casque d'écoute et une modification au pupitre et à l'étagère. En ce moment je marche avec une canne. J'ai débuté avec deux heures par semaine. J'étais épuisée après la première journée. Aujourd'hui, je travaille une journée et demie par semaine. Je veux me rendre à deux jours par semaine.

Je continue toujours à faire mes exercices pour les mains le plus souvent que je le peux. Ma force est aux deux tiers d'une force normale. Je me débrouille assez bien. Je vois mon physiothérapeute tous les lundis. Je fais mon programme d'exercices trois à quatre fois

par semaine. Les spécialistes me disent que j'ai atteint un plateau. Je ne les crois pas, car de saison en saison j'estime que je m'améliore. Je ne lâcherai jamais, car une vie est toujours en construction.

### **Est-ce que j'étais informée des résultats de la recherche liés aux interventions ?**

Lorsque je rencontrais mes thérapeutes pour mes traitements, elles m'expliquaient le pourquoi de chaque exercice et cela me suffisait. Je n'étais pas intéressée à recevoir des explications très scientifiques, car à ce moment-là ma concentration était limitée. J'étais vraiment centrée sur moi-même. Je leur faisais confiance et je ne tenais pas à en savoir plus. Tant et aussi longtemps que je faisais du progrès, c'était ça qui était important pour moi et non de savoir si ma thérapie se fondait sur une telle ou telle théorie. Je crois que ce qui est doublement important c'est d'établir un climat de confiance où le client se sent vraiment écouté et compris. À travers cette relation intime, celui-ci participera activement à son traitement.

### **Comment les thérapeutes devraient présenter les justifications scientifiques de leurs choix ?**

Comme je l'ai mentionné précédemment, j'ai participé à une recherche sur le tapis roulant. À ce moment là, je le faisais pour moi, afin d'améliorer mon sort. Je ne pensais même pas à la recherche. On devient tellement centré sur soi-même. On veut tellement s'en sortir que les résultats de la recherche importent peu. Par contre, aujourd'hui c'est différent. Je serais intéressée de savoir si vraiment cet entraînement à la marche a été bénéfique à ma réadaptation et à me familiariser avec les résultats de la recherche.

### **Y a-t-il d'autres éléments que je juge importants sur la pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS) ?**

À travers mon expérience de vie, vous avez pu constater très facilement comment l'ergothérapeute et la physiothérapeute occupaient un rôle très important dans ma réadaptation. Ils étaient là dès le début à évaluer mes besoins spécifiques, à modifier le programme de réadaptation au fur et à mesure que mes besoins changeaient. Il ont su me guider et m'encourager tout au long de ce chemin cahoteux. À travers leurs traitements, j'ai progressé tranquillement pour pouvoir me réadapter à une vie beaucoup plus normale. Même après trois ans, je respecte encore leur prescription. Je crois que ça me servira toute ma vie si je veux vraiment pousser ma réadaptation à son potentiel maximum.

Chan, Geneviève, Isabelle, Claude, Tina, Tom, je vous remercie de votre dévouement, de votre présence et de votre encouragement. Continuez votre bon travail.

Deuxième domaine de réflexion :  
perspective du clinicien



## LA PROMOTION DE LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE FONDÉE SUR LES FAITS SCIENTIFIQUES AU CANADA

Claudia von Zweck et Diane Méthot

### Résumé

La pratique de l'ergothérapie fondée sur les faits scientifiques (FS) est le processus d'indépendance occupationnelle centré sur le client. Ce processus est fondé sur l'information relative au client et sur une recension critique des écrits pertinents, sur un consensus d'experts et sur l'expérience antérieure. Les ergothérapeutes doivent utiliser ces FS lors du processus de prise de décision dans le but de définir les approches, pour les services en ergothérapie qui permettent d'atteindre des résultats optimaux, d'être consistant, de promouvoir la continuité et de restreindre les coûts et dans le but de valider le rôle des ergothérapeutes envers les clients, les payeurs et les autres professionnels de la santé. Il est primordial, en ces temps de restructuration et de privatisation grandissante des soins de la santé au Canada, que les ergothérapeutes puissent rendre compte de l'efficacité des services qu'ils prodiguent. Plusieurs obstacles comme des contraintes de temps, de ressources et des connaissances limitées pour la recherche entravent le développement et l'utilisation des FS dans la pratique de l'ergothérapie. L'Association canadienne d'ergothérapie (ACE), en tant qu'association professionnelle nationale représentant les ergothérapeutes, a entrepris plusieurs initiatives afin de démystifier le terme « pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS) » et de faciliter l'intégration des FS dans la pratique de l'ergothérapie. Nos initiatives sont conçues pour enseigner les habiletés et fournir les outils nécessaires à la PFFS ainsi que de communiquer les FS liés à l'efficacité de l'ergothérapie à un public large. Cette présentation soulignera quelques activités de l'ACE dans chacun de ces domaines.

Les professionnels de la santé sont confrontés à de nombreux défis résultant de la réforme et de la privatisation croissante des services de santé au Canada. Afin de demeurer concurrentiels dans ce milieu en perpétuel changement, les ergothérapeutes sont tenus de rendre compte de l'efficacité des services qu'ils offrent à la population. Les clients, les contribuables, les autres professionnels de la santé et les gestionnaires s'attendent à ce que les ergothérapeutes emploient les meilleures méthodes thérapeutiques. Ces méthodes doivent permettre d'atteindre des résultats optimaux en fonction des besoins et préférences des clients et ce, à un coût minime.

L'intégration de faits scientifiques (FS) dans la prise de décisions cliniques en vue d'améliorer la pratique s'est déroulée très lentement chez les ergothérapeutes. La même situation existe dans le milieu de la santé en général (Dubouloz, Egan, Vallerand et von Zweck, 1999). Selon Law et Baum (1998), le plus grand défi de l'ergothérapie fondée sur les résultats n'est pas le manque de FS, mais plutôt, la difficulté qu'ont les ergothérapeutes à transférer les connaissances provenant de la recherche à leur pratique.

### Les obstacles à l'application de la recherche à la pratique de l'ergothérapie

Un certain nombre d'obstacles érigés contre l'application de la recherche à la pratique de l'ergothérapie au Canada ont été mis en évidence dans les écrits scientifiques, dont les suivantes :

- Un manque de compréhension et d'accord mutuel quant à la signification de la pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS) au sein de la profession (Egan, Dubouloz, von Zweck et Vallerand, 1998).

- Un manque de temps, de soutien ou de ressources, pour explorer les écrits scientifiques et identifier les sources de FS appropriées ou autres
- Un manque de connaissances et de compétences pour évaluer les résultats de recherche (Law et Baum, 1998).
- Une difficulté à gérer le processus de changement qu'entraînent les FS dans la pratique (Dubouloz et al., 1999).
- Une difficulté à intégrer les résultats de recherche à la pratique.

### **L'importance de travailler en collaboration**

La PFFS en ergothérapie se doit d'être une responsabilité partagée. La mission de l'Association canadienne d'ergothérapie (ACE) consiste à fournir un rôle de meneur, du soutien et des services afin de promouvoir la profession et de favoriser la santé et le bien-être des Canadiens. Il est clair que pour faire avancer la profession, l'ACE doit jouer un rôle de premier plan dans la promotion de la PFFS en ergothérapie au Canada. L'ACE doit cependant reconnaître le rôle des autres parties intéressées à cette initiative et collaborer afin de faire tomber les obstacles auxquels se heurtent les ergothérapeutes canadiens lorsqu'ils tentent d'intégrer les FS à leur pratique.

À cette fin, l'ACE a collaboré avec l'Association canadienne des programmes universitaires, les ordres provinciaux, et les associations provinciales d'ergothérapie au Canada, dans le but d'élaborer une prise de position quant à la PFFS en ergothérapie (CAOT, ACOTUP et ACOTRO, 1999). Ce projet a suscité de nombreux débats dans le milieu des ergothérapeutes canadiens, dont le but était de parvenir à une définition commune de la PFFS et de cibler des questions significatives liées à l'utilisation de FS en ergothérapie.

Il est à souhaiter que cette nouvelle prise de position soit largement diffusée à l'intérieur et à l'extérieur de la profession. Les ergothérapeutes, les clients, les contribuables, les preneurs de décision, les éducateurs, les ordres et les associations professionnelles sont tous considérés comme des partenaires importants pour appuyer la PFFS en ergothérapie. Une politique, des règlements et un financement insuffisants peuvent sérieusement compromettre l'utilisation de FS par les ergothérapeutes lors de leur prise de décisions cliniques.

La prise de position officielle établit clairement la responsabilité de tous les groupes d'intérêt face à l'adoption de la PFFS en ergothérapie. Cette prise de position se définit comme « la promotion de l'occupation centrée sur le client, fondée sur l'information du client, un examen critique de la recherche pertinente, un consensus des experts et l'expérience passée » (CAOT, ACOTUP, ACOTRO, 1999). Cette définition reconnaît la gamme de sources et de FS à la disposition des ergothérapeutes; par exemple, la disponibilité de résultats de recherche traditionnels, comme les essais cliniques randomisés. Elle reconnaît également que l'information fournie par le client ainsi que les connaissances des ergothérapeutes, acquises au fil des expériences passées, représentent des atouts devant être considérés. Les ergothérapeutes doivent devenir habiles à reconnaître et à utiliser les sources appropriées et les types de FS liés au processus ergothérapique centré sur le client.

## Le rôle de l'Association canadienne d'ergothérapie

L'ACE joue depuis longtemps un rôle de chef de file dans l'élaboration et la diffusion de directives nationales sur la pratique centrée sur le client, dans le but de promouvoir l'excellence dans la pratique de l'ergothérapie au Canada. En 1983, l'ACE a d'abord publié le document marquant « Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client ». Cette publication exposait le cadre conceptuel et le processus ergothérapique pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client. Le document décrivait également l'importance de tenir compte des clients et de leur environnement dans les trois domaines du rendement occupationnel (soins personnels, productivité et loisirs) et dans les quatre composantes du rendement (activités mentales, physiques, socioculturelles et spirituelles) (ACE, 1983; ACE, 1991).

Ces concepts de la pratique centrée sur le client ont été utilisés par la suite dans « Promouvoir l'occupation » : une perspective de l'ergothérapie, parue en 1997 (ACE, 1997). Ces publications ont favorisé l'acceptation et l'intégration de la pratique centrée sur le client dans les services d'ergothérapie canadiens.

Par définition, la pratique de l'ergothérapie centrée sur le client fait appel à une collaboration entre le client et l'ergothérapeute dans le but d'atteindre les objectifs qui sont significatifs pour le client (ACE, 1997). Comme les objectifs et les besoins des clients peuvent être considérés comme étant uniques, nombre d'ergothérapeutes peuvent afficher des réticences face aux FS qui découlent souvent d'études effectuées à partir d'une population spécifique, hésitant ainsi à s'en servir avec leurs clients (Egan et al., 1998). La conciliation de ces aspects de la pratique est de la plus haute importance afin que les ergothérapeutes reconnaissent la pertinence de FS dans le modèle de pratique centrée sur le client.

L'ACE reconnaît l'importance de son rôle en continuant d'offrir son soutien pour favoriser le développement des connaissances et des compétences requises dans la PFFS. Récemment, un numéro spécial de la Revue canadienne d'ergothérapie consacré à la PFFS en ergothérapie, présentait de l'information pertinente sur les méthodes auxquelles les ergothérapeutes peuvent faire appel pour s'assurer qu'ils œuvrent à l'aide des meilleurs outils thérapeutiques disponibles (Law, Baum et Moore, 1998).

Outre cette ressource, la nouvelle publication de l'ACE, « L'évaluation de programme en ergothérapie : Guide pratique fondé sur l'évidence scientifique », expose le processus permettant aux ergothérapeutes de planifier et d'évaluer l'efficacité et les avantages de leurs programmes (Letts, Law, Pollock, Stewart, Westmorland, Philpot et Bosch, 1999).

Ces ressources seront enrichies par l'arrivée d'une nouvelle trousse de l'ACE sur la PFFS. Cette trousse fournira une liste d'articles de journaux scientifiques et de mesures des résultats, ainsi que des stratégies à l'intention des ergothérapeutes qui souhaitent fonder leur pratique sur des FS (CAOT, 1999). Cette trousse devrait être disponible en décembre 99.

L'information fournie de façon passive, comme les articles de journaux et les publications, n'est pas suffisante pour guider les ergothérapeutes qui souhaitent fonder leur prise de décisions sur des FS. Ainsi, l'ACE continuera d'offrir des séances d'éducation à distance, comme les téléconférences, les babillards électroniques et les ateliers régionaux, afin de favoriser l'échange d'information et les discussions sur des sujets concernant la PFFS en ergothérapie.

L'ACE a également mis sur pied une campagne promotionnelle nommée « L'ergothérapie à l'œuvre ». Cette campagne sera faite en collaboration avec les associations provinciales d'ergothérapie, dans le but de promouvoir, à un plus vaste auditoire, l'ergothérapie et l'importance d'utiliser des FS pour démontrer l'efficacité de la profession. Cette campagne a débuté en juillet 1999 et devrait s'étaler sur une période de 3 ans.

L'ACE fait appel à beaucoup d'autres mécanismes pour favoriser la recherche et le partage de résultats scientifiques, comme le démontre son appui à la Fondation canadienne d'ergothérapie. À titre de commanditaire principal de la Fondation, l'ACE fournit indirectement un appui financier à des chercheurs canadiens dans le domaine de l'ergothérapie. Les congrès annuels de l'ACE et la Revue canadienne d'ergothérapie sont des moyens de diffusion efficaces des résultats de recherche. Avec la publication de son nouveau périodique sur la pratique, appelé « Actualités ergothérapeutiques », l'ACE a lancé deux nouvelles chroniques consacrées à la PFFS. La chronique « La pratique fondée sur l'évidence scientifique » a été créée pour sensibiliser les ergothérapeutes à des sujets choisis, spécifiques, de la pratique fondée sur les résultats. La chronique « Mettez-le en pratique » est consacrée à la présentation, par un clinicien, d'une application des résultats de la recherche et de la théorie (Clark et Green, 1998). Cette chronique a pour but de diffuser des critiques faciles à lire de résultats de recherche dans un champ de pratique commun.

Outre ces activités, l'ACE continue de former des partenariats et d'appuyer le travail des groupes interdisciplinaires qui font connaître et utilisent les résultats de recherche dans la pratique. La nomination d'un représentant de l'ACE au Centre canadien Cochrane est un exemple de ce genre de collaboration. La Collaboration Cochrane est constituée d'un groupe de personnes provenant de différentes disciplines et partageant des intérêts communs. Ces personnes se sont regroupées pour préparer des recensions systématiques des écrits scientifiques, dans leur champ d'activité (Pollock, 1998). Ces critiques comportent une description d'une situation clinique qui expose les conséquences des résultats de la recension des écrits (Hayes et McGrath, 1998).

### Conclusion

Les ergothérapeutes doivent s'appuyer sur des FS lors de leur prise de décisions afin de fournir des services d'ergothérapie qui permettent l'atteinte de résultats optimaux du client, la continuité, la constance des soins et le contrôle des coûts. Les ergothérapeutes doivent s'appuyer sur des FS afin de pouvoir valider le rôle des ergothérapeutes auprès des clients, des contribuables et des autres professionnels de la santé.

L'ACE a mis sur pied de nombreux projets afin de favoriser l'enseignement des compétences, d'offrir les outils et d'encourager la recherche et la diffusion de faits fondés sur les résultats nécessaires à la pratique de l'ergothérapie. L'ACE reconnaît également l'importance de former des partenariats avec les autres parties intéressées à la pratique de l'ergothérapie au Canada, afin de faire disparaître les entraves à l'intégration de faits scientifiques dans la pratique de l'ergothérapie. L'ACE souhaite l'établissement de partenariats avec les clients, les cliniciens, les chercheurs et les éducateurs.

### Références

- Association canadienne des ergothérapeutes (1983). *Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client*. Toronto, ON : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes (1991). *Lignes directrices pour une pratique de l'ergothérapie centrée sur le client*. Toronto. ON : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes (1997). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Canadian Association of Occupational Therapists, Association of Canadian Occupational Therapy University Programs, Association of Canadian Occupational Therapy, Regulatory Organizations (1999). Position Statement on Evidence Based Occupational Therapy, *Revue canadienne d'ergothérapie*.
- Canadian Association of Occupational Therapists (1999). *Tool Kit on Evidence-Based Practice*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Clark Green, M. (Éd.) (1998). Devenir rédacteur pour le nouveau magazine de pratique de l'ACE, pourquoi pas ? *National*, 15, (6), 14-15.
- Dubouloz, C.-J., Egan, M., Vallerand, J. et von Zweck, C. (1999). Occupational Therapists' Perception of Evidence-Based Practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, (5), 445-453.
- Egan, M., Dubouloz, C.-J., von Zweck, C. et Vallerand, J. (1998). The client-centred evidence based practice of occupational therapy. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 65, (3), 136-143.
- Hayes, R. et McGrath, J. (1998). Evidence-Based Practice : The Cochrane Collaboration and Occupational therapy. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 65, (3), 168-169.
- Law, M. et Baum, C. (1998). Evidence based occupational therapy. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 65, (3), 131-135.

- Law, M., Baum, C. et Moore, G. (1998). La pratique fondée sur l'évidence scientifique [Numéro spécial]. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 65, (3).
- Letts, L., Law, M., Pollock, N., Stewart, D., Westmorland, M., Philpot, A. et Bosch, J. (1999). *L'évaluation de programme en ergothérapie : Guide pratique fondé sur l'évidence scientifique*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Pollock, N. (1998). La Collaboration Cochrane. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 65, (3), 168-169.

## LA PRATIQUE FONDÉE SUR LES FAITS SCIENTIFIQUES SELON L'ASSOCIATION

### Résumé

L'Association canadienne de physiothérapie (ACP) est l'organisme professionnel national qui représente plus de 8000 physiothérapeutes. La mission de l'ACP est de fournir une ligne de conduite et une direction à la profession de physiothérapeute incitant l'excellence dans l'éducation, la pratique et la recherche et de favoriser des normes élevées en matière de santé. L'ACP seconde ses membres dans le développement de nouvelles habiletés afin que ceux-ci puissent s'adapter aux changements actuels. Depuis 1995, une des priorités majeures de l'ACP est de stimuler une pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS). Le but de la PFFS appuyée par l'ACP est de fournir aux physiothérapeutes canadiens les outils nécessaires pour les aider et les soutenir dans l'utilisation de la meilleure information scientifique disponible dans leur pratique quotidienne. L'ACP a décidé d'essayer de relever le défi en initiant des activités pour faciliter le changement dans six principaux domaines incluant : les exigences d'admission dans les programmes de formation, le perfectionnement professionnel continu, les principes directeurs pour la pratique clinique, le programme d'agrément, les mesures des habiletés apprises, ainsi qu'une banque de données de l'ACP. Cette présentation sera axée sur l'agrément de l'ACP, les objectifs, les activités et les résultats de l'ACP dans chaque domaine afin de faciliter l'adoption des principes de la PFFS par les physiothérapeutes.

Fondée en 1920, l'Association canadienne de physiothérapie (ACP) est une association professionnelle qui représente plus de 8000 physiothérapeutes et étudiants en physiothérapie au Canada. Elle s'est fixée pour mission d'être un chef de file et un guide dans la profession, d'encourager l'excellence en éducation, en pratique et en recherche et, enfin, de promouvoir les normes de santé les plus élevées pour les Canadiens. L'ACP a de nombreuses composantes dont dix succursales provinciales, deux conseils territoriaux ainsi que dix groupes d'intérêts spéciaux, comprenant entre autres la Division de la recherche.

En 1992, un groupe de l'Université McMaster de Hamilton, au Canada, annonçait l'émergence d'un nouveau modèle de pratique médicale. La pratique de la médecine fondée sur des faits scientifiques (FS) rejette l'idée que l'intuition, l'expérience clinique non systématique et les raisonnements fondés sur la physiopathologie soient suffisants pour prendre des décisions éclairées en clinique et insiste sur la prise en considération des faits tirés de la recherche clinique. La PFFS exige de nouvelles compétences chez les médecins (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992). L'ACP estimait que les physiothérapeutes auraient également besoin d'acquérir de nouvelles compétences pour s'ajuster à cette nouvelle conception de la pratique.

Parmi les diverses définitions de PFFS, l'ACP a adopté la suivante : la PFFS a des assises théoriques, fait appel aux meilleurs FS disponibles dans la prise de décisions cliniques et utilise des instruments de mesure des résultats afin d'évaluer les soins prodigués (Conseil des directeurs de programmes d'enseignement de la physiothérapie et ACP, 1995). Depuis 1995, la PFFS est l'une des priorités d'intervention de l'ACP. L'objectif de ces interventions est de doter les physiothérapeutes canadiens d'outils nécessaires à l'utilisation des meilleures données scientifiques et empiriques dans leur pratique quotidienne. L'ACP a décidé d'aborder la question en entreprenant des activités visant à faciliter les changements dans six domaines clés : la formation de base, la formation professionnelle continue, les

lignes directrices, le programme d'agrément, les instruments de mesure des résultats et le programme de la base de données de l'ACP. Les objectifs et les mesures prises par l'ACP jusqu'à maintenant dans chacun de ces domaines sont décrits ci-dessous.

### **Programme d'études de base**

Le premier objectif de l'ACP dans ce programme est d'élaborer un guide de la formation de base qui insiste sur l'importance d'inculquer les principes de la PFFS aux nouveaux praticiens. En juin 1995, l'ACP publiait « Programme d'études de base pour l'enseignement de la physiothérapie au Canada : lignes directrices pour le corps enseignant » (Conseil des directeurs de programmes d'enseignement de la physiothérapie et ACP, 1995), un document rédigé conjointement avec le Conseil des directeurs de programmes d'enseignement de la physiothérapie. Ce programme de formation de base a été élaboré pour orienter l'apprentissage de façon à former des professionnels autonomes, prudents et humains détenant les compétences nécessaires pour prodiguer des soins de manière efficace, qui ont une bonne connaissance du système canadien de soins de santé et de services sociaux et qui sont en mesure d'appliquer les principes de la recherche et de l'évaluation universitaires à leur pratique. Les lignes directrices ont par la suite été adoptées par les treize programmes universitaires de physiothérapie au Canada.

### **Programme de formation professionnelle continue**

Dans ce domaine, l'objectif de l'ACP est de permettre aux physiothérapeutes canadiens d'avoir accès à une formation professionnelle reconnue et de haute qualité qui leur présente la PFFS et les encourage à la mettre en pratique. Dans ce but, une étude visant à établir les besoins actuels des physiothérapeutes en matière de formation professionnelle continue ainsi que le rôle éventuel de l'ACP en ce domaine a été achevée en 1998. Les recommandations de l'étude seront prises en considération et mises en œuvre dans la mesure des ressources disponibles.

### Guides de pratique clinique

Dans ce domaine, les objectifs de l'ACP sont d'élaborer des lignes directrices et des stratégies visant leur mise en application dans le but de favoriser la PFFS et de faciliter la prise de décisions cliniques. Le premier pas dans cette direction a consisté à préparer un document de travail sur les lignes directrices afin de permettre une discussion éclairée et précise parmi les physiothérapeutes canadiens. En mai 1996, l'ACP publiait un document intitulé « Guides de pratique clinique : un document de travail pour l'Association canadienne de physiothérapie » (ACP, 1996). Fondé sur une recension des écrits ainsi que sur des entrevues structurées avec des commanditaires, des concepteurs, un comité d'experts, des associations professionnelles et des sommités dans le domaine de l'élaboration de lignes directrices, ce document présente les aspects importants des lignes directrices et des recommandations sur le rôle éventuel de l'ACP en ce domaine.

Le document de travail propose que l'ACP se donne un rôle de premier plan à l'échelle nationale en appuyant les activités d'élaboration des lignes directrices en physiothérapie et en participant à certaines d'entre elles. Le document fait 14 recommandations quant au rôle de l'ACP dans cinq domaines : 1) préparer et soutenir les membres, 2) faire connaître et coordonner les activités reliées à la pratique clinique, 3) constituer un réseau international, 4) examiner et sanctionner les lignes directrices et 5) former des partenariats en vue de collaborer à l'élaboration des lignes directrices. Dans l'ensemble, les recommandations font ressortir la nécessité pour l'ACP d'œuvrer en collaboration avec les organismes de réglementation et d'autres organismes sans aller jusqu'à affirmer que l'élaboration des lignes directrices constitue une fonction primordiale de l'Association.

L'ACP a déjà accepté l'idée de s'acquitter de cette partie de sa mission en partenariat comme en témoigne l'aide financière obtenue de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario pour la préparation du document de travail. L'ACP a déjà commencé à mettre en pratique certaines des recommandations qui ont été émises. Ainsi, de concert avec l'Association ontarienne de physiothérapie, l'ACP a entrepris d'établir une base de données des lignes directrices existantes ayant une influence sur la pratique de la physiothérapie.

### Programme d'agrément de l'ACP

Les objectifs de l'ACP concernant l'agrément est de mettre en place un programme d'agrément de services de physiothérapie révisé qui favorise et appuie la PFFS. En mai 1997, l'ACP a lancé son nouveau programme, décrit dans un manuel intitulé « Physiotherapy Service Accreditation : Steps to Building Practice Excellence [Agrément des services de physiothérapie : mesures menant à l'excellence dans la pratique] » (ACP, 1997). Les normes révisées portent avant tout sur les résultats plutôt que sur des méthodes d'intervention particulières. Le programme comporte quatre modules obligatoires, à savoir Direction/gestion, Gestion des ressources, Interventions auprès du client et Amélioration de la qualité des interventions auprès du client ainsi qu'un module facultatif portant sur la recherche. L'agrément est accordé à la suite d'une visite du milieu une fois les quatre modules terminés.

Les normes du module *Interventions auprès du client* encouragent l'intégration aux activités de la PFFS. Par exemple, la norme CI 3.1.4 stipule que le personnel se fonde sur l'information relative à la PFFS pour orienter l'élaboration des plans de traitement. Les normes du module *Amélioration de la qualité des interventions auprès du client* portent sur la cueillette et l'utilisation de données sur les résultats des clients et encouragent l'utilisation de données d'analyse comparative. Par exemple, la norme QI 4.1 stipule qu'il doit y avoir des procédures permettant de comparer sur une base régulière la démarche de l'établissement en ce qui a trait à l'intervention thérapeutique, ainsi que l'issue du traitement avec d'autres établissements et clientèles similaires. Le module *Recherche* insiste sur l'excellence en recherche en milieu clinique, et encourage les occasions de formation en recherche et le transfert des résultats de recherche vers la pratique. Jusqu'ici, plus d'une centaine de manuels d'agrément ont été vendus et un grand nombre de cliniques de physiothérapie canadiennes ont présenté des modules pour fins d'examen.

## **Instruments de mesure des résultats**

L'objectif de l'ACP dans le domaine des instruments de mesure des résultats est d'en arriver à ce que les physiothérapeutes canadiens utilisent régulièrement des instruments validés dans leur pratique quotidienne. Selon l'enquête menée en 1992 par Cole, Finch, Gowland et Mayo (1994), la pratique de la physiothérapie fait un usage très limité des instruments de mesure des résultats. L'obstacle le plus fréquemment cité à cet égard est la méconnaissance des instruments de mesure disponibles. En 1994, l'ACP publiait l'ouvrage intitulé « Instruments de mesure des résultats en réadaptation physique », qui est devenu la norme dans la plupart des universités au Canada et qui s'est vendu dans le monde entier (Cole et al., 1994). L'ACP a ensuite organisé des ateliers à l'échelle nationale ainsi qu'une série de téléconférences sur les instruments de mesure des résultats.

Bien qu'une étude de suivi n'ait pas été entreprise pour évaluer les changements survenus depuis 1992, des commentaires de physiothérapeutes canadiens indiquent qu'il y a actuellement deux difficultés à surmonter dans la mise en application des instruments de mesure des résultats : 1) l'absence d'instruments de mesure spécifiques validés pour certaines affections qui permettraient de comparer les résultats des clients et 2) l'absence de systèmes d'information pour aider les cliniques à gérer les données et à effectuer l'analyse comparative des résultats. L'ACP a pris des mesures visant à résoudre ces deux problèmes en créant son programme de bases de données décrit à la section suivante.

### **Programme de rapports de la base de données de l'ACP**

L'objectif de l'ACP dans ce programme est de mettre sur pied une base de données qui permettra d'examiner l'efficacité des services de physiothérapie au Canada. En 1998, l'ACP a lancé son programme de rapports de la base de données de l'ACP qui, pour la première fois au Canada, fournit aux physiothérapeutes un outil permettant de comparer des renseignements particuliers sur les établissements de physiothérapie et leurs clients. Le programme facilite l'utilisation des instruments de mesure des résultats en indiquant des instruments spécifiques à certaines atteintes. De plus, il permet aux établissements de physiothérapie de comparer leurs données à des valeurs globales représentant les résultats obtenus par d'autres établissements.

Un manuel détaillé sur le « Programme de rapports de la base de données » actuellement sous presse fournira des renseignements détaillés sur le programme, y compris des exemplaires des instruments de mesure des résultats qui ont été retenus. Le manuel contient également une description détaillée de l'application graduelle d'un processus de cueillette de données visant à faciliter la participation des services à toutes les étapes de l'intégration de la PFFS. Le Programme de rapports de la base de données de l'ACP est actuellement centré sur les instruments de mesure des résultats pour les affections musculo-squelettiques et s'adresse aux physiothérapeutes en pratique privée et à ceux qui pratiquent dans la collectivité. Il est toutefois prévu d'étendre le programme à d'autres domaines afin de répondre aux besoins des physiothérapeutes travaillant auprès d'autres clientèles.

Deux des différents types de rapports disponibles dans le « Programme de rapports de la base de données » de l'ACP seront maintenant décrits. Le rapport de base fournit aux abonnés des données démographiques de base sur les services de physiothérapie tels que les normes de main-d'œuvre, les normes de revenu par type de payeur, les instruments de mesure des résultats utilisés au Canada ainsi que les normes relatives au nombre de traitements et de clients. Étant donné que certains établissements n'ont pas de fichiers informatisés, les renseignements pour ce type de rapport peuvent être présentés par écrit.

Les rapports axés sur le client décrivent les clients et leurs traitements de physiothérapie en détail. Ces rapports demandent la cueillette de vingt données sur chaque client. Aux trois mois, les renseignements concernant tous les clients qui ont cessé de fréquenter l'établissement durant cette période sont assemblés sur une disquette et transmis à l'ACP. Les données de tous les établissements sont rassemblées pour constituer des données nationales globales. Les abonnés reçoivent vingt tableaux de résultats standard dont dix concernent leur établissement et dix présentent les moyennes nationales pour des données similaires. Ces vingt tableaux permettent aux abonnés de comparer leurs résultats pour des domaines tels que la durée moyenne de traitement, le nombre et le coût des traitements par affection, les changements moyens observés à l'aide des instruments de mesure des résultats, les statistiques sur le retour au travail. Ces renseignements permettront aux abonnés d'effectuer des analyses internes de leurs interventions et de leurs résultats, de comparer leur rendement à celui de leurs pairs et de suivre diverses tendances dans leur pratique.

Depuis 1995, l'ACP a agi en meneur en fournissant des outils aux physiothérapeutes canadiens et en les aidant à faire face aux défis que comporte le passage à la PFFS. Toutefois, il reste encore beaucoup à faire pour la profession, notamment accroître la qualité et la quantité des faits, rendre ces faits accessibles et faciles à utiliser et, enfin, faire en sorte que les cliniciens aient le temps, les techniques, le soutien et la motivation nécessaires pour prendre connaissance des faits et les appliquer dans leur pratique quotidienne.

### Références

- Association canadienne de physiothérapie (1997). *Physiotherapy Service Accreditation : Steps to Building Practice Excellence*. Toronto : ACP.
- Association canadienne de physiothérapie (1996). *Guides de pratique clinique : un document de travail pour L'Association canadienne de physiothérapie*. Toronto : ACP.
- Cole, B., Finch, E., Gowland, C. et Mayo, N. (1994). *Instruments de mesure des résultats en réadaptation physique*. Toronto : ACP.
- Conseil des directeurs de programmes d'enseignement de la physiothérapie et Association canadienne de physiothérapie (1995). *Programme d'études de base pour l'enseignement de la physiothérapie au Canada : lignes directrices pour le corps enseignant*. Toronto : ACP.

Evidence-Based Medicine Working Group (1992). Evidence-Based Medicine : A New Approach to the Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*, 17, 2420-2425.

## LA PRATIQUE FONDÉE SUR LES FAITS SCIENTIFIQUES (PFFS) ET LE CLINICIEN

Traduit et adapté avec la permission officielle de Physiotherapy Canada  
Judy King et Sue Balmer

### Résumé

Aujourd'hui, plus que jamais, un message est omniprésent : « Exposez-moi les faits ». Les compressions budgétaires dans les soins de la santé, la réforme de la santé, les systèmes de paiement qui exigent une responsabilité, l'obligation de prodiguer des interventions dont l'efficacité est reconnue, l'augmentation du nombre d'utilisateurs des services de santé et le large éventail de professionnels luttant pour une part du marché constituent des facteurs qui exigent des liens entre la pratique clinique et les faits (Loveridge, 1997). Il existe également un mouvement international, initié par l'appel de la Commission américaine des professions de la santé aux en 1995, pour mettre en œuvre la pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS) dans tous les secteurs de la médecine. Les centres médicaux fondés sur les faits et la collaboration Cochrane représentent une partie de ces initiatives. La PFFS devrait inclure tous les aspects de notre vie professionnelle. En effet, la PFFS touche à la fois les évaluations et les traitements, l'achat d'équipement et le choix de programme de formation continue. Tous les physiothérapeutes doivent continuellement chercher la meilleure information disponible pour appuyer leurs décisions. « Les meilleurs faits disponibles » s'avère le sujet clé de cette discussion. Notre profession a besoin de physiothérapeutes qui possèdent une pensée critique afin de constamment réévaluer notre pratique. Face à toutes ces pressions, les physiothérapeutes sont souvent dépassés par ces bouleversements et demeurent perplexes face à la meilleure démarche à adopter. Le but est de présenter un cadre de référence servant de guide d'application clinique de la PFFS. Les étapes suivantes seront abordées : le choix d'un sujet, le regroupement des faits scientifiques (FS), l'interprétation et l'utilisation des FS, l'évitement des obstacles rencontrés et les projets à venir. Des exemples en réadaptation auprès d'une clientèle adulte seront présentés.

### Acceptation du concept

Toute action visant une pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS) se doit d'être pertinente aux yeux des physiothérapeutes. Ainsi, au moment de présenter notre projet au service de physiothérapie du Centre de réadaptation (Ottawa), un temps considérable fut consacré à la phase d'approbation. La PFFS ainsi que l'établissement d'un environnement de travail encourageant une pensée et un jugement critiques, furent tout d'abord identifiés en tant que buts stratégiques principaux spécifiquement liés à cette discipline. Ils furent également aussitôt intégrés au sein de notre Programme de gestion de la qualité. Des efforts soutenus furent déployés afin de parvenir à un consensus parmi l'ensemble des physiothérapeutes, à l'effet que nous devons centrer nos énergies sur cette approche.

### Formulation de la bonne question

Le fait de formuler la bonne question constitue la première étape lorsque vous définissez le sujet d'une enquête; et est de plus, une étape cruciale pour assurer le succès de ce type d'initiative. La question initiale étant claire et concise, cela rendra la tâche plus facile en amenant une réponse spécifique.

Il est très utile d'avoir un portrait détaillé de la population que vous traitez, ainsi qu'une description de ce que vous faites pour elle. Vous pouvez ainsi identifier et définir vos activités importantes en tant que physiothérapeutes prenant en charge une population distincte.

Voici quelques-unes des approches que nous avons adoptées :

1. Dans quel secteur avez-vous un impact et pour lequel vous devez justifier cet impact, et par conséquent, qui vous oblige à cumuler des FS ?
2. Existe-t-il des milieux ou une pratique déjà acceptée qui nécessite l'apport de FS, afin d'interrompre ou de modifier cette pratique ?
3. Votre évaluation est-elle fondée sur des tests et des mesures cliniques validés ?

Les physiothérapeutes participant à la prise en charge de clients, victimes d'un accident cérébrovasculaire (ACV), ont identifié deux groupes : le premier dont les problèmes associés sont sévères et pour lequel l'emphase devrait être mise sur une réduction du fardeau des soins à fournir; le second, dont les clients possèdent des problèmes leur permettant d'accéder à une approche thérapeutique neuro-développementale, où, le rétablissement des mouvements normaux est visé.

Ils ont constaté cette tendance dans leur milieu clinique et souhaitent vérifier leurs observations. C'est ce qui est ainsi devenu la base de leur question. Les physiothérapeutes traitant des clients externes ou rendant des services à domicile, se sont concentrés sur l'utilisation d'outils d'évaluation appropriés à leur population. Ils avaient déjà identifié depuis plusieurs années ce besoin tout en répondant aux questions telles que : « Qui sont les clients et quel est notre rôle envers eux ». Ils furent ainsi en mesure de centrer leurs énergies.

Le groupe de physiothérapeutes traitant surtout des clients avec troubles neurologiques, incluant des individus avec une Sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou avec des lésions médullaires, désirait améliorer l'intervention respiratoire de ces clients. Ceci leur a donc servi de tremplin dans le but d'utiliser les meilleurs FS disponibles pour créer leur nouveau programme.

### Accumulation des faits scientifiques

Cette étape du processus peut se révéler la plus intéressante, mais aussi celle amenant le plus de contraintes et requérant un énorme investissement en termes de temps alloué. Quand débiter ?, Vers qui se tourner ?, Quoi faire ?. Premièrement, il y a beaucoup de jargon à maîtriser : « Lignes directrices en pratique clinique », « Recherche de consensus », « Recensions systématiques », et « Méta-analyses ». De plus, l'accès aux écrits scientifiques demeure une tâche difficile, malgré une prolifération de publications dans ce domaine.

Nous avons tous déjà entendu parler de l'autoroute de l'information et avons été fortement encouragés à l'utiliser. Nous sommes unanimes. Bien qu'il puisse être parfois laborieux d'y trouver ce que vous cherchez, l'internet constitue une source d'informations et de contacts pour les physiothérapeutes. Nous *devons* nous y familiariser et commencer à utiliser les nombreux sites et groupes de discussions liés à la profession. Votre bibliothèque municipale est l'endroit idéal où débiter; la plupart des bibliothèques publiques ayant à leur emploi des bibliothécaires se spécialisant dans le regroupement d'informations et les techniques de recherche informatisée (Williams, Baker et Marshall, 1992). Ils ont souvent accès à diverses bases de données ou ils sont en mesure de commander n'importe quel article

ou livre. Une bibliothèque médicale dans votre institution, offre de grands avantages. Cependant, l'accès à une bibliothèque universitaire est l'idéal!

Il est vrai que l'internet peut souvent être source de confusion; il n'en demeure pas moins qu'on peut y retrouver d'excellentes bases de données, dont voici les trois principales : « Cochrane Database of Systematic Reviews » (CDSR); MEDLINE, qui compte une liste de plus de 3700 journaux; et « Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature » (CINAHL), qui contient les journaux de physiothérapie non répertoriées dans MEDLINE (Gray, 1997; Sackett et al., 1997) et bien d'autres sources.

Les établissements académiques sont également d'excellentes sources d'informations pour le physiothérapeute, permettant par conséquent, le regroupement et l'interprétation des résultats de recherches récentes. De plus, les physiothérapeutes des milieux cliniques et académiques, devraient consolider les liens qu'ils entretiennent. Par exemple, des questions issues de l'observation des milieux cliniques devraient faire partie intégrante des recherches entreprises en collaboration avec les chercheurs des milieux académiques qui sont familiers avec les écrits scientifiques du domaine. Les deux types de milieux sont donc tributaires et complémentaires l'un de l'autre.

Par ailleurs, la supervision d'étudiants représente une autre facette pour vous permettre d'approfondir vos connaissances, puisqu'ils sont souvent très alertes et qu'ils ont également accès à des bibliothèques volumineuses et à toute sorte de ressources en matière de recherche. L'exposé d'un étudiant fondé sur les FS les plus récents en lien avec un outil d'évaluation ou un traitement spécifique, peut être très utile. Les étudiants constituent une des meilleures ressources. Toutefois, bien qu'ayant à leur portée les FS les plus récents, ils sont souvent confrontés à des cliniciens d'expérience se disant mieux informés. Cette situation peut engendrer des discussions professionnelles, se fondant à la fois sur l'expérience et sur les faits, créant ainsi des échanges profitables à chacun.

Au cours des dix dernières années, plusieurs groupes et organisations ont eu le mandat d'effectuer une recension systématique des écrits et d'établir les lignes directrices de la pratique en milieu clinique. Parmi ces groupes on retrouve « Agency for Health Care Policy & Research (AHCPR, 1998) », la collaboration Cochrane et l'Institut de recherche sur le travail et la santé « Institute of Work and Health (IWH, 1997) », dont les lignes directrices offrent une multitude d'informations facilement accessibles via notre association professionnelle nationale (Canadian Physiotherapy Association, 1996).

### **Interprétation et utilisation des faits**

Interpréter et utiliser les FS se révèle souvent une tâche ardue. La critique d'un article est un sujet qui a été très documenté. L'approche critique nécessite d'être révisée, afin de promouvoir l'avancement des connaissances en physiothérapie. Cette démarche permettra d'assurer notre survie professionnelle. Le modèle spécifique de jugement critique d'un article proposé par Cook et al., (1995), identifie différents types de FS. Il fournit une base pour la catégorisation des forces d'un article, et devient le modèle à suivre. Il existe plusieurs excellentes références permettant de vous renseigner à ce sujet (Dans et al., 1998;

Guyatt et al., 1993; Hayward et al., 1995; Oxman et al., 1994). Harris (1996) fournit un très bon exemple d'article décrivant la façon dont on peut utiliser les meilleurs faits disponibles pour évaluer un outil de thérapie.

### Utilisation des obstacles à l'avantage du clinicien

Le manque de temps, de connaissances, de soutien et d'habiletés, s'avèrent les obstacles les plus fréquemment évoqués (Ross, 1997). Bien que le manque de temps soit une réalité des années 90, les physiothérapeutes doivent être créatifs et s'accorder du temps libre pour des activités de recherche. La détermination démontrée envers une même vision a énormément contribué à notre succès. Même si nous ne provenons pas tous de la même école de formation, une PFFS constitue un élément commun, et ce, quel que soit notre lieu de travail. Ce type de détermination a pu être encouragé en reconnaissant cette approche comme une composante clé de notre programme de gestion de qualité. La PFFS est également devenue la caractéristique clé des cours enseignés, des services fournis par les physiothérapeutes, ainsi que des cours interdisciplinaires.

L'attitude des physiothérapeutes s'avère un obstacle à l'établissement d'un changement visant la PFFS. Nous ne pensons pas avoir la réponse à tout. Cependant, tel que mentionné précédemment, vous pouvez tenter de faire accepter cette idée au début du processus, tout en créant un environnement de travail propice à une pensée critique et au questionnement. Ainsi, vous adopterez sans doute ce processus de prise de décision fondé sur les FS, en tant que meilleure façon de faire votre travail, quel que soit le milieu où vous vous trouvez (Evidence Based-Practice Resource Group, 1994).

La distribution d'information ne signifie pas un changement automatique dans la pratique. Toutefois, une distribution d'informations bien définie dans un environnement de penseurs critiques, conduira à l'établissement de nouveaux schèmes de pratique fondée sur les meilleurs FS disponibles.

Plusieurs associations professionnelles à l'échelle nationale et internationale commencent à former des groupes d'experts afin d'évaluer les lignes directrices pour la pratique en milieu clinique. D'autres groupes quant à eux, sont chargés de tenter de contrôler la prolifération de données disponibles afin de les rendre utiles. En tant que membre de l'ACP, nous devons construire un centre de gestion national pour la PFFS. Une approche évidente serait via le site de l'ACP sur internet qui pourrait nous mettre en contact avec les ressources nécessaires.

### Conclusion

Grâce à la PFFS, les physiothérapeutes sont davantage outillés à fournir les meilleurs traitements possibles à prodiguer à leurs clients. Nous devrions garder en tête que parce nos forces sont différentes, nous devons nous entraider. Il ne faut pas tenter de réinventer la roue. La PFFS n'annule pas notre expertise, mais la fortifie en termes de quand et comment l'appliquer. À l'aube du 21<sup>e</sup> siècle, le désir des physiothérapeutes d'être des cliniciens

scientifiques utilisant les meilleurs faits disponibles pour une meilleure santé des Canadiens constitue une réalité.

### Références

- American Health Care and Policy Research (1998). [Http://www.ahcpr.gov/](http://www.ahcpr.gov/).
- Balmer, S. et King, J. (1998). Linking clinical practice and evidence. *Physiotherapy Canada*, 50, 181-183.
- Canadian Physiotherapy Association (1996). *Clinical Practice Guidelines : Clinical Practice Guidelines : A Discussion Paper for the Canadian Physiotherapy Association*. Toronto : CPA.
- Cook, D.J., Guyatt, G.H., Laupacis, A., Sackett et Goldbert, R.J. (1995). Clinical recommendations using levels of evidence for antithrombotic agents. *Chest*, 108, (4), 227s-230s.
- Dans et al. (1998). Users' Guides to the Medical Literature XIV How to decide on the applicability of clinical trial results to your patient. *JAMA*, 279, 545-549.
- Dean, E. (1997). Getting better results - The integration of scientific methods into daily clinical Practice. *Research News & Views*, Summer, 13-19.
- Evidence Based-Practice Resource Group (1994). Evidence-based care series. *Canadian Medical Association Journal*, 150, (8), 1249-1254.
- Gray, J.A.M. (1997). *Evidence based healthcare : How to make health policy and management decisions*. New York : Churchill Livingstone.
- Guyatt, G.H., et al. (1993). Users' Guides to the Medical Literature II How to use an article about therapy or prevention : Are the results of the study valid ? *JAMA*, 270, 2598-2601.
- Harris, S.R. (1996). How should treatments be critiqued for scientific merit ? *Phys Ther*. 76, 175-181.
- Hayward et al. (1995). Users' Guides to the Medical Literature VIII How to use clinical practice guidelines : Are the recommendations valid ? *JAMA*, 274, 570-574.
- Institute for Work and Health (1997). [Http:// www.iwh.on.ca/](http://www.iwh.on.ca/).
- Loveridge, B. (1997). *Clinical Practice and Evidence : The Knowledge Transfer*. Winnipeg : CPA Congress.

- Oxman et al. (1994). Users' Guides to the Medical Literature VI How to use an overview. *JAMA*. 272, 1367-1371.
- Ross, B. (1997). Implementation of Evidence-Based Practice in the clinical setting. *CPA Teleconference*. March, 18.
- Sackett, D.L. et al. (1997). *Evidence-Based Medicine : How to practice and teach EBM*. New York : Pearson Professional Limited.
- Williams, R.M., Baker, L.M. et Marshall, J.G. (1992). *Information searching in health care*. NJ : Slack, Thorofare.
- Woods Duncan, P. (1996). Evidence-Based Practice : A new model for physical therapy. *PT Magazine*, 44-48.

## LE DÉVELOPPEMENT D'UN PROTOCOLE CLINIQUE POUR LE TRAITEMENT DE L'ARTHRITE RHUMATOÏDE

Danielle McCormack, Sydney Lineker, Hazel Wood et Barbara Stokes

### Résumé

Ce manuscrit présente la démarche qui a conduit au développement d'un protocole clinique de traitement davantage fondé sur des faits scientifiques (FS) et uniformisé à travers la province de l'Ontario. Le protocole a été établi pour les personnes souffrant d'arthrite rhumatoïde (AR). L'AR a été choisie en raison de l'incidence considérable de cette maladie au sein de la population. Le protocole a permis l'identification de plusieurs buts de traitement liés aux besoins physiques et psychosociaux. Ces buts ont été regroupés selon la Classification Internationale des Déficiences, Activités et Participation (CIDIH-2) « International Classification of Impairments, Activities and Participation, ICDH-2 » pour s'assurer d'une approche holistique. Pour chaque but, un plan de traitement a été conçu. Celui-ci est fondé sur des FS lorsque les écrits étaient disponibles et sur un consensus d'experts. Il est ressorti de ce processus un protocole de 44 pages. Sept buts concernant les déficiences ont été identifiés : la diminution de la douleur, de la fatigue, de l'œdème, l'amélioration de l'amplitude de mouvement ou diminution de la raideur, l'amélioration de la force musculaire, de la condition physique et enfin la diminution des difformités. Trois buts concernant l'activité ont été identifiés : l'amélioration des activités de la vie quotidienne, de la mobilité et des connaissances. Un but concernant la participation a été identifié : la diminution de l'impact de l'AR sur les rôles sociaux. Les aides techniques ont été considérées comme des facteurs environnementaux dans ce protocole. Le protocole a eu un impact sur les processus de révision de notre orientation, vérification et performance et sur les programmes de formation destinés aux autres professionnels de la santé. Ce protocole contribuera à instaurer des soins complets aux clients atteints d'AR dans un milieu communautaire. Ces soins seront uniformisés et fondés sur les FS.

### Description

Le service de consultation et de thérapie (SCT) de la Société d'Arthrite est un service de réadaptation communautaire, subventionné par le ministère de la Santé de l'Ontario. Le SCT est destiné aux enfants et adultes souffrant d'arthrite. Les thérapeutes œuvrent dans 26 communautés de l'Ontario permettant ainsi de desservir environ 95 % de la population ontarienne. Parmi les professionnels de la santé employés par le SCT, on retrouve des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des travailleurs sociaux. Ces thérapeutes sont formés spécialement de manière à pouvoir évaluer et traiter toute forme d'arthrite. Leur formation permet de fournir des soins sur une base individuelle ou de groupe, et ce, dans une variété d'environnements : la maison, le travail, l'école ou la clinique.

La philosophie du SCT en matière de soins consiste à aider les clients à maximiser leur habileté fonctionnelle, leur habileté à gérer leur maladie, ainsi que leur habileté à pouvoir prendre soin d'eux. Jusqu'à tout récemment, il n'y avait pas d'approche provinciale unique quant au traitement de l'arthrite inflammatoire. En 1996, une intégration de faits scientifiques (FS) à la pratique a été considérée formellement. Suite à l'aide obtenue d'un consultant pour l'analyse de ce qu'est une pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS), une plus grande intégration de cette pratique a débuté dans l'intervention avec des personnes souffrant d'arthrite rhumatoïde (AR).

## **Population cible**

Pourquoi avoir choisi l'AR ? Parce qu'il s'agit du type d'arthrite inflammatoire le plus commun, constituant 27 % des cas que nous avons traités à l'échelle provinciale en 1997/98. De plus le protocole créé pourrait également servir de modèle pour le traitement d'autres types d'arthrite inflammatoire.

## **Processus de formation du protocole**

La PFFS est celle qui, lors du processus de prise de décision, utilise les meilleurs FS disponibles. Ces derniers incluent entre autres, une théorie et une hypothèse valides sur lesquelles se fonde un traitement, l'application des connaissances fondée sur des écrits scientifiques, ainsi que des preuves d'efficacité fondées sur l'utilisation d'outils uniformisés servant à évaluer les effets d'un traitement.

## **Une théorie valide**

L'obtention d'une théorie ou une hypothèse valides dépend d'une évaluation en rhumatologie visant à définir les problèmes et établir les buts avec le client. Tous les thérapeutes du SCT sont spécialement formés quant à l'évaluation de l'arthrite inflammatoire. Le programme de formation dure tout au long de la première année suivant leur embauche. Cela fait maintenant 20 ans que ce programme a été implanté et son efficacité a déjà été montrée via deux évaluations (Bell et al., 1998; Helewa et al., 1991).

## **Application des connaissances**

L'approche visant à intégrer les faits à la pratique avait pour but la création d'un protocole de traitement de l'AR. Pourquoi un protocole de pratique clinique ? Parce que les protocoles de pratique clinique représentent généralement des outils décrivant l'approche thérapeutique souhaitée pour des problèmes de santé spécifiques. Ils sont utilisés principalement pour des besoins à l'interne. L'équipe de gestion a préféré ne pas utiliser les orientations cliniques parce que ces dernières semblaient limiter les options de traitement du clinicien et les besoins individuels des clients n'étaient pas toujours considérés. Le sujet des lignes directrices en milieu clinique fut également discuté mais n'a pas été choisi, étant donné la complexité du processus et les coûts élevés y étant associés. L'Association canadienne de physiothérapie a publié un document sur les lignes directrices en milieu clinique (Canadian Physiotherapy Association, 1996).

## **Caractéristiques du protocole**

Le protocole a pour buts de servir de guide dans la compréhension des soins offerts aux clients souffrant d'AR, ainsi que d'assurer une approche uniforme de traitements prodigués par le personnel du SCT à travers l'Ontario. Les objectifs de traitement les plus communs pour les clients avec AR ont été identifiés suite à une révision rétrospective de dossiers de 1993/94. Les clients avec AR ont été sélectionnés aléatoirement. Douze objectifs liés aux besoins physiques, éducatifs et psychosociaux des clients furent identifiés. Ils furent

regroupés selon le modèle de Classification Internationale des Déficiences, Incapacités, et Handicaps (CIDIH-2) qui fut créé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cela assurait une approche thérapeutique holistique et non traitant seulement des déficits. Les buts spécifiques aux déficits visent la diminution de la douleur, le maintien de l'amplitude des mouvements ou la diminution de raideur, l'augmentation du niveau d'activité physique, l'augmentation de la force musculaire, la réduction de la fatigue, la diminution de l'œdème et l'effusion, la correction et la prévention des difformités. Les buts spécifiques face aux incapacités correspondent à l'augmentation des capacités dans la vie quotidienne, l'amélioration des connaissances au sujet de l'AR et de son traitement, l'amélioration du déplacement et de la marche. Les buts spécifiques pour pallier aux handicaps s'avèrent la réduction de l'impact de l'AR sur les relations interpersonnelles, les loisirs et le milieu de travail, et les facteurs environnementaux constituent les instruments de soutien. Par la suite, les thérapeutes du SCT de tout l'Ontario représentant les trois disciplines, ont identifié les interventions les plus utilisées en vue de l'atteinte des objectifs. Pour chacun de ces buts ou objectifs, on retrouve une introduction, des interventions (exercices, éducation, modalités, etc), des ressources (ressources communautaires, consultations à d'autres professionnels, lectures/dépliants additionnels pour clients), et une liste bibliographique. Ainsi, en suivant les principes de la PFFS, avec l'aide de l'ACREU (Arthritis Community Research and Evaluation Unit), ces cliniciens ont effectué une recension des écrits à partir de la base de données MEDLINE et de plusieurs autres afin de supporter ou de réfuter les approches utilisées. Ce protocole reflète donc les meilleurs FS disponibles et dans l'absence de ceux-ci, le consensus du personnel du SCT et d'autres experts du domaine de la rhumatologie. Ce document ayant nécessité environ un an de préparation, a pour titre « Rheumatoid Arthritis Management Protocol » (Lineker et Wood, 1998).

### **Implantation**

Puisque notre champ de connaissances est en perpétuelle expansion, nous prévoyons réviser et mettre à jour ce document tous les 18 à 24 mois. Au cours de la prochaine année, nous réfléchirons à la façon de mettre en pratique ce protocole et également des modes d'évaluation possibles.

### **Évaluation de l'efficacité des interventions**

La troisième composante de la PFFS consiste à utiliser des outils de mesures uniformisés afin d'évaluer l'efficacité de nos interventions. Une récente étude randomisée portant sur notre propre programme de physiothérapie pour l'AR a montré que le « Stanford Self-efficacy Scale », servant à évaluer la confiance en soi dans l'exécution de tâches spécifiques, ainsi que le questionnaire de l'ACREU testant les connaissances sur l'AR ainsi que sur les raideurs matinales sont toutes des mesures à court terme pouvant être utilisées pour évaluer l'efficacité des interventions. L'échelle visuelle analogue pour la douleur serait quant à elle la mesure de choix à utiliser pour des résultats à long terme. Nous tenterons d'intégrer ces différentes mesures à l'évaluation de notre programme.

### Conclusion et recommandations

C'est grâce à une équipe multidisciplinaire de cliniciens que ce processus a pu être aussi enrichissant et constituer une meilleure source d'apprentissage pour chacun. Le taux d'acceptation chez le personnel fut très élevé, car ce genre de protocole offre normalement des options en termes de soins à fournir, prenant en considération les besoins individuels des clients et encourageant la prise de décision clinique. Il y a quand même eu certains ralentissements au processus. Par exemple, le travail aurait été beaucoup plus facile si tous les thérapeutes avaient utilisé le même logiciel pour la transmission de l'information. De même, la forme de certains résumés des écrits rédigés par différents cliniciens étaient souvent difficiles à interpréter et l'obtention d'un document uniforme n'était pas chose facile. Un résumé des articles aurait facilité le travail d'édition.

### Références

- Bell, M.J., Lineker, S.C., Wilkins, A.L., Goldsmith, C.H. et Badley, E.M. (1998). A randomized controlled trial to evaluate the efficacy of community based physical therapy in the treatment of people with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 25, 231-237.
- Canadian Physiotherapy Association (1996). *Practice Clinical Guidelines : Discussion Paper for the Canadian Physiotherapy Association*. Toronto : CPA.
- Helewa, A., Goldsmith, C.H., Lee, P., Bombardier, C., Hanes, B., Smythe, H.A. et Tugwell, P. (1991). Effects of occupational therapy home service on patients with rheumatoid arthritis. *The Lancet*, 337, 1453-1456.
- Lineker, S. et Wood, H. (1998). *Rheumatoid Arthritis Management Protocol*. Toronto : The Arthritis Society Consultation and Rehabilitation Service.

## L'UTILISATION DU PROCESSUS DE PRODUCTION HANDICAP (PPH) DANS L'ÉVALUATION DE LA COMMUNICATION EN DÉMENCE

Meredith Wright, Linda J. Garcia, Marie-Josée Neault et Sophia Louise Fergus

### Résumé

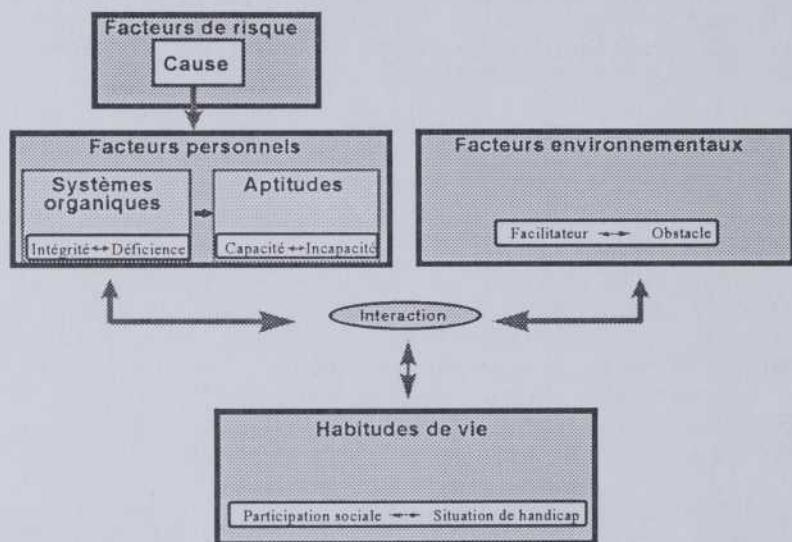
Habituellement, l'évaluation des troubles du langage d'origine neurologique s'appuie sur l'identification des incapacités psycholinguistiques du patient. La pratique clinique en orthophonie se fonde sur l'utilisation d'une batterie de tests qui évalue la compréhension et l'expression du langage oral et écrit. Les théories du langage sont ensuite utilisées pour interpréter les résultats. Quoique fructueuse en aphasie, il est de plus en plus évident que cette approche est peu applicable pour démontrer les changements dans le fonctionnement quotidien des clients atteints de démence. Le Processus de Production du Handicap (PPH) a fourni un cadre théorique à l'évaluation du langage des personnes atteintes de démence. Nous espérons démontrer que le modèle PPH est applicable en orthophonie pour l'évaluation de ces personnes et que cette approche permet une évaluation beaucoup plus écologique et rentable qu'une approche seulement fondée sur les incapacités.

### Introduction

Une pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS) demande que nos interventions reposent sur une théorie reconnue. Cette théorie devrait être soutenue par des faits scientifiques (FS) démontrant un changement au niveau du comportement observé. Dans certains cas, comme en démence, les comportements les plus importants à changer ne font pas nécessairement partie des profils langagiers, mais plutôt de l'impact des changements langagiers sur ceux qui doivent interagir avec la personne atteinte de démence. Par conséquent, si nous désirons documenter les changements comportementaux dans le domaine de la communication, il est important que l'outil d'évaluation soit motivé par des modèles théoriques qui démontrent l'impact du trouble langagier, non seulement sur les aspects linguistiques comme tels, mais aussi sur l'environnement social.

Malheureusement, la plupart des données cliniques que nous obtenons pour documenter les changements et justifier nos interventions proviennent d'outils d'évaluation existants qui offrent de l'information sur la nature du trouble de communication en tant que tel, et non sur son impact social. Ceci reflète une vision plutôt médicale, où l'impact social du trouble est considéré comme étant le résultat direct d'une déficience d'ordre structurel ou fonctionnel (French, 1994). Cette position fut maintenue pendant longtemps par l'Organisation Mondiale de la Santé (1980) (OMS) dans sa première Classification Internationale des Déficiences, des Incapacités et des Handicaps (CIDIH). Bien que les déficiences structurelles ou fonctionnelles sont importantes, elles ne constituent pas les seuls facteurs contribuant aux conséquences sociales, le handicap.

Fougeyrollas et ses collaborateurs (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté et St-Michel, 1998) ont grandement amélioré le travail entamé par l'OMS (Figure 1). Bien que les concepts de déficiences de structure ou de fonction des organes sont maintenus dans le modèle proposé par ces auteurs comme contribuant aux « habitudes de vie »<sup>1</sup>, ils ont particulièrement insisté sur les aspects plus sociaux de la participation. Dans le contexte de leur modèle de Processus de Production du Handicap (PPH), les résultats des interventions se mesurent par le niveau de participation dans les « habitudes de vie » (ex : l'établissement de relations sociales) et celles-ci dépendent de l'interaction des facteurs personnels (ex : un trouble de la communication associé à la démence) et des facteurs environnementaux (i.e. toute une gamme de facteurs sociaux et physiques).



**Figure 1 :** Modèle conceptuel - Processus de Production de Handicap (PPH)  
Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté et St Michel, 1998

Dans ce modèle, le résultat de l'intervention se mesure selon un continuum allant de la « participation sociale complète » à la « situation de handicap complète » pour chacune des habitudes de vie données. Les faits scientifiques appuyant le changement peuvent être documentés selon une description de l'incapacité (i.e. la communication dans la démence), des facteurs environnementaux ou encore de l'interaction possible entre les deux. Un modèle théorique plus traditionnel ne donnerait qu'une description de l'incapacité, tandis que le modèle du PPH permet de mesurer les changements d'ordre environnemental et

<sup>1</sup> L'habitude de vie selon Fougeyrollas et al. (1998) est une « activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle, etc.). Les habitudes de vie ou la performance de réalisation en situation de vie sociale assurent la survie ou l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. La qualité de réalisation d'une habitude de vie se mesure sur une échelle allant de la pleine participation sociale à la situation de handicap totale (Fougeyrollas et al., 1998:14) ».

social. Ce modèle offre donc un cadre de référence dans lequel les chercheurs peuvent décrire l'impact des incapacités sur la vie de ceux et celles qui en sont affectés. Les buts de l'intervention peuvent subséquemment être axés sur la déficience, la capacité, l'environnement ou l'habitude de vie. Une intervention dirigée vers les interactions de ces facteurs est considérée comme étant la clé du succès. Étant donné qu'une démence de type Alzheimer est un trouble progressif ayant un énorme impact sur l'environnement et les possibilités de communication de la personne qui en est atteinte, elle offre l'excellente opportunité d'étudier l'impact des troubles langagiers sur la réalisation des habitudes de vie.

### La maladie d'Alzheimer : une vue d'ensemble

La maladie d'Alzheimer est un trouble neurologique progressif qui affecte presque tous les aspects du fonctionnement cognitif. Bien que la cause de la maladie d'Alzheimer ne soit pas entièrement connue, les effets sur le cerveau sont bien décrits et comprennent une atrophie corticale généralisée, des plaques de neurofibrilles et des plaques séniles (Esiri, 1991). Le langage et l'apprentissage de nouvelles informations (mémoire épisodique) sont les premiers aspects cognitifs affectés chez les adultes avec une démence de type Alzheimer (DTA) (Morris, 1994; Orange et Purves, 1996).

Les travaux précédents ont démontré qu'une déficience langagière progressive, affectant la compréhension de l'information orale et écrite (Bayles et Tomoeda, 1993; Grossman, Mickanin, Onishi et Hughes, 1996), la dénomination (Kemper 1997; Nebes, 1989), le discours conversationnel (Bayles, 1986; Garcia et Joannette, 1997; Irigay, 1973; Ripich et Terrell, 1988) et le discours narratif oral et écrit (Croisile, Ska, Brabant, Duchene, Lepage, Armand et Trillet, 1996; Erlich, Obler et Clark, 1997) est représentative de la DTA. En général, les capacités langagières sont légèrement affectées dans les premiers stades de la DTA et deviennent sévèrement atteintes vers les stades finaux de la maladie.

### Évaluation des aspects sociaux de la communication dans la démence de type alzheimer

Une communication efficace dépend en partie d'habiletés langagières intactes. La plupart des individus avec une démence sont donc à risque de vivre des difficultés de communication en contexte social (Powell, Hale et Bayer, 1995). Effectivement, lorsque Murdoch, Chenery, Boyle et Wilks (1988) ont comparé la performance d'un groupe d'individus avec DTA sur le « Communicative Abilities in Daily Living (CADL) » (Holland, 1980) avec la performance d'un groupe contrôle, ils ont trouvé que les individus avec DTA présentaient des difficultés dans la plupart des domaines évalués par le test. Malgré le fait que le CADL soit une évaluation des habiletés communicatives en situation de vie quotidienne, ce test examine la capacité d'accomplir des tâches de communication quotidienne dans un contexte peu naturel et artificiel. Il y a un manque de données dans les recherches actuelles concernant la capacité des individus avec DTA de communiquer dans de réelles situations de vie quotidienne. Ceci est fort étonnant, car l'évaluation et l'intervention orthophonique en démence sont axées sur les besoins de communication et la qualité des capacités de communication fonctionnelles (Bayles et Tomeda, 1993; Brookshire, 1992; College of Speech and Language Therapists, 1991).

Dans la pratique clinique actuelle, les orthophonistes utilisent une variété de mesures déterminant la performance réelle de l'individu dans des situations de vie réelle, tel le « ASHA-Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-FACS) » (Frattali, Thompson, Holland, Wohl et Ferketic, 1995) et le « Edinburgh Functional Communication Profile (EFCP) » (Skinner, Wirz, Thompson et Davidson, 1984). L'utilisation de ce type d'évaluation permet à l'orthophoniste de déterminer quelles manipulations cognitivo-linguistiques et environnementales avantageront le bénéficiaire (Bayles et Tomeda, 1993). Simmons-Mackie et Damico (1996) ont récemment soutenu que si les orthophonistes désirent améliorer les possibilités de communication de leurs clients aphasiques dans leur vie quotidienne, il est essentiel d'obtenir de l'information sur les capacités de chaque individu à réaliser ses rôles sociaux par le biais de la communication.

Malheureusement, l'impact des troubles de la communication sur les expériences sociales de l'individu avec DTA est un domaine peu étudié. De plus, les évaluations utilisées telles le CADL, l'ASHA-FACS et l'EFCP ne réussissent pas à nous informer sur la façon dont ces expériences sociales sont affectées par des troubles langagiers. La capacité de l'orthophoniste à optimiser la performance des personnes avec DTA dans les rôles sociaux est entravée par l'absence d'une « méthode qui détermine les effets d'un déficit et d'une incapacité de communication dans des situations de vie expérimentées en contexte réel » (Simmons-Mackie et Damico, 1996, p.542).

### But de l'étude

Le but de ce projet préliminaire est d'explorer l'application du modèle du PPH (Fougeyrollas et al, 1998) à la DTA. L'objectif central est de comparer, chez deux bénéficiaires atteints de DTA, les résultats obtenus à des tests des habiletés langagières et ceux obtenus à une évaluation des habitudes de vie. Étant donné que l'on utilise souvent des mandataires pour évaluer le niveau fonctionnel en DTA, les résultats de l'évaluation des habitudes de vie telle que perçue par la personne atteinte de DTA seront comparés aux perceptions d'un membre de la famille. Ce projet préliminaire est le premier pas vers la conception d'une méthode appropriée aux personnes ayant une DTA et permettant la description des effets des déficits communicatifs en situation réelle.

## Méthodologie

### Sujets

La collecte des données fut effectuée auprès de deux femmes anglophones non-institutionnalisées, présentant une DTA légère probable (telle que diagnostiquée par un gériatre utilisant les critères du DSM-IV) et auprès d'une personne mandataire associée à chaque individu. L'information démographique et clinique pertinente concernant chaque sujet se trouve dans le tableau 1.

	CAS 1	CAS 2
<b>Âge</b>	• 83 ans	• 83 ans
<b>Sexe</b>	• Femme	• Femme
<b>Éducation</b>	• Diplômée de l'école secondaire	• Diplômée de l'école secondaire
<b>Occupation antérieure</b>	• Fonctionnaire	• Fonctionnaire
<b>Dominance manuelle</b>	• Droitière	• Droitière
<b>Situation / Résidence</b>	• Seule en appartement	• Seule dans un bungalow
<b>Autres conditions médicales</b>	• Maux de dos • Dépression	• Colostomie • Hypertension contrôlée • Arthrose • Dépression
<b>Audition</b>	• Aucune difficulté rapportée	• Prothèse auditive dans l'oreille droite
<b>Vision</b>	• Utilise des lunettes bifocales	• Utilise des lunettes bifocales • Besoin d'une loupe pour lire les petits caractères
<b>Personne mandataire</b>	• Fille	• Fils

**Tableau 1 : Informations cliniques et démographiques pour les Cas 1 et 2**

### Procédure

Le questionnaire : « The Assessment of Life Habits - Long Version » (LIFE-H) - version anglaise du M-HAVIE (Mesure des Habitudes de Vie) (Fougeyrollas, Noreau et St Michel, 1997) fut remis au mandataire de chaque sujet afin qu'il puisse le compléter en fonction du vécu du sujet DTA. De plus, le sujet DTA recevait l'aide d'une orthophoniste pour compléter le plus grand nombre d'items du LIFE-H lors d'une session normale d'évaluation (environ 45 minutes).

L'objectif principal du LIFE-H est d'établir quantitativement le niveau d'accomplissement des habitudes de vie des gens ayant des incapacités. Le LIFE-H évalue 13 catégories d'habitudes de vie : six activités quotidiennes (nutrition, condition corporelle, soins personnels, communication, habitation et déplacement) et sept rôles sociaux (responsabilités, relations familiales, relations interpersonnelles, communauté, éducation, travail et loisir). Afin d'évaluer le niveau de réalisation de l'habitude de vie, le LIFE-H a une échelle qui comprend le degré de difficulté et l'aide nécessaire pour accomplir une activité ou un rôle social. Les résultats varient de zéro (0) (non réalisation de l'habitude de vie) à neuf (9) (réalisation totale sans aucune difficulté et sans aide).

Une orthophoniste qualifiée a également procédé à l'évaluation des habiletés langagières des deux bénéficiaires. Les sous-tests suivants normalisés pour l'évaluation du langage en anglais furent utilisés :

- 1) Consignes, compréhension orale de paragraphes, compréhension écrite de phrases et de paragraphes, évocation lexicale (animaux), description écrite d'image du Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) (Goodglass et Kaplan, 1983).
- 2) Boston Naming Test (BNT) (Kaplan, Goodglass et Weintraub, 1983) utilisant les normes de Welch, Doineau, Johnson et King (1996).
- 3) L'analyse de la description de l'image du vol de biscuit (Yorkston et Beukelman, 1980).
- 4) Évaluation F-A-S (Spreen et Benton, 1977) utilisant les normes de Crossley, D'Arcy et Rawson (1997).
- 5) Sous-test de la lecture fonctionnelle du Reading Comprehension Battery for Aphasia (RCBA) (LaPointe et Horner, 1979).

### **L'analyse des données**

Toutes les habitudes de vie qui ont démontré l'existence d'une situation de handicap, telle que perçue par le mandataire (c.-à-d. le fils ou la fille) ou par la personne avec démence, ont été identifiées. Puisque le but de cette étude était d'identifier les habitudes de vie qui ont des composantes langagières, chaque habitude de vie qui ne recevait pas un score de neuf et qui demandait, selon l'opinion des auteurs, une forme quelconque de communication (soit expressive ou réceptive; écrite ou orale) fut sélectionnée. Il était alors possible de déterminer comment l'intervention pourrait être organisée en se basant sur (1) les informations provenant des tests normalisés du langage, (2) les résultats des mandataires et l'auto-évaluation des bénéficiaires sur le LIFE-H pour les habitudes de vie qui affectent la communication et (3) la mise en commun des résultats provenant de ces deux mesures. Bien que potentiellement intéressant, aucune mesure de la qualité des facteurs environnementaux a été prise dans le cadre de la présente étude.

### **Résultats**

#### **Cas 1**

Cas 1 est une femme de 83 ans qui vit seule dans un appartement d'une chambre à coucher. Sa fille rapporte une détérioration graduelle de sa mémoire durant les deux dernières années précédant son évaluation, avec un changement marqué depuis 6 mois. Au moment de l'évaluation, sa fille a rapporté qu'elle avait besoin d'aide pour le ménage, le lavage, son transport et ses finances, mais qu'elle était indépendante lors de ses activités de vie quotidienne. Son résultat au Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein, et McHugh 1975) était de 22/30 au moment de l'évaluation.

#### Les résultats des tests normalisés du langage

Les résultats obtenus pour le Cas 1 aux évaluations du langage sont résumés au tableau 2. Cas 1 présente un trouble du langage léger qui affecte sa compréhension orale de paragraphes, une réduction au niveau du contenu et de l'efficacité d'expression dans la description d'une image, une perturbation en dénomination, en évocation lexicale (animaux) et au niveau de la production écrite de paragraphes.

## Les résultats du mandataire du Cas 1 et l'auto-évaluation du Cas 1 sur le LIFE-H

La fille du Cas 1 a identifié 59 habitudes de vie qui n'ont pas obtenu un résultat de neuf (participation sociale totale) ou une cote de « ne s'applique pas » ou un « non-réalisée »<sup>2</sup>. Parmi ces habitudes de vie, 33 pourraient impliquer le besoin de bonnes capacités de communication, orales ou écrites, en compréhension ou en expression. Les grandes catégories regroupant ces habitudes de vie sont énumérées à la Figure 2 dans la boîte « Habitudes de vie ».

Évaluation du Langage	Cas 1	Cas 2
BDAE – Consignes	15/15	14/15
BDAE – Compréhension orale des paragraphes	↔ 6/12	11/12
BDAE – Compréhension écrite de phrases et de paragraphes	8/10	↔ 7/10
BDAE – Évocation lexicale (animaux)	↔ 9	↔ 7
BDAE- Écriture de paragraphe	↔ 4/5	↔ 4/4
Boston Naming Test	↔ 14/60	↔ 24/60
Yorkston et Beukelman Analyse du vol de biscuit (description d'image)	↔ 12 unités de contenu ↔ 14.4 unités de contenu par minute	↔ 12 unités de contenu ↔ 14.7 unités de contenu par minute
F-A-S	16	25
RCBA – Lecture fonctionnelle	9/10	↔ 7/10

**Tableau 2 : Résultats à l'évaluation du langage pour les Cas 1 et 2**

Note : ↔ indique que les résultats obtenus sont sous les limites de la normale.

BDAE : Boston Diagnostic Aphasia Examination; BNT: Boston Naming Test; RCBA: Reading Comprehension Battery for Aphasia

<sup>2</sup> Les mandataires ont exprimé et démontré une confusion quant à la différence entre « ne s'applique pas » et « non réalisée ». Certaines habitudes de vie « non réalisées », en fait, ne s'appliquaient pas au sujet. Il a donc fallu les éliminer de l'analyse.



compréhension d'informations écrites et de la lecture de journaux, de revues et de livres, mais pas dans la tenue d'une conversation ou dans l'expression de ses besoins. En termes de rôles sociaux, la fille du Cas 1 rapporte des difficultés avec les responsabilités financières telles que la planification d'un budget et les transactions financières, mais pas avec la reconnaissance de la valeur de l'argent ou des diverses pièces de monnaie et de billets de banque. Cas 1 semble vivre des difficultés avec la prise en charge de sa personne. L'établissement et le maintien des relations affectives avec ses enfants et les autres membres de sa famille semblent être problématiques, ainsi que la participation aux activités sociales avec ces même personnes. D'après la perception de sa fille, Cas 1 aurait de la difficulté à bien établir les relations sociales, telles que celles avec les voisins et les personnes qui partagent ses activités de loisir. D'autres habitudes de vie reliées à la communication et qui semblent difficiles sont celles dont nous avons besoin pour la consommation de biens et de services, que ce soit au niveau des banques, du domaine de la santé ou gouvernemental ou bien pour les achats quotidiens. Dans le secteur des loisirs, la fille de Cas 1 perçoit que sa mère a un problème à aller au théâtre ou au cinéma et à prendre part à des activités touristiques.

L'auto-évaluation du niveau de participation sociale de Cas 1 a reflété des résultats fort différents. Avec l'aide de son orthophoniste, Cas 1 a été capable de compléter, à l'intérieure d'une session d'évaluation (45 minutes), toutes les questions de la section portant sur les activités quotidiennes et certaines parties des catégories des rôles sociaux portant sur la responsabilité et les relations familiales. Elle a complété 60 % du questionnaire. Parmi les sections complétées par Cas 1, sa fille a rapporté que Cas 1 avait de la difficulté à accomplir 15 habitudes de vie qui peuvent impliquer la communication. En auto-évaluation, parmi ces 15 items, Cas 1 rapporte avoir des difficultés avec moins de la moitié de ces items qui sont liés à la communication (n=6). Les habitudes de vie qui présentent des difficultés telles qu'indiqué par Cas 1, se retrouvent au Tableau 3. Cas 1 rapporte avoir de la difficulté dans les activités quotidiennes associées aux soins personnels et qui peuvent être liées à la communication (c.-à-d. se faire aider en situation d'urgence et choisir une tenue vestimentaire appropriée à la température extérieure), ainsi qu'au niveau de la communication écrite et des responsabilités financières. La relation entre l'évaluation du langage et les résultats du LIFE-H.

Cas 1 est une personne présentant un trouble du langage léger, mais, malgré cela, elle vit des difficultés au niveau de la participation aux habitudes de vie pouvant être liées à la communication. Selon l'évaluation du langage, Cas 1 a des difficultés à s'exprimer oralement et à comprendre des messages présentés oralement. Cependant, les résultats du LIFE-H (de la personne mandataire et de l'auto-évaluation) indiquent que ses habiletés à maintenir une conversation (ce qui requiert des habiletés de compréhension et d'expression) et à exprimer ses besoins ne sont pas affectées. Il est également intéressant de noter que le rapport du mandataire indiquait que Cas 1 avait effectivement de la difficulté au niveau des relations sociales et affectives, des habitudes portant sur la demande d'aide en situation d'urgence et des habitudes reliées à la consommation de biens et de services ainsi que lors des situations de loisirs. Toutes ces activités demandent des habiletés de compréhension et d'expression ainsi que d'autres habiletés (c.-à-d. habiletés physiques).

Cas 1 semble, d'après l'évaluation du langage, n'avoir aucune difficulté à comprendre le langage écrit. Cependant, les résultats du LIFE-H (rapport du mandataire) indiquaient une difficulté au niveau des habitudes de vie impliquant la compréhension de l'information écrite et de la lecture de journaux, de revues et de livres. Le rapport du mandataire indique également que Cas 1 a de la difficulté avec un certain nombre de tâches qui pourraient impliquer la compréhension du langage écrit (c.-à.-d. la prise de médicaments, le renouvellement des prescriptions, les responsabilités financières, la participation aux activités extérieures et les activités touristiques).

## Cas 2

Cas 2 est une femme de 83 ans qui vit seule dans un bungalow avec sous-sol aménagé. Ses enfants ont noté des fluctuations dans ses habiletés cognitives. Au moment de l'évaluation, sa fille a mentionné que Cas 2 avait besoin d'aide pour les diverses activités de la vie quotidienne et qu'elle négligeait ses soins personnels et sa nutrition. Lors de l'évaluation à l'aide du Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975), elle a obtenu un résultat de 27/30.

### Les résultats des tests standardisés du langage

Les résultats obtenus pour Cas 2 à l'évaluation du langage sont résumés au tableau 2. Cas 2 présente un trouble du langage léger qui affecte la compréhension de paragraphes et de l'information fonctionnelle, une réduction du contenu de l'information et de l'efficacité d'expression lors d'une description d'image et lors du discours conversationnel, une perturbation au niveau de la dénomination, ainsi qu'un trouble d'évocation lexicale (animaux) et de production écrite de paragraphes.

### Les résultats du mandataire de Cas 2 et l'auto-évaluation de Cas 2 sur le LIFE-H

Le fils de Cas 2 a identifié des difficultés avec certaines des mêmes habitudes de vie que le Cas 1. Des 93 habitudes de vie partiellement affectées, 53 pouvaient impliquer communication. Les habitudes de vie identifiées par le fils de Cas 2 qui impliquent les activités quotidiennes et qui sont reliées à la communication incluent : la préparation de repas, la participation à des activités intérieures et extérieures, le choix de vêtements appropriés, la prise de médicaments prescrits, la possibilité de suivre un plan de thérapie et la demande d'aide en situation d'urgence (Figure 3).

	Habitudes perturbées Cas 1	Habitudes perturbées Cas 2
<b>SOINS</b>		
<b>PERSONNELS</b>		
Habillement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir des vêtements appropriés selon la température, le type d'activité (<i>sans difficulté; aide humaine</i>)</li> </ul>	
Soins de Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander de l'aide en cas d'urgence (<i>réalisé par substitution</i>)</li> </ul>	
<b>COMMUNICATION ORALE ET CORPORELLE</b>		
<b>Communication Écrite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquer par écrit (écrire une lettre, un message, etc.) (<i>réalisé par substitution</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lire des journaux, revues, livres, lettres, etc. (<i>avec difficulté; sans aide</i>)</li> </ul>
Télécommunication		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regarder et écouter la télévision (<i>avec difficulté; aide technique</i>)</li> <li>• Écouter la radio (<i>avec difficulté; aide technique</i>)</li> </ul>
<b>RESPONSABILITÉS</b>		
Responsabilités financières	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser des transactions financières à long terme (<i>réalisé par substitution</i>)</li> <li>• Prendre des assurances (<i>réalisé par substitution</i>)</li> </ul>	

Tableau 3 : Résultats de l'Auto-évaluation sur le LIFE-H des Cas 1 et Cas 2 :

**Habitudes de vie pouvant être reliées à la communication**

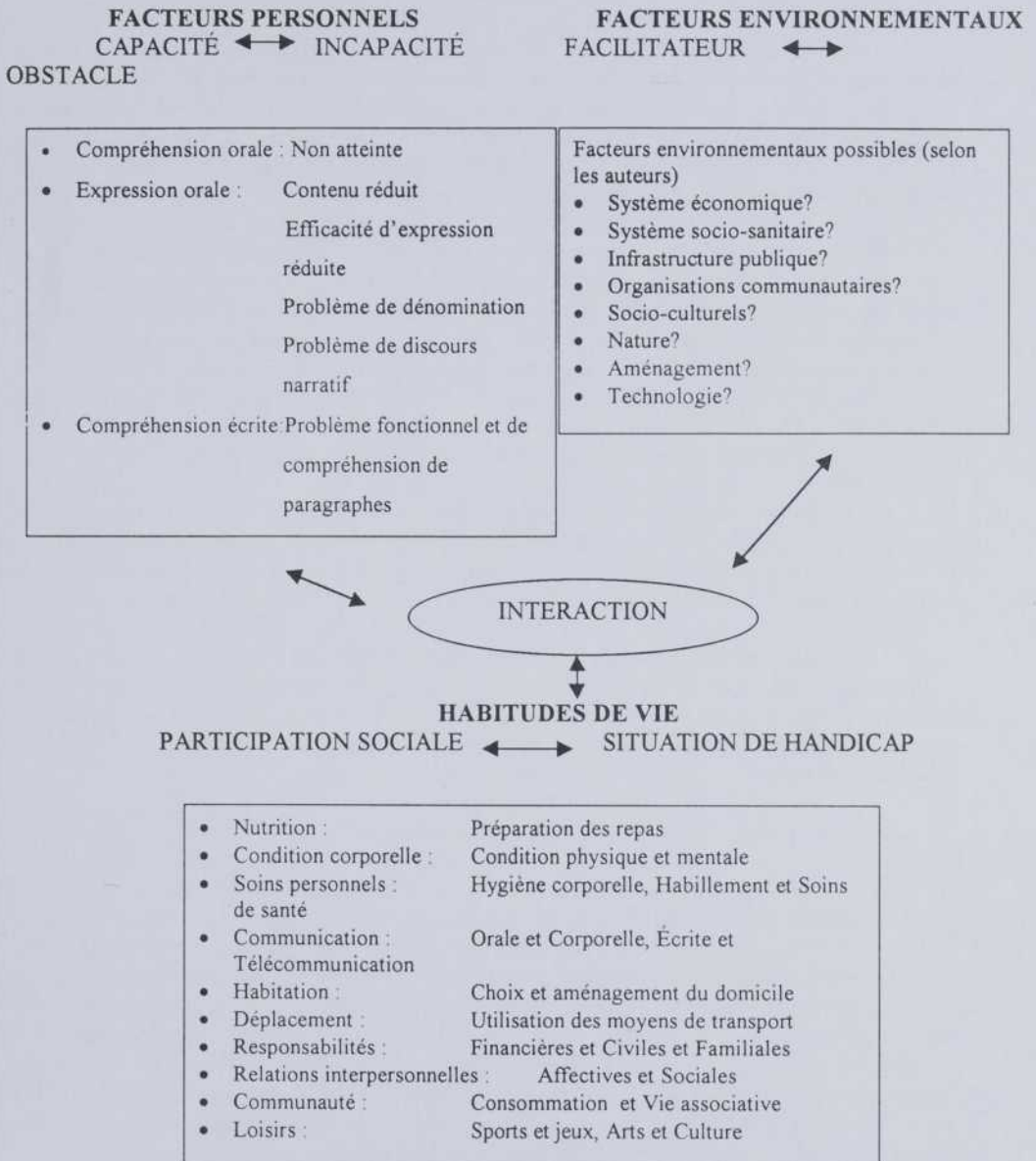
Note : Les caractères gras indiquent les habitudes identifiées par le mandataire et par le sujet avec DTA.

Contrairement au mandataire du Cas 1, le fils du Cas 2 a identifié des difficultés associées avec la tenue d'une conversation. Cas 2 est perçue comme ayant des difficultés au niveau de la réception et de la compréhension d'information écrite et de la lecture de journaux, de revues, de livres, etc. Cas 2 est aussi perçue comme ayant des difficultés à utiliser une vidéo ou un système de son. Les activités impliquant le choix d'une résidence ou la planification d'un déménagement sont difficilement réalisées, mais Cas 2 n'est pas perçue comme ayant de la difficulté avec les aspects concernant l'organisation de la maison. Les habitudes de vie qui requièrent des capacités physiques sont perçues comme étant plus déficientes par le mandataire du Cas 2, que par le mandataire du Cas 1. Par conséquent, Cas 2 a des difficultés avec plusieurs aspects impliquant les activités d'entretien de la maison et avec les activités nécessitant des déplacements à l'intérieur de la communauté. Les habitudes reliées à l'utilisation des transports publics, incluant les taxis, les autobus, les avions et les bateaux, sont déficientes et peuvent, selon l'opinion des auteurs, être attribuées à des capacités de communication réduites en plus qu'à des capacités physiques diminuées.

Le mandataire du Cas 2 a identifié plusieurs situations de handicap liées aux rôles sociaux. De la même façon que pour le Cas 1, le mandataire du Cas 2 n'a perçu aucune difficulté en ce qui concerne la reconnaissance et l'utilisation de différentes pièces de monnaie et de billets de banque. Cependant, la planification et le respect d'un budget ou la planification de transactions financières à long terme sont difficiles. Le fils du Cas 2 a aussi identifié quelques difficultés avec les habitudes de vie liées aux responsabilités civiles et familiales. Bien que Cas 2 ne semble pas avoir de difficultés avec les relations interpersonnelles au quotidien, elle a besoin d'aide dans le maintien de relations affectives avec ses enfants ou les autres membres de sa famille. Plusieurs des habitudes de vie touchant la consommation de biens et de services sont difficiles à réaliser. Ainsi, l'utilisation du service postal ou encore des services offerts par les cliniques médicales ou les hôpitaux, peut être problématique. Quant aux activités récréatives, Cas 2 a de la difficulté avec les jeux de société, à aller au cinéma ou au concert, à aller visiter un lieu d'attrait touristique et à participer à des activités de loisir.

Les résultats de l'auto-évaluation sont fort différents. Avec l'aide de son orthophoniste, Cas 2 a pu terminer les questions de la section des activités quotidiennes portant sur la nutrition, la condition corporelle, les soins personnels et la communication. Elle a complété 30 % du questionnaire en 45 minutes. Parmi les sections complétées par Cas 2, son fils rapporte qu'elle présente des difficultés ou requiert de l'aide dans 13 items pouvant être liés à la communication (Tableau 3). De ces 13 items, Cas 2 indiquait avoir de la difficulté avec un item seulement. Par contre, elle a indiqué avoir de la difficulté avec deux activités que son fils n'avait pas identifiées comme étant problématiques. Cas 2 rapporte des difficultés dans trois activités de communication quotidiennes – (1) la lecture de journaux, de revues, des livres et de lettres, (2) regarder/écouter la télévision et (3) écouter la radio.

CAS 2



**Figure 3 : Le modèle du Processus de Production du Handicap pour le Cas 2**

## La relation entre l'évaluation du langage et les résultats du LIFE-H

Certaines différences sont évidentes lorsqu'on compare les résultats de l'évaluation du langage et les rapports sur le LIFE-H. Par contre, d'autres données sur les incapacités coïncident bien avec les perturbations au niveau des habitudes de vie. Selon l'évaluation du langage, Cas 2 présente des difficultés fonctionnelles au niveau de l'expression orale. Effectivement, les résultats du LIFE-H (rapport du mandataire) indiquaient que Cas 2 avait de la difficulté à maintenir une conversation et de la difficulté avec plusieurs autres tâches qui impliquent l'expression orale (c.-à-d. se faire aider en situation d'urgence, utiliser les services de transport publics, maintenir des relations affectives, utiliser les services publics). Cas 2 éprouvait également de la difficulté à comprendre de l'information complexe écrite. Effectivement, les résultats du LIFE-H (rapport du mandataire et de l'auto-évaluation) ont indiqué que Cas 2 avait de la difficulté à recevoir et à comprendre l'information écrite et à lire les journaux, les revues et les livres. Le rapport du mandataire indiquait aussi que Cas 2 avait de la difficulté avec un certain nombre de tâches pouvant impliquer la compréhension du langage écrit (i.e. préparer des repas, renouveler des prescriptions et prendre des médicaments prescrits, suivre les directives de la thérapie et utiliser le transport public).

Par contre, certaines incohérences demeurent lorsque nous comparons les évaluations. Malgré les difficultés d'écriture documentées dans l'évaluation du langage, les résultats du mandataire de Cas 2 et l'auto-évaluation de Cas 2 sur le LIFE-H indiquent que la communication par écrit et les tâches requérant de l'écriture n'étaient pas affectées.

L'évaluation du langage n'a révélé aucune difficulté au niveau de la compréhension orale. Cependant, les résultats du LIFE-H (l'auto-évaluation) indiquaient une difficulté à écouter/regarder la télévision et à écouter la radio. Donc, tout comme pour le Cas 1, le manque d'une relation claire entre les habitudes de vie et les résultats de l'évaluation du langage est démontré.

### Discussion

Cette étude a documenté les difficultés au niveau des habitudes de vie liées à la communication chez deux femmes de 83 ans avec des troubles légers de langage associés à la démence. Il fut démontré que les faits scientifiques provenant des évaluations par le LIFE-H donnent une compréhension exhaustive des domaines de la vie qui sont problématiques. L'information provenant du LIFE-H est précieuse puisqu'elle peut servir de point de départ pour l'intervention. Cependant, bien que cette approche soit fonctionnelle, une sensibilisation à la raison pour laquelle l'individu présente des difficultés au niveau des habitudes de vie est nécessaire afin d'assurer des techniques d'intervention appropriées. Par exemple, le renouvellement des prescriptions et la prise de médicaments peuvent être difficiles parce que la personne ne comprend pas les instructions écrites sur la bouteille ou n'a pas compris les instructions orales du médecin, ou est incapable d'ouvrir la bouteille ou encore de se rendre à la pharmacie. Des faits scientifiques plus poussés suggérant la cause des situations de handicap sont nécessaires. Plus précisément, dans le cadre de cette étude,

la nécessité de l'habileté communicative pour chaque habitude de vie liée à la communication a besoin d'être étudiée.

Cette étude suggère également que la relation entre les habitudes de vie et les résultats de l'évaluation du langage ne soit pas aussi claire que l'on aurait pu le penser. Par exemple, Cas 1 présentait des habiletés normales dans l'évaluation de la compréhension de la lecture, mais elle était incapable d'accomplir des habitudes de vie impliquant la compréhension de la lecture. Cas 2 présentait des déficits dans l'expression écrite, mais elle était capable d'accomplir des habitudes de vie qui requérait l'écriture. Selon le modèle PPH, les habitudes de vie liées à la communication ne dépendraient pas uniquement des capacités langagières. Les situations de handicap résulteraient plutôt d'une interaction des capacités langagières, d'autres capacités (telles que la vision, l'audition, la mémoire, la motricité) et des facteurs environnementaux. Par exemple, dans les Figure 2 et 3, plusieurs facteurs environnementaux potentiels qui peuvent faciliter ou créer un obstacle à la participation dans la vie, sont suggérés à partir du modèle PPH. Tout d'abord, avec l'obtention des données sur les habitudes de vie, on peut procéder vers le haut dans le modèle pour ainsi identifier les capacités nécessaires pour les habitudes de vie et les facteurs environnementaux qui vont probablement créer des obstacles ou agir comme facilitateurs. Malheureusement, le rôle des facteurs environnementaux dans la possibilité de maintenir les habitudes de vie chez les Cas 1 et 2 n'a pas été examiné dans cette étude. L'influence de l'interaction entre les facteurs environnementaux et les capacités langagières sur les habitudes de vie a besoin d'être étudiée dans les travaux futurs. L'utilisation de la Mesure de la Qualité de l'Environnement (MQE) (Fougeyrollas, Noreau et St Michel, 1997) sera utile pour décrire l'impact de ces facteurs environnementaux.

D'après cette étude, nous avons un degré important de désaccord entre le mandataire et l'auto-évaluation dans le LIFE-H. Il est normal de s'attendre à une différence de perception sur un tel outil d'évaluation. Par contre, une partie de ce désaccord est possiblement due au manque de perspicacité de l'individu DTA. Nous ne savons pas, cependant, jusqu'à quel point les résultats du mandataire reflètent la situation réelle de l'individu avec DTA. Lorsque nous travaillons avec des individus n'ayant pas de troubles cognitifs, les perceptions qu'ont les bénéficiaires de leur niveau de participation sociale guident l'intervention. Pour les personnes avec DTA, il est donc important que les perceptions des mandataires soient le plus près possible de la perception qu'aurait le bénéficiaire s'il n'avait pas de troubles cognitifs. En comparant les rapports des mandataires avec ceux des sujets qui peuvent fournir des informations sur leurs personnes, nous pourrions ultérieurement préciser les biais liés aux réponses des mandataires. Ces biais peuvent être affectés par les caractéristiques des mandataires et des sujets, ainsi que par la nature et le type de questions demandées. Il n'est pas certain que les informations interprétées à partir des rapports des mandataires pour les personnes qui sont incapables de fournir leurs propres données avec précision et justesse puissent être utiles (Magaziner, 1997). Les effets de la précision et des préjugés sur les résultats doivent être pris en considération lors d'études ultérieures de ce type.

## Conclusion

Les résultats de cette étude exploratoire nous ont fournis des données démontrant (1) que les résultats des mandataires peuvent être difficiles à interpréter et (2) qu'il pourrait y avoir une divergence entre la perception de la possibilité d'accomplir les habitudes de vie et les résultats de l'évaluation du langage.

Afin de poursuivre l'étude de ces questions, deux recherches sont planifiées. La première examinera la relation entre le rapport des mandataires sur le LIFE-H et l'auto-évaluation chez des personnes âgées n'ayant pas d'incapacités cognitivo-linguistiques, afin de déterminer la direction du biais des rapports faits par les mandataires. La deuxième étude permettra l'observation de personnes DTA engagées dans des habitudes de vie pouvant être liées à la communication qui auraient été identifiées par le LIFE-H comme étant problématiques. De plus, la façon dont les habitudes de vie d'un individu sont inférées à partir des capacités langagières et des facteurs environnementaux sera explorée.

Une des retombées de cette étude préliminaire est de constater que lorsqu'il s'agit d'une PFFS, il est important d'être prudent et de bien définir d'où nous proviennent ces faits et dans quelle mesure ils reflètent la réalité quotidienne du bénéficiaire. Nous croyons qu'en concevant des méthodes d'évaluation basées sur les habitudes de vie pour la communication chez les personnes ayant une DTA, nous pourrions recueillir des données cliniques et scientifiques appropriées et nécessaires à une meilleure planification des interventions en orthophonie.

## Références

- Bayles, K.A. (1986). Management of neurogenic communication disorders associated with dementia. Dans R. Chapey (Ed.), *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia*. Baltimore : Williams and Wilkins.
- Bayles, K. et Tomoeda, C. (1993). *The ABCs of Dementia*. Arizona : Canyonlands Publishing.
- Brookshire, R.H. (1992). *An Introduction to Neurogenic Communication Disorders (4th ed.)*. St. Louis : Mosby-Year Book.
- College of Speech and Language Therapists (1991). *Communicating Quality*. Great Britain : College of Speech and Language Therapists.
- Croisile, B., Ska, B., Brabant, M-J., Duchene, A., Lepage, Y., Armand, G. et Trillet, M. (1996). Comparative study of oral and written picture description in clients with Alzheimer disease. *Brain and Language*, 53, 1-19.

- Crossley, M., D'Arcy, C. et Rawson, N.S.B. (1997). Letter and category fluency in community-dwelling Canadian seniors : A comparison of normal participants to those with dementia of the Alzheimer or vascular type. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19, 52-62.
- Erlich, J.S., Obler, L.K. et Clark, L. (1997). Ideational and semantic contributions to narrative production in adults with dementia of the Alzheimer's type. *Journal of Communication Disorders*, 30, 79-99.
- Esiri, M. (1991). Neuropathology. In R. Jacoby et C. Oppenheimer (eds.), *Psychiatry in the Elderly* (p. 113-147). Oxford, England : Oxford Medical Publications.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. et McHugh, P.R. (1975). « Mini-mental state » : a practical method for grading cognitive state of clients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J. et St Michel, G. (1998). *Classification québécoise : processus de production du handicap*. Lac St-Charles (Québec) : RIPPH/SCCIDIH.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L. et St Michel, G. (1997). *The Assessment of Life Habits*. Lac St-Charles : QCICIDH.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L. et St Michel, G. (1997). *Mesure de la qualité de l'environnement*. Lac St-Charles : QCICIDH.
- Frattali, C.M., Thompson, C.K., Holland, A.L., Wohl, C.B. et Ferketic, M.M. (1995). *Functional Assessment of Communication Skills for Adults*. Rockville, MD : ASHA.
- French, S. (1994). Researching disability. In S. French (Ed.), *On Equal Terms : Working with Disabled People*. (p. 136-147). Oxford, UK : Butterworth.
- Garcia, L.J. et Joannette Y. (1997). Analysis of Conversational Topic Shifts : A Multiple Case Study. *Brain and Language*, 58, (1), 92-114.
- Goodglass, H. et Kaplan, E. (1983). *The Assessment of Aphasia and Related Disorders (2nd ed.)*. Philadelphia : Lea et Febiger.
- Grossman, M., Mickanin, J., Onishi, K. et Hughes, E. (1996). Verb comprehension deficits in probable Alzheimer's Disease. *Brain and Language*, 53, 369-389.
- Holland, A.L. (1980). *Communication Activities in Daily Living*. Baltimore : University Park Press.
- Irigaray, L. (1973). *Le Langage des Déments*. LeHague : Mouton.

- Kaplan, E., Goodglass, H. et Weintraub, S. (1983). The Boston Naming Test. Dans H. Goodglass et E. Kaplan (eds.), *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*. (2nd ed.). Philadelphia : Lea et Febiger.
- Kemper, S. (1997). Metalinguistic judgements in normal aging and Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology*, 52B, 147-155.
- LaPointe, L.L. et Horner, J. (1979). *Reading Comprehension Battery for Aphasia*. Oregon : CC Publications.
- Magaziner, J. (1997). Use of proxies to measure health and functional outcomes in effectiveness research in persons with Alzheimer Disease and related disorders. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11, 168-174.
- Morris, R.G. (1994). Working memory in Alzheimer-type dementia. *Neuropsychology*, 8, 544-554.
- Murdoch, B.E., Chenery, H.J., Boyle, R. et Wilks, V. (1988). Functional communicative abilities in dementia of the Alzheimer type. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 16, 11-21.
- Nebes, R.B. (1989). Semantic memory in Alzheimer's disease. *Psychological Bulletin*, 106, 377-394.
- Orange, J.B. et Purves, B. (1996). Conversational discourse and cognitive impairment : Implications for Alzheimer's Disease. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 20, 139-150.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1980). *CIDIH : Classification internationale des déficits, incapacités et handicaps*. Genève : Organisation mondiale de la santé
- Powell, J.A., Hale, M.A. et Bayer, A.J. (1995). Symptoms of communication breakdown in dementia : careers' perceptions. *European Journal of Disorders of Communication*, 30, 65-75.
- Ripich, D.N. et Terrel, B. (1988). Patterns of discourse cohesion and coherence in Alzheimer's disease. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53, 8-15.
- Simmons-Mackie, N.N. et Damico, J.S. (1996). Accounting for handicaps in aphasia : communicative assessment from an authentic social perspective. *Disability and Rehabilitation*, 18, 540-549.
- Skinner, C., Wirz, S., Thompson, I. et Davidson, J. (1984). *The Edinburgh Functional Communication Profile*. Buchingham : Winslow Press.

- Spreeen, O. et Benton, A.I. (1977). *Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia*. Victoria, BC : University of Victoria.
- Welch, L.W., Doineau, D., Johnson, S. et King, D. (1996). Educational and gender normative data for the Boston Naming Test. *Brain and Language*, 53, 260-266.
- Yorkston, K.M. et Beukelman, D.R. (1980). An analysis of connected speech samples of aphasic and normal speakers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 45, 27-36.



Troisième domaine de réflexion :  
perspective du chercheur



## L'INTÉGRATION DES FAITS SCIENTIFIQUES À LA PRATIQUE : PROPOSITION D'UN CADRE D'APPLICATION AUX SPÉCIALISTES DE LA RÉADAPTATION

Traduit et adapté avec la permission officielle du Journal of Science Communication  
Jo Logan, Ian D. Graham et Lucie Brosseau

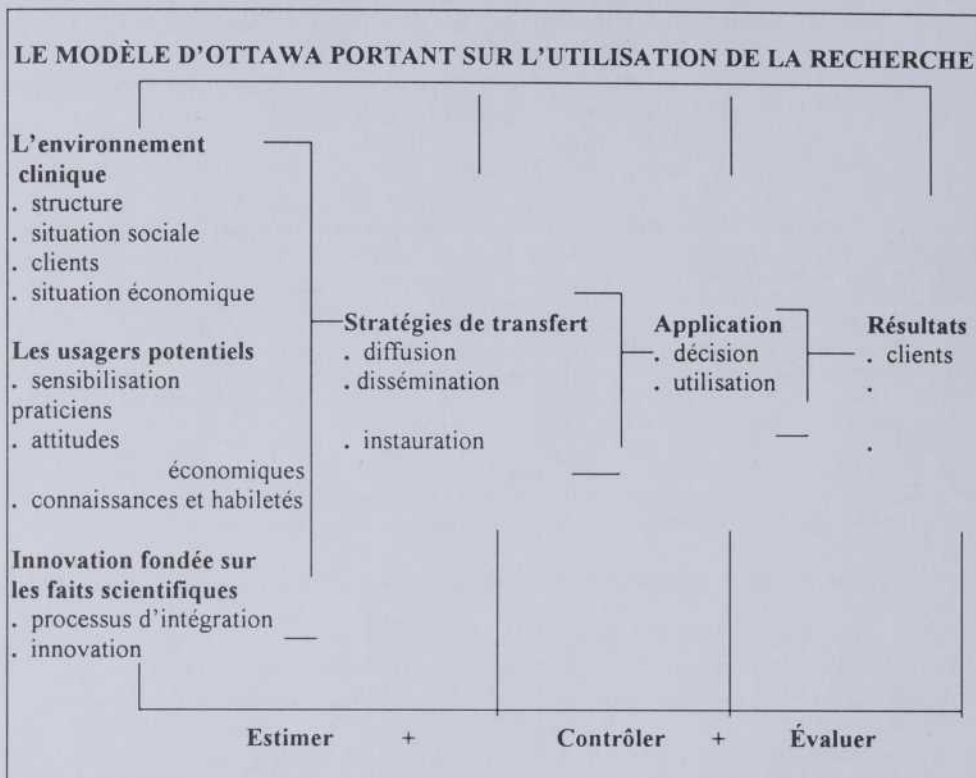
### Résumé

De nombreux domaines de la santé déplorent le peu d'utilisation des faits scientifiques (FS) dans la pratique clinique. Ce problème va à l'encontre des soins optimaux et peut augmenter les coûts au niveau du système de santé. Le texte suivant présente un cadre théorique pratique destiné aux décideurs. Celui-ci porte sur la promotion d'une approche fondée sur les FS lors du transfert et de l'utilisation des résultats de recherche aux milieux cliniques. Le Modèle d'Utilisation de la Recherche d'Ottawa (*Ottawa Model of Research Use*) avec son orientation globale et interdisciplinaire est constitué de six éléments-clés : l'environnement clinique, les usagers potentiels, l'innovation fondée sur les FS, les stratégies de transfert, l'adoption des stratégies et les résultats du domaine de la santé. Les éléments du modèle et la relation entre chacun d'eux sont décrits dans le présent texte. L'évaluation systématique fait partie intégrante du modèle et ce, avant, pendant et après toute tentative de transfert des résultats de recherche. Les données obtenues ont pour but d'identifier les obstacles potentiels et l'appui manifesté envers l'utilisation des FS dans le milieu clinique, les candidats à l'application de la recherche et les FS; d'orienter le choix et la préparation des stratégies de transfert; de suivre la progression des tentatives de transfert et d'évaluer l'application des FS et son effet sur les résultats escomptés.

### Le Modèle d'Utilisation des Faits Scientifiques d'Ottawa (MUFSSO)

L'utilisation des faits scientifiques est définie comme « un processus menant au transfert de connaissances spécifiques fondées sur les faits scientifiques (FS) à la pratique. Ce transfert se réalise par l'intégration systématique de séries d'activités » (Horsley et al., (1983), p.100-101). Même si un intérêt pour la diffusion des découvertes médicales ou autres a caractérisé les sciences sociales pendant plusieurs années, en sciences de la santé, la théorie et la recherche sur l'adoption et l'utilisation des faits scientifiques s'avère un domaine de recherche relativement nouveau (Bostrom et Wise, 1994; Holloway et Ringel, 1998). Cette situation demeure encore plus marquée dans le domaine de la réadaptation.

Il existe dans les écrits scientifiques une pénurie de cadres conceptuels pratiques (Logan et al., 1998) faisant la promotion de l'utilisation des FS. Le Modèle d'Utilisation des FS d'Ottawa (MUFSSO) répond à ce besoin. En effet, il est constitué de six éléments clés qui sont liés les uns aux autres par le processus d'évaluation (Figure 1). Ces éléments s'avèrent les composantes centrales du processus d'utilisation des FS, soient : l'environnement clinique, les usagers potentiels, les innovations fondées sur les FS, les stratégies de transfert des FS à la pratique, l'application des FS et les résultats du domaine de la réadaptation ou autres. Le terme *innovation* correspond aux FS qui sont nouveaux pour les usagers potentiels, même si ces faits peuvent avoir été disponibles depuis un certain temps (Rogers, 1995). Les innovations fondées sur les FS peuvent représenter de l'information qui renforce l'utilisation d'un traitement efficace ou, au contraire, prouver qu'une pratique ou un traitement actuel est sans effet ou nocif. Dans un tel cas, ce dernier doit être aboli ou utilisé de façon plus restreinte.



**Figure 1.** Traduit et adapté de Logan, J. et Graham, I.D. (1998). Toward a Comprehensive Interdisciplinary Model of Health Care Research Use. *Science Communication*, 20, 227-246.

Le MUFSO fut conçu suite au cumul de connaissances à propos de divers aspects du processus d'utilisation des FS. Le MUFSO fait appel à une structure souple, simple et pratique. Par exemple, le MUFSO peut facilement être utilisé par les spécialistes de la réadaptation. Ce cadre conceptuel sert aux décideurs voulant accroître l'utilisation des FS liés au domaine de la santé par les praticiens. Il est également utile aux chercheurs intéressés par l'étude du processus d'intégration des FS à la pratique. Les éléments du MUFSO sont supportés par des FS lorsque ceux-ci sont disponibles. Les éléments sont principalement tirés des écrits traitant de l'utilisation des FS (Balmer et King, 1998; Beckerman et al., 1993; Bury, 1996; Harris, 1996; Newham, 1997; Thompson-O'Brien et Moreland, 1998), de la diffusion des innovations (Bohannon, 1999; Brosseau et al., 1997; Kirchoff et Beck, 1994; Visintin et al., 1998), des changements d'attitudes du personnel de la santé (Carr et al., 1994; Bohannon, 1990; Bohannon et LeVeau, 1986; Dubouloz et al., 1999; Nilsson et al., 1992; Turner et Whitfield, 1999a, Turner et al., 1999b), du développement et de l'instauration de lignes directrices pour la pratique en milieu clinique (APTA, 1997a, 1997b; CAOT, 1991; CPA et OPA, 2000; CPA, 1996; Law et Baum, 1998; Woods-Duncan, 1996; CTF, 1997;

IWH, 1997; AHCPR, 1998). De plus, le MUFSO a été amélioré suite à des discussions tenues avec les participants des ateliers donnés pour le Réseau d'Évaluation des Soins de la Santé de l'Ontario (Graham et Logan, 1996), puis lors de conférences et de réunions d'éducation clinique (Graham et Logan, 1995, 1996; Harrison et al., 1997; Logan et Graham, 1996a et b, 1997).

Le MUFSO peut être catégorisé en tant que cadre conceptuel interactif d'utilisation des FS (Weiss, 1979). Il présente l'utilisation des FS comme un processus dynamique de décisions et d'actions inter reliées par différents intervenants se rapportant à chacun des éléments du modèle. Les décisions liées au processus ont lieu pendant un certain laps de temps et selon un ordre dépendant de l'état spécifique de chacun des éléments dans un contexte donné. Même s'il est présenté comme un diagramme linéaire, la nature du processus ne doit pas être interprétée de façon unidirectionnelle. Tous les éléments du cadre sont tributaires. Ils influencent et sont influencés par les autres. L'interaction dynamique entre les éléments du MUFSO se distingue des modèles à étapes séquentielles qui prennent pour acquis que la progression des FS dans la pratique se produit de façon ordonnée, linéaire et rationnelle (Buxton et Hanney, 1996).

L'impact sur la santé des clients devrait être l'orientation première de la pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS). Un des postulats sous-jacents au MUFSO prône que les clients pourraient jouer un rôle clé dans tous les aspects du processus et qu'ils devraient par conséquent être considérés dans chacun des éléments du cadre. Un autre postulat soutient que l'environnement externe et général des soins de santé affectera de concert tous les aspects du processus.

### **Estimer, contrôler et évaluer**

L'estimation, le contrôle et l'évaluation (ECE) systématique de chacun des éléments du modèle avant, pendant et après toute tentative de transfert des FS fait partie intégrante du MUFSO (Tableau 1). L'information recueillie de l'ECE possède quatre fonctions principales : 1) identifier le soutien et les obstacles potentiels à l'utilisation des FS dans l'environnement clinique, les usagers potentiels et l'innovation fondée sur les FS; 2) fournir une orientation afin de sélectionner et d'adapter les stratégies de transfert pour faire face aux obstacles identifiés et accroître le soutien; 3) suivre la progression des tentatives de transfert; 4) évaluer l'utilisation actuelle de l'innovation fondée sur les FS et son influence sur les résultats anticipés. Les méthodes utilisées afin de mener à terme l'ECE seront différentes selon qu'il s'agit d'estimer, de contrôler ou d'évaluer. Bien qu'il n'existe que très peu d'instruments valides à cette fin particulière, on peut utiliser une grande variété de méthodes qualitatives et quantitatives (Tableau 1).

### **Les éléments du MUFSO**

La première étape lorsqu'on envisage d'utiliser le modèle comme guide consiste à évaluer les éléments de soutien et les obstacles dans ces sphères. Ces éléments et les obstacles à l'utilisation des FS proviennent de trois sources distinctes : l'environnement clinique, les usagers potentiels et l'innovation fondée sur les FS.

*Principaux éléments*

<i>Types de méthodes</i>	<i>Avant</i>	<i>Pendant</i>	<i>Après</i>
Observation	X	X	
Entrevue	X	X	
Groupes dirigés	X	X	
Sondages/statistiques	X		X
Utilisation des données	X		X
Analyse profitable		X	X

**Tableau 1. Méthodes d'estimation, de contrôle et d'évaluation**

L'environnement clinique

L'environnement clinique s'avère une source d'influence prépondérante pour les praticiens, chercheurs et décideurs (Lomas, 1993). Ces influences peuvent à la fois encourager et décourager le processus de transfert et d'utilisation des FS (Funk et al., 1991, 1995; Haynes, 1998; Walczak et al., 1994) et peuvent même être exercées simultanément. Cet élément du MUFSSO vise à identifier, décrire et aborder les facteurs d'influence du milieu clinique pour ensuite les classer comme structuraux, sociaux, liés aux clients ou à toute autre situation spécifique.

Il a été démontré que les facteurs structuraux tels que la structure décisionnelle de l'environnement, les règlements et les politiques officielles, la structure physique, la charge de travail, l'équipement et les ressources disponibles, ainsi que le système de motivation influencent l'utilisation des FS dans l'environnement clinique (Battista, 1992; Battista et Mickalide, 1990; Elmslie, 1994; Elson et Connelly, 1995; Funk et al., 1995; Logan et Graham, 1998; Greco et Eisenberg, 1993; Greer, 1988; Grol, 1993; Lomas, 1993; Nolan et al., 1994; Rogers, 1995; Stobberingh et al., 1993). Un facteur structural potentiellement nuisible à l'intégration des FS à un service de réadaptation est l'accès à la technologie. Par exemple, notons la non informatisation des dossiers médicaux, l'impossibilité de prodiguer un entraînement à la marche de la clientèle hémiplegique sur tapis roulant (Visintin et al., 1998) ou la difficulté de mesurer efficacement l'amplitude articulaire d'un client arthritique à cause de la non commercialisation d'un nouveau goniomètre parallélogramme (Balmer et Brosseau, 1998). Les lourdes charges de travail ainsi que les compressions budgétaires dans les programmes de réadaptation figurent également parmi les facteurs structuraux limitant le milieu clinique dans son exercice d'intégration des FS à la pratique.

Quant aux facteurs sociaux, on peut penser aux personnalités politiques en place, à la présence de défenseurs de l'innovation fondée sur les FS ainsi qu'à la culture et au système de valeurs prévalant dans le milieu clinique (Brown et al., 1995; Conroy et Shannon, 1995; Fineberg, 1985; Logan et Graham, 1998; Greer 1988; Grol, 1993; Kirchoff et al., 1993; Klein et al., 1995; Mittman et al., 1992; Weiss, 1977, 1979). Ces facteurs sociaux peuvent aussi bien influencer positivement que négativement. Par exemple, un chef de service en ergothérapie qui détient une maîtrise serait peut-être plus enclin à promouvoir et à supporter l'utilisation des résultats de la recherche auprès de son personnel clinique. À l'opposé,

certains regroupements d'ergothérapeutes, prônant l'approche dogmatique de Bobath (Davies, 1985), s'opposeraient probablement farouchement à l'introduction de l'usage forcé du membre supérieur paralysé dans les activités de la vie quotidienne de leurs clients ayant subi un accident vasculaire cérébral (Wolf et al., 1997; Woods-Duncan, 1997).

Les clients sont souvent à la source des questionnements des décideurs. Cette situation suscite de l'intérêt pour la PFFS (Browman et al., 1995; Titler et al., 1994; Wise et Billi, 1995). Ils peuvent en encourager ou en nuire l'adoption. D'un côté, l'influence du client ou la pression qu'il exerce peut stimuler un praticien à l'adopter. Par exemple, un groupe de parents peut exiger un traitement d'oxygénothérapie qui apparaît prometteur pour leur enfant atteint de paralysie cérébrale en vue d'améliorer ses capacités motrices et cognitives (Kuban et Leviton, 1994) suite à la diffusion d'une émission scientifique télévisée. Un client atteint d'arthrose pourrait également réclamer l'application du laser de faible puissance sur le nerf superficiel innervant la région douloureuse en plus de l'articulation affectée (Brosseau et al., 1999) suite à la consultation du répertoire Cochrane disponible au public. D'un autre côté, une collaboration déficiente, le refus ou l'incapacité d'un client à suivre les recommandations fondées sur les FS peuvent nuire au processus d'adoption (Brook, 1995; Logan et Graham, 1998).

Selon les milieux cliniques, les décideurs peuvent avoir à identifier un soutien ou des obstacles potentiels à l'intérieur d'autres aspects prédominants du milieu. Le contexte médico-légal des professionnels de la santé est un facteur pouvant avoir un impact considérable sur l'adoption des innovations fondées sur les FS (Hurwitz, 1999). En plus de l'évaluation de l'environnement clinique, les décideurs doivent se pencher sur les facteurs reliés aux usagers potentiels de l'innovation fondée sur les FS afin d'identifier un soutien ou des obstacles potentiels.

### Les usagers potentiels

Les clients, les praticiens et les autres décideurs du système sont tous des usagers potentiels des FS. Soulignons que les praticiens représentent les cliniciens, les éducateurs ou les étudiants en formation (Aston-McCrimmon, 1999; Bohannon et LeVeau, 1986). Le MUFSO suggère aux décideurs d'identifier le public cible ou tous les usagers potentiels vers qui les FS seront orientés pour ensuite en décrire les attitudes, les connaissances, la motivation à adopter les FS, les habiletés et les pratiques courantes.

Les intérêts des usagers potentiels des FS peuvent varier considérablement. Par exemple, les décideurs considèrent la recherche selon le contexte de leurs priorités organisationnelles ou sociétales (Holland-Wade, 1995; Weiss, 1979). De la même façon, les cliniciens peuvent être influencés par des préoccupations autres que les FS. C'est pour cette raison que le MUFSO souligne l'importance de voir le changement proposé selon la perspective des usagers potentiels, d'identifier et de comprendre toutes les préoccupations scientifiques et extrascientifiques qui peuvent influencer l'adoption des FS. Toute l'information recueillie peut servir à dresser un portrait des usagers potentiels par rapport au soutien et aux obstacles potentiels à l'utilisation des FS.

## L'innovation fondée sur les FS

Cette composante du MUFSSO est orientée vers les deux aspects suivants. Premièrement, l'adoption d'une innovation est tributaire de la perception des usagers potentiels face aux caractéristiques ou attributs du processus d'intégration des FS (i.e. le processus par lequel les lignes directrices cliniques sont conçues). Deuxièmement, son adoption est dépendante des caractéristiques de l'innovation en tant que telle (i.e. l'utilisation simple ou complexe d'une technologie clinique introduite auprès des praticiens).

À titre d'exemple pour le premier aspect, les spécialistes de la réadaptation ont accès à des méta-analyses systématiques au sujet d'une innovation d'intérêt via le répertoire de la Collaboration Cochrane (Brosseau, 1998; DeVet et de Bie, 1997; Hayes et McGrath, 1998; Mulrow et Oxman, 1997; Pollock, 1998; Van Tulder et al., 1997). Ce répertoire exhaustif permet, par exemple, à l'ensemble des audiologistes praticiens d'obtenir un résultat synthèse à propos de l'effet généralisé de l'usage d'implants cochléaires chez des enfants malentendants. Ayant pris connaissance de ces FS cumulés (Guyatt et al., 1993, 1994), un regroupement d'experts crédibles en audiologie peut par la suite élaborer des lignes directrices liées à cette modalité thérapeutique selon un cadre opérationnel existant (CTF, 1997; Mirsky et al., 1997; Shekelle et al., 1999). En guise d'exemple du second aspect, les spécialistes d'audiologie tenteront la mise en application de la dite innovation à leur pratique quotidienne en considérant les avantages et désavantages de celle-ci..

Le MUFSSO amène les décideurs à considérer l'influence de la perception des attributs de l'innovation sur la prise de décision des usagers potentiels face à son adoption (Hayward et al., 1995; Wilson et al., 1995). Ce processus doit s'établir en identifiant les attributs susceptibles d'être perçus positivement ou négativement et en adaptant les stratégies de transfert en conséquence (Bohannon et LeVeau, 1986; Dubouloz et al., 1999; Egan et al., 1998). Les usagers potentiels doivent réagir réciproquement avec les attributs d'une innovation. Plusieurs schèmes de diffusion de l'innovation dotée de différents attributs ont été observés, mais surtout en dehors du domaine de la santé (Rogers, 1995). Le rythme de diffusion varie d'un établissement à l'autre, en partie en raison de la différence de perception des usagers potentiels des attributs de la même innovation. Si les décideurs minimisent les perceptions négatives de l'innovation de la part des usagers potentiels et maximisent les perceptions positives, l'adoption de l'innovation peut se produire plus rapidement.

Les attributs du processus d'intégration paraissant influencer positivement l'adoption de l'innovation sont de bons outils de promotion auprès des usagers potentiels (Brown et al., 1995; Conroy et Shannon, 1995; Grol, 1993). De plus, le processus d'intégration doit être explicite et transparent. Il doit également contenir une recension exhaustive des écrits scientifiques ainsi qu'une méthode objective de synthèse des écrits (Auston et al., 1994; Hayward et Laupacis, 1993; Shiffman et Greenes, 1994). Dans le domaine de la santé, certains écrits scientifiques révèlent que l'engagement des professionnels envers des lignes directrices pour la pratique en milieu clinique est plus grande si celles-ci s'avèrent simples avant de décider définitivement de les utiliser (Grilli et Lomas, 1994). Ce fut le cas de l'introduction de l'entraînement à la marche précoce des personnes hémiplegiques à l'aide

d'un tapis roulant dans un service de physiothérapie (Visintin et al., 1998) ou à l'aide d'une rampe adaptée (Jeka et Lackner, 1994).

Il existe également des attributs plus rarement considérés dont on peut s'attendre à ce qu'ils influencent l'adoption d'innovations des soins de la santé. Ceux-ci comprennent le rapport des risques et des bienfaits pour les clients, les considérations éthiques et le type d'innovation (s'il est attirant) (Brown et al., 1995). De plus, les usagers potentiels peuvent se retrouver face à l'existence de FS ou de lignes directrices pour la pratique en milieu clinique contradictoires. Dans ce cas, les décideurs peuvent aider les usagers potentiels en clarifiant les priorités mises en place selon les ressources disponibles. En comprenant les perceptions de l'innovation de la part des usagers potentiels, à la fois positives et négatives, les décideurs sont mieux placés pour envisager ces perceptions à l'aide de stratégies de transfert appropriées.

Rogers (1995) propose une méthode scientifique potentiellement utile lors de l'évaluation des obstacles : le « processus de prise de décision sur l'innovation ». Celui-ci est divisé en cinq étapes par lesquelles les usagers potentiels peuvent passer lorsqu'ils décident d'adopter une innovation. Ces étapes sont : les connaissances (être au courant de l'innovation), la persuasion (le développement d'attitudes positives envers l'innovation), la décision (une prise de décision raisonnée concernant l'adoption de l'innovation), la mise en place (l'utilisation de l'innovation) et la confirmation (l'utilisation continue de l'innovation).

Même si les FS concernant le processus de décision de l'innovation dans les professions des soins de la santé sont extrêmement limités (Brett, 1987; Digan et al., 1994; Pathman et al., 1996), la conceptualisation du processus de l'utilisation des FS par étapes peut aider les décideurs à identifier les différents obstacles et le soutien. De plus, il peut être nécessaire de mettre l'accent sur différentes stratégies à différents moments tout au long de l'évolution du processus d'utilisation des FS; et ce, au fur et à mesure que des usagers potentiels suivent le continuum du processus de décision des FS, soit des stades initiaux de prise de conscience aux dernières étapes d'utilisation et d'utilisation permanente.

Une fois que les décideurs ont évalué l'environnement clinique, les usagers potentiel et l'innovation fondée sur les FS et qu'ils ont déterminé le soutien et les obstacles potentiels reliés à chaque élément, l'étape suivante consiste à utiliser l'information recueillie afin de choisir judicieusement et de concevoir les stratégies de transfert des FS pour surmonter les obstacles identifiés et mettre en valeur le soutien disponible.

### **Les stratégies de transfert de la recherche**

Cet élément du modèle identifie les stratégies nécessaires afin que les innovations fondées sur les FS parviennent aux usagers potentiels et que ceux-ci soient encouragés à les utiliser. Ces stratégies varient d'efforts passifs non-planifiés (diffusion i.e. la publication de résultats de recherche ou de lignes directrices pour la pratique en milieu clinique dans un périodique ou sur le réseau internet) à des FS visant un public particulier (dissémination i.e. courrier postal) ou à des efforts systématiques encourageant l'adoption des FS (réalisation i.e. exposé académique, formation continue sur la santé) (Lomas, 1993).

Les stratégies de transfert comprennent les éléments suivants : matériel pédagogique, publicité sociale (utilisation d'affiches ou autres formes de publicité), activités pédagogiques (conférences et ateliers de formation continue sur la santé, enseignement individuel ou de groupe, etc.), utilisation de meneurs, de personnalités pédagogiques influentes, vérifications et commentaires individuels ou de groupe, systèmes de rappel, influence du client et utilisation de moyens de motivation et de sanctions (Lomas et Haynes, 1988; Lomas, 1993). Les FS suggèrent que des stratégies efficaces pour une certaine discipline ne le sont pas nécessairement pour une autre (Hodnett et al., 1996).

Les FS portant sur l'efficacité des diverses stratégies de transfert sont actuellement limités quoique l'intérêt pour ce sujet de recherche prenne de l'ampleur. Il existe quelques recensions systématiques qui ont examiné l'effet des stratégies de formation médicale continue sur les changements de pratique des médecins (Davis et al., 1995), l'effet des interventions visant à améliorer l'exercice professionnel (Oxman et al., 1993), l'effet des systèmes informatiques de support de décision clinique sur les performances cliniques (Johnston et al., 1994), l'effet de rétroaction informative sur la pratique clinique (Mugford et al., 1991) et l'effet de l'instauration de stratégies sur l'impact et l'utilisation de lignes directrices cliniques (Grimshaw et al., 1995). Il est important de noter que l'orientation de toutes les recherches présentées dans ces recensions traitant de modifications comportementales des praticiens ne considèrent pas si le changement de comportement était basé ou non sur des FS, ce qui est crucial.

À ce jour, les FS des recensions systématiques suggèrent que toutes les stratégies d'instauration sont parfois efficaces, mais qu'aucune ne l'est en tout temps. Les stratégies multiples semblent plus efficaces que les stratégies uniques. De plus, les stratégies se rapprochant le plus des utilisateurs-cibles intégrées au processus de prestation des soins sont plus susceptibles d'être efficaces. Même la stratégie de transfert la plus complexe peut avoir de 20 % à 50 % d'effet sur les changements comportementaux (Oxman et al., 1993). Les stratégies de transfert ont un effet plus marquant sur le processus de prestation des soins que sur les résultats reliés à la santé, malgré que ces derniers aient été moins souvent évalués.

Le MFUSO aide à expliquer ces résultats en suggérant que l'approche d'instauration de FS la plus efficace est probablement liée à la conception des stratégies de transfert adaptées au soutien et aux obstacles d'un environnement particulier. Dans ce cas, la plus grande utilisation de stratégies multiples provient probablement des décideurs qui, consciemment ou inconsciemment, ont identifié à la fois les obstacles de l'environnement clinique, les usagers potentiels ainsi que l'innovation fondée sur les FS. Plus il y a d'obstacles confrontés par les stratégies de transfert, meilleure sera l'utilisation de l'innovation fondée sur les FS.

### L'application des FS

L'application des FS profite d'une innovation au déroulement optimal d'une action (Rogers, 1995) et représente des changements comportementaux (utilisant l'innovation fondée sur les FS). La seule façon, pour les décideurs, d'évaluer le succès de la stratégie de

transfert employée est d'identifier la portée de l'utilisation de cette innovation (Michaud et al., 1998). En contrôlant le processus d'application, ils peuvent déterminer si l'innovation est utilisée comme prévu, si elle a été adaptée aux conditions locales, si son utilisation initiale n'est plus possible ou si elle a été adoptée pour être ensuite abandonnée. En raison de la nature évolutionniste et interactive du processus d'utilisation des FS, il est essentiel que les décideurs comprennent la façon dont l'innovation a été adoptée (ou rejetée) et la façon dont le changement s'est produit dans le temps. De cette façon, les décideurs sont mieux placés pour modifier les stratégies de transfert existantes et pour en choisir de nouvelles, afin de maximiser le transfert des FS.

### **Les résultats**

Le résultat est l'élément final du modèle, c'est-à-dire l'effet de l'utilisation de l'innovation fondée sur des FS. Les conséquences de l'utilisation des FS peuvent être désirables, directes, anticipées ou indésirables, indirectes et inattendues (Greer, 1988). Des résultats directs sont liés aux clients et à leur famille, aux praticiens (cliniciens, éducateurs, étudiants) et au système (résultats économiques) (Titler et al., 1994). Le MUFSSO suppose que l'amélioration de la santé des clients est un objectif primaire de l'utilisation des FS dans le domaine des soins de la santé. Il est donc essentiel d'avoir une évaluation initiale et de suivre des effets de l'utilisation de l'innovation (Basinski, 1995; Davis et al., 1995, 1997). Il est d'autant plus important de contrôler et d'évaluer les résultats de l'utilisation des FS à cause du caractère imprévisible de ce processus d'utilisation et à la possibilité d'obtenir des résultats inattendus, négatifs ou positifs. La valeur réelle des innovations fondées sur les FS ne peut être déterminée qu'en évaluant leurs impacts.

### **Le rôle des chercheurs en réadaptation**

Le rôle des chercheurs en réadaptation s'inscrit dans l'évaluation : 1) du soutien et des obstacles potentiels à l'utilisation des FS relatifs à l'environnement clinique, aux usagers potentiels et à l'innovation fondée sur les FS; 2) des mécanismes de diffusion des innovations propres à la réadaptation ainsi que du processus d'intégration auprès des clients, cliniciens, administrateurs, des éducateurs et étudiants en réadaptation; 3) des changements d'attitudes des spécialistes de la réadaptation (Bohannon et LeVeau, 1986; Dubouloz et al., 1999; Graham, 1999); 4) du développement et de l'établissement de lignes directrices pour la pratique en milieu clinique (Cluzeau et al., 1999; Law et Baum, 1998; Shekelle et al., 1999; Woods-Duncan, 1996); 5) de la progression et du succès des tentatives de transfert employées; 4) de l'utilisation actuelle de l'innovation fondée sur les FS et de son impact sur les résultats anticipés (Thompson-O'Brien et Moreland, 1998; Balmer et King, 1998).

Les chercheurs en réadaptation jouent également un rôle primordial dans l'évaluation de l'effet des stratégies de formation continue sur les changements des performances des spécialistes de la réadaptation (Davis et al., 1995), l'effet des interventions visant à améliorer l'exercice professionnel (Oxman et al., 1993), l'effet des systèmes informatiques de support de décision clinique sur les performances cliniques (Johnston et al., 1994), l'effet de rétroaction informative sur la pratique clinique (Mugford et al., 1991).

Ce domaine de recherche demeure toutefois embryonnaire en réadaptation. Seuls quelques rares travaux s'inscrivent en ce sens (Dubouloz et al., 1999; Graham, 1999). Il s'avère toutefois urgent que toute la communauté en réadaptation participe d'emblée à développer de façon plus intense ce domaine de recherche visant l'intégration des FS à leur pratique. L'existence du MUFSSO devrait faciliter et stimuler les spécialistes de la réadaptation à poursuivre leurs efforts en ce sens.

### Conclusion

Un cadre d'utilisation des FS liés au domaine de la santé ayant une orientation globale et interdisciplinaire afin de promouvoir l'instauration des FS dans les milieux cliniques de soins de la santé est proposé. Le MUFSSO peut soutenir les spécialistes de la réadaptation dans une PFFS. Les éléments du MUFSSO sont basés sur les FS disponibles et orientent vers l'estimation, le contrôle et l'évaluation des aspects importants. Ce cadre se veut un guide et non pas une recette. Parmi les divers environnements cliniques, on peut s'attendre à ce que les variables de chaque élément principal diffèrent. Nous recommandons que les décideurs étudient de façon globale l'ensemble des éléments du MUFSSO.

Les recherches doivent se poursuivre afin d'expliquer les relations existantes parmi les éléments du MUFSSO. De plus, des instruments de mesure valides et fiables sont présentement examinés. Beaucoup de travail reste à faire, d'autant plus qu'il existe un nombre insuffisant de FS, spécifiques au domaine des soins de la santé, sur chaque élément du cadre. L'évaluation de la faisabilité, de l'utilité et de l'avenir du cadre est nécessaire ainsi que l'évaluation de son potentiel d'application dans le domaine de la réadaptation. Ce cadre de conception globale et interdisciplinaire fournit un tremplin aux futures recherches dans ce domaine.

En contrôlant le processus d'application, les spécialistes de la réadaptation peuvent déterminer si l'innovation est utilisée comme prévu, si elle a été adaptée aux conditions locales et que son utilisation comme prévu ne soit plus possible ou si elle a été adoptée pour être ensuite abandonnée. En raison de la nature évolutionniste et interactive du processus d'utilisation des FS, il est essentiel que les décideurs comprennent la façon dont l'innovation a été adoptée (ou rejetée) et la façon dont le changement s'est produit dans le temps. De cette façon, les décideurs seront mieux placés pour modifier les stratégies de transfert existantes et pour en choisir de nouvelles afin de maximiser le transfert des FS.

Les conséquences de l'utilisation des FS peuvent être désirables, directes, anticipées ou indésirables, indirectes et inattendues (Greer, 1988). Des résultats directs sont liés aux clients et à leur famille, aux praticiens (cliniciens, éducateurs, étudiants) ainsi qu'au système (résultats économiques).

Le MUFSSO suppose que l'amélioration de la santé des clients soit un objectif primaire de l'utilisation des FS dans le domaine des soins de la santé. Il est donc essentiel d'avoir une évaluation initiale et suivie de l'efficacité de l'utilisation des FS sur la santé des clients.

## Références

- American Health Care and Policy Research (1998). [Http://www.ahcpr.gov/](http://www.ahcpr.gov/).
- American Physical Therapy Association (1997a). *Guide to Physical Therapist Practice : Part One : A Description of Patient/Client Management*. APTA.
- American Physical Therapy Association (1997b). *Guide to Physical Therapist Practice : Part Two : Preferred Practice Patterns*. APTA.
- American Physical Therapy Association (1995). *Outcomes Effectiveness of Physical Therapy : An Annotated Bibliography*. APTA.
- Antman, E.M., Lao, J., Kupelnick, B., Mosteller, F. et Chalmers, T.C. (1992). A comparison of results of metaanalyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts : treatments for myocardial infarction. *JAMA*, 268, 2240-2248.
- Aston-McCrimmon, E. (1999). La profession de physiothérapeute en l'an 2000 et au-delà. *Physio-Québec*, 23, 15-18.
- Auston, I., Cahn, M. A., Selden, C.R. (1994). Literature search methods for the development of clinical practice guidelines. In K.A. McCormick, R. Moore and R.A. Siegel (Eds), *Methodology Perspectives*. (pp. 123-127). Washington, D.C., U.S. Department of Health and Human Services.
- Balmer, S. et Brosseau, L. (1998). Intratester and Intertester Reliability of the Parallelogram Goniometer in the Measurement of the Hip Abduction among Clients : A Pilot Study. *Physiotherapy Canada*, 50, 123-126.
- Balmer, S. et King, J. (1998). Linking clinical practice and evidence. *Physiotherapy Canada*, 50, 181-183.
- Basinski, A. (1995). Evaluation of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 153, 1575-1581.
- Battista, R.N. (1992). Health care technology assessment : Linking science and policy making. *Canadian Medical Association Journal*, 146, 461-462.
- Battista, R.N., Mickalide A.D. (1990). Integration of preventive services into primary care : A conceptual framework for implementation. In R.B. Goldbloom et R.S. Lawrence (Eds), *Preventing disease : Beyond the rhetoric*. (pp. 467-470). New York, Springer-Verlag.

- Beckerman, H., Bouter, L.M., Van Der Heijden, G. J., De Bie, R.A., Koes, B.W. (1993). Efficacy of physiotherapy for musculoskeletal disorders : what can we learn from research ? *British Journal of General Practice*, 43 : 73-76.
- Bohannon R.W. (1999). Core journals of physiotherapy. *Physiotherapy*, 85, 317-321.
- Bohannon R.W. (1990). Information accessing behavior of physical therapists. *Physiotherapy Theory and Practice*, 6, 215-225.
- Bohannon, R.W. et LeVeau, B.F. (1986). Clinician's use of research findings : A review of literature with implications for physical therapists. *Physical Therapy*, 66, 45-50.
- Bostrom, J. et Wise, L. (1994). Closing the gap between research and practice. *JONA*, 24, 22-27.
- Brett, J.L.L. (1987). Use of nursing practice research findings. *Nursing Research*, 36, 344-349.
- Brook, R.H. (1995). Implementing medical guidelines. *Lancet*, 346, 132.
- Brosseau, L. (1998). A Cochrane Systematic Review : What does it eat during Winter time ? *CPA Research News and Views*, Fall, 3-4.
- Brosseau, L., deBie, R. A., Welch, V. M., Gam, A., Morin, M., Shea, B., Wells, G., Harman, K. et Tugwell, P. (1999). Low Level Laser Therapy for the Treatment of Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis : A Systematic Review. *Canadian Journal of Rheumatology*. (In Press).
- Brosseau, L., Tousignant, M., Budd, J., Chartier, N., Duciaume, L., Plamondon, S., O'Sullivan, J.P., O'Donoghue, S. et Balmer, S. (1997). Intratester and Intertester Reliability and Criterion Validity of the Parallelogram and the Universal Goniometers for Active Knee Flexion in Healthy Subjects. *Journal of Physiotherapy Research International*, 2, 150-166.
- Browman, G.P., Levine, M.N., Mohide, A., Hayward, R.S.A., Pritchard, K.I., Gafni, A., Laupacis, A. (1995). The practice guidelines development cycle : A conceptual tool for practice guidelines development and implementation. *Journal of Clinical Oncology*, 13, 502-512.
- Brown, J.B., Shye D., McFarland B. (1995). The paradox of guideline implementation : How AHCPR's depression guideline was adapted at Kaiser Permanente Northwest Region. *Joint Commission on Quality Improvement*, 21, 5-21.
- Bury T. (1996). Evidence-based practice – survival of the fittest. *Physiotherapy*, 82, 75-76.

- Buxton, M., Hanney, S. (1996). How can payback from health services research be assessed? *Journal of Health Services Research*, 1, 35-43.
- Canadian Association of Occupational Therapist (1991). *Health Services Directorate and Health Services and Promotion Branch. Guidelines for the client-centered practice of occupational therapy*. Ottawa : Health and Welfare (Canada).
- Canadian Physiotherapy Association et Ontario Physiotherapy Association (2000). *Inventory : Database of Physical Therapy Consensus Statements (CS), Systematic Reviews (SR), Meta-Analyses (MA and Clinical Practice Guidelines (CPGs)*. Toronto, CPA.
- Canadian Physiotherapy Association (1996). *Practice Clinical Guidelines : Discussion Paper for the Canadian Physiotherapy Association*. Toronto : CPA.
- Carr, J.H., Mungovan, S.F., Shepherd, R., Dean, C.M., Nordholm, L.A. (1994). Physiotherapy in Stroke rehabilitation : bases for Australian physiotherapists' choice of treatment. *Physiotherapy Theory and Practice*, 10 : 207-209.
- Cluzeau, F. et al. (1999). Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 11, 21-28.
- Conroy, M., Shannon, W. (1995). Clinical guidelines : Their implementation in general practice. *British Journal of General Practice*, 45, 371-375.
- Cook, D.J., Guyatt, G.H., Laupacis, A. et Sackett, D.L. (1992). Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antibiotic agents. *Chest*, 102, 305S-311S.
- CTF (1997). Canadian Task Force Methodology. [Http://www.ctfphc.org/methodods.htm](http://www.ctfphc.org/methodods.htm)
- Davies, P. M. (1985). *Steps to follow : A guide to the treatment of adult hemiplegia based on the concept of K. and B. Bobath*. Berlin : Springer-Verlag.
- Davis, D.A., Thomson, M.A., Oxman, A.D., Haynes, R.B. (1995). Changing physician performance : A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *Journal of the American Medical Association*, 274, 700-705.
- DeVet, R. et de Bie, R. (1997). The Cochrane Collaboration, Field Rehabilitation and Therapy Newsletter. <http://www-epid.unimaas.nl/html/cochrane/field.htm>.
- Digan M.P., Tillgre P., Michielutte R. (1994). Developing process evaluation for community based health education research and practice : A role for the diffusion model. *Health Values*, 18, 56-59.
- Dubouloz, C-J., Egan, M., Vallerand, J. et von Zweck, C. (1999). *Occupational Therapists' Perceptions of Evidence Based Practice*. AJOT.

- Dubouloz, C-J. et Sveistrup, H. (1995). *L'ergothérapie comme source d'apprentissage*. Montréal : Les cahiers scientifiques de l'Acfas, Tome 82.
- Edwards-Beckett, J. (1990). Nursing research utilization techniques. *JONA*, 20, 25-29.
- Egan, M., Dubouloz C-J., von Zweck, C. et Vallerand, J. (1998). The client-centered evidence-based practice of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 136-143.
- Ellenberg, D.B. (1996). Outcomes research : The history, debate, and implications for field of occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 50, 435-441.
- Elmslie, T. (1994). Integrating research findings into the clinical setting through the practice of evidence-based family medicine. In E.V. Dunn, P.G. Norton, M. Stewart, F. Tudiver, M.J. Bass (Eds), *Disseminating research echanging practice*. (pp. 162-172). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Elson, R.B., Connelly, D.P. (1995). Computerized patient records in primary care. *Archives of Family Medicine*, 4, 698-705.
- Evidence-based Care Resource Group (1994). Evidence-based care : Improving performance : How can we improve the way we manage this problem. *Can Med Association Journal*, 150, 1793-1796.
- Evidence-based practice working group (1992). Evidence-based Medicine : A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268, 2420-2425.
- Fineberg, H.V. (1985). Effects of clinical evaluation on the diffusion of medical technology. In Committee for Evaluating Medical Technologies in Clinical Use (Eds), *Assessing medical technologies* (pp. 176-210). Washington, DC, National Academy Press.
- Funk, S.G., Champagne, M.T., Wiese, R.A., Tornquist, E.M. (1991). Barriers to using research findings in practice : The clinician's perspective. *Applied Nursing Research*, 4, 90-95.
- Funk, S.G., Tornquist, E.M., Champagne, M.T. (1995). Barriers and facilitators of research utilization : An integrative review. *Nursing Clinics of North America*, 30, 395-404.
- Goode, J., Lovett, M.K., Hayes, J.E. et Butcher, L. A. (1987). Use of research based knowledge in clinical practice. *JONA*, 17, 11-17.
- Graham, I.D. (1999). Suctioning practices, attitudes toward clinical practice guidelines and attitudes about a suctioning practice guideline : A survey of Ontario physical therapists, respiratory therapists and nurses. *Technical Report*, 1999.

- Graham, I.D., Logan, J. (1996). *Transferring research into practice : a model of research use*. Rounds, November, Clinical Epidemiology Unit, Ottawa Civic Hospital, Ottawa.
- Graham, I.D., Logan, J. (1995). *Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use*. Workshop, November, Ontario Health Care Evaluation Network (OHCEN). Toronto, Ontario.
- Greco, P.J., Eisenberg, J.M. (1993). Changing physicians' practices. *New England Journal of Medicine*, 329, 1271-1274.
- Greer, A.L. (1988). The state of the art versus the state of the science, the diffusion of new medical technologies into practice. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 4, 5-28.
- Grilli, R., Lomas, J. (1994). Evaluating the message : The relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. *Medical Care*, 32, 202-213.
- Grimshaw, J.,N., Freemantle, N., Russell, I., Wallace, S., Hurwitz, B., Watt, I., Long, A., Sheldon, T. (1995). Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*, 4, 55-64.
- Grol, R. (1993). Development of guidelines for general practice care. *British Journal of General Practice*, 43, 146-151.
- Guyatt, G.H. et Sackett, D.L. (1995). User's guides to the medical literature VIII How to use an article about therapy or prevention. B Are the results of the study valid ? *JAMA*, 274, 570-574.
- Guyatt, G.H., Sackett, D.L., Cook, D.J. and the Evidence-Based Group Medicine Working Group. (1994). Users' Guides to the Medical Literature II How to Use an Article About Therapy or Prevention : B. What Were the Results and Will They Help Me in Caring for My Clients ? *JAMA*, 271, 59-63.
- Guyatt, G.H., Sackett, D.L., Cook, D.J. and the Evidence-Based Group Medicine Working Group. (1993). Users' Guides to the Medical Literature II How to Use an Article About Therapy or Prevention : A. Are the Results of Study Valid ? *JAMA*, 270, 2598-2601.
- Harris, S.R. (1996). How should treatments be critiqued for scientific merit ? *Physical Therapy*, 76 : 175-181.
- Harrison, M. B., Logan, J., Graham, I.D. (1997). Overcoming the treats and barriers to evidence-based practice : Four years experience. Paper presented at the Fourth National Research Utilization Conference. April, University of Iowa, Iowa City, Iowa.

- Hayes, R.L. et McGrath, J.J. (1998). Evidence-based practice : The Cochrane Collaboration, and occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, (3), 144-151.
- Hayward, R. S. A., Laupacis, A. (1993). Initiating, conducting and maintaining guidelines development programs. *Canadian Medical Association Journal*, 148, 507-512.
- Hayward, R.S.A., Wilson, M.C., Tunis, S.R., Bass, E.B. et Guyatt, G. and the Evidence-Based Group Medicine Working Group. (1995). Users' Guides to the Medical Literature VIII How to Use Clinical Practice Guidelines : A. Are the recommendations Valid ? *JAMA*, 274, 570-574.
- Hodnett, E.D., Kaufman, K., O'Brien-Pallas, L., Watson-MacDonell, J., Hunsburger, W. (1996). A strategy to promote evidence-based nursing care : Effects on child birth outcomes. *Research in Nursing and Health*, 19, 13-20.
- Holland-Wade, G. (1995). Is research in the practice setting feasible ? *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 26, (6), 253-256.
- Holloway, R.G. et Ringel S.P. (1998). Narrowing the evidence-practice gap : Strengthening the link between research and clinical practice. *Neurology*, 50, 319-321.
- Horsley, J., Crane, J., Crabtree, M.K., Wood D.J. (1983). *Using research to improve nursing practice : A guide*. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Hurwitz B. (1999). Legal and political considerations of clinical practice guidelines. *British Medical Journal*, 318, 661-664.
- Institute for Work and Health (1997). [Http://www.iwh.on.ca/](http://www.iwh.on.ca/).
- Jadad, A., Moore, A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D.J.M., Gavaghan, D.J. et McQuay, H.J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized trials : is blinding necessary ? *Control Clin Trial*, 17, 1-12.
- Jeka, J.J., et Lackner, J.R. (1994). Fingertip contact influences human postural control. *Experimental Brain Research*, 100, 495-502.
- Johnston, M.E., Langton, K.B., Haynes, R.B., Mathieu, A. (1994). Effects of computer-based clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome : A critical appraisal of research. *Annals of Internal Medicine*, 120, 135-142.
- Kirchoff, K.T., Beck, S.L. (1994). Using the journal club as a component of the research utilization process. *Heart Lung*, 24, 246-250.

- Kirchhoff, K.T., Pugh, E., Calame, M., Reynolds, N. (1993). Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *American Journal of Critical Care*, 2, 238-245.
- Klein, M.C., Kaczorowski, J., Robbins, J.M., Gauthier, R.J., Jorgenson, S.H., Joshi, A.K. (1995). Physicians' beliefs and behavior during a randomized controlled trial of episiotomy. Consequences for women in their care. *Canadian Medical Association Journal*, 153, 769-779.
- Kuban, K.C., Leviton, A. (1994). Medical Progress : Cerebral Palsy. *New England Journal of Medicine*, 330, 1988-1995.
- Law, M. et Baum, C. (1998). Evidence-based occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, (3), 131-135.
- Logan, J. et Graham, I.D. (1998). Toward a Comprehensive Interdisciplinary Model of Health Care Research Use. *Science Communication*, 20, 227-246.
- Logan, J., Graham, I.D. (1997). A framework for research utilization : From evidence to practice. Paper presented at the Children's Hospital of Eastern Ontario, Research Institute, March, Ottawa, Ontario.
- Logan, J., Graham, I.D. (1996a). A comprehensive of research utilization. Paper presented at the Fourth National Research Utilization Conference. April, University of Iowa, Iowa City, Iowa.
- Logan, J., Graham, I.D. (1996b). An evidence based model for research transfer and use. Paper presented at the Interdisciplinary Research Conference, November, Ottawa, Ontario.
- Lomas, J. (1993). Diffusion, dissemination and implementation : Who should do what ? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703, 226-235.
- Magill-Evans, J. (1996) Pour une recherche utile aux cliniciens. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 9, 187-194.
- Michaud, G., McGowan, J.L. et van der Jagt, R. (1998). Are Therapeutic Decisions Supported by Evidence From Health Care Research. *Archives Internal Medicine*, 158, 1665-1668.
- Mirsky, D., O'Brien, S.E., McCready, D.R., Newman, T.E., Whelan, T.J., Levine, M.N. and the Breast Cancer Disease Site Group (1997). Surgical Management of Early Stage Invasive Breast Cancer (T=Stage I and II). *Cancer Prevention & Control*, 1, (1), 10-17. [http://hiru.mcmaster.ca/ccopgi/guidelines/bre/cpg1\\_1.html](http://hiru.mcmaster.ca/ccopgi/guidelines/bre/cpg1_1.html).

- Mittman, B.S., Banfield, P., O'Hanlon, M. (1992). Implementing clinical practice guidelines : Social influence strategies and practitioner behavior change. *Quality Review Bulletin*, 18, 413-422.
- Morin, M., Brosseau, L. et Quirion-DeGrardi, C. (1996). A theoretical framework on low level laser therapy (classes I, II and III) application for the treatment of OA and RA. *Proceedings of the Canadian Physiotherapy Association National Congress*. Victoria (B.C.), p.1.
- Mugford, M.P., Banfield, P., O'Hanlon M. (1991). Effects of feedback of information on clinical practice : A review. *British Medical Journal*, 303, 398-402.
- Mulrow, C.D. et Oxman, A. (1997). *How to conduct a Cochrane Systematic Review*. San Antonio Cochrane Collaboration-version 3.0.2.
- Newham D. (1997). Physiotherapy for best effect. *Physiotherapy*, 83 : 5-11.
- Nilsson, L., Nordholm, L.A. (1992). Physical therapy in stroke rehabilitation : Bases for Swedish physiotherapists choice of treatment. *Physiotherapy Theory and Practice*, 8, 49-55.
- Nolan, M.T., Larson, E., McGuire, D., Hill, M.N., Haller, K. (1994). A review of approaches to integrating research and practice. *Journal of Applied Nursing Research*, 7, 199-207.
- Ottenbacher, K.J. (1995). Why rehabilitation research does not work (as well as we think it should) ? *Arch Phys Med Rehabil*, 76, 123-129.
- Oxman, A.D., Cook, D.J. et Guyatt, G.H. (1993). User's guides to the medical literature VI. How to use an overview. *JAMA*, 272, 1367-1371.
- Oxman, A.D., Sackett, D.L. et Guyatt, G.H. (1993). User's guides to the medical literature. How to get started. *JAMA*, 270, 2093-2095.
- Pathman, D. E., Konrad R., Freed G.L., Freeman V.A., Koch G.G. (1996). The awareness-to-adherence model to the steps to clinical guideline compliance. *Medical Care*, 34, 873-889.
- Petitti, D. (1994). *Meta-analysis, decision analysis, and cost-effectiveness analysis : method for quantitative synthesis in medicine*. (pp.90-114). New York : Oxford University Press.
- Pollock, N. (1998). The Cochrane Collaboration. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 168-169.

- Richardson, W.S. et Detsky, A.S. (1995). User's guides to the medical literature VII. How to use clinical decision analysis. Are the results of the study valid ? *JAMA*, 273, 1292-1295.
- Rogers, E.M. (1995). Diffusion of innovations. 4<sup>th</sup> edition. New York, Free Press.
- Rosenberg, W. et Donald, A. (1995). Evidence-based medicine : An approach to clinical problem solving. *British Medical Journal*, 310, 1122-1126.
- Rothstein, J.M. (1991). Theoretically speaking. *Physical Therapy*, 71, 789-790.
- Shekelle, P.G. et al. (1999). Developing guidelines. *British Medical Journal*, 318, 593-596.
- Shiffman, R.N., Greenes, R.A. (1994). Improving clinical guidelines with logic and decision-table techniques : Application to hepatitis immunization recommendations. *Medical Decision Making*, 14, 145-154.
- Stobberingh, E., Janknegt, R., Wijnands, G. (1993). Antibiotic guidelines and prescribing behavior. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 32, 153-161.
- Thompson-O'Brien, M.A. et Moreland, J. (1998). Evidence-based practice information circle. *Physiotherapy Canada*, 50, 184-189.
- Tickle-Degnen, L. (1998). Using research evidence in planning treatment for individual client. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, (3), 152-159.
- Titler, M.G., Kleiber, Steelman V., Goode., Rakel B., Barry-Walker J., Small S., Buckwalter K. (1994). Infusing research into practice to promote quality care. *Nursing Research*, 43, 307-313.
- Turner, P.A., Whitfield, T.W.A. (1999a). Physiotherapists' reasons for selection of treatment techniques : a cross-national survey. *Physiotherapy Theory and Practice*, 15, 235-246.
- Turner, P.A., Harby-Owren, H., Shackelford, F., So, A., Fosse, T., Whitfield, A. (1999b). Audits of physiotherapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 15, 261-274.
- Van Tulder, M.W., Assendelt, W.J.J., Koes, B.W. et Bouter, L.M. and the Board of the Cochrane Collaboration. (1997). Back Review Group for Spinal Disorders. *Spine*, 22, 2323-2330.
- Visintin, M., Barbeau, H., Korner-Bitensky, N., et Mayo, N.E. (1998). A new approach to retrain gait in stroke clients through body weight support and treadmill stimulation. *Stroke*, 29, 1122-1128.

- Walczak J.R., McGuire, D.B., Haisfield, M.E., Beezley A. (1994). A survey of research-related activities and perceived barriers to research utilization among professional oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 21, 710-715.
- Watson-Landry, D. et Matthews, M. (1998). Economic evaluation of occupational therapy : Were are we at ? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, (3), 160-167.
- Weiss, C. (1979). The many meaning of research utilization. *Public Administration Review*, 39, 426-431.
- Weiss, C. (1977). Introduction. In C.Weiss (Ed.), *Using Social Research in Public Policy* (pp.1-22). *Making*. Lexington, MA : Lexington Books.
- Wilson, M.C., Hayward, R.S.A., Tunis, S.R., Bass, E.B., Guyatt, G. and the Evidence-Based Group Medicine Working Group. (1995). Users' Guides to the Medical Literature VIII How to Use Clinical Practice Guidelines : B. What Are the recommendations and Will They Help You in Caring for Your Clients ? *JAMA*, 274, 1630-1632.
- Wise, C.G., Billi, J.E. (1995). A model for practice guideline adaptation and implementation. *Journal of Quality Improvement*, 21, 465-476.
- Wolf, S.L., Lecraw, D.E., Barton, L.A. et Jann, B.B. (1997). Forced use of hemiplegic upper extremities to reverse the effect of learned nonuse among chronic stroke and injured clients. *Exp. Neurology*, 104, 125-132.
- Woods-Duncan, P. (1997). Synthesis of intervention trials to improve motor recovery following stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 3, 1-20.
- Woods-Duncan, P. (1996). Evidence-based practice : A new model for physical therapy. *PT Magazine*, 1, 44-47. [Http://www.apta.org/pt\\_magazine/Dec96/evidence.htm](http://www.apta.org/pt_magazine/Dec96/evidence.htm)

## EXPLORATION DES PERCEPTIONS DE HUIT ERGOTHÉRAPEUTES SUR LA PRATIQUE FONDÉE SUR LES FAITS SCIENTIFIQUES

Claire-Jehanne Dubouloz, Mary Egan, Josée Vallerand et Claudia von Zweck

### Résumé

Peu de documentation écrite existe sur la perception des ergothérapeutes cliniciens sur le concept de pratique fondée sur des faits scientifiques (PFFS). Dans le but d'étudier ce phénomène, nous avons effectué une exploration, par entrevues semi-dirigées, des perceptions et des pratiques de huit ergothérapeutes de la région d'Ottawa. Les participants devaient répondre et discuter, à partir de leur expérience, les sens qu'ils donnent et la façon qu'ils pratiquent durant leurs prises de décisions cliniques en relation à la pratique fondée sur les évidences scientifiques. Les données, enregistrées sur bandes magnétiques ont été analysées à l'aide de la méthode par comparaison constante (Strauss et Corbin, 1990). Les résultats démontrent une perception classifiée en trois catégories : 1) la perception, 2) les besoins et 3) les obstacles. Ces résultats permettent de dégager les enjeux d'une telle pratique.

### Problématique

Il est reconnu par les milieux cliniques, qu'exercer selon une pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS) (Spross et Heaney, 2000; von Zweck, 1999) devient une pression sociale toujours plus grande pour les professionnels de la santé (Sackeh, Rosenberg, Gray, Haynes et Richardson, 1996, Snider, 2000). En réadaptation, cette pratique répond à la nécessité de rendre les services les plus efficaces et efficaces possibles afin de répondre d'une part aux diminutions constantes des budgets alloués aux services de santé (Gutman et Mortera, 1997; Balmer et King, 1998) et d'autre part, aux interventions les meilleures pour la clientèle traitée. Plus particulièrement, les ergothérapeutes doivent prendre en considération certains résultats de recherche dans leurs choix professionnels quotidiens afin d'être guidés par la connaissance développée par la recherche (Law et Baum, 1998). Bien que la recherche médicale puisse donner certains éclairages scientifiques liés au diagnostic, au traitement médical et au pronostic d'une population visée, elle ne répond pas toujours aux besoins des ergothérapeutes qui ont, comme cadre de référence, un modèle systémique prenant en considération l'environnement de la personne et son engagement dans ses occupations (ACE, 1997; Egan, Dubouloz, von Zweck et Vallerand, 1998). Bien que la PFFS soit acceptée par tous, plusieurs écrits ont rapporté la difficulté pour les professionnels de la santé à transférer leurs connaissances acquises par la lecture scientifique à leur pratique. La problématique se situe essentiellement au niveau d'un manque de temps et un manque de savoir-faire pour accéder, lire, interpréter et évaluer les articles scientifiques. De plus les milieux de travail sont réticents à réserver un temps durant la période de travail, afin que les professionnels se documentent régulièrement (Funk, Champagne, Tornquist, et Wiese, 1995). Cette réalité oblige les professionnels à prendre du temps personnel pour actualiser leurs connaissances cliniques de façon continue.

Aucune étude ne s'est penchée sur la perception des ergothérapeutes quant à la PFFS. Ayant à cœur, comme éducateurs, la formation des futurs ergothérapeutes, cette recherche a permis l'exploration de la perception actuelle des ergothérapeutes traitants. En connaissant mieux les valeurs, croyances et sentiments véhiculés par ces derniers, nous sommes plus à même d'offrir une formation adéquate autant au niveau des stages cliniques, qu'au niveau des cours théoriques. Ce chapitre, tiré partiellement d'une étude déjà publiée dans le journal

américain d'ergothérapie sur le processus émergent d'une PFFS chez huit ergothérapeutes (Dubouloz, Egan, Vallerand et von Zweck, 1999), décrira les perceptions, les besoins et les obstacles de chacun face à la PFFS en répondant aux questions générales suivantes :

Qu'est-ce pour vous la Pratique Fondée sur les Faits Scientifiques ?  
Pouvez-vous décrire votre expérience en tant qu'ergothérapeute ?

### Questions de recherche

Trois questions de recherche encadraient le guide d'entrevue :

1. Quelles sont les perceptions des ergothérapeutes sur la PFFS ?
2. Quels sont les besoins identifiés ?
3. Quelles sont les obstacles à une telle pratique auxquelles les ergothérapeutes ont à faire face ?

### Méthodologie

L'exploration des perceptions sur la PFFS a été dirigée par l'approche utilisée dans la construction d'une théorie enracinée (Creswell, 1998; Strauss et Corbin, 1990). Celle-ci permet la systématisation des données en catégories et la découverte des liens entre ces dernières. Les résultats rapportés dans cet article sont partiels et rendent justice aux deux premières phases de l'analyse par comparaison constante (voir paragraphe collecte et analyse des données). La théorie enracinée de la perception des ergothérapeutes sur la pratique fondée sur les faits scientifiques est publiée au complet dans le *American Journal of Occupational Therapy* (Dubouloz et al., 1999).

### Échantillonnage

Les participants ont été sélectionnés à partir d'une liste de noms de personnes ayant a priori accepté d'être contactées pour participer à la recherche, lors de leur inscription comme membre de l'Association canadienne des ergothérapeutes. Notre choix a respecté la variété de milieux et la variété d'expertise pour une bonne représentation de la région. Sept femmes et un homme ont volontairement accepté de participer à l'étude afin de partager leurs connaissances théorique et pratique sur la PFFS. L'échantillon théorique était composé d'ergothérapeutes en provenance de six différents programmes canadiens de formation en ergothérapie. Tous œuvraient dans la région d'Ottawa-Carleton (Ontario), soit dans un centre de réadaptation (2), dans un hôpital général (3), dans des services communautaires (2), ou encore en pratique privée (1). Ils avaient à leur actif entre 4 et 23 ans d'expérience pour une moyenne de 9,7 ans. Les participants possédaient un baccalauréat en ergothérapie et un participant possédait en plus une maîtrise. Cet échantillon semble représenter l'ensemble des organismes dans lesquels oeuvrent les ergothérapeutes dans la région.

## Collecte et analyse des données

Une entrevue semi-dirigée et individuelle nous a permis de rencontrer chaque personne durant une période d'une heure environ. Des questions ouvertes permettaient l'exploration en profondeur des perceptions, valeurs, croyances et expériences de chacun face à la PFFS. Ces questions laissaient place à une exploration en profondeur et étaient dirigées par trois questions principales :

1. Quand vous entendez parler de la pratique fondée sur les évidences scientifiques, qu'est-ce que cette idée représente pour vous ?
2. Pouvez-vous décrire des situations durant lesquelles vous avez agi selon une pratique fondée sur les évidences scientifiques ?
3. Sur quelle base vous appuyez-vous pour prendre vos décisions avec un client que vous traitez en ergothérapie ?

Les entrevues étaient menées, au choix de la thérapeute, soit au travail ou soit au domicile du participant, ou encore au bureau du chercheur principal. L'heure était aussi fixée par le participant afin de respecter les horaires de chacun. Sept entrevues ont été menées en anglais et une en français. L'entrevue était enregistrée et transcrite verbatim. Les cassettes ont été effacées à la fin du projet. Chaque participant a pu vérifier le verbatim de son entrevue. L'analyse a été faite selon la comparaison constante des catégories émergentes qui permettait de saisir le sens particulier donné aux différentes catégories émergentes des données. Les résultats ont été traités par le programme d'analyse qualitative Atlas/ti conçu pour aider à la méthode de théorisation enracinée en recherche (Muhr, 1997). Ce programme informatique créé pour l'analyse des données qualitatives qui suit la méthode de l'analyse par comparaison constante, analyse organisée en trois phases de codage, le codage ouvert qui identifie toutes les unités de sens, le codage axial qui cherche les liens entre les catégories émergentes et le codage sélectif qui identifie les concepts qui feront partie de la théorie enracinée. Dans ce texte seules les deux premières phases sont rapportées. La validation de l'analyse a été faite par l'analyse des verbatim par deux chercheurs de l'équipe. Trois périodes de travaux en groupe durant lesquelles étaient présents les quatre chercheurs ont permis de discuter de l'interprétation des résultats et d'arriver à un consensus. Le projet a été évalué et accepté par le comité de déontologie de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Ottawa.

## Résultats

Trois thèmes centraux ont été soulevés par les questions de recherche, soit les perceptions, les besoins des ergothérapeutes et les obstacles rencontrés. Ces thèmes s'organisent en plusieurs catégories principales. Le thème des perceptions, à savoir les valeurs, les croyances et les sentiments des ergothérapeutes rencontrés a été subdivisé en quatre catégories principales. Le thème sur les besoins a été subdivisé en cinq catégories principales qui décrivent une certaine réalité du milieu du travail. Enfin le thème sur les obstacles a été regroupé en cinq catégories principales et décrit la nature des difficultés rencontrées durant le travail clinique de ces ergothérapeutes. Chaque thème est rapporté en détail dans les paragraphes suivants.

## La perception des participants sur la PFFS

La figure 1 permet de visualiser les différents niveaux et les relations entre les perceptions exprimées. La PFFS se définit selon les quatre catégories principales suivantes : 1) elle est une recherche de compréhension de la pratique, 2) elle constitue un outil de décision, 3) elle est fortement associée à la recherche et 4) elle s'avère un potentiel de changement qui peut menacer l'habituel et le connu de la pratique.

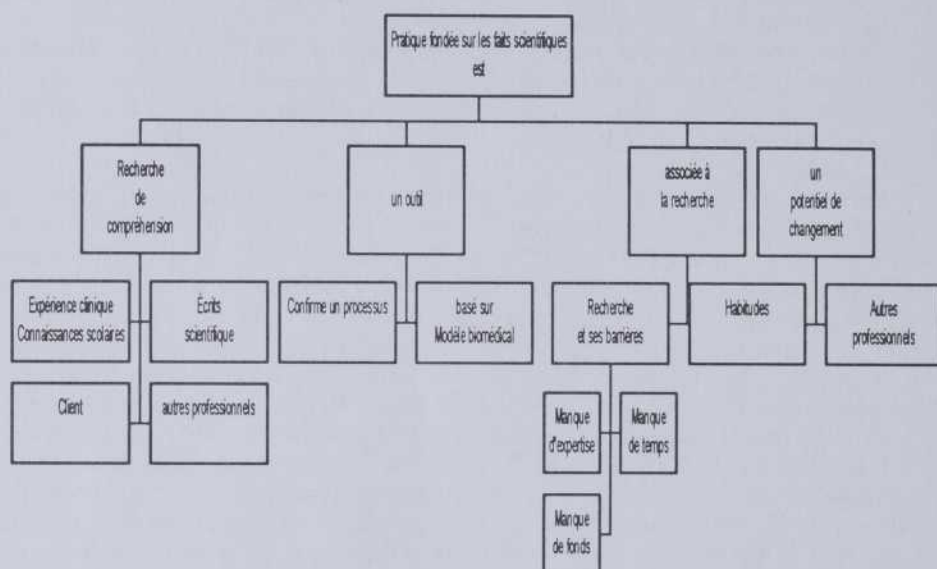


Figure 1. La perception de la pratique fondée sur les faits scientifiques

### La PFFS signifie la recherche d'une compréhension de la pratique

Quatre sources ont été identifiées pour aider au développement de la compréhension de la pratique : 1) l'expérience clinique et les connaissances scolaires, 2) les écrits scientifiques, 3) le client et son rapport à sa réalité et 4) les autres professionnels. Tout d'abord l'expérience clinique du professionnel lui permet de généraliser ses choix d'intervention selon son expertise développée au cours des années de pratique. Les connaissances acquises durant la formation universitaire forment une base des fondements théoriques utilisés durant la pratique. Cette formation reste très proche du participant et devient une sorte de « tremplin » sur lequel se construisent les connaissances cliniques. Les écrits scientifiques et les articles permettent aussi la recherche de connaissances plus ciblées à une problématique. Les autres professionnels qui font partie de l'équipe multidisciplinaire ou qui sont des ergothérapeutes d'autres milieux sont aussi perçus comme des sources d'informations essentielles.

### La PFFS constitue un outil

Les différentes données liées à la PFFS comme outil ont été classées en deux sous-catégories : 1) un outil de confirmation, 2) un outil fondé sur le modèle biomédical. La première sous-catégorie fait état d'un processus de confirmation de la pratique. À l'aide des différentes sources que l'ergothérapeute consulte, il va tenter de confirmer ses actions cliniques. Cette confirmation constitue plutôt une recherche de justification des choix cliniques entrepris, qu'une recherche d'avenues nouvelles. De plus, cet outil est perçu par les ergothérapeutes comme un moyen de trouver des informations surtout liées au modèle biomédical. Ces informations favorisent des connaissances sur le diagnostic, sur le traitement médical et sur le pronostic sans toutefois donner des réponses utiles aux questionnements dirigés par l'approche prônée en ergothérapie, i.e. *Approche centrée sur le client*. Cette observation a tendance à détourner l'ergothérapeute de la PFFS, puisque cette dernière ne répond pas aux besoins spécifiques des soins prodigués directement au client en ergothérapie.

### La PFFS est associée à la recherche

Lorsque le terme de la PFFS a été abordé par les différentes personnes rencontrées, il prenait souvent le sens de « faire de la recherche ». Dans ce rapprochement ou juxtaposition des termes, il y a un phénomène d'inclusion des obstacles perçus en recherche à la définition de la PFFS. La recherche est rapportée comme l'acte de développer de nouvelles connaissances, action difficile à mener car elle fait appel à un ensemble de manques vécus par l'ergothérapeute. On y retrouve un manque d'expertise en méthodologie de recherche, un manque de temps pour s'adonner à des projets de recherche et un manque de fonds pour la consultation ou l'assistantat de recherche. L'association entre la PFFS et la recherche crée une barrière à l'engagement de l'ergothérapeute dans une PFFS.

Si toutefois, des résultats de recherche sont considérés adéquats pour l'ergothérapeute afin d'aider sa prise de décision clinique, ces résultats sont perçus comme un potentiel de changement de l'acte clinique habituel. En effet, ces résultats auront tendance à menacer les habitudes du savoir-faire durement acquis durant les années de pratique de l'ergothérapeute. Les conseils de pratique gagnés par de nouvelles connaissances peuvent en effet déranger une pratique coutumière.

De plus, la PFFS est perçue par les ergothérapeutes rencontrés comme pouvant déranger les conceptions habituelles des autres professionnels travaillant avec les ergothérapeutes. Ces collaborateurs ont acquis dans le quotidien de leur travail, une compréhension du rôle et des fonctions de l'ergothérapeute. Cette définition de l'ergothérapeute décrite par les autres intervenants leur facilite l'identification des zones grises en relation aux responsabilités de chacun. L'intégration de nouvelles façons de faire en ergothérapie pourrait avoir un impact sur l'habituelle façon de travailler en équipe.

## Les besoins des ergothérapeutes en relation à la PFFS

Plusieurs besoins sont exprimés par les huit ergothérapeutes rencontrés. Ils sont, 1) un besoin de formation continue, 2) un besoin d'identifier des meneurs dans la profession, 3) un besoin d'un modèle de la PFFS, 4) un besoin additionnel de recherche, et 5) un besoin de subir une pression plus grande pour pratiquer selon une PFFS. La figure 2 décrit les différentes catégories qui ont émergées. Ces cinq besoins sont décrits plus bas.

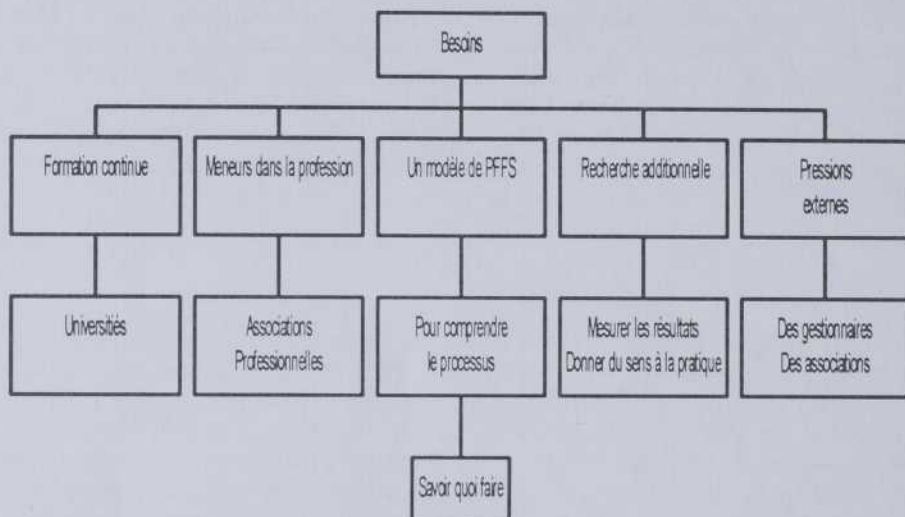


Figure 2. Les besoins pour une pratique fondée sur les faits scientifiques

### Un besoin de formation continue

Seules les universités ont été identifiées en tant qu'institutions responsables de la formation continue des ergothérapeutes. Les programmes d'ergothérapie plus particulièrement sont ciblés comme les ressources clés pour établir des programmes de formation continue pour leurs anciens étudiants.

### Un besoin d'identifier des meneurs dans la profession

Le besoin de trouver des meneurs dans la profession qui pourraient servir de mentors a été rapporté comme une des responsabilités qui incombe aux associations professionnelles. Ces associations en contact direct avec ses membres devraient, selon les ergothérapeutes rencontrés dans ce projet de recherche, faire la promotion de ses membres qui ont développé des connaissances grâce à la recherche. Ces derniers pourraient alors devenir des personnes ressources pour les cliniciens.

## Un modèle de la PFFS

Afin de comprendre le processus de la PFFS, les participants rapportent qu'un modèle décrivant les concepts de base et le processus de cette pratique pourrait faciliter l'engagement de l'ergothérapeute dans une démarche de recherche de données scientifiques. Le manque de savoir-faire dans le transfert de la théorie à la pratique intimide et freine ces professionnels.

## Recherche additionnelle

Tel que rapporté précédemment, la PFFS est associée à la recherche. Au niveau des besoins exprimés nous avons remarqué que les participants sont intéressés à trouver dans les écrits scientifiques des résultats associés directement aux concepts clés de la profession. De plus, ils aimeraient pouvoir participer à la création de nouvelles connaissances. Ils souhaiteraient pouvoir mesurer les résultats de leur pratique afin de pouvoir lui donner plus de sens. Nous verrons plus loin que ce désir est bien vite arrêté par des limites d'un savoir-faire de la recherche, qui est perçu essentiellement comme un manque d'expertise.

## Pressions externe

Le manque de pressions externes a tendance à minimiser le besoin de s'impliquer dans une PFFS. L'environnement de travail n'encourage pas assez les ergothérapeutes à chercher des données scientifiques, mais il les incite plutôt à rentabiliser les services prodigués aux clients en mesurant la quantité des soins. Ce résultat est contradictoire avec le courant socio-économique actuel qui cherche à déterminer des preuves d'efficacité dans l'apport thérapeutique des professionnels de la santé. De plus, il a été rapporté que les associations professionnelles avaient la responsabilité d'inciter leurs membres à pratiquer selon une PFFS. Toutefois, ces associations ne proposent pas de façon d'y accéder. Par contre, chez les ergothérapeutes rencontrés, il est clair que l'habileté de collaborer avec les autres professionnels permet une validation par les pairs des traitements donnés.

## Les obstacles d'une PFFS

Plusieurs obstacles ont été rapportés. Ils peuvent être classés en cinq catégories qui sont : 1) la nature de la profession, 2) le corps des connaissances, 3) la recherche, 4) l'équilibre personnel et 5) la nature de la PFFS. La figure 3 regroupe ces catégories.

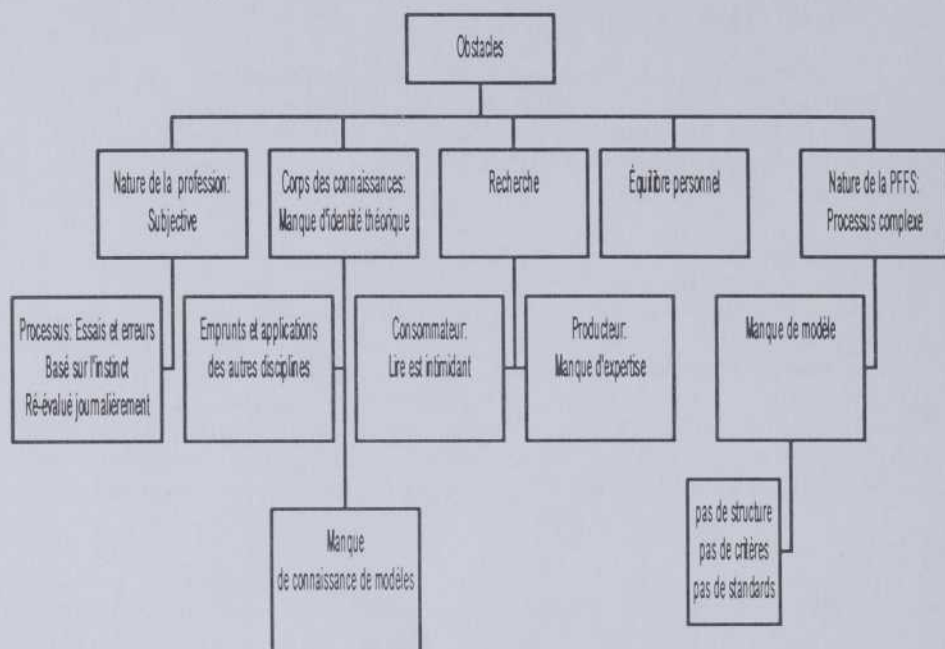


Figure 3. Les obstacles d'une pratique fondée sur les faits scientifiques

### La nature de la profession

La profession est reconnue par les participants comme un art et une science. La dimension artistique est rappelée dans la caractéristique subjective de l'ergothérapie. L'intuition joue un rôle primordial en ce qui concerne la compréhension des besoins du client. La relation d'aide et l'empathie qui en résulte sont rapportées comme des dimensions essentielles à la relation thérapeutique. Comprendre son client, c'est l'écouter et lui répondre selon notre perception des sentiments exprimés. Peu est rapporté en ce qui concerne la dimension scientifique. Bien que tous soient d'accord pour considérer dans leur pratique les données scientifiques provenant de la recherche, la satisfaction professionnelle qui s'installe durant la relation thérapeutique suffit bien souvent à la perception d'une intervention de qualité. Cette perception de satisfaction est décrite comme un faible incitatif pour procéder à la recherche de faits scientifiques.

L'ergothérapie est décrite comme un processus géré selon des stratégies d'essais erreurs, qui se fondent sur l'instinct du thérapeute. Ce processus est réévalué quotidiennement pour chaque client. Cette réévaluation a pour mission de s'assurer des bonnes décisions thérapeutiques liées directement au client.

## Le corps des connaissances en ergothérapie

Les différentes sciences de base qui nourrissent la discipline sont toutes perçues comme pertinentes mais à elles seules ne suffisent pas à donner des faits scientifiques pertinents pour l'ergothérapeute. Il existe un manque d'intégration des concepts fondamentaux ergothérapeutiques comme, la pratique centrée sur le client, l'occupation, la vision holistique etc. dans les résultats de recherche. Les différents emprunts théoriques et d'application aux sciences telles que l'anatomie, la psychologie et les sciences sociales ne permettent pas de guider l'ergothérapeute dans une pratique en lien avec les concepts fondamentaux énoncés plus haut dans le texte. De plus, les participants rapportent un manque de connaissance des différents modèles théoriques que proposent les auteurs en ergothérapie.

## La recherche

La PFFS est à nouveau associée à la recherche mais cette fois-ci dans les limites qu'elle impose à l'ergothérapeute. Deux sous catégories sont proposées, 1) la recherche en tant que consommateur et 2) la recherche en tant que producteur.

Être consommateur de la recherche implique un savoir-faire qui ne semble pas donner entière satisfaction. Plus particulièrement, les participants énoncent une difficulté avec la lecture scientifique. Cette dernière semble intimidante et décourage le clinicien, surtout lorsqu'il s'agit de lectures statistiques. De plus les participants notent un manque de connaissances pour évaluer la scientificité des écrits.

Être un producteur de connaissance est perçu par les participants comme une tâche difficile et pour laquelle ils ne pensent pas avoir les connaissances nécessaires. Chaque participant reconnaît posséder une limite d'expertise et d'expérience dans la production de nouvelles connaissances. Certains participent à des projets en tant que cliniciens experts mais se sentent peu prêts à mener à bien un projet de recherche dans son ensemble.

## L'équilibre personnel

Un autre obstacle qui a été identifié par plusieurs participants est celui de respecter un équilibre personnel de vie. La première dimension de cet équilibre se rapporte à la décision de mettre des limites dans le temps entre les différents rôles quotidiens. On retrouve le rôle de clinicien, le rôle de parent, le rôle de conjoint et le rôle d'ami. Cette limite dans le temps que s'imposent les participants de l'étude entraîne la priorisation du rôle de clinicien durant le temps de travail. Si la recherche de faits était reliée à une situation extraordinaire cette limite pouvait être repoussée. Toutefois, de façon générale, la recherche de faits scientifiques était reléguée au second plan pour respecter les choix de limite temporelle en lien avec les différents rôles qui composent la définition d'un équilibre personnel de vie de chacun.

La deuxième dimension est reliée à la conviction personnelle chez chaque participant qu'il agit dans le meilleur intérêt de son client. Dans une approche qui se veut centrée sur le

client durant laquelle la rétroaction positive du client valide les actions thérapeutiques et rassure le thérapeute. Cette observation est suffisante pour permettre de continuer à mener la thérapie selon les interventions habituelles.

### La nature de la PFFS

Finalement, le dernier obstacle à l'encontre de la PFFS est lié à la nature même de cette pratique. Elle est perçue comme un processus complexe, exigeant et qui requiert beaucoup de temps. Le manque de modèles déjà rapporté précédemment ne facilite pas l'application d'une démarche permettant une PFFS. Le manque de structure dans la démarche pour cette pratique rapportée par les écrits scientifiques, le manque de critères identifiant cette pratique et le manque de normes pour l'évaluer sont tous des obstacles à l'engagement de l'ergothérapeute pour pratiquer selon une PFFS.

### **Discussion et conclusion**

La PFFS semble importante pour tous les participants ergothérapeutes de l'étude, énonçant ainsi un désir d'être efficace et efficient avec un client mais cette pratique reste limitée dans son application par l'ergothérapeute. Quelle leçon peut-on tirer de ces résultats ? Le rapport de l'analyse des données sur les perceptions de la PFFS rapportée par huit ergothérapeutes laisse entrevoir plusieurs problèmes auxquels les employeurs, les éducateurs, et les associations devraient s'atteler.

### L'employeur

Tout d'abord on peut reconnaître un manque de support du milieu de travail. L'employeur s'attend à ce que l'employé pratique selon une PFFS mais il ne donne ni les ressources, ni le temps nécessaire pour s'y adonner. Il s'attend plutôt à ce que la recherche de faits scientifiques (FS) soit effectuée durant le temps personnel du thérapeute. Ces résultats corroborent l'étude de Funk et al (1995) et démontrent le peu de support du milieu de travail pour l'ensemble des intervenants en santé.

### L'éducateur

En plus de la difficulté de rechercher des FS déjà rapportés chez les professionnels de la santé (Casparie, 1997, Schwartz, Soumerai, et Avorn, 1989), les ergothérapeutes ont à concilier deux perspectives de soins. Même si les résultats de recherche dans le domaine de la santé sont consultés, ils illustrent surtout des questionnements liés aux sciences biomédicales. Ayant choisi de travailler dans une approche centrée sur le client, l'ergothérapeute tout en cherchant à valider par les résultats de recherche son intervention avec un client, considère ce dernier comme unique, engagé dans des occupations significatives qui sont reliées à un contexte particulier au client. Cette perspective de soins centrée sur le client rend difficile le transfert des résultats de recherche épidémiologiques.

Deux suggestions peuvent être faites. La première est de favoriser l'apprentissage de la lecture scientifique d'une façon critique. Afin de pouvoir appliquer des résultats et les

suggestions qui en découlent, il est important de bien faire correspondre les caractéristiques des populations étudiées à celles du client traité. Les questionnements suivants sont nécessaires : Quel est l'âge de la population étudiée ? Quel est le genre ? Quelle est la pathologie étudiée ? etc.

La deuxième suggestion est celle de former les étudiants en ergothérapie au devis de recherche à cas unique. Ce devis permet au clinicien de systématiquement comprendre son client et de se doter de FS. Ceci permet de faire un lien entre l'intervention donnée et les résultats de cette intervention.

D'autres sources de FS qui sont mentionnées dans la présente étude correspondent tout à fait au choix décrit par l'ACE (1999) qui énonce quatre sources de FS utilisées par l'ergothérapeute soit : 1) l'information en provenance du client, 2) la revue critique des résultats de recherche, 3) le consensus des pairs et 4) l'expérience passée. Il semble donc d'après les résultats, que la deuxième source énoncée plus haut, la revue critique des résultats de recherche, soit une difficulté encore présente.

Selon Westmorland (1998), l'incorporation des FS à une pratique en ergothérapie est une démarche en cinq phases : 1) formuler une question claire en relation au problème du client traité, 2) effectuer une recherche des écrits liés à la problématique identifiée, 3) évaluer d'une façon critique les résultats quant à leur validité, leur fidélité et leur généralisation, ainsi que leur utilité, 4) intégrer les FS à la pratique en collaboration avec d'autres professionnels et 5) évaluer les effets des décisions sur la résolution du problème du client. Cette démarche, qui pourrait donner une ligne directrice dans les actions de l'ergothérapeute, devrait être incorporée dans les cours de formation en recherche des ergothérapeutes.

Le manque d'expérience et de connaissances sur la production de faits scientifiques rend timide l'ergothérapeute face à la recherche. Toutefois, sa formation actuelle devrait permettre de développer des habiletés sur la dimension de consommation de la recherche. Être un bon consommateur de recherche permet une mise à jour des faits scientifiques. Au Canada, les programmes de formation des ergothérapeutes laissent entrevoir la possibilité d'une formation professionnelle au niveau des études du deuxième cycle. Est-ce là la réponse à une formation plus scientifique ? Les participants de la présente recherche suggèrent plutôt des cours d'appoint et des collaborations avec des collègues qui ont l'expertise de recherche.

### Les associations

En ce qui concerne le manque d'identification de modèles, de meneurs de la recherche en ergothérapie, il semble que les associations professionnelles et plus particulièrement l'Association canadienne des ergothérapeutes soient engagées dans la création d'outils de référence. Il existe : 1) un recueil des écrits principaux qui identifie les auteurs qui réfléchissent à cet enjeu (CAOT Toolkits, 1999); 2) une prise de position écrite qui définit la notion de PFFS (ACE, in press); 3) la Fondation canadienne des ergothérapeutes (COTF, 1998) vient de lancer un appel à la construction de FS en

ergothérapie pour définir les résultats reliés à des problématiques spécifiques (Outcomes that matter to Canadians).

### Conclusion

Cette étude avait pour but de faire une première exploration systématique de la perception d'un groupe d'ergothérapeutes traitants, afin de mieux connaître les particularités des enjeux sur la PFFS en ergothérapie. Trois thèmes centraux ont été soulevés par les questions de recherche, soit les perceptions, les besoins des ergothérapeutes et les obstacles rencontrés.

### Remerciements

Nous tenons à remercier les huit participants de l'étude, tous ergothérapeutes de la Région d'Ottawa-Carleton, pour leur intérêt dans la question de recherche et pour le temps qu'ils ont bien voulu nous donner afin d'explorer leurs perspectives sur le concept de pratique fondée sur les évidences scientifiques.

### Références

- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (1997). *Promouvoir l'occupation : Une perspective de l'ergothérapie*. 238 pages. Townsend E. (ed). Ottawa,
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (1999). *CAOT Toolkits. Evidence Based Practice*. Canada : CAOT Publications ACE.
- Balmer, S., King, J. (1998). Linking clinical practice and evidence. *Physiotherapy Canada*, 50, 181-183.
- Canadian Association of Occupational Therapists, (in press). *Position Statement : Evidence-based Occupational Therapy*.
- Casparie, A.F. (1997). The use of outcome assessment : The clinician concerns. *International Journal of Health Planning and Management*, 60, 130-136.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design : Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Dubouloz, C-J, Egan, M., Vallerand, J, von Zweek, C. (1999). Occupational Therapists Perceptions of Evidence-based Practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 53, 5, 445-453.
- Egan, M., Dubouloz, C-J., von Zweek, C., et Vallerand, J. (1998). The client-centred evidence-based practice of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 136-143.

- Funk, S.G., Champagne, M.T., Tornquist, E.M., et Wiese, R.A. (1995). Administrators' views on barriers to research utilization. *Applied Nursing Research*, 8, 44-49.
- Law, M., et Baum, C. (1998). Evidence-based occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 131-135.
- Muhr, T. (1997). ATLAS/ti : *Visual qualitative data analysis management model building in education research and business*. (release 4.1). Berlin : Scientific Software Development.
- Sackeh, D.L. Rosenberg, W.M. C., Gray, J.A.M. Haynes, R. Richardson, W. (1996). Evidence-based medicine : What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Schwartz, R.K., Soumerai, S.B., et Avorn, J. (1989). Physician motivation for nonscientific drug prescribing. *Social Science in Medicine*, 28, 577-582.
- Snider, L. (2000). Accorder plus d'importance à la validité : La pratique fondée sur l'évidence scientifique en ergothérapie. *Actualité Ergothérapie*. Mars/Avril, 3-5.
- Spross, J. A., Heaney, C. A. (2000). Shaping advanced nursing practice in the millennium. *Seminars in Oncology Nursing*, 16, 12-24.
- Strauss, A., et Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research : Grounded theory procedure and techniques*. Newbury Park, CA : Sage.
- von Zweck, C. (1999). The promotion of Evidence-based occupational therapy practice in Canada. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66, 208-213.
- Westmorland, M. (1998). Five steps to developing an evidence-based practice. *National*, 15, (4), 5-7.



## LA COLLABORATION COCHRANE : UN OUTIL ESSENTIEL AUX SPÉCIALISTES DE LA RÉADAPTATION

Lucie Brosseau et Dianne Parker-Taillon

### Résumé

Il existe un besoin urgent de documenter l'efficacité des traitements prodigués en réadaptation. Un moyen peu coûteux pour parvenir à cette fin est de mener des méta-analyses rigoureuses sur l'efficacité de modalités de traitement spécifiques. La collaboration Cochrane propose une méthodologie exhaustive pour guider ce type de recherche bibliographique. La collaboration Cochrane est une organisation internationale. Elle a comme but d'aider les professionnels de la santé à prendre des décisions éclairées par la préparation, la promotion et l'accès à des recensions systématiques sur l'efficacité de diverses interventions en santé. Cette méthodologie proposée par la collaboration Cochrane est donc également à la disposition des spécialistes de la réadaptation. Il existe d'ailleurs certains groupes disciplinaires à l'intérieur de cette organisation, tel le champ de réadaptation coordonné à Maastrich (Hollande). Cette collaboration offre plusieurs avantages aux chercheurs en réadaptation. Elle offre une méthodologie systématique et rigoureuse reconnue par les pairs. Effectuer une recension systématique selon la collaboration Cochrane s'avère un moyen efficace et rapide d'obtenir une vision objective et globale de l'état des connaissances scientifiques concernant un traitement d'intérêt en réadaptation. Cette démarche peut également conduire à la constatation qu'il existe une pénurie d'essais cliniques pour une ou des interventions données. Le bagage de connaissances peut ainsi s'avérer insuffisant pour se prononcer sur l'efficacité de la dite intervention. La collaboration Cochrane constitue une méthode créative pour encourager la recherche. Les résultats d'une méta-analyse peuvent également conduire à de nouvelles pistes de recherche et génèrent des questions de recherche fondées sur l'état des connaissances. Cette approche stimule les chercheurs en réadaptation à poursuivre des études dans des avenues précises de recherche clinique. Cette démarche peut également mener à la conception de recommandations cliniques pour les spécialistes de la réadaptation dans leur exercice quotidien.

Il existe actuellement un urgent besoin d'examiner l'efficacité des différents traitements prodigués à la clientèle de réadaptation. La collaboration Cochrane s'avère un outil de choix pour combler ce besoin. Le nom de la collaboration Cochrane provient de son promoteur : Docteur Archie Cochrane. Ce médecin britannique chérissait un rêve professionnel à répercussions sociales longuement mûri. Ce dernier était que les écrits scientifiques liés au domaine de la santé soient utilisés et accessibles aux professionnels de la santé ainsi qu'au service de la population en général. Son souhait de création d'une banque de données synthèse en santé résumant les essais cliniques est d'ailleurs exprimé dans sa première publication (Cochrane, 1972). Son rêve fut réalisé six ans après son décès; la collaboration Cochrane fut fondée en 1993. Un site internet [[www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)], consacré à la collaboration Cochrane, fournit des renseignements exhaustifs aux usagers.

La collaboration Cochrane est une organisation internationale à but non lucratif, composée de professionnels de la santé. Le but de la collaboration Cochrane est de préparer la synthèse de l'information fondée sur les faits scientifiques (FS) et d'être accessible à tout professionnel de la santé, y compris le spécialiste de la réadaptation. Cette information de qualité est mise à jour périodiquement. La collaboration Cochrane a comme mandat de préparer, maintenir, publier et mettre à jour des recensions systématiques d'essais cliniques randomisés portant sur les effets des soins de santé. Cette synthèse d'information scientifique est méticuleusement compilée afin de guider les professionnels de la santé à prendre des décisions éclairées sur le choix des interventions à adopter dans l'exercice quotidien de leur profession (Mulrow et al., 1997). La préparation et la publication de

matériel d'entraînement et du guide d'utilisation comptent parmi les services offerts par la collaboration Cochrane.

La bibliothèque Cochrane (« Cochrane Library »), offerte par la collaboration Cochrane, représente également un outil indispensable pour le spécialiste en réadaptation, qu'il soit clinicien, chercheur ou éducateur. Il s'agit d'un répertoire électronique qui rassemble jusqu'à ce jour (Disque #3, 1999) plus de 1 200 recensions systématiques (« Cochrane Database of Systematic Reviews » [CDSR]), mises à jour fréquemment. De plus, cette bibliothèque comprend d'autres banques de données spécialisées. Par exemple, elle est constituée d'une banque de résumés de recensions portant sur les effets des interventions cliniques (« Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness » [DARE]). Il existe également au sein de cette bibliothèque, un registre répertoriant plus de 250,798 références liées à des essais cliniques randomisés (« Cochrane Controlled Trials Register » [CCTR]), ainsi qu'une banque de données contenant une liste bibliographique d'études (n=1017) traitant de sujets méthodologiques (« Cochrane Review Methodology Database » [RMD]). Cette bibliothèque est accessible aux usagers par lien internet ou sur CDROM. Tout professionnel de la santé peut se la procurer pour son utilisation personnelle à un prix modique. Ce répertoire peut également être consulté dans la plupart des bibliothèques médicales canadiennes affiliées à une université ou à un établissement de santé.

La collaboration Cochrane s'avère un organisme qui possède une structure organisationnelle complexe (Figure 1). En effet, elle est organisée en plusieurs groupes spécifiques de collaborateurs. Elle comprend ainsi les groupes de recensions, les groupes de méthodologie, les centres internationaux Cochrane, les champs d'interventions, le réseau des usagers ainsi que le groupe des dirigeants.

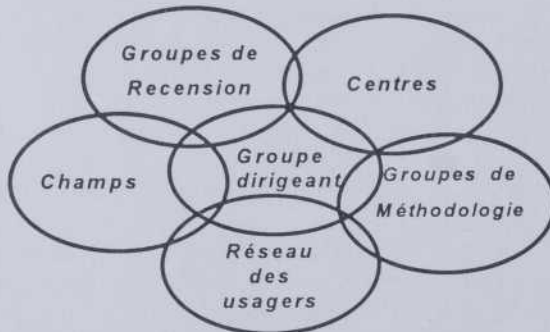


Figure 1 : La Collaboration Cochrane

Les groupes de recensions Cochrane ont la responsabilité de publier et de mettre à jour les recensions systématiques du CDSR. Les membres des groupes internationaux

représentent des chercheurs, le plus souvent des épidémiologistes, des professionnels de la santé et des usagers.

Les groupes de méthodologie Cochrane utilisent les travaux de méthodologistes dans le but d'améliorer la validité et la précision des recensions systématiques. Ils visent l'amélioration du logiciel Review Manager (« RevMan ») (consulter le texte ci-dessous) et des analyses statistiques, de même que l'adoption de méthodes uniformes de recherche non-informatisées d'articles de journaux scientifiques.

Les centres Cochrane partagent la responsabilité de coordonner et de soutenir la collaboration Cochrane. La mise à jour d'un annuaire d'individus qui participent aux activités de la collaboration Cochrane, l'aide au soutien et à la création de groupes de recension, l'organisation d'ateliers de formation et de colloques annuels, de groupes de recherche non-informatisée d'articles scientifiques, le maintien de registres internationaux d'essais cliniques randomisés, l'aide à l'édition de nouvelles versions de logiciels et de guides ainsi que la vulgarisation des recensions Cochrane auprès de la Presse et des décideurs comptent parmi les autres responsabilités qui leur incombent. Il est à noter que les thèmes associés aux centres Cochrane sont regroupés selon une affectation spécifique. Par exemple, le Groupe Cochrane Musculosquelettique est localisé à Ottawa et est coordonné par le Docteur Peter Tugwell de l'Hôpital d'Ottawa. Il existe également des centres Cochrane internationaux dont les domaines d'intérêt sont la périnatalogie, les maladies cardiovasculaires, la dermatologie, le sida, le diabète, etc...

Les champs Cochrane sont regroupés selon un type d'intervention ou selon une discipline plutôt qu'en fonction d'une affectation spécifique. À titre d'exemple, il existe les champs des infirmières, de médecine de première ligne et de gériatrie. Le champ de la réadaptation et des thérapies connexes regroupe des domaines comme la physiothérapie, la thérapie manuelle, l'ergothérapie, l'orthophonie et est coordonné en Hollande. Les principaux buts de ce champ sont de réunir des experts internationaux des professions de la réadaptation et des thérapies connexes dans un champ unifié, d'établir des banques de données spécifiques pour ces professionnels ainsi que de créer et de maintenir à jour des banques de données spécifiques à ce champ.

Le réseau des usagers fut établi afin de refléter les intérêts des usagers au sein de la collaboration Cochrane. Ce réseau a comme buts de fournir l'information et un forum appropriés pour favoriser les échanges internationaux entre les usagers participants, de faciliter la participation de ces derniers aux activités de la collaboration Cochrane, de créer les mécanismes de représentation des usagers au sein de la collaboration ainsi que d'encourager les usagers à faire connaître et à participer à la collaboration Cochrane et à utiliser ses produits.

Le groupe des dirigeants est composé de douze représentants provenant de chacun des groupes de la collaboration Cochrane décrits précédemment. Les dirigeants se réunissent plusieurs fois par année dans le but de diriger plusieurs groupes de travail et de participer aux décisions se rapportant aux objectifs fixés dans le plan stratégique de la collaboration Cochrane.

La collaboration Cochrane s'avère donc très utile à la fois aux clients, aux cliniciens, aux chercheurs et aux éducateurs dans le domaine de la réadaptation dans l'exercice de leurs fonctions respectives. La collaboration Cochrane prend une signification particulière pour le chercheur, car en plus d'en être usager, il contribue activement à l'enrichissement des différents répertoires de la bibliothèque Cochrane et aux différents groupes Cochrane. En tant que chercheur-usager, la collaboration Cochrane procure un meilleur accès à la recherche clinique par l'entremise des recensions systématiques répertoriées. Elle procure un bilan objectif des connaissances et des faits scientifiques portant sur l'effet d'une intervention d'intérêt. En tant que chercheur pur, la collaboration Cochrane donne l'occasion d'effectuer de la recherche méthodologique de qualité et de réaliser des méta-analyses peu coûteuses. De plus, la collaboration Cochrane s'avère significative pour les chercheurs de la réadaptation, car elle leur procure des pistes de recherche à partir des résultats des recensions systématiques existantes. La consultation du CDSR facilite la rédaction de subventions de recherche. La citation de telles recensions ajoute de la plus-value à la demande, car ce type de recensions est reconnu par les réviseurs et la communauté scientifique. Les résultats synthétisés d'une recension systématique Cochrane offrent également la possibilité de concevoir des recommandations cliniques ou des lignes directrices pour la pratique en milieu clinique (CPA et OPA, 2000; Cluzeau et al., 1999; CPA, 1996; Shekelle et al., 1999; The Philadelphia Panel, 2001; Woolf et al., 1999) qui découlent de ceux-ci. Les recherches peuvent également se poursuivre en évaluant, par exemple, la perception et le changement de comportement des clients, des cliniciens et des éducateurs face à l'utilisation des faits scientifiques (Logan et Graham, 1998).

Par ailleurs, voici la description des étapes à suivre, si un chercheur du domaine de la réadaptation désire effectuer une recension systématique selon la collaboration Cochrane (Mulow et al., 1997). Premièrement, un protocole doit être soumis puis accepté par le coordonnateur d'un centre Cochrane suite à l'évaluation des examinateurs d'un groupe de recension correspondant. Ceci constitue un préalable. Deuxièmement, la recension systématique Cochrane proprement dite doit être menée selon les étapes suivantes :

**1. La formulation du problème :** Le chercheur devra d'abord choisir un sujet portant sur l'efficacité d'une intervention spécifique en réadaptation (par exemple : Examen de l'efficacité du laser de faible puissance (LFP) dans le traitement de la douleur chez les personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde (AR)).

**2. Localiser et sélectionner les études :** Une stratégie de recherche devra être réalisée selon la méthodologie suggérée par Cochrane (Mulow et al., 1997). Plusieurs sources informatisées peuvent être utilisées incluant « MEDLINE », « EMBASE », le « CCTR », « PEDro » les index et les bases de données, les bibliographies des revues clés publiées, les recherches réalisées à partir des journaux ainsi que les comptes rendus des conférences. Les critères d'inclusion et d'exclusion doivent être bien documentés. Au moins deux examinateurs indépendants évalueront la pertinence des références identifiées. La recension systématique devra comprendre une description des études retenues ainsi que de celles rejetées.

**3. L'évaluation critique des études :** La qualité méthodologique des essais cliniques randomisés devra être évaluée à l'aide d'une grille synthèse validée (Jaddad, 1996). L'évaluation de la qualité des études se rapporte à la méthode de randomisation des sujets, à la présence de devis à double insu et au recensement des désistements au cours de la collecte de données.

**4. La collecte de données :** Un formulaire d'extraction de données devra être conçu spécifiquement selon le sujet étudié. Par exemple, afin d'évaluer l'efficacité du LFP dans le traitement de l'AR, des informations au sujet de la grandeur de l'échantillon, de l'âge moyen des sujets, de l'écart type des différents groupes devront être recueillies. L'information spécifique concernant le LFP devra inclure les caractéristiques de l'appareil laser utilisé (i.e. type de longueur d'ondes, puissance générée, etc) et celles de l'application thérapeutique du LFP (i.e. doses, modes de contact, durée de traitement, etc). La collecte de ces informations spécifiques, fondée sur un cadre conceptuel portant sur l'application du LFP, s'avère idéale dans ce contexte (Morin et al., 1996). Lors de l'extraction des données brutes, les chercheurs devront inclure une section permettant de compiler les résultats de chacun des groupes traités (groupes témoins versus expérimental) selon chaque mesure de résultats (OMERACT, 1993). La concordance d'au moins deux réviseurs devra être obtenue au niveau de la vérification des données compilées avant même d'entreprendre l'analyse des données.

**5. Analyse et présentation des données :** Les résultats, compilés par l'entremise de l'extraction des données, sont analysés à l'aide d'un logiciel spécifique « RevMan » conçu par un épidémiologiste de la Collaboration Cochrane. Différentes méthodes statistiques sont utilisées en fonction du type de données recueillies (i.e. continues ou catégorielles) (Petitti, 1994). Dans certains cas, le chercheur devra faire appel à un biostatisticien afin de transformer certaines données brutes. Le chercheur pourra gratuitement télécharger la version 4.0.3 du logiciel RevMan à partir du site internet de la collaboration Cochrane. Ce logiciel produira des résultats compilés selon une forme graphique et une convention conçues par la collaboration Cochrane.

**6. Interprétation des résultats :** Les résultats doivent être discutés à la lumière du travail antérieurement réalisé à propos du sujet d'intérêt. Les problèmes méthodologiques des études répertoriées devront y être présentés.

Il est à noter que la collaboration Cochrane exige des chercheurs de mettre à jour aux deux ans les recensions systématiques publiées dans le CCTR. La collaboration Cochrane produit cependant une nouvelle édition de la bibliothèque Cochrane à tous les trois mois permettant, entre autres choses, la publication de nouvelles recensions.

D'une part, mener une recension systématique Cochrane portant sur les effets d'une intervention en réadaptation constitue une façon rapide et efficace d'obtenir une vision objective et globale du niveau de connaissances scientifiques actuelles du sujet à l'étude. D'autre part, ce chercheur, suite à une recension systématique exhaustive, pourra constater si l'accumulation des faits scientifiques pour une intervention spécifique de la réadaptation reste insuffisante pour obtenir une vision claire et concluante sur son efficacité.

Conséquemment, les recensions systématiques Cochrane soulèvent plusieurs questions. Une recension systématique devra donc stimuler et inciter les chercheurs du domaine de la réadaptation à entreprendre de la recherche clinique particulièrement où les faits scientifiques demeurent restreints. En réadaptation, il y existe un urgent besoin de :

- construire une base de données uniforme et spécifique pour les clients traités en réadaptation (ACP, 1996);
- utiliser des instruments cliniques fiables et valides afin de mesurer l'effet des interventions cliniques;
- concevoir des recommandations cliniques ou lignes directrices (« Clinical Practice Guidelines ») (Shekelle et al., 1999);
- mener des essais cliniques randomisés de qualité afin de mesurer l'effet des interventions prodiguées (Ottenbacher, 1995);
- promouvoir la recherche et publier les résultats dans des journaux et des conférences scientifiques;
- concevoir des recommandations cliniques ou lignes directrices (« Clinical Practice Guidelines »).

Les chercheurs de la réadaptation sont-ils en mesure à l'heure actuelle de guider la pratique des spécialistes de la réadaptation à partir des faits scientifiques existants ? Il s'agit d'une question de survie professionnelle. La collaboration Cochrane aide les spécialistes de la réadaptation à constater l'état de la situation. Elle aide également à envisager de nouvelles solutions en poursuivant de nouvelles pistes de recherche cliniques.

### Références

- Canadian Physiotherapy Association et Ontario Physiotherapy Association (2000). *Inventory : Database of Physical Therapy Consensus Statements (CS), Systematic Reviews (SR), Meta-Analyses(MA and Clinical Practice Guidelines (CPGs)*. Toronto, CPA.
- Canadian Physiotherapy Association (1998). *The CPA client-specific Database : The information you need. Contact*. March/April, Toronto : CPA.
- Canadian Physiotherapy Association (1996). *Practice Clinical Guidelines : Discussion Paper for the Canadian Physiotherapy Association*. Toronto : CPA.
- Cluzeau, F. et al. (1999). Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 11, 21-28.
- Cochrane, A.L. (1972). *Effectiveness and Efficiency : Random Reflections on Health Services*. London : Nuffield Provincial Hospital Trust. (Reprinted in 1989 in association with the British Medical Journal).

- Conseil des directeurs de programmes d'enseignement de la physiothérapie et Association canadienne de physiothérapie (1995). *Programme d'études de base pour l'enseignement de la physiothérapie au Canada : lignes directrices pour le corps enseignant*. Toronto : ACP.
- Jadad, A., Moore, A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D.J.M., Gavaghan, D.J. et McQuay, H.J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized trials : is blinding necessary ? *Control Clin Trial*, 17, 1-12.
- Kirwan, J.R. (1993). OMERACT : Conference on Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials. *J Rheumatol*, 20, 543-545.
- Logan, J. et Graham, I.D. (1998). Toward a Comprehensive Interdisciplinary Model of Health Care Research Use. *Science Communication*, 20, (2), 227-246.
- Morin, M., Brosseau, L. et Quirion-DeGirardi, C. (1996). *A theoretical framework on low level laser therapy (classes I, II and III) application for the treatment of OA and RA*. Victoria : Proceedings of the Canadian Physiotherapy Association National Congress.
- Mulrow, C.D. et Oxman, A. (1997). *How to conduct a Cochrane Systematic Review*. San Antonio, Cochrane Collaboration-version 3.0.2. [<http://www.cochrane.org>].
- OMERACT. (1993). Conference on Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trial. *J Rheumatol*, 20, 526-591.
- Ottenbacher, K.J. (1995). Why rehabilitation research does not work (as well as we think it should) ? *Arch Phys Med Rehabil*, 76, 123-129.
- Petitti, D. (1994). *Meta-analysis, decision analysis, and cost-effectiveness analysis : method for quantitative synthesis in medicine*. (pp. 90-114). New York : Oxford University Press.
- PEDro : Physiotherapy Evidence Database (1999). Sydney, Université de Sydney, Australie. [<http://ptwww.cchs.usyd.edu.au/pedro/>].
- Rothstein, J.M. (1991). Theoretically speaking. *Physical Therapy*, 11, 789-790.
- Shekelle, P.G. et al. (1999). Developing guidelines. *British Medical Journal*, 318, 593-596.
- The Philadelphia Panel (2001). Methodology for the development of the Philadelphia Panel evidence based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for musculoskeletal pain. *Physical Therapy*. (In Press).
- Woolf, S.E. et al. (1999). Clinical guidelines : Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal*, 318, 527-530.



**L'IMPORTANCE DE LA PRATIQUE CLINIQUE FONDÉE SUR LES FAITS SCIENTIFIQUES : LES RÉSULTATS D'UN PROGRAMME DE RÉADAPTATION AUDITIVO-VERBAL AUPRÈS D'ENFANTS PRÉSENTANT DES PERTES AUDITIVES**

Alice Eriks-Brophy, Andrée Durieux-Smith, Janet Olds, Elizabeth Fitzpatrick, Cheryl Duquette, Mario Cappelli et JoAnne Whittingham

**Résumé**

La déficience auditive chez l'enfant peut sérieusement compromettre l'acquisition de la parole et du langage. Des facteurs qui semblent faciliter le développement du langage oral chez les personnes malentendantes comprennent un diagnostic et un appareillage précoces, suivis d'un programme de thérapie. L'approche auditive-verbale est utilisée dans certains milieux cliniques et se concentre sur le développement de l'audition et du langage oral de l'enfant malentendant, afin de faciliter son intégration dans des classes régulières. Les résultats de cette approche thérapeutique n'ont cependant jamais été évalués d'une façon scientifique. À cette fin, une étude a été complétée avec des adolescents et jeunes adultes malentendants qui avaient suivi un programme de thérapie auditive-verbale durant les années préscolaires. Ce projet comprenait une composante quantitative et qualitative, dans le but de documenter le niveau de fonctionnement aux plans communicatif, académique et social des sujets, ainsi que d'identifier des facteurs facilitateurs et des obstacles à l'intégration. Vingt-quatre adolescents et jeunes adultes d'un groupe total de 101 sujets possibles qui avaient suivi une thérapie auditive-verbale à l'Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario, durant les années préscolaires ont été évalués avec des tests normalisés. Les résultats indiquent un niveau de fonctionnement comparable, en moyenne, à celui obtenu avec des sujets entendants dans les domaines de la communication, de la performance scolaire et de l'estime de soi. La composante qualitative de l'étude a permis d'identifier les services d'appui aux parents, étudiants et professeurs comme étant très importants au succès de cette approche. Cette étude a permis de documenter d'une façon scientifique les résultats obtenus avec une approche thérapeutique spécifique et d'identifier les éléments clé qui doivent être en place. Ce genre de recherche permet de développer des programmes de réadaptation fondés sur des faits scientifiques et d'améliorer la qualité des services cliniques.

La pratique clinique fondée sur les faits scientifiques (FS) dans le domaine de l'audiologie et de l'orthophonie consiste typiquement à documenter d'une façon systématique des résultats relatifs à une approche de traitement spécifique. Les résultats de traitement peuvent être examinés pour une variété de buts, comme par exemple pour documenter objectivement l'efficacité d'un programme clinique, pour identifier des améliorations spécifiques au niveau des compétences communicatives suite à la participation à une approche de traitement particulière, pour déterminer si certains traitements ont un bon rendement selon les coûts, et finalement pour surveiller notre propre efficacité en tant que cliniciens (Coyte, 1992; Enderby, 1997; Frattali, 1998).

Traditionnellement, la mesure des résultats associée aux nombreuses approches de traitement en orthophonie se fondait sur les changements observables en clinique des déficits de la parole et du langage associés à un trouble particulier de la communication (Enderby, 1997). Par contre, le domaine de la mesure des résultats a connu récemment une expansion en incluant des mesures aux plans fonctionnel, social, économique, administratif ou définies par le client lui-même (Coyte, 1992; Frattali, 1998). De plus, la mesure des résultats s'est développée en incluant non seulement les modèles traditionnels centrés sur le client, mais aussi en évaluant les contextes sociaux, académiques et les milieux de travail où les clients évoluent régulièrement (Enderby et Emerson, 1995; Frattali, 1998; Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté et St. Michel, 1998). Ainsi, les approches d'intervention efficaces sont

maintenant couramment décrites et au niveau des améliorations des habiletés de communication spécifiques et aussi en terme de changement des habiletés des interlocuteurs pour faciliter l'interaction et la communication. Ceci permet au client de communiquer et de s'intégrer à une variété de contextes sociaux et d'activités et d'augmenter le niveau de satisfaction résultant d'approches de traitement spécifiques (Coyte, 1992; Enderby et Emerson, 1992).

Malgré la reconnaissance grandissante du besoin de baser nos interventions sur des résultats objectifs et quantifiables et du consensus dans le choix des méthodes efficaces pour y parvenir, plusieurs des approches cliniques les plus utilisées en audiologie et orthophonie n'ont jamais été documentées ou évaluées d'une façon systématique. C'est ainsi le cas d'une approche d'intervention précoce auprès d'enfants présentant des problèmes d'audition appelée la thérapie auditivo-verbale, ayant comme but le développement d'un langage oral. Alors que plusieurs approches ayant le même but ont été utilisées durant les 40 dernières années, peu d'études empiriques ont évalué les résultats de ces approches dans le domaine de la communication et au niveau de la performance académique et sociale d'enfants avec pertes auditives. Les dimensions liées au fonctionnement social et à l'auto-perception d'élèves avec pertes auditives ont été presque inexplorées jusqu'à maintenant.

### **Perte auditive et thérapie auditivo-verbale**

Une perte auditive à la naissance ou survenant durant la jeune enfance est souvent décrite comme représentant un obstacle significatif à l'acquisition, au développement et à l'utilisation du langage oral. Le degré de la perte ainsi que le délai à mûrir l'enfant d'une amplification appropriée sont deux facteurs pouvant avoir un impact direct sur l'habileté de l'enfant à acquérir le langage oral. Le retard de langage souvent associé à une perte modérée à profonde peut aussi occasionner un obstacle significatif à l'intégration sociale et scolaire.

De nombreuses approches d'intervention précoce sont disponibles pour développer les habiletés langagières d'enfants avec pertes auditives. Les buts de ces programmes vont de l'intégration avec leurs pairs entendants à une éducation encourageant l'identité à une culture sourde. Quoique l'approche orale a été utilisée pendant de nombreuses années pour développer la communication d'enfants avec pertes auditives, l'approche auditivo-verbale se distingue de celle-ci en se concentrant presque uniquement sur le développement d'habiletés auditives. Cette approche a pris de l'envergure durant les dernières années à cause des progrès technologiques des systèmes d'amplification (Ling, 1988; Pollack, 1985; Pollack, Goldberg et Caleffe-Schenck, 1997).

La thérapie auditivo-verbale est une approche d'intervention pour les jeunes avec déficience auditive qui met l'accent sur le développement de l'audition résiduelle de l'enfant dans le but d'acquérir la parole. La thérapie auditivo-verbale est guidée par le principe que la majorité des enfants ayant des pertes auditives de légères à profondes peuvent apprendre à communiquer avec un langage oral s'ils reçoivent une amplification appropriée, une stimulation langagière abondante et des opportunités adéquates pour développer leur audition résiduelle. Les principes de la thérapie auditivo-verbale comprennent le dépistage précoce de la déficience auditive, un suivi audiologique de nature diagnostique, l'intégration

de l'écoute dans toutes les sphères de la communication, et la participation des parents comme partenaires et premiers modèles du langage parlé dans le processus d'intervention. Un des premiers buts de cette approche est de développer la communication verbale afin que les enfants puissent être intégrés dans des environnements sociaux et académiques avec leurs pairs entendants (*Auditory Verbal International*, 1996 adapté de Pollack, 1985).

Quoiqu'il existe de nombreuses études qui ont documenté les niveaux de performance scolaire d'enfants avec déficience auditive (voir par exemple Allen, 1986; Allen et Osborne, 1984; Davis, Elfenbein, Schum, et Bentler, 1986; Karchmer, Milone, et Wolk, 1979; Kluwin et Moores, 1989; Rogers et Clarke, 1980; Trybus et Karchmer, 1977; Wolk et Allen, 1984; Zweibel et Allen, 1988), peu d'études ont évalué d'une façon systématique les résultats de la thérapie auditivo-verbale. Goldberg et Flexer en 1993 ont utilisé un questionnaire pour documenter les résultats de 157 enfants âgés de 18 ans et plus et ayant participé à un tel programme pendant au moins 3 ans. Leurs résultats indiquent que, malgré des pertes de degré sévère à profonde, 95 % des participants avaient poursuivi des études post-secondaires.

Robertson et Flexer (1993) ont obtenu les résultats d'épreuves standardisés en lecture chez 37 enfants avec déficience auditive prélinguistique ayant participé à des programmes de thérapie auditivo-verbale. Ces résultats, fournis par les parents, indiquent que 30 sur les 37 enfants avaient des scores en lecture comparables ou supérieurs à ceux de leurs pairs entendants. Cependant, les auteurs soulignent l'importance d'administrer la même épreuve standardisée à tous les enfants, afin de mieux interpréter les résultats.

Roberts et Rickards (1994a, 1994b) ont utilisé un questionnaire auprès de 100 enfants âgés de 7 à 17 ans ayant été inscrits dans un programme préscolaire auditivo-verbal en Australie. Entre autre, le questionnaire a documenté la perception de ces enfants par rapport à leur mode de communication et leur rendement scolaire. Les résultats indiquent que la plupart des enfants avaient un mode de communication oral. Des 100 enfants, 92 étaient partiellement ou complètement intégrés dans des classes avec pairs entendants. La plupart des enfants (83 %) ont jugé que leur progrès scolaire était semblable ou supérieur à celui de leurs pairs à audition normale. Roberts et Rickards reconnaissent les lacunes de leur étude qui documente les perceptions des jeunes et soulignent l'importance d'administrer des épreuves standardisées de performance scolaire ainsi que d'obtenir les perceptions de parents et d'enseignants.

Wray, Flexer et Vaccaro (1997) ont examiné la performance en classe de 19 étudiants âgés de 5 à 15 ans avec perte auditive qui avaient été suivis dans un programme préscolaire auditivo-verbal. Ces étudiants étaient tous intégrés en classe régulière. Selon leurs enseignants, 16/19 des enfants (84 %) avaient un niveau de lecture semblable ou supérieur à celui de leurs pairs.

Finalement, une étude de Biro et al., (1986) avec un petit nombre de sujets a démontré que la plupart des élèves intégrés qui avaient suivi un programme auditivo-verbal avaient des niveaux de performance dans le domaine de la parole, du langage, de la lecture et des mathématiques semblables à ceux de leurs pairs entendants.

Le développement social et émotif d'enfants avec perte auditive figure peu dans les études qui ont été publiées jusqu'à ce jour. Quoique pas démontré d'une façon scientifique, certains travaux (Santé Canada, 1994; Ross, 1990; Schwartz, 1990) suggèrent que ces enfants, plus spécifiquement en intégration, pourraient éprouver des difficultés dans ces domaines. Dans une des seules études scientifiques à ce sujet, Cappelli et collègues (1995) ont trouvé que les élèves avec déficience auditive intégrés dans des classes de niveau primaire étaient à risque d'être négligés ou rejetés par leurs pairs entendants, et que cette tendance était plus prononcée chez les élèves plus jeunes.

La structure et l'organisation des services d'intervention offerts aux enfants malentendants dans la région d'Ottawa depuis 1975 comprend un nombre important de composantes essentielles à l'intégration éventuelle des élèves avec perte auditive dans des classes régulières. Suite au diagnostic et à la sélection de prothèses auditives pour l'enfant ayant une perte auditive, les parents et enfants sont inscrits à un programme de thérapie auditivo-verbale intensif pour enfants d'âge préscolaire à l'Hôpital des Enfants de l'Est de l'Ontario (HEEO), un hôpital pédiatrique régional. L'intervention est centrée autant sur le parent que sur l'enfant puisque les parents jouent un rôle essentiel comme modèle dans le développement des habiletés d'écoute et du langage parlé. L'intervention individualisée du langage est accompagnée d'un suivi audiologique continu. Lorsque l'enfant atteint l'âge scolaire, les professionnels de l'HEEO travaillent directement avec les enseignants et les autres intervenants de l'école afin de faciliter la transition en classe régulière, et de sensibiliser ces professionnels aux effets des pertes auditives sur le développement du langage et aux besoins spécifiques de chaque enfant. Une fois intégrés dans le milieu scolaire, les élèves malentendants continuent d'être suivis et de recevoir des services d'appui de professeurs itinérants provenant d'un groupe de professionnels spécialisés en développement langagier, académique et social d'élèves malentendants. Le rôle de ces derniers est également de sensibiliser les enseignants et les autres élèves aux effets d'une perte auditive et de l'importance du milieu et de la technologie pour faciliter la communication. Durant ce processus, une communication ouverte entre l'école, l'hôpital et les parents est maintenue et encouragée.

Le but de la présente étude était de documenter d'une façon scientifique les résultats dans le domaine de la communication orale, de la performance académique et psychosociale d'enfants avec perte auditive ayant suivi un programme auditivo-verbale durant les années préscolaires à l'HEEO. Les objectifs spécifiques de l'étude étaient de :

1. Évaluer le niveau de fonctionnement dans le domaine de la communication, de la performance académique et sociale de jeunes malentendants ayant suivi le programme en question.
2. Identifier les facteurs qui facilitent et nuisent à l'intégration de ces jeunes.
3. Établir des recommandations visant à améliorer l'intégration sociale et académique des élèves.

Ces objectifs ont été formulés afin d'évaluer d'une façon scientifique les résultats de la thérapie auditive-verbale en incluant le domaine social qui jusqu'à maintenant reste peu exploré.

### Méthodologie

Il y avait 3 phases à l'étude. Dans la phase 1, les jeunes et leurs parents ont complété des formulaires fournissant des détails démographiques, une description de l'histoire scolaire actuelle et passée ainsi que du fonctionnement général du jeune. Dans la phase 2, des évaluations normalisées du fonctionnement scolaire, des compétences communicatives et de l'auto-perception du jeune ont été complétées. Finalement, la phase 3 consistait à former des groupes de discussion « *focus groups* », auxquels participaient les jeunes malentendants, leurs parents et des enseignants itinérants, dans le but d'identifier les éléments facilitants et nuisibles à l'intégration, ainsi que d'établir des recommandations pour améliorer le processus de l'intégration.

#### Critères de sélection et échantillon de participants

Les critères de sélection comprenaient la présence d'une perte auditive nécessitant l'appareillage, la participation à un programme de thérapie auditive-verbale durant les années préscolaires à l'HEEO, l'absence de délai au niveau du développement cognitif qui pouvait avoir un impact sur l'acquisition du langage, l'anglais comme première langue à l'école et un âge chronologique de 14 ans et plus lors du début de l'étude.

Cent un jeunes malentendants ont été identifiés comme participants potentiels à l'étude. De ce nombre, soixante-cinq ont été rejoints. Il faut noter que le taux de participation aux trois phases du projet a été établi sur une base volontaire et non par échantillonnage. Quarante-trois jeunes et leurs parents ont participé à la phase 1 de l'étude et vingt-quatre de ces jeunes ont participé à la phase 2. Pour la phase 3, il y avait quatre groupes de discussion de parents pour un total de vingt-quatre personnes, trois groupes de discussion de jeunes malentendants pour un total de seize participants, et trois groupes de discussion de professeurs itinérants pour un total de quatorze participants.

Seulement certaines variables ont pu être comparées entre participants et non-participants à l'étude. Ces variables comprennent le degré de la perte auditive, l'âge à l'appareillage, la durée de la thérapie auditive-verbale et l'âge au moment de l'étude. Cette comparaison entre participants et non-participants se retrouve au tableau 1. La seule différence statistiquement significative (statistique = test de *t*) se retrouve dans la catégorie de l'âge des sujets, qui démontre que les non-participants étaient plus âgés. Au plan audiolinguistique, les deux populations sont semblables. Vu que les renseignements sur les catégories des familles ont été recueillis dans la phase 1 de l'étude, ces renseignements ne sont pas disponibles pour les non-participants.

**Tableau 1. Description des participants par rapport aux autres candidats potentiels**

	Participants Phase 1 et 2	Participants Phase 1 seulement	Autres candidats potentiels
	n = 24	n = 19	n = 58
Degré de la perte auditive (MSP)	74.4 ± 22.4	85.4 ± 18.6	80.2 ± 22.0
Âge à l'appareillage	2.44 ± 1.27	2.29 ± 1.26	2.52 ± 1.07
Durée de la thérapie AV (en mois)	24.5 ± 16.9	25.7 ± 17.2	20.9 ± 12.6
Âge chronologique	18.9 ± 3.6	18.2 ± 3.8	20.7 ± 3.5*
Temps depuis la dernière visite (ans)	3.1 ± 3.1	4.3 ± 3.9	8.5 ± 5.9*

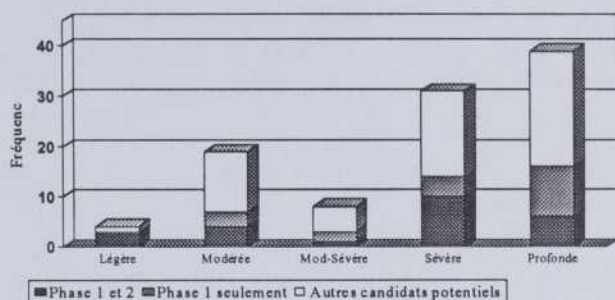
### Les résultats de la thérapie auditivo-verbale : Phase 1

#### Description de l'échantillon

Les jeunes ayant participé aux phases 1 et 2 de l'étude provenaient de familles constituées principalement de deux parents. La plupart de ces parents avaient atteint un haut niveau de scolarité, avec 74 % des mères et 87 % des pères déclarant avoir suivi des études post secondaires. Le nombre moyen d'enfants par famille était de 2, et seulement 12,5 % des participants étaient enfant unique. L'âge moyen des jeunes ayant participé aux phases 1 et 2 de l'étude était de 18,9 ans avec une étendue de 16 à 30 ans. Tel qu'indiqué à la figure 1, la majorité des participants avaient un degré de perte auditive allant de sévère à profond, avec une moyenne des sons purs (MSP) de 74,4 dB. L'âge moyen au diagnostique était 2,2 ans et l'âge moyen à l'appareillage était de 2,5 ans. Ces jeunes avaient participé en moyenne à 24,5 mois de thérapie auditivo-verbale à l'âge préscolaire.

Les résultats de la phase 1 de l'étude indiquent que le langage oral a été décrit comme le premier moyen de communication chez 92 % des participants, tandis que 8 % utilisaient une combinaison de langage oral et signé comme premier moyen de communication. Les jeunes ont indiqué qu'ils/elles utilisaient leurs appareils auditifs toujours ou presque toujours à la maison (79,2 %), à l'école (85,7 %), lors d'activités sociales (83,3 %) et/ou au travail (85,7 %).

Figure 1. Degré de la perte auditive des participants



L'histoire scolaire par rapport à l'intégration des jeunes ayant participé aux phases 1 et 2 est illustré au tableau 2. Au temps de l'étude, treize des vingt-quatre participants fréquentaient l'école secondaire, cinq poursuivaient des études post secondaire dans des collèges américains ayant des services spécialisés pour malentendants, deux poursuivaient des études universitaires, et deux avaient complété des études post secondaire et travaillaient. Seulement deux des participants n'avaient jamais été inscrits aux études post secondaire.

Tableau 2. Histoire scolaire

Toujours intégrés	65.1%
Classe spéciale en déficience auditive au début du primaire	14.0%
Classe spéciale en déficience auditive pour tout le primaire	4.7%
Classe spéciale pour troubles d'apprentissage avec pairs entendants	14.0%
Jamais intégré	2.3%

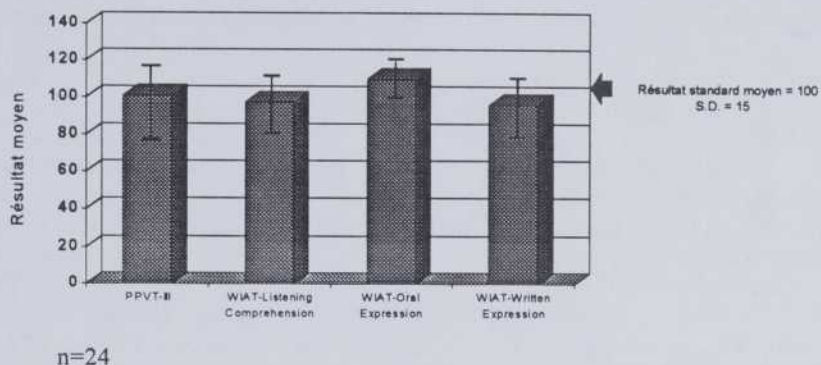
Sur le plan social, la majorité des répondants indiquaient qu'ils avaient des relations sociales positives et étaient impliqués dans leur communauté et milieu scolaire. Les résultats du questionnaire démontrent que 96 % des participants avaient un meilleur ami, 88 % faisaient partie d'un groupe d'amis, alors que 67 % ont indiqué qu'ils avaient un ami avec un problème auditif. Des participants, 75 % étaient à l'aise avec l'utilisation du téléphone, 33 % se servaient d'un décodeur TDD, et 92 % indiquaient qu'ils aimaient écouter de la musique. La plupart des parents ont indiqué dans leurs réponses au questionnaire que l'intégration sociale de leur enfant ne les avait pas inquiété d'une façon démesurée. Seulement 32 % des parents ont indiqué que les relations sociales de leurs enfants les avaient préoccupés.

## Résultats : Phase 2

### Compétence Communicative

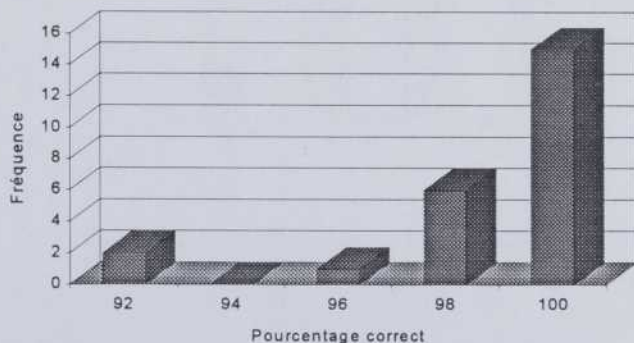
La compétence communicative des participants malentendants a été évaluée en utilisant des épreuves de langage normalisées. Les tests étaient le *Peabody Picture Vocabulary Test* (Dunn et Dunn, 1997), un test de vocabulaire réceptif, le sous-test de compréhension orale, d'expressions orale et écrite du *Wechsler Individual Achievement Test* (1992) et de *Central Institute for the Deaf Picture Speech Intelligibility Evaluation (CID SPINE)* (Monsen, Moog et Geers, 1988). Vingt-quatre élèves avec déficience auditive ont participé à la phase 2. Les évaluations administrées indiquent qu'en moyenne, les résultats pour les 24 participants correspondent à la norme des épreuves qui ont toutes été normalisées avec des sujets à audition normale. Ceci est illustré à la figure 2.

Figure 2. Résultats de compétence en communication



Pour les résultats de l'épreuve *CID SPINE*, une épreuve normalisée avec une population malentendante, on note un plafonnement au niveau de la performance. L'évaluation de l'intelligibilité de l'épreuve *CID SPINE* a été faite par des examinateurs non familiers avec la parole de ces jeunes. Les résultats indiquent donc un niveau élevé d'intelligibilité de la parole pour la majorité des participants. Ceci est illustré à la figure 3.

Figure 3. Compétence en communication: SPINE



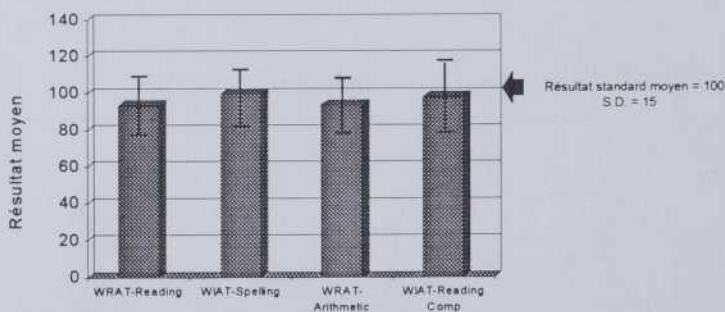
## Réussite scolaire

La performance scolaire a été évaluée avec les sous-tests de lecture, d'écriture et de mathématique du *Wide Range Achievement Test* (Wilkinson, 1993) et le sous-test de compréhension de lecture du *Wechsler Individual Achievement Test* (Wechsler, 1992). Les résultats obtenus sont comparables aux scores moyens de performance obtenus avec population entendante lors de la normalisation des épreuves. Ces résultats sont illustrés à la figure 4.

## Fonctionnement social

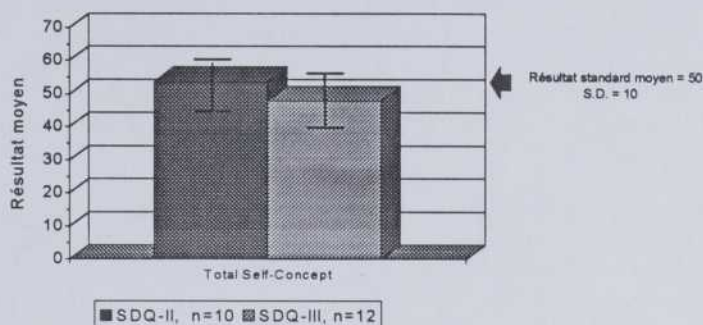
Plusieurs domaines de fonctionnement social ont été évalués en utilisant le *Social Development Questionnaire* (SDQ) (Marsh, 1990). Ce questionnaire donne un score global de perception de soi ainsi que des mesures distinctes d'auto-perception aux niveaux de la compétence scolaire, des attributs physiques, des relations sociales et des qualités personnelles. Le *SDQ II* a été utilisé pour les participants âgés de dix-huit ans et moins, et le *SDQ III* pour les participants âgés de plus de dix-huit ans. Les résultats, illustrés à la figure 5, indiquent qu'en moyenne, les participants avaient des auto-perceptions comparables à la moyenne obtenue lors de la normalisation des épreuves avec populations du même âge à audition normale.

Figure 4. Fonctionnement scolaire



n=24

Figure 5. Résultats au SDQ : Concept de soi global



n=24

### Résultats : Phase 3

#### Facteurs facilitateurs et obstacles à l'intégration

Dans la phase 3, les groupes de discussion (« focus groups ») ont été formés afin de valider et élaborer les données obtenues avec les questionnaires et les tests normalisés des phases 1 et 2. Le but des groupes de discussion était d'identifier les facteurs facilitateurs et les obstacles à l'intégration aux niveaux de l'école, de la famille, des relations avec les pairs. Des recommandations pour les politiques et services de soutien entourant l'intégration de ces jeunes ont aussi été établies à partir des discussions de groupe. Les discussions ont été animées par le même facilitateur et ont été enregistrées et transcrites. Les transcriptions ont été analysées par deux codeurs indépendants dans le but d'identifier les facteurs facilitateurs et les obstacles à l'intégration et pour identifier les thèmes communs.

Les résultats des analyses montrent que plusieurs facteurs identifiés comme facilitateurs à l'intégration deviennent des obstacles lorsqu'ils ne sont pas présents ou lorsque leur application est inappropriée aux besoins des élèves. Dans le domaine scolaire, le facteur facilitateur le plus souvent identifié était la présence d'enseignants itinérants spécialisés en déficience auditive. Ces enseignants itinérants travaillaient d'une façon individuelle avec les élèves au niveau de la parole, du langage, des habiletés scolaires et jouaient aussi le rôle de consultant auprès des enseignants de classe régulière en les sensibilisant aux besoins particuliers de cette population. Les enseignants de classe régulière qui utilisaient des stratégies d'enseignement adaptées aux besoins spécifiques de ces enfants, qui donnaient de l'attention individuelle aux élèves et qui utilisaient une technologie assistée ont également été identifiés comme facteurs importants pour faciliter l'intégration.

Au plan familial, la participation active des parents dans l'éducation de leur enfant ainsi qu'une attitude positive ont été identifiées comme facteurs facilitateurs. Une attitude responsable de la part de l'étudiant avec perte auditive face à l'apprentissage, une habileté à communiquer ses besoins spécifiques ainsi qu'une compétence langagière ont été identifiées comme facteurs facilitateurs à l'intégration. Les pairs facilitaient également l'intégration à l'école lorsqu'ils assistaient l'élève malentendant soit en prenant des notes pour lui, soit en jouant le rôle d'interprète et d'ami, tout en prenant soin de ne pas mettre trop d'emphase sur sa perte d'audition. Toujours à l'école, une technologie accessible et à jour a été également vue comme un facteur facilitant l'intégration. Finalement, le soutien aux enseignants de classe régulière, une atmosphère ouverte et inclusive à l'école, un ratio élèves/enseignant diminué, et une bonne acoustique des salles de classe ont aussi été identifiés comme des éléments facilitateurs.

Dans le domaine social au niveau familial, les facteurs facilitateurs étaient le développement de la confiance en soi, de l'indépendance et la promotion d'une bonne communication entre les membres de la famille. En ce qui concerne les parents, un bon réseau de soutien incluant la parenté et les amis et une participation aux activités sociales comprenant les groupes de soutien ont également été identifiés comme facilitant l'intégration. Pour les jeunes avec déficience auditive, la participation aux activités parascolaires avec des pairs entendants et malentendants, une volonté à parler ouvertement de leur déficience auditive et un bon sens de l'humour sont des caractéristiques personnelles importantes à l'intégration.

Des obstacles à l'intégration ont également été identifiés lors des discussions. Les attitudes apathiques, le manque de flexibilité, de sensibilité et de compréhension de la surdité et de ses effets de la part de certains enseignants et de certains pairs ont été considérés comme obstacles importants. Un manque de services de soutien et d'accessibilité aux technologies assistées dans le milieu scolaire ont également été identifiés comme des obstacles à l'intégration. Des jeunes malentendants qui n'exprimaient pas leurs besoins, qui s'imposaient des limites quant à leur participation aux activités, et qui n'interagissaient pas avec d'autres jeunes malentendants étaient des obstacles créés par les jeunes malentendants eux-mêmes, contribuant ainsi à leur isolement social. Le manque de services réguliers en réadaptation, les grandes classes avec conditions acoustiques pauvres, le ratio élèves/enseignant élevé et le manque de support technologique ont également été identifiés comme des obstacles associés à l'administration des conseils scolaires et des écoles. Finalement, certains obstacles liés aux familles ont été identifiés et comprenaient la surprotection et une emphase mise exclusivement sur la surdité de l'enfant en oubliant trop souvent celui-ci.

### Discussion et conclusions

Les résultats de cette étude soulignent l'importance d'obtenir des résultats objectifs pour démontrer l'efficacité d'une approche thérapeutique fondée sur des FS. Avant la présente étude, la pratique de la thérapie auditive-verbale était fondée principalement sur des anecdotes de thérapeutes et parents sans FS à l'appui. L'étude démontre des résultats positifs au niveau de la compétence communicative, des habiletés scolaires et du

fonctionnement social chez les jeunes malentendants ayant suivi un programme de thérapie auditivo-verbale. Les jeunes ayant participé à l'étude ont atteint des niveaux de communication et d'habiletés scolaires semblables à ceux de leurs pairs entendants. Ces résultats sont en accord avec ceux de Goldberg et Flexer (1993), Robertson et Flexer (1993), Roberts et Rickards (1994a, 1994b), Wray, Flexer et Vaccaro (1997) et Biro et al. (1986) qui avaient documenté des niveaux de performance semblables.

En général, les étudiants n'ont pas démontré de difficultés dans les domaines social et émotif tel que suggéré dans les écrits scientifiques (Santé Canada, 1994; Ross, 1990). Les différences entre les résultats de la présente étude et celles de Cappelli et al. (1995) sont sans doute dues au fait que les participants étaient plus âgés et que leur participation sociale était facilitée par plusieurs facteurs associés à eux, leur milieu, leur famille, et leurs professeurs itinérants. Lorsque des facteurs facilitant l'intégration étaient en place, les jeunes ont pu s'épanouir dans le milieu scolaire avec leurs pairs entendants et ont pu fonctionner efficacement au sein de leur famille et de leur communauté. La combinaison des résultats obtenus à l'aide des tests normalisés et des questionnaires indique que les participants sont bien intégrés et fonctionnent avec succès dans le monde des entendants. L'ajout des dimensions liées au fonctionnement social représente une contribution importante de l'étude et illustre l'utilité d'inclure le domaine social dans les études futures.

Les résultats de l'étude sont toutefois limités à un échantillon ayant reçu des interventions selon un modèle de services particulier, à un endroit géographique spécifique. De même, à cause de la participation qui s'est faite sur une base volontaire, il est possible que les sujets les plus performants ont participé à l'étude. Ceci peut être interprété comme une source de biais de sélection possible. Seule une étude prospective pourrait diminuer cet effet.

Les résultats, cependant, indiquent que des niveaux de fonctionnement dans les domaines de la communication, de la performance scolaire, et de l'estime de soi comparables à ceux d'enfants à audition normale peuvent être atteints par des enfants avec pertes auditives importantes qui ont suivi un programme préscolaire auditivo-verbal. Des recherches futures sont requises pour documenter les résultats associés à d'autres approches thérapeutiques dans le domaine de la communication orale, au niveau de la performance scolaire et du fonctionnement social chez les enfants avec déficience auditive. L'impact des variables qui influencent le quotidien de cette population, soit l'accessibilité aux services, les facteurs socio-économiques et le multiculturalisme doivent aussi être explorés.

La pratique fondée sur les faits scientifiques a une grande importance pour les professions d'audiologie et d'orthophonie, surtout dans le contexte actuel de compressions budgétaires dans les domaines de la santé associés à la réadaptation. Toute intervention doit être fondée sur des FS pour justifier son financement. Une évaluation et analyse minutieuse des résultats et bénéfices provenant de programmes d'intervention sont des composantes essentielles qui doivent être intégrées aux champs de la pratique des professions en audiologie et orthophonie. Ces composantes seront à l'origine de nouveaux modèles de soins visant l'amélioration de la qualité de vie quotidienne d'individus avec troubles de la communication.

## Remerciements

Ce projet de recherche a été financé par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada et par l'Institut de recherche de l'Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario.

## Références

- Allen, T. (1986). Patterns of academic achievement among hearing-impaired students : 1974 and 1983. Dans A. Schildroth et M. Karchmer (Eds.), *Deaf children in America* (pp. 161-206). San Diego : College Hill Press.
- Allen, T., et Osborne, T. (1984). Academic integration of hearing-impaired students : Demographic, handicapping and achievement factors. *American Annals of the Deaf*, 129, 100-113.
- Biro, J., Cumbaa, P., Ficker, J., Kelly, M., Olmstead, T., et Pugh, C. (1986). *Mainstreaming options for hearing-impaired students : A descriptive study*. Paper presented at the Biennial Convention of the A.G. Bell Association. Chicago, IL.
- Cappelli, M., Daniels, T., Durieux-Smith, A., McGrath, P., et Neuss, D. (1995). Social development of children with hearing impairments who are integrated into general education classrooms. *Volta Review*, 97, 197-208.
- Coyte, P. (1992). Outcome measurement in speech-language pathology and audiology. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 16(4), 275-286.
- Davis, J., Elfenbein, J., Schum, R., et Bentler, R. (1986). Effects of mild and moderate hearing impairments on language, educational and psychosocial behavior of children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 51, 53-62.
- Dunn, L., et Dunn, L. (1997). *Peabody picture vocabulary test (Third Edition)*. Circle Pines, MN : American Guidance Service.
- Enderby, C. (1997). *Therapy outcome measures : Speech-language pathology*. San Diego, CA : Singular.
- Enderby, P., et Emerson, J. (1995). *Does speech and language therapy work ?* London : Whurr Publishers Ltd.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., et St. Michel, G. (1998). *Classification québécoise du processus de production du handicap*. Lac St. Charles, QC : Réseau international sur le processus de production du handicap.

- Frattali, C. (1998). Outcomes measurement : Definitions, dimensions and perspectives. In C. Frattali (Ed.), *Measuring outcomes in speech-language pathology* (pp. 1-27). New York : Thieme.
- Goldberg, D., et Flexer, C. (1993). Outcome survey of auditory-verbal graduates : A study of clinical efficacy. *Journal of the American Academy of Audiology*, 4, 189-200.
- Health Canada. (1994). *Children and youth with hearing loss : Promoting mental health*. Health Programs and Services Branch.
- Karchmer, M., Milone, M., et Wolk, S. (1979). Educational significance of hearing loss at three levels of severity. *American Annals of the Deaf*, 124, 97-109.
- Kluwin, T., et Moores, D. (1989). Mathematics achievement of hearing-impaired adolescents in different placements. *Exceptional Children*, 52, 153-160.
- Ling, D. (1988). *Foundations of spoken language for hearing-impaired children*. Washington, DC : A G Bell Association.
- Marsh, H. (1990). *Self description questionnaire II, III*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Monsen, R., Moog, J., et Geers, A. (1988). *Central Institute for the Deaf Picture Speech Intelligibility Evaluation*. St. Louis, MO : Central Institute for the Deaf.
- Pollack, D. (1985). *Educational audiology for the limited-hearing infant and preschooler*. Springfield, IL : Charles C. Thomas.
- Pollack, D., Goldberg, D., et Caleffe-Schenck, N. (1997). *Educational audiology for the limited-hearing infant and preschooler (Third Edition)*. Springfield, IL : Charles C. Thomas.
- Roberts, S., et Rickards, F. (1994). A survey of graduates of an Australian integrated auditory/oral preschool. Part I : Amplification usage, communication practices, and speech intelligibility. *Volta Review*, 96, 185-205.
- Roberts, S., et Rickards, F. (1994). A survey of graduates of an Australian integrated auditory/oral preschool. Part II : Academic achievement, utilization of support services, and friendship patterns. *Volta Review*, 96, 207-236.
- Robertson, L., et Flexer, C. (1993). Reading development : A parent survey of children with hearing impairment who developed speech and language through the auditory-verbal method. *Volta Review*, 95, 253-261.
- Rogers, W., et Clarke, B. (1980). Correlates of academic achievement of hearing-impaired students. *Canadian Journal of Education*, 5, 27-39.

- Ross, M. (1990). Overview and the long view : Hearing impaired children in the mainstream. Dans M. Ross (Ed.), *Hearing impaired children in the mainstream* (pp. 275-298). Parkton, MD : York Press.
- Schwartz, S. (1990). Psycho-social aspects of mainstreaming. Dans M. Ross (Ed.), *Hearing impaired children in the mainstream* (pp. 159-179). Parkton, MD : York Press.
- Trybus, R., et Karchmer, M. (1977). School achievement scores of hearing impaired children : National data on achievement status and growth patterns. *American Annals of the Deaf*, 122, 62-69.
- Wechsler Individual Achievement Test*. (1992). San Antonio, TX : Psychological Corp.
- Wilkinson, G. (1993). *The wide range achievement test*. Wilmington, DE : Wide Range Inc.
- Wolk, S., et Allen, T. E. (1984). A five year follow-year of reading comprehension achievement of hearing-impaired children in special education programs. *Journal of Special Education*, 18, 161-176.
- Wray, D., Flexer, C., et Vaccaro, V. (1997). Classroom performance of children who are deaf or hard of hearing and who have learned spoken communication through the auditory-verbal approach : An evaluation of treatment efficacy. *Volta Review*, 99(2), 107-119.
- Zweibel, A., et Allen, T. (1988). Mathematics achievement of hearing-impaired students in different educational settings : A cross cultural perspective. *Volta Review*, 90, 287-293.

**Quatrième domaine de réflexion :**  
**perspective de l'éducateur**



## L'INTÉGRATION DE LA PRATIQUE FONDÉE SUR LES FAITS SCIENTIFIQUES DANS UN PROGRAMME DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

Jacinthe Savard, Claire-Jehanne Dubouloz, Rose Martini et Michèle Hébert

### Résumé

Le souci de former des professionnels autonomes et responsables a toujours fait partie de la philosophie du programme de baccalauréat en ergothérapie à l'Université d'Ottawa. Dans cette optique, l'apprentissage expérientiel et certaines méthodes comme l'apprentissage par problèmes sont privilégiés dans les cours de la discipline. Lors de la révision du programme, nous nous sommes interrogés sur la façon d'intégrer plus spécifiquement le concept de pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS) dans la séquence des objectifs de savoir, savoir-être et savoir-faire du programme, dans les approches pédagogiques utilisées et dans l'évaluation des apprentissages de l'étudiant. Les préalables à la PFFS ont été identifiés : 1) l'utilisation de la bibliothèque, la lecture de textes scientifiques, l'analyse critique et écrite des rapports de recherche, 2) l'intégration des nouvelles connaissances au raisonnement clinique et à la pratique. Cette présentation a pour but d'illustrer comment la structure du programme et les exigences dans chacun des cours de la discipline peuvent inciter graduellement l'étudiant à être de plus en plus critique et influencé par les connaissances scientifiques.

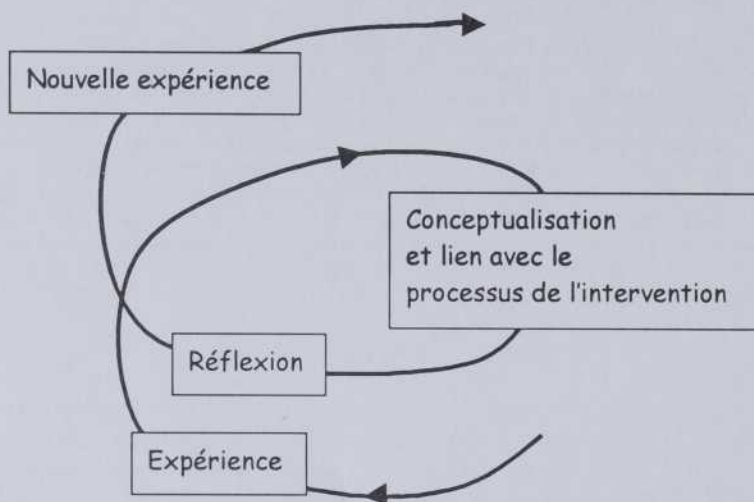
### Contexte de notre programme

Le programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa est un programme de quatre ans qui conduit à un baccalauréat ès sciences en ergothérapie. En Ontario, les programmes de baccalauréat sont généralement accessibles après la 13<sup>e</sup> année du secondaire. Toutefois, de plus en plus de programmes professionnels exigent des préalables universitaires avant l'admission à leur programme d'études. Ainsi, au fil des ans, nous sommes devenus le seul programme d'ergothérapie au Canada à admettre des étudiants directement du secondaire. Nous sommes aussi le seul programme francophone hors-Québec, dans un milieu où les francophones sont en situation minoritaire.

Le souci de former des professionnels autonomes, responsables et centrés sur le client a toujours fait partie de la philosophie de notre programme de baccalauréat en ergothérapie. Pour développer cette compréhension du client et acquérir la capacité de l'accompagner dans un processus de changement personnel, l'étudiant doit d'abord se connaître lui-même (Fidler et Fidler, 1963, Frank, 1958, Gilfoyle, 1980, King, 1980, Mosey, 1986, Étienne, 1989, Davis, 1994). Cette connaissance de soi qui relève principalement du savoir-être et qui est la base requise du savoir-faire de toute personne qui se destine à une profession du domaine de la relation d'aide (Étienne, 1989, Egan, 1992), reçoit une attention particulière au sein de notre programme.

La responsabilisation de l'apprenant a aussi toujours été encouragée. Dans cette optique, dès les débuts du programme en 1986, l'apprentissage expérientiel (Kolb, 1975, 1984) et certaines méthodes comme l'apprentissage par problèmes ont été privilégiés dans les cours de la discipline. Selon Knowles (1980), l'apprentissage qui emprunte la voie de la responsabilisation de l'apprenant par le biais de l'expérience mène au développement d'une personne autonome et professionnelle.

Dans l'apprentissage expérientiel, l'étudiant doit effectuer une réflexion critique sur ses propres conceptions afin de transformer ses connaissances acquises antérieurement et construire de nouvelles connaissances appliquées à la profession d'ergothérapeute (Étienne, 1989).



Tiré de : Étienne, A. (1989). Philosophie et structure du programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa.

Les professeurs guident l'étudiant dans l'évolution de la construction de ses connaissances autant pour le savoir que pour le savoir-faire, le savoir-être et le savoir-apprendre. Le savoir concerne les connaissances théoriques, le savoir-être désigne les attitudes et le savoir-faire et renvoie aux habiletés. Quant au savoir-apprendre, nous y regroupons ce qui permet à l'étudiant de s'approprier la responsabilité de son apprentissage, de cultiver le goût d'apprendre et de devenir un professionnel soucieux de la mise à jour constante de ses connaissances.

L'utilisation de ces approches était facilitée dans les débuts du programme, lorsque les groupes ne comportaient que 25 à 30 étudiants. Nous devons maintenant admettre 48 étudiants par année, avec des ressources qui n'ont pas augmenté. Elles sont même moindres.

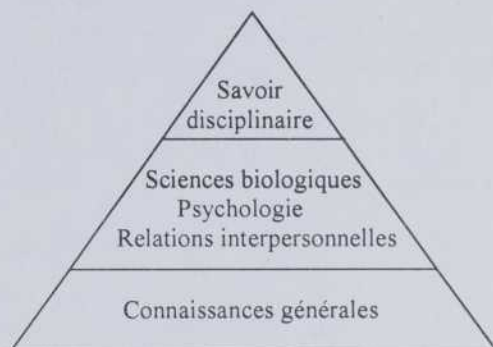
### Défis

Les défis que nous devons relever lors de la révision du curriculum en cours sont de deux ordres :

- Préserver les points forts du programme (apprentissage expérientiel, accent sur le savoir-être et la responsabilisation de l'étudiant) malgré les contraintes de l'environnement (augmentation des étudiants, limitation des ressources, réforme du secondaire en Ontario, ...)

- S'assurer que les divers concepts qui découlent de l'évolution de la profession (dont la PFFS) soient intégrés à la formation de nos étudiants.

Les connaissances professionnelles de l'ergothérapeute doivent reposer sur de solides bases de connaissances générales et de connaissances scientifiques communes aux professions de la santé, entre autres dans le domaine des sciences biologiques, de la psychologie et des relations interpersonnelles.



En admettant les étudiants directement du secondaire, nos responsabilités incluent la consolidation de la formation générale ainsi que le développement de connaissances plus spécifiques en sciences de la santé et en ergothérapie. Un de nos défis est donc de conserver un équilibre dans le programme, entre ces trois niveaux, dans un contexte où :

- la formation générale reçue au secondaire diminuera avec l'élimination de la 13<sup>e</sup> année, mais n'en demeure pas moins importante pour tout professionnel qui doit savoir écrire, savoir réfléchir, ... Et en milieu linguistique minoritaire, la connaissance de la langue écrite représente particulièrement un défi;
- la formation de base en sciences biologiques ne peut être réduite sans y perdre au niveau de la compréhension et de l'intégration des connaissances par les étudiants;
- le contenu de la formation spécifique à la discipline augmente avec le développement de la profession et l'augmentation de la recherche en ergothérapie.

Comment peut-on intégrer tous ces contenus, (ou comment s'assurer que l'étudiant intègre tous ces contenus) en conservant la philosophie de l'apprentissage fondée sur les besoins de l'étudiant ?

Plus spécifiquement, nous nous sommes interrogés sur la façon d'intégrer le concept de PFFS à la séquence des objectifs de savoir, savoir-être et savoir-faire du programme, aux approches pédagogiques utilisées et à l'évaluation des apprentissages de l'étudiant.

**Idées envisagées pour intégrer la pratique fondée sur les faits scientifiques à la formation en ergothérapie au niveau du baccalauréat.**

Les préalables concrets à la PFFS ont été identifiés :

- 1) **au niveau des savoirs** : l'utilisation de la bibliothèque, la lecture de textes scientifiques, l'analyse critique et écrite des rapports de recherche;
- 2) **au niveau des savoir-faire** : l'intégration des nouveaux savoirs au raisonnement clinique et à la pratique.

**L'utilisation de la bibliothèque et des bases de données** qui facilitent l'accès à la documentation scientifique (Polaris, Medline, CINALH, ...) est toujours enseignée par la/le bibliothécaire à tous les nouveaux admis. Toutefois, si l'on ne leur demande pas d'utiliser ces connaissances de façon systématique dès la première année, il y a de fortes chances qu'une bonne partie soit oubliée avant qu'ils n'aient à les utiliser.

**La lecture d'articles scientifiques** peut être intégrée aux lectures obligatoires de plusieurs cours, puis discutée en classe, en plus des lectures de chapitres de volumes où l'information est déjà analysée.

**L'analyse critique et écrite des rapports de recherche** : Nous envisageons déplacer le cours de méthodologie de la recherche, actuellement en 3<sup>e</sup> année, à la deuxième année du programme. Plus tôt les étudiants auront-ils accès aux connaissances qui leur permettent de comprendre les travaux scientifiques, plus tôt prendront-ils l'habitude de consulter ces écrits et de les analyser de façon critique lorsqu'ils en rapporteront les résultats dans leurs propres travaux.

Nous étudions également les possibilités de définir des exigences graduelles pour les travaux remis dans les cours obligatoires de chacune des quatre années du programme. En effet, si les modes d'évaluation des cours sont laissés uniquement à la discrétion des professeurs, il se peut que l'on ait une session ou une année du programme où il n'y aurait que des examens et des travaux techniques à remettre, alors que dans une autre année, on ne demande que des travaux de réflexion et des travaux de recherche. Les étudiants n'ayant pas été préparés au préalable auront des difficultés à remplir les exigences. Selon notre idée très préliminaire, les exigences graduelles pourraient ressembler à ce qui est présenté au tableau de la page suivante.

Et enfin, parmi les cours optionnels, le cours *Travaux dirigés* est une bonne occasion de demander à des étudiants de rechercher les faits scientifiques qui appuient une approche thérapeutique ou un type d'intervention auprès d'une clientèle donnée.

Dans les cours obligatoires, au moins deux travaux par année (un par session) remplissent les exigences décrites dans le tableau suivant, sauf en 4<sup>e</sup> année où le travail de synthèse s'effectue sur toute l'année.

Année du programme	Objectif d'apprentissage	Exigence min. de lecture	Contenu du travail	Qualité de la langue
1 <sup>re</sup> année	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire la recherche d'un sujet sur Polaris</li> <li>- Rappporter les faits lus et en donner une opinion critique</li> </ul>	1 article scientifique	Introduction, présentation des faits, critique et conclusion	Orthographe, grammaire, syntaxe (base : éviter syntaxe inappropriée dans la langue utilisée)
2 <sup>e</sup> année	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire la recherche de plusieurs articles sur un même sujet</li> <li>- Faire la synthèse des faits provenant de plusieurs sources et présenter une opinion critique</li> </ul>	2 à 5 articles	Introduction, présentation des faits, synthèse, critique et conclusion	Orthographe, grammaire, syntaxe (éviter syntaxe inappropriée ou inutilement lourde)
3 <sup>e</sup> année	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire une recherche approfondie d'un sujet</li> <li>- Faire la synthèse des faits provenant de plusieurs sources</li> <li>- Faire les liens entre les faits rapportés et les cadres de référence utilisés</li> <li>- Distinguer la synthèse des faits recensés de l'analyse critique et personnelle demandée aux étudiants</li> </ul>	5 à 10 articles	Introduction, présentation des faits en lien avec un cadre clinique, synthèse, critique et conclusion. Distinction claire entre la recension des écrits et la discussion des auteurs (étudiants)	Orthographe, grammaire, syntaxe, clarté du propos, précision des termes, concision des phrases, suite logique des idées
4 <sup>e</sup> année	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire une recherche systématique des écrits sur un sujet.</li> <li>- Utiliser toutes les étapes de la démarche scientifique.</li> <li>- Appuyer tous les concepts avancés dans le travail sur des fondements théoriques ou une démonstration empirique</li> </ul>	10 à 20 articles	Travail de synthèse évalué selon les normes de rédaction d'un article pour la revue canadienne d'ergothérapie; comporte lorsque pertinent : introduction, recension des écrits, méthodologie du travail, résultats, discussion et conclusion.	Orthographe, grammaire, syntaxe, clarté du propos, précision des termes, concision des phrases, suite logique des idées.

**L'intégration des nouveaux savoirs au raisonnement clinique :** Les cours d'approche par problèmes sont les lieux privilégiés pour développer le raisonnement clinique. Dans ces cours, les étudiants sont divisés en groupes d'environ huit étudiants par tuteur. Un problème clinique leur est présenté et les étudiants se répartissent le travail de recherche pour arriver à la compréhension de la problématique et à l'élaboration de solutions (plan d'intervention). Les tuteurs guident les étudiants en les amenant à pousser plus loin leurs recherches, mais ne donnent pas d'information ou d'enseignement comme tel. Les tuteurs devront exiger davantage des étudiants qu'ils appuient leur recherche sur des résultats de travaux scientifiques au fur et à mesure que ces travaux deviendront disponibles.

Il faut aussi comprendre que, dans un domaine où les preuves scientifiques de l'efficacité des interventions sont rares, il n'en existe pas moins une base scientifique à la profession. Par exemple, il est souvent possible d'établir des liens logiques entre l'approche choisie et un fait scientifique lié aux causes d'une incapacité ou d'un handicap.

L'approche par problèmes est coûteuse et ne peut être utilisée dans tous les cours. Une approche par étude de cas peut être utilisée de façon similaire dans de plus grands groupes, bien que dans ce cas, l'intervention du professeur ne puisse pas être aussi individualisée que dans l'approche par problèmes.

**L'intégration des nouveaux savoirs à la pratique** se développe surtout au cours des stages de formation clinique. Et les savoirs qui se développent au cours de ces stages sont grandement influencés par le style de pratique de l'ergothérapeute superviseur qui est alors un modèle pour l'étudiant. Il est donc important que la PFFS soit aussi intégrée, au moins en partie, à la pratique des superviseurs actuels, si on souhaite qu'elle devienne intégrée à la pratique des futurs professionnels.

Nous envisageons donc la présentation de conférences pour les cliniciens de la région sur la définition de la PFFS, mais aussi les résultats des travaux étudiants des cours *Travaux dirigés* et *Séminaire d'intégration* qui auront porté sur les faits scientifiques qui appuient une approche thérapeutique ou un type d'intervention auprès d'une clientèle donnée.

### Conclusion

Nous croyons qu'il est possible de préparer les étudiants à l'approche fondée sur les faits scientifiques dans le cadre d'un programme de baccalauréat. Nous avons pu identifier des éléments concrets qui doivent être renforcés au sein du programme afin de refléter l'importance que nous voulons accorder à cette approche.

Il reste bien encore quelques questions à résoudre pour mettre en application certains éléments de la stratégie identifiée par le comité du curriculum dont, entre autres, l'identification des cours où les exigences graduelles de rédaction d'un travail seront obligatoires en tenant compte de la répartition de la charge de travail entre les professeurs. La diffusion de l'information au niveau des cliniciens de la région exige aussi l'investissement de certaines ressources. Dans un contexte de rareté des ressources, comment

pourrons-nous accorder la priorité qu'elle mérite à ce type d'activité ? Ce sont là nos objectifs pour la prochaine année.

### Références

- Davis, C. (1994). *Patient practitioner interaction*. (2<sup>nd</sup> ed.). Thorofare : Slack.
- Egan, G., et Forest, F. (1992). *Communication dans la relation d'aide*. Montréal : Éditions Études Vivantes.
- Étienne, A. (1989). *Philosophie et structure du Programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa*. Non publié, Université d'Ottawa.
- Fidler, G.S., et Fidler, J.W. (1963). *Occupational therapy : A communication process in psychiatry*. New York : MacMillan.
- Frank, J. D. (1958). The therapeutic use of self. *American Journal of Occupational Therapy*, 12, (4), 215-225.
- Gilfoyle, E.M. (1980). Caring : A philosophy for practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 34, (8), 517-521.
- King, L.J. (1980). Creative caring. *American Journal of Occupational Therapy*, 34, (8), 522-528.
- Knowles, M.S. (1980). What is the role and mission of the adult educator. *The modern practice of adult education*. New York, Cambridge. p. 24-39
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning : Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall Inc.
- Kolb, D.A., (1975). Towards an applied theory of experiential learning. In L.C. Cooper (Ed.), *Theory of group processes*. New York : Wiley et Sons.
- Mosey, A.C. (1986). *Psychosocial components of occupational therapy*. New York : Raven Press.



## QUELLE EST LA CONTRIBUTION DES SCIENCES FONDAMENTALES À LA FORMATION DES CLINIENS EN RÉADAPTATION ?

Heidi Sveistrup

### Résumé

Les professionnels de la santé doivent constamment se tenir au courant de la recherche en cours dans leur domaine de spécialisation. Le fait de limiter nos lectures scientifiques à notre domaine propre d'expertise pourrait toutefois mener à de sérieuses lacunes au plan des connaissances de base. Entreprendre une recension des écrits scientifiques, pour demeurer à l'affût de tout document potentiellement significatif, peut facilement devenir une tâche exigeante et onéreuse. Il faut ainsi s'assurer d'intégrer judicieusement les sciences fondamentales aux faits scientifiques (FS). Le texte suivant propose une série d'étapes à suivre dans la visée d'une pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS). Les habiletés spécifiques nécessaires aux cliniciens au cours de ce processus ardu sont également décrites.

### Introduction

Les professionnels de la santé doivent constamment être à l'affût des plus récents résultats de recherche propres à leur discipline. Ceci s'avère de plus en plus réalisable grâce à l'accroissement observé au niveau des services centrés sur le client et des journaux scientifiques publiant des études de qualité supérieure, à mesure que la pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS) s'établit. Ces services et journaux scientifiques peuvent constituer des sources principales de recherche pour les cliniciens. Se limiter à son propre domaine clinique peut toutefois apporter de sérieuses lacunes sur le plan des connaissances de base.

En se concentrant sur les dimensions biologiques, psychologiques et sociales du client (Figure 1), nous pouvons facilement identifier l'influence des sciences fondamentales. Par exemple, si l'évaluation d'un client révèle que son problème se situe au niveau du mouvement, nous devons faire appel à nos connaissances de base en anatomie, physique et mathématiques. L'usage d'orthèses peut ainsi être reconnu comme efficace sur le plan clinique. Cependant, l'état individuel du client doit tout de même être examiné afin d'identifier l'application de forces sur les articulations affectées par l'arthrite rhumatoïde. Il est maintenant possible d'enseigner les concepts de physique, mathématiques et géométrie indépendamment du client. Toutefois, peut-être est-ce à ce niveau que nous, en tant qu'éducateurs, devons changer notre approche. La connaissance des fondements théoriques d'une science fondamentale peut être acquise grâce à l'expertise d'un éducateur formé dans ce domaine. Par ailleurs, l'explication et la pertinence de cette dite connaissance ne pourra être acquise que dans un cadre clinique précis. Lorsqu'un clinicien vise une PFFS, il semble qu'il soit généralement primordial d'éliminer les frontières séparant les sciences fondamentales des sciences appliquées.

De quelle façon pouvons-nous ainsi faciliter à la fois une intégration des sciences fondamentales et une perception accrue de leur pertinence chez les cliniciens ? Il s'avère indéniable que les étudiants en voie de devenir des cliniciens autonomes, se doivent d'acquérir une connaissance de base de l'information liée aux sciences fondamentales à différentes étapes de leur formation. De plus, il est primordial que cette information soit bien maîtrisée avant de l'introduire dans le milieu clinique. Pour plusieurs étudiants, la

pertinence des sciences fondamentales semble encore bien distincte de la pratique clinique. Ainsi, afin de clarifier cette relation, les modèles enseignés dans les programmes de formation prennent une nouvelle tournure. Plus spécifiquement, les méthodes d'enseignement actuelles favorisent un modèle interactif visant la résolution de problèmes. À cet effet, les étudiants sont encouragés à mettre à profit leurs connaissances déjà acquises, tout en les renforçant et en les justifiant à l'aide de FS (Figure 2).

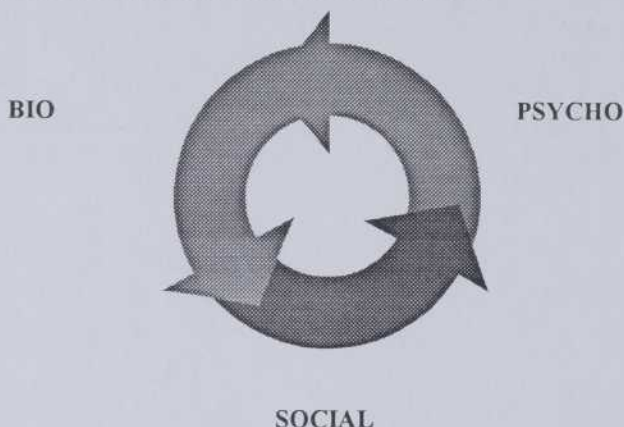


Figure 1. Les trois dimensions du client.

Les étudiants doivent apprendre à penser et à se questionner sur des pratiques acceptées, en cherchant des FS appuyant ces pratiques. Par conséquent, le but de plusieurs éducateurs consiste maintenant à orienter les étudiants selon un processus d'intégration à multiples niveaux d'information plutôt que de leur fournir de l'information spécifique pour un sujet.

La réponse à la question énoncée devient beaucoup moins évidente au moment de l'analyse de la contribution des sciences fondamentales et des développements en recherche dans différents domaines. Il en est de même quant à leur pertinence pour la pratique d'un clinicien tout au long de sa carrière. Il est peut-être plus important d'identifier de quelle façon cette contribution pourra être facilitée.



Figure 2. Transformation de l'enseignement : d'un paradigme de passage d'information à un paradigme de facilitation pour l'intégration d'information. Où se situe la recherche en sciences fondamentales ?

Un guide en cinq étapes est proposé, afin d'aider les cliniciens à viser un modèle de PFFS (Greenlagh, 1996). À chaque phase, des étapes spécifiques requises sont indiquées pour aider le clinicien dans son utilisation de cette approche.

Phase 1 : Formuler une question spécifique pour chaque problème clinique.

Cette phase, bien que primordiale, comporte plusieurs limites d'un point de vue théorique et doivent être prises en considération. D'une part, rares sont les clients qui présentent un problème unidimensionnel. Conséquemment, les différents traitements doivent répondre à la complexité de la situation clinique.

- Étape 1 : Dresser une liste des problèmes propres au client selon ses dires, tout en recueillant des données objectives qui les appuient.
- Étape 2 : Formuler les questions pertinentes à laquelle les FS doivent répondre.
- Étape 3 : Verbaliser son propre processus de jugement clinique, afin de permettre la correction de mauvaises interprétations.
- Étape 4 : Identifier des lacunes au niveau des connaissances du clinicien, et toute information additionnelle nécessaire pour conseiller le client.

Phase 2 : Répertoire des écrits scientifiques spécifiques au domaine de spécialisation du clinicien, ainsi que toute autre source d'information pertinente.

Tant les étudiants que les cliniciens doivent apprendre à effectuer des recensions d'écrits scientifiques efficaces à l'aide de bases de données bibliographiques. Ils doivent également connaître les outils disponibles via CD-ROM et l'internet. De plus, lorsque possible, les cliniciens devraient s'abonner aux services offrant un résumé des FS et adaptés à leur discipline spécifique. Les milieux cliniques devraient pouvoir permettre l'accessibilité aux systèmes informatiques pour la recension d'écrits scientifiques, ainsi que pour l'utilisation de CD-ROM et de l'internet. Ceci permettra aux praticiens d'accéder immédiatement à l'information lorsqu'ils traitent des clients. Le clinicien doit également s'assurer de maintenir l'utilisation de moyens plus traditionnels en pratique, tels que le jugement d'experts et le raisonnement clinique.

- Étape 5 : Déterminer une stratégie afin de combler les lacunes au niveau des connaissances via l'initiative même du clinicien, ses recherches sur CD-ROM, sa recension d'écrits scientifiques ou sa consultation de spécialistes.
- Étape 6 : Rechercher des FS.

Phase 3 : Évaluer la validité, i.e. la véracité, ainsi que l'utilité, i.e. la pertinence du FS identifié.

Le fait d'être publié ne garantit pas la validité du texte! Par exemple, le FS respecte-t-il le critère de représentativité ? L'échantillon est-il exempt de biais ? L'évaluation était-elle équitable et est-ce que tous les sujets potentiels furent inclus ou du moins, pris en

considération ? Les critères de classification des sujets furent-ils appliqués de façon rigoureuse ? L'étude était-elle suffisamment étendue et complète afin de rendre les résultats crédibles ? Finalement, est-ce que les mêmes résultats auraient été obtenus si l'échantillon avait été étudié à un autre moment ?

Étape 7 : Évaluer les FS selon une pensée critique.

Phase 4 : Traiter le client.

Étape 8 : Présenter les FS à la prise en charge du client.

Phase 5 : Évaluer sa propre performance.

Étape 9 : Présenter les FS acquis durant le processus clinique aux pairs et aux étudiants.

Plusieurs publications ont évalué le processus de la pratique clinique fondée sur les FS. Chacune rapporte l'importance accordée à la recension d'écrits scientifiques. Cette dernière devrait d'abord être axée sur les écrits cliniques, i.e. médical, réadaptation, thérapie, etc., suivie d'un commentaire secondaire incluant d'autres sources d'information pertinente à la question dont les sciences fondamentales. Il est plus pertinent de considérer les sciences fondamentales et appliquées comme un système en boucle durant lequel chaque domaine amène une connaissance de base spécifique et utile (Figure 3). Cette interaction des connaissances enrichit l'enseignement et le développement des professions cliniques.

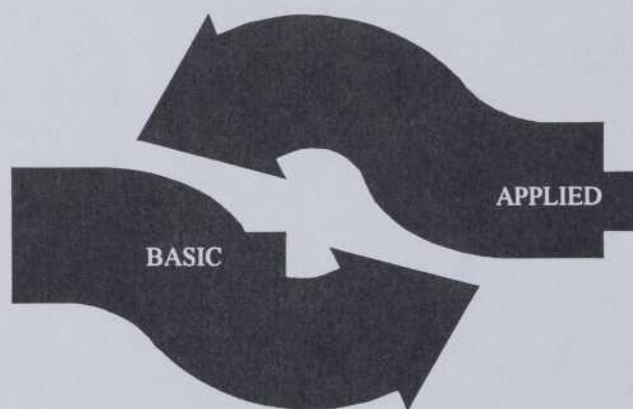


Figure 3. Un système en boucle d'interaction entre la recherche fondamentale et la recherche clinique appliquée. Les questionnements et les réponses de l'une créent les questionnements et les réponses de l'autre.

## Comment éviter les pièges ?

Lorsqu'on considère tous les documents potentiellement pertinents à une recension, nous pouvons nous exposer également à un processus difficilement réalisable : le financement, la validité, la fiabilité et la sensibilité au changement. Par conséquent, le fait d'analyser la contribution des écrits scientifiques à un problème spécifique en science fondamentale doit être soigneusement intégré au processus d'établissement de la PFFS.

Recenser des écrits s'avère une tâche ardue qui requiert beaucoup de temps. Afin de réduire les pièges, nous devons apprendre à accroître l'efficacité de la recherche. Il est sans doute important, à ce point, de rappeler les concepts de sensibilité versus ceux de spécificité. Ce dernier fait allusion à la proportion de documents recensés pertinents à la question. La sensibilité, quant à elle, fait état de la proportion de tous les documents qu'une recherche a permis de trouver et qui sont pertinents à la question.

Qu'est-ce que cela signifie-t-il en pratique ? Si l'on effectue une recherche et que nous obtenons un nombre important d'items, nous devons sans doute accroître la spécificité de notre recherche. Aussi, si nous obtenons un nombre réduit d'items, nous devons probablement accroître notre sensibilité.

## Meilleurs FS externes

Sackett et al., (1996) ont clairement indiqué que la PFFS signifie « intégrer l'expertise clinique individuelle aux meilleurs des FS externes disponibles provenant d'une recension systématique ». La définition de « meilleurs des FS externes disponibles » signifie « recherche pertinente cliniquement, provenant souvent des sciences fondamentales... », mais plus spécialement de la recherche clinique centrée sur le client... ». Par conséquent, la pertinence des sciences fondamentales pour la pratique en milieu clinique est appuyée comme une part de la vaste quantité de FS favorisant une PFFS. Aussi, l'accessibilité et l'intégration de cet élément d'information à la pratique en milieu clinique devraient être facilitées.

## Références

- Greenhalgh, T. (1996). Is my practice evidence-based ? *British Medical Journal*, 313, 957-958.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Muir Gray, J.A., Haynes, R.B. et Richardson, W.S. (1996). Evidence-based medicine : what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.



## UN PROGRAMME DE MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE : UN MOYEN POUR DEVELOPPER LA PRATIQUE FONDÉE SUR LES FAITS SCIENTIFIQUES

Sandra Hobson, Héléne Polatajko, Janet Miller-Polgar et Joanne Cook

### Résumé

Il est clair que les professionnels de la santé doivent se tenir au courant de la recherche en cours dans leur spécialité. Cependant, le fait qu'une personne limite ses lectures à son domaine de pratique clinique aura également pour effet de limiter sa connaissance de base. En effectuant une recension des écrits qui prend en considération tous les documents potentiellement pertinents, le processus peut rapidement devenir encombrant et coûteux. Ainsi, le fait d'intégrer la littérature des sciences fondamentales à nos faits scientifiques (FS), devrait être effectué de façon judicieuse. Ce texte décrit un programme de formation en ergothérapie ainsi qu'une série d'étapes à suivre lorsqu'on vise un modèle fondé sur les FS pour la pratique. Des habiletés spécifiques servant à orienter le clinicien lors de ce processus ardu sont également indiquées.

### Introduction

Bien que depuis 30 ans il existe aux Etats-Unis des programmes de maîtrise en ergothérapie (Commission on Education, 1998); ce n'est qu'à l'automne 1999, qu'un premier groupe d'ergothérapeutes graduera d'un programme de maîtrise professionnelle au Canada (Université Western Ontario). Cet écrit va faire une présentation succincte du programme et de ses objectifs généraux de formation, présenter des méthodes pour favoriser un processus de « recherche critique » par l'étudiant dans ses cours et décrire les différences entre un programme de premier cycle et un programme de deuxième cycle.

### Description générale du programme

Le cadre de référence pour le programme à l'Université Western Ontario se base sur l'occupation humaine dans une perspective écologique (Curriculum 2000, 1997). Ce concept provient de la croyance que l'être humain est un être occupationnel (Polatajko, 1992) et que la performance occupationnelle est le résultat de l'interaction entre la personne, l'environnement et l'occupation (DNHW et CAOT, 1983). Le but du programme est de former des ergothérapeutes qui démontrent une autonomie professionnelle et une pratique fondée sur les faits scientifique (PFFS). Par conséquent, les cours se concentrent sur quatre concepts inter-reliés : l'occupation, l'environnement, la personne, et la pratique. En plus de l'attention accordée à un contenu professionnel, le programme met aussi l'accent sur quatre processus retrouvés dans la pratique comme ceux de la communication, du professionnalisme, du raisonnement clinique, et de la « recherche critique » (critical inquiry). Ce dernier terme a été développé par l'École d'ergothérapie de l'université Western Ontario (Curriculum 2000, 1997).

Il y a trois différences majeures entre le programme de maîtrise professionnelle et le programme de baccalauréat en ergothérapie antérieurement offert à l'Université Western Ontario. Une première différence se situe au niveau des critères d'admission; une deuxième différence se situe au niveau d'un cours en particulier : le travail de recherche indépendante;

et une troisième se situe au niveau de l'exigence de l'apprentissage des étudiants\* dans un programme de deuxième cycle.

La première différence réside dans les critères d'admission. Bien que notre programme de baccalauréat ait été un deuxième baccalauréat, seul un diplôme de trois ans était requis pour l'admission des étudiants à la formation en ergothérapie. Dans les faits, seulement un tiers des étudiants détenait un diplôme de trois ans. Pour entrer dans le programme de maîtrise professionnelle il faut avoir complété, comme premier critère d'admission, un diplôme de quatre ans. Les cours obligatoires préalables exigés à l'admission du programme de maîtrise sont maintenant des cours associés aux sciences biologiques et sociales qui incluent : la biologie humaine, la physiologie humaine, la psychologie anormale, la sociologie ou l'anthropologie, le développement humain, et les statistiques et les méthodes de recherche.

La deuxième différence se situe au niveau du cours de travail de recherche indépendant. Le programme de deuxième cycle nous a permis d'élargir le champ d'étude dans cette activité de formation. Le cours sur les méthodes de recherche est plus exigeant dans son contenu et l'évaluation de l'étudiant est plus exhaustive. Le projet final de l'étudiant doit être un travail individuel toujours associé à un conseiller académique mais à travers lequel il doit faire preuve de curiosité scientifique. Les questions de recherche doivent être pertinentes à la pratique de l'ergothérapie. Elles peuvent être de nature qualitative ou quantitative. Les recherches doivent permettre d'examiner, d'évaluer, et d'augmenter les connaissances scientifiques reliées aux fondements de la pratique. L'étudiant doit rédiger une proposition de recherche et, si elle est jugée appropriée, l'étudiant doit la présenter pour approbation déontologique. L'étudiant doit aussi analyser des données, écrire une communication scientifique, et la présenter à une conférence organisée par les étudiants. Il peut toutefois faire une analyse secondaire de données ou une méta-analyse.

La troisième différence se situe au niveau des intentions d'apprentissage des étudiants qui cherchent surtout à développer des habiletés d'analyse, de synthèse, et d'évaluation (Bloom, Engelhart, Furst, Hill, et Krathwohl, 1956). Pour l'instant nous ne pouvons compter que sur les rapports d'expérience de nos premiers étudiants qui décrivent leurs perceptions comme un grand défi pour atteindre de tels objectifs. Ce niveau d'apprentissage bien que complexe répond aux exigences de la pratique ergothérapique (Fleming, 1991).

### **La « recherche critique » : Un moyen pour former des ergothérapeutes à la PFFS**

De façon générale, on constate un manque de fondements scientifiques en ergothérapie (Gillette, 1991; Kielhofner, 1985; Loyd-Smith, 1997; Taylor, 1997). Cependant, il ne faut pas être paralysé par ce problème. Les professeurs expliquent aux étudiants qu'il existe différents niveaux de faits scientifiques. Le monde scientifique met l'accent sur les études quantitatives et les essais cliniques randomisés. Toutefois, en ergothérapie, puisque l'on considère l'individualité de chaque client et l'unicité de ses

---

\* Le masculin sera utilisé pour alléger le texte

expériences, les études qualitatives sont aussi importantes et acceptées (Swedlove et Brown, 1997). En l'absence d'études qualitatives et quantitatives, on doit alors évaluer les faits scientifiques, les opinions d'ergothérapeutes émérites, et la cohérence théorique d'un traitement.

Le processus relié à la « recherche critique » se rapproche beaucoup des principes de la pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS). Ce processus implique une réflexion critique qui permet de trouver, d'évaluer et d'utiliser de façon efficace l'information provenant d'une variété de sources, i.e. les écrits scientifiques et professionnels, les catalogues d'aides techniques ou autres index ainsi que les experts et les autres professionnels. La « recherche critique » est congruente et essentielle dans un programme d'études de deuxième cycle. Bien que, à l'Université Western Ontario, les trois autres processus (soit la communication, le professionnalisme et le raisonnement clinique) sont engagés dans le contenu de tous les cours, seule « la recherche critique » sera présentée.

Les cours sont une excellente occasion pour favoriser la « recherche critique ». Par exemple, lorsqu'un étudiant énonce un fait ou une opinion, le professeur lui demandera de prouver ou de supporter son argument. Malheureusement pour l'amour-propre du professeur, une réponse telle « un professeur ou un thérapeute m'a dit » ne suffit pas à l'argumentation du choix de la réponse. Il lui sera demandé d'expliquer l'information trouvée, et de décrire la façon dont il a vérifié cette information. L'objectif principal de cette démarche est de former des étudiants sceptiques, c'est-à-dire de former des professionnels futurs qui n'acceptent rien sans questionnement.

L'évaluation des savoirs de l'étudiant est un autre domaine dans lequel la « recherche critique » peut être incorporée. Ainsi, pour chaque travail remis par l'étudiant et/ou pour chaque présentation faite en classe, le professeur attribue des notes reliées à la « recherche critique ». Les critères sont par exemple : la profondeur et l'étendue des recherches, la crédibilité des sources, la façon dont l'étudiant soutient ses arguments et en évalue leur force.

Au niveau des méthodes d'enseignement/apprentissage, le programme en a développé une nouvelle qui permet de mettre l'accent particulièrement sur la « recherche critique ». Cette méthode constitue un mélange de techniques bien acceptées par les éducateurs de diverses professions, soit l'apprentissage par problème et l'étude de cas (Bruhn, 1997; Erskin, Leenders, et Maufette-Leenders, 1981; Royeen et Salvatore, 1997). L'apprentissage par problème a pour but d'enseigner les habiletés nécessaires pour trouver l'information et penser d'une manière divergente (Brandon et Majumadar, 1997). L'étude de cas, par ailleurs, a pour but d'enseigner l'habitude de prendre des décisions et de penser d'une manière convergente (Erskine et al., 1981). Nous croyons que les ergothérapeutes ont besoin de toutes ces habiletés pour pratiquer. Ainsi, nous avons conçu et utilisons une méthode combinant l'apprentissage par problème et l'étude de cas que nous appelons la méthode divergente d'étude de cas.

Dans le cadre de cette méthode nous utilisons des cas cliniques réels. L'étudiant lit le cas choisi par un professeur dans un cours donné et s'interroge sur la nature du problème,

ainsi que sur son besoin d'apprentissage pour comprendre et résoudre le problème. Après avoir rassemblé l'information nécessaire, il doit identifier trois solutions possibles, choisir celle qu'il considère comme la meilleure, et chercher à clairement justifier son choix. Cette démarche engage les étudiants à trois niveaux de partage d'idées : à un niveau individuel, à un niveau de petit groupe d'étude, et à un niveau du groupe classe. Au cours de cette démarche d'apprentissage, la pensée de l'étudiant évolue de façon marquée car à chaque niveau de partage d'idées il doit faire une réflexion critique sur ses choix personnels, les confronter à un petit groupe d'étude pour les affiner et enfin présenter à la classe ses choix définitifs.

Cette méthode d'apprentissage/enseignement favorise un processus itératif et divergent d'étude de cas et offre aux étudiants l'occasion de raffiner leurs habiletés de réflexion critique et de raisonnement clinique en comparant leurs informations et leurs idées à celles de leurs collègues. En plus de permettre d'identifier les divergences d'opinions ou les désaccords entre les diverses sources d'information, cette méthode permet de discuter de la crédibilité des arguments fondés sur des évidences scientifiques.

#### **Les différences entre le programme de premier cycle et un programme de deuxième cycle comme diplôme professionnel**

Les différents groupes engagés dans un volet ou un autre de la profession présentent des opinions multiples sur les différences entre les programmes de baccalauréat et de maîtrise. Ainsi, par exemple, les ordres professionnels qui réglementent la pratique de l'ergothérapie considèrent les programmes de baccalauréat et les programmes de maîtrise comparables. Chaque programme offre un diplôme professionnel qui permet aux diplômés de se présenter à l'examen national et de porter le titre d'ergothérapeute. Les universités qui offrent les programmes maîtrise croient plutôt que ces deux niveaux sont différents dans leurs exigences d'étude. Quant aux futurs employeurs, il n'est encore possible de connaître leurs opinions sur cette question puisque les premiers diplômés ne seront engagés sur le marché du travail qu'à l'hiver 2000.

À l'Université Western Ontario, nous croyons que l'introduction d'un programme maîtrise est très importante. Nous considérons que ce changement est une validation de la discipline d'ergothérapie. Premièrement, sur le plan d'une validation académique, l'ergothérapie est maintenant acceptée comme une discipline ayant un fondement scientifique et théorique. Deuxièmement, sur le plan d'une validation professionnelle, il existe une reconnaissance de la complexité et du niveau d'expertise nécessaire pour la pratique professionnelle de l'ergothérapie. Il y a maintenant une assurance que les ergothérapeutes s'appuient sur des études avancées pour apprendre les habiletés requises pour la pratique. Troisièmement, sur un plan de reconnaissance professionnelle, ce programme nous place sur un pied d'égalité face à nos collègues des autres professions de la santé. Nous sommes maintenant au même niveau de formation que les travailleurs sociaux, les audiologistes et les orthophonistes. De plus, dès l'année 2002, les programmes de physiothérapie au Canada devront être des programmes de deuxième cycle s'ils désirent demeurer accrédités par le système américain. Par conséquent, ils devront faire la transition à un programme de deuxième cycle ou mettre sur pied un système d'accréditation canadien (J. Kramer, Director,

School of Physical Therapy, The University of Western Ontario, communication personnelle, le 9 juin 1999). En plus, nous sommes en accord avec l'association américaine des ergothérapeutes qui a décidé de recommander une formation de deuxième cycle comme programmes d'études après l'année 2003 (Steib, 1999).

### Conclusion

À l'Université Western Ontario, nous croyons que le changement vers un programme d'études de deuxième cycle reflète la maturité de la profession d'ergothérapie. Le programme d'études pour le diplôme de maîtrise professionnelle en ergothérapie de l'Université Western Ontario s'appuie sur une « recherche critique » des étudiants, et développe chez eux des habiletés et des habitudes de « recherche critique ». Nous espérons et nous croyons, que ce programme de maîtrise professionnelle en ergothérapie formera des ergothérapeutes qui seront prêts et capables de mettre en application et d'accroître la pratique fondée sur les faits scientifique.

### Références

- Bloom, B.S., Engelhart M.D., Furst, E., Hill, W., et Krathwohl, D. (1956). Taxonomy of educational objectives : The classification of educational goals. *Handbook 1 Cognitive domain*. New York : Longman.
- Brandon, J.E., et Majumdar, B. (1997). An introduction and evaluation of problem-based learning in health professions education. *Family and Community Health*, 20, (1), 1-15.
- Bruhn, J.G. (1997). Outcomes of problem-based learning in health care professional education : A critique. *Family and Community Health*, 20, 66-74.
- Commission on Education Entry Level Task Force (1998). *Commission on Education Task Force : The process, the debate, the conclusions*. Available from The American Occupational Therapy Association, Bethesda, MD.
- Curriculum 2000* (1997). Available from : School of Occupational Therapy, The University of Western Ontario, London, ON.
- Department of National Health and Welfare et Canadian Association of Occupational Therapists (1983). *Guidelines for the client-centred practice of occupational therapy*. Ottawa : Author.
- Erskine, J.A., Leenders, M.R., et Maufette-Leenders, L.A. (1981). *Teaching with cases*. London, ON : The University of Western Ontario.
- Fleming, M.H. (1991). The therapist with the three track mind. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 1007-1014.

- Gillette, N. (1991). The challenge of research in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 660-662.
- Kielhofner, G. (1985). The demise of diffidence : An agenda for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 52, 165-171.
- Lloyd-Smith, W. (1997). Evidence-based practice and occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 60, 474-478.
- Polatajko, H.J. (1992). Naming and framing occupational therapy : A lecture dedicated to the life of Nancy B. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 59, 189-200.
- Royeen, C.B., et Salvatore, P. (1997). Comparison of problem-based learning curricula in two occupational therapy programs. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64, 197-202.
- Steib, P.A. (1999). 1999 RA makes history : Resolution J adopted. *OT Week*, 13, (16), i, iii.
- Swedlove, F., et Brown, C. (1997). Using new guidelines. In Canadian Association of Occupational Therapists, *Enabling occupation : An occupational therapy approach* (pp.139-149). Ottawa, On : CAOT Publications ACE.
- Taylor, M.C. (1997). What is evidence-based practice ? *British Journal of Occupational Therapy*, 60, 470-473.

## Synthèse des réflexions et des questionnements rapportés par les participants du colloque

### Perspective du client

#### **Un partenariat**

Afin de faciliter la PFFS, un partenariat est souhaité entre les associations professionnelles, les clients informés, les cliniciens et les chercheurs. Un partenariat est également désiré entre la famille (les aidants naturels) et l'équipe multidisciplinaire.

Pour exercer selon une PFFS il faudrait à la fois identifier les faits scientifiques (FS) publiés et les besoins propres des clients. Il faudrait également établir un climat de confiance entre clients et cliniciens en tenant compte des obstacles suivants :

- la présence de compressions budgétaires
- la qualité des soins menacée
- le manque de ressources disponibles
- la diminution de la durée de séjour moyen

### Perspective du clinicien

#### **Le praticien est un facilitateur du processus de PFFS**

Le clinicien agit comme un facilitateur, il joue un rôle clé dans la communication de l'information pertinente au client. La PFFS devrait être adaptée aux besoins des cliniciens plutôt qu'aux besoins des administrateurs.

Il existe des obstacles à la PFFS tels le temps considérable consacré à l'intégration des changements provoqués par la recherche dans la clinique. Une solution entre les clients, les cliniciens, les chercheurs et les éducateurs réside dans le travail commun et dans la collaboration pour réaliser l'intégration de l'utilisation des FS dans la clinique.

Les participants du Colloque proposent les suggestions suivantes :

- La libération de temps clinique pour faire de la recherche et pour réviser les écrits scientifiques ou répertoires spécialisés telle la collaboration Cochrane.
- La responsabilité partagée entre les clients, les cliniciens, les chercheurs et les éducateurs pour trouver les FS.
- La formation de cliniciens pour une lecture critique des FS en vue de meilleurs coûts/bénéfices.
- La responsabilisation du client face à sa thérapie suite à la présentation des FS disponibles.
- L'ajustement ou le transfert des FS aux besoins des clients.
- L'introduction de certaines thérapies, telles l'acupuncture, qui demeurent jusqu'à ce jour non fondées sur des FS, devrait être adoptée avec l'accord décisionnel du client. Cette suggestion soulève toutefois des questions éthiques.
- L'assurance du maintien des soins de réadaptation dans le système de la santé se fera par la volonté des cliniciens de se tenir à jour.

### Perspective du chercheur

#### **Est-il un constructeur de recettes ?**

Afin d'appuyer la PFFS, il y a nécessité d'effectuer de la recherche autant de type qualitatif que quantitatif. La présence de l'équipe multidisciplinaire dans la recherche génère des connaissances plus complètes et plus adaptées à la clinique.

Questionnement des participants :

La recherche de stratégies de transfert de FS en clinique peut s'avérer simple ou complexe. Attendons-nous des recettes de la part des chercheurs ?

#### **L'utilisation de la technologie.**

Le manque de temps chez les cliniciens constitue cependant un obstacle majeur à l'adoption de stratégies de transfert de FS en clinique.

### Perspective de l'éducateur

#### **La formation universitaire est une plaque tournante pour la formation à la PFFS**

L'interdisciplinarité constitue un élément clé dans la recherche d'une PFFS. À titre d'exemple, les sciences pures, perçues par certains comme non utiles, contribuent à la PFFS.

Les participants du Colloque se questionnent sur le niveau de scolarité optimal favorisant l'intégration de la PFFS chez les futurs cliniciens. Le baccalauréat est-il désormais insuffisant ? La maîtrise professionnelle est-elle la solution à envisager et celle viable pour la formation des futurs cliniciens en réadaptation ? La maîtrise en recherche attire-t-elle les spécialistes du domaine de la réadaptation ? N'est-ce pas plutôt pour une maîtrise de recherche que l'on sensibilise l'étudiant à la PFFS ?

Les éducateurs relèvent que les cliniciens n'ont pas besoin de mener eux-mêmes les essais cliniques pour utiliser les résultats de recherche dans leur pratique quotidienne.

Les participants du Colloque rapportent également que :

- Les cliniciens devraient être capables de consulter les écrits scientifiques et d'aller aux conférences scientifiques s'ils veulent devenir des acteurs en recherche et enrichir leur formation.
- Un partenariat entre les cliniciens et les chercheurs devrait être favorisé.
- Les étudiants en réadaptation devraient viser une formation interdisciplinaire.
- Un continuum entre les FS et les faits non scientifiques existe à l'heure actuelle.
- Des « mentors » sont recherchés auprès des cliniciens et des chercheurs.
- La PFFS doit être valorisée lors de la formation des futurs cliniciens. Il s'agit également d'une perspective que l'on doit développer durant la formation professionnelle continue.

La perspective du payeur et celle de l'administrateur devra être abordée dans un prochain Colloque traitant de la PFFS.

## Conclusion

Les actes de ce colloque présentent ce qui se veut être simplement une convergence de pensée de quatre perspectives des acteurs oeuvrant dans les sciences de la réadaptation.

La richesse des réflexions partagées par les personnes engagées dans des domaines professionnels complémentaires soient : les clients, les consommateurs de services, les organisations professionnelles nationales, les cliniciens, les chercheurs et les éducateurs, fait ressortir le partenariat entre chacun comme une dimension essentielle à l'assurance d'une qualité des soins en réadaptation.



## LISTE DES AUTEURS ET COLLABORATEURS

Balmer, Sue, B.Sc., pht. (c)

Chef-physiothérapeute  
Service de physiothérapie  
Le Centre de réadaptation  
505, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8M2  
[sbalmer@rohcg.on.ca](mailto:sbalmer@rohcg.on.ca)

Brosseau, Lucie, Ph.D., B.Sc., pht. (c)

Chercheure boursière du ministère de la Santé de l'Ontario  
Professeure assistante  
Programme de physiothérapie  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8M5  
[lbrossea@uottawa.ca](mailto:lbrossea@uottawa.ca)

Cappelli, Mario, Ph.D.

Département de psychologie  
Hôpital pour Enfants de l'Est de l'Ontario  
401, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8L1

Cook, Jane, Ph.D., OT (c)

Professeure agrégée  
École d'ergothérapie  
Faculté des sciences de la santé  
Collège Elborn  
1201, chemin Western  
London (Ontario), N6G 1H1

Dubouloz, Claire-Jehanne, Ph.D., B.Sc., OT (c)

Directrice et professeure agrégée  
Programme d'ergothérapie  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8M5  
[dubouloz@uottawa.ca](mailto:dubouloz@uottawa.ca)

Duquette Cheryll, Ph.D.

Professeure agrégée  
Faculté d'éducation  
145, Jean-Jacques Lussier  
Université d'Ottawa  
Ottawa (Ontario), K1N 6N5

Durieux-Smith, Andrée, Ph.D., M.Sc.S., aud. (c)

Vice-doyenne à la recherche  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8M5

Egan, Mary, Ph.D., B.Sc., OT (c)

Professeure assistante  
Programme d'ergothérapie  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8M5  
[megan@uottawa.ca](mailto:megan@uottawa.ca)

Eriks-Brophy, Alice, Ph.D., M.Sc.S., orth. (c)

Professeure assistante  
Programme d'audiologie et d'orthophonie  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
545, King Edward  
Ottawa (Ontario), K1M 6N5  
[abrophy@uottawa.ca](mailto:abrophy@uottawa.ca)

Farmer, Mélanie, B.Sc., OT (c)

Étudiante en ergothérapie  
Programme d'ergothérapie  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8M5

Fergus, Sophia Louise, M.Sc.S., orth.  
Étudiante à la maîtrise au moment de l'édition de ce livre  
Programme d'audiologie et d'orthophonie  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
545, King Edward  
Ottawa (Ontario), K1M 6N5

Fitzpatrick, Elizabeth, M.Sc.S., aud.  
Responsable de la pratique professionnelle  
Service d'audiologie  
Hôpital pour Enfants de l'Est de l'Ontario  
401, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8L1

Garcia, Linda, Ph.D., M.Sc.S., orth. (c)  
Professeure assistante  
Programme d'audiologie et d'orthophonie  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
545, King Edward  
Ottawa (Ontario), K1M 6N5  
[lgarcia@uottawa.ca](mailto:lgarcia@uottawa.ca)

Graham, Ian, Ph.D.  
Chercheur boursier de l'Institut canadien de recherches en santé  
Institut de recherche en santé Loeb  
Hôpital d'Ottawa, Campus Civic  
1053, Carling  
Ottawa (Ontario), K1Y 4E9  
[igraham@lri.ca](mailto:igraham@lri.ca)

Hébert, Michèle, M.Sc., B.Sc., OT (c)  
Programme d'ergothérapie  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8M5

Hobson, Sandra J.G., MA Ed., B.Sc., OT (c)

Professeure agrégée  
École d'ergothérapie  
Faculté des sciences de la santé  
Collège Elborn  
1201, chemin Western  
London (Ontario), N6G 1H1  
[shobson@julian.uwo.ca](mailto:shobson@julian.uwo.ca)

King, Judy, M.Sc., B.Sc., pht. (c)

Professeure à temps partiel  
Programme de physiothérapie  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8M5  
[jking@uottawa.ca](mailto:jking@uottawa.ca)

Laferrrière, Lucie, MHA, B.Sc., pht (c)

Chef-physiothérapeute  
Service de physiothérapie  
Hôpital d'Ottawa  
501, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8L6

Lamy, Nathalie, M.Sc.S., orth.

Étudiante à la maîtrise au moment de l'édition de ce livre  
Programme d'audiologie et d'orthophonie  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
545, King Edward  
Ottawa (Ontario), K1M 6N5

Larochelle, Hélène

Hull (Québec), Canada

Lineker, Sydney, M.Sc., B.Sc., pht. (c)

Coordonnatrice de la recherche  
Service de consultation et de réadaptation  
Société canadienne d'arthrite  
620, avenue Wilson, suite 130  
Downsview (Ontario), M3K 1Z3

- Logan, Jo, Ph.D., R.N. (c)  
Professeure agrégée  
École des sciences infirmières  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8M5
- Martel Louise  
Alfred (Ontario), Canada
- Martini, Rose, M.Sc., B.Sc., OT. (c)  
Chargée de cours  
Programme d'ergothérapie  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la Santé  
Université d'Ottawa  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8M5
- McComas, Joan, Ph.D., PT. (c)  
Directrice  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8M5
- McCormack, Danielle, B.Sc., pht. (c)  
Service de consultation et de réadaptation  
Société canadienne d'arthrite  
620, avenue Wilson, suite 130  
Downsview (Ontario), M3K 1Z3  
[d.mccormack@sympatico.ca](mailto:d.mccormack@sympatico.ca)
- McGowan, Jessie, MLIS, AHIP  
Directrice de la bibliothèque médicale  
Hôpital d'Ottawa  
501, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8L6

Méhot, Diane, B.Sc., OT (c)  
Chef-ergothérapeute  
Hôpital Royal d'Ottawa  
1145, avenue Carling  
Ottawa (Ontario), K1Z 7K4  
[dmehot@rohcg.on.ca](mailto:dmehot@rohcg.on.ca)

Miller-Polgar, Janet, Ph.D. OT (c)  
Professeure  
École d'ergothérapie  
Faculté des sciences de la santé  
Collège Elborn  
1201, chemin Western  
London (Ontario), N6G 1H1

Neault, Marie-Josée, M.Sc.S. orth.  
Étudiante à la maîtrise au moment de l'édition de ce livre  
Programme d'audiologie et d'orthophonie  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
545, King Edward  
Ottawa (Ontario), K1M 6N5

Olds, Janet, Ph.D.  
Département de psychologie  
Hôpital pour Enfants de l'Est de l'Ontario  
401, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8L1

Parker-Taillon, Dianne, M.Sc., B.Sc., pht. (c)  
Directrice de l'éducation, la pratique et la recherche  
Association canadienne de physiothérapie  
1400, Blair Place, bureau 205  
Gloucester (Ontario), K1J 9B8  
[dparkertaillon@physiotherapy.ca](mailto:dparkertaillon@physiotherapy.ca)

Polatajko, Hélène, Ph. D., B.Sc., OT (c)  
Directrice  
École d'ergothérapie  
Faculté des sciences de la santé  
Collège Elborn  
1201, chemin Western  
London (Ontario), N6G 1H1

- Savard, Jacinthe, M.Sc., B.Sc., OT (c)  
Programme d'ergothérapie  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8M5
- Shea, Beverly, M.Sc., B.Sc., RN (c)  
Institut de recherche en santé Loeb  
Hôpital d'Ottawa, Campus Civic  
1053, avenue Carling  
Ottawa (Ontario), K1Y 4E9
- Stokes, Barbara, B.Sc., pht. (c)  
Directrice du Service de consultation et de réadaptation  
Société canadienne d'arthrite  
1701, Woodward Drive, 2<sup>e</sup> étage  
Ottawa (Ontario), K2C 0R4
- Sveistrup, Heidi, Ph.D., B.Sc., kin. (c)  
Chercheure boursière du ministère de la santé de l'Ontario  
Programme d'ergothérapie  
École des sciences de la réadaptation  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8M5  
[hsveist@uottawa.ca](mailto:hsveist@uottawa.ca)
- Tugwell, Peter, M.Sc., M.D.  
Directeur du département de médecine  
Hôpital d'Ottawa, Campus général  
501, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8L6
- Vallerand, Josée, B.Sc., OT (c)  
Ontario March of Dimes  
80, chemin Colonnade  
Nepean (Ontario), K2E 7L2

von Zweck, Claudia, B.Sc., OT (c)

Directrice nationale  
Association canadienne d'ergothérapie  
Suite 3400  
Carleton University  
1125 Colonel By Drive  
Ottawa (Ontario), K1S 5R1

Welch, Vivian, M.Sc., B.Sc., kin. (c)

Institut de recherche en santé Loeb  
Hôpital d'Ottawa, Campus Civic  
1053, avenue Carling  
Ottawa (Ontario), K1Y 4E9

Wells, George, Ph.D., B.Sc., biostat.

Directeur du département d'épidémiologie et de médecine sociale  
Université d'Ottawa  
451, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8M5

Wittingham, Joanne, Ph.D.

Institut de recherche  
Hôpital pour Enfants de l'Est de l'Ontario  
401, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario), K1H 8L1

Wood, Hazel, B.Sc., OT (c)

Directrice régionale, Région centrale Est  
Service de consultation et de réadaptation  
Société canadienne d'arthrite  
620, avenue Wilson, suite 130  
Downsview (Ontario), M3K 1Z3

Wright, Meredith, Ph.D., M.Sc.S., orth. (c)

Coordonnatrice du Programme de recherche interdisciplinaire  
Département de la pratique professionnelle en nursing  
Hôpital d'Ottawa, Campus Civic  
1053, avenue Carling  
Ottawa (Ontario), K1Y 4E9

**Données de catalogage avant publication (Canada)**

Vedette principale au titre :

La pratique fondée sur les faits scientifiques dans le domaine de la réadaptation : actes du colloque tenu dans le cadre du 67<sup>e</sup> Congrès de l'Acfas, le 11 mai 1999

(Les Cahiers scientifiques ; 96)

Textes présentés lors d'un colloque tenu à l'Université d'Ottawa.

ISBN 2-89245-119-1

1. Réadaptation - Congrès. 2. Réadaptation - Recherche - Congrès. 3. Réadaptation - Étude et enseignement (Supérieur) - Congrès. 4. Médecine - Pratique - Congrès. I. Brosseau, Lucie, 1959- . II. Dubouloz, Claire-Jehanne, 1951- . III. Université d'Ottawa. Programme de physiothérapie. IV. Université d'Ottawa. Programme d'ergothérapie. V. Collection : Cahiers de l'ACFAS ; 96.

RM930.P72 2001

617'.03

C2001-940174-4

BNQ



000 469 468

« La pratique fondée sur les faits scientifiques (PFFS) dans le domaine de la réadaptation », tel est le titre d'un colloque tenu dans le cadre du 67<sup>e</sup> Congrès de l'Acfas en mai 1999 où des clients, des cliniciens, des chercheurs et des éducateurs ont pris la parole.

Deux personnes ayant vécu une période de réadaptation ont présenté la perspective du client.

Des cliniciens et des représentants de l'Association canadienne d'ergothérapie et de l'Association canadienne de physiothérapie, se sont penchés sur l'importance d'une PFFS pour les professionnels de la réadaptation, sur les obstacles à son implantation et sur le rôle des associations dans le processus de changement. La création d'un protocole de traitement de l'arthrite rhumatoïde est un des exemples d'intégration d'un projet de recherche de type PFFS dans le milieu clinique.

Des chercheurs ont discuté des obstacles à la PFFS dans une perspective multidisciplinaire. Outre la présentation d'un outil de recherche utile, la Collaboration Cochrane, un exemple de recherche clinique concernant des enfants traités en audiologie a apporté un nouvel éclairage pour une meilleure PFFS.

Des éducateurs ont commenté l'intégration de la PFFS dans un programme de formation en ergothérapie. Ils ont décrit une formation en ergothérapie au deuxième cycle et se sont intéressés à la contribution de la science fondamentale à la formation des professionnels en réadaptation.

ISBN 2-89245-119-1



9 782892 451191