

## Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des abréviations et des sigles.....	ix
Remerciements.....	x
CHAPITRE 1.....	1
Introduction.....	1
CHAPITRE 2.....	4
Problématique.....	4
Les problèmes à la main et au poignet : état de la situation.....	4
Des pratiques professionnelles visant à mieux répondre aux besoins des clients.....	6
Compétences avancées et ergothérapie.....	7
Impacts des pratiques avancées par les professionnels de la santé.....	10
Pratiques avancées en ergothérapie auprès d'une clientèle présentant des atteintes à la main et au poignet.....	11
Objectifs de recherche.....	13
CHAPITRE 3.....	14
Méthodologie.....	14
Méthode pour la validation des compétences avancées.....	14
Devis.....	14
Participants.....	14
Développement du questionnaire.....	15
Déroulement de l'étude.....	15
Analyse des données.....	16

Considérations éthiques .....	16
Méthode pour la validation de la pratique avancée .....	18
Devis .....	18
Participants.....	18
Procédures.....	18
Collecte de données .....	19
Analyses statistiques .....	19
Considérations éthiques .....	20
CHAPITRE 4 .....	22
Article de recherche 1 .....	22
Contribution des auteurs .....	22
Validation des compétences avancées des ergothérapeutes en thérapie de la main .....	23
Résumé.....	24
Abstract .....	25
Introduction.....	26
Recension des écrits .....	27
Méthode .....	29
Devis .....	29
Participants.....	29
Développement du questionnaire.....	30
Analyse des données .....	31
Résultats.....	31
Participants.....	31
Perceptions des compétences requises pour la pratique avancée.....	32
Secteur public et privé .....	35
Formation nécessaire à la pratique avancée.....	36
Facilitateurs et obstacles .....	36
Prise en charge en ergothérapie avant le chirurgien .....	37
Discussion .....	39
Conclusion .....	42

Références .....	44
Discussion .....	46
CHAPITRE 5 .....	48
Article de recherche 2 .....	48
Contribution des auteurs .....	48
Validation d'une pratique avancée en thérapie de la main : concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien plasticien .....	49
Résumé .....	50
Abstract .....	51
Problématique .....	52
Méthodologie .....	55
Devis .....	55
Participants .....	55
Procédures .....	56
Collecte de données .....	57
Analyses statistiques .....	58
Résultats .....	59
Description des participants .....	59
Concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien .....	60
Discussion .....	63
Limites de l'étude .....	65
Conclusion .....	65
Références .....	67
CHAPITRE 6 .....	70
Discussion .....	70
Forces et limites .....	73
CHAPITRE 7 .....	75
Conclusion générale .....	75
Bibliographie .....	i

Annexe I : Résumé des fondements de la thérapie de la main et les principaux diagnostics rencontrés.....	i
Annexe II : Questionnaire aux ergothérapeutes.....	iii
Annexe III : Lettre d’information CER-15-214-07 .....	ix
Annexe IV : Formulaire de consentement CER-15-214-07 .....	xii
Annexe V : Questionnaire sociodémographique .....	xiii
Annexe VI : Lettre de recrutement CÉR-2015-017-01.....	xiv
Annexe VII : Formulaire d’information et de consentement CÉR-2015-017-01 .....	xv
Annexe VIII : Preuve de soumission et d’acceptation.....	i

## Liste des tableaux

Tableau I.	Données sociodémographiques des participants à l'étude .....	32
Tableau II.	Perceptions des compétences requises pour la pratique avancée (n=22 participants).....	33
Tableau III.	Différences de perceptions sur les compétences nécessaires à la pratique avancée entre les secteurs public et privé .....	35
Tableau IV.	Perceptions des participants sur la formation nécessaire à une pratique avancée (n=19).....	36
Tableau V.	Pourcentage de participants en accord avec une prise en charge de l'ergothérapeute pour l'orientation du traitement (pour chaque diagnostic) (n=19) .....	38
Tableau VI.	Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants (n = 91)..	60
Tableau VII.	Concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien pour le diagnostic.....	61
Tableau VIII.	Concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien pour les options de traitement.....	61
Tableau IX.	Concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien pour les recommandations immédiates.....	62
Tableau X.	Diagnostics couramment rencontrés en thérapie de la main.....	ii

## Liste des figures

Figure 1.	Déroulement du projet .....	56
Figure 2.	Graphique de Bland-Altman .....	62

## Liste des abréviations et des sigles

ACE : Association canadienne des ergothérapeutes

CCI : corrélation intra-classe

CIUSSS-MCQ : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

CHAUR : Centre hospitalier affilié universitaire régional

CHT : thérapeute de la main certifié (*Certified hand therapist*)

CIRRIS : Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale

HTCC : Hand Therapy Certification Commission

IC : intervalle de confiance

RCPI : Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de maîtrise Valérie Poulin. Elle a été présente tout au long de chaque étape de mon projet de recherche pour m'orienter et me donner de la rétroaction sur mon travail. Elle s'est bien adaptée à ma réalité de clinicienne avec un horaire atypique et des connaissances en recherche limitées à mon commencement. J'ai beaucoup appris d'elle de la rigueur qu'implique la recherche. Elle a pris à cœur ma réussite et elle s'est toujours trouvée encourageante malgré les embûches.

Je remercie également ma codirectrice de maîtrise Martine Brousseau pour son apport en connaissances et sa présence, elle aussi tout au long de mon parcours. Elle a su me transmettre sa passion pour la recherche et son intérêt pour l'évolution de la pratique en ergothérapie. Elle m'a permis de pousser plus loin mes réflexions et bonifier toutes les parties de mon projet de recherche. Elle a été un atout pour ma réussite et mon évolution en tant que chercheuse.

Je souligne l'aide précieuse du Dr G. Emmanuel Salib. Il m'a donné le goût à la recherche lors de nos discussions au travail et a participé à l'élaboration des idées qui ont mené à mon projet de recherche. Sa motivation à faire avancer les choses m'a beaucoup inspirée. Il a été partie prenante de la collecte de données de la deuxième étude de mon projet en jouant le rôle du chirurgien dans l'étude.

L'analyse de mes statistiques n'aurait pas été aussi simple sans l'aide du statisticien Jean Leblond du Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS). Il a pris le temps de m'expliquer les statistiques à faire et vérifier que mes données avaient du sens. Il m'a donné du soutien tout au long de ma maîtrise.

Merci à ma mère Ginette Lamy qui a été une assistante de recherche hors pair. Elle a été professionnelle et rigoureuse dans toutes les tâches que je lui ai assignées. Elle s'est montrée disponible et compréhensive malgré les imprévus que comporte un projet de recherche.

Je remercie ma famille et mes amis de m'avoir soutenue tout au long de ce projet. Merci spécial à mon conjoint Sylvain Hubert qui a toujours été là pour m'épauler lors de mes remises en question et mes moments difficiles. Merci à mon futur enfant d'avoir été aussi patient et de m'avoir permis de terminer mon projet avant son arrivée !

# CHAPITRE 1

## Introduction

Depuis le début de ma pratique d'ergothérapie, j'ai développé une passion pour l'utilisation de la main dans le contexte de la vie quotidienne. La main est sollicitée dans la majorité de nos occupations, que ce soit pour s'exprimer, pour travailler ou simplement pour s'habiller. Étant clinicienne depuis bientôt 7 ans, j'ai développé une expertise dans un domaine précis : la thérapie de la main. Mais qu'est-ce que la thérapie de la main? Il est important de définir ce terme avant toute chose afin de bien comprendre la suite de ce mémoire. La Hand Therapy Certification Commission (HTCC) propose la définition suivante de la thérapie de la main :

L'art et la science de la réadaptation du membre supérieur du corps humain. La thérapie de la main a émergé de la théorie en ergothérapie et en physiothérapie et des pratiques qui combinent des connaissances du membre supérieur, de la fonction du corps et de l'activité. La thérapie de la main utilise des compétences spécialisées d'évaluation et d'interventions qui promeut la prévention, la restauration et/ou l'arrêt de la progression d'une maladie pour améliorer la participation dans la vie quotidienne pour les personnes avec des maladies ou blessures au membre supérieur (Muenzen et al., 2002, p. 223, traduction libre).

Un résumé des fondements de la thérapie de la main ainsi qu'une liste des diagnostics couramment rencontrés sont présentés à l'annexe I. Les ergothérapeutes sont impliqués dans la thérapie de la main puisqu'ils interviennent auprès des personnes avec des problématiques à la main en considérant leur fonctionnement dans leurs activités quotidiennes tout en évaluant la fonction de la main (Dickson et Bain, 2008). En tant qu'ergothérapeute pratiquant en thérapie de la main, il est possible de participer à différentes formations et congrès pour parfaire ses connaissances dans ce domaine. En ce qui me concerne, j'ai aussi eu la chance, dès le début de ma pratique, de créer une étroite collaboration avec le chirurgien plasticien de l'hôpital où je pratique, ce qui a donné lieu à d'autres opportunités d'échanges et d'apprentissages sur les

problématiques que pouvaient rencontrer les patients ayant des atteintes à la main. Parallèlement à cela, le contexte organisationnel dans lequel s'exerçait ma pratique clinique posait également des défis et justifiait la recherche de solutions pour mieux répondre aux besoins des patients. En effet, d'importants enjeux d'accessibilité aux services étaient vécus dans mon milieu clinique, dont le nombre important de patients sur des listes d'attentes que le chirurgien n'arrivait pas à voir rapidement. Pour mieux comprendre l'ampleur du problème, voici quelques statistiques éloquentes sur l'accès aux services pour les personnes ayant des atteintes à la main pour la région Mauricie-et-Centre-du-Québec. Au mois de septembre 2016, au Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS-MCQ), il y avait 1432 demandes en attente en chirurgie plastique, dont 454 avec une attente de plus de 365 jours. Parmi ces demandes, les lésions musculo-squelettiques, dont les problèmes à la main et au poignet, font partie des priorités semi-urgentes et électives avec 1083 demandes en attente. Aussi, dans le CIUSSS-MCQ, il n'y a qu'au CHAUR où les consultations en chirurgie plastique sont offertes, et ce, par deux chirurgiens. Bref, ces quelques chiffres font clairement ressortir que la prise en charge des problèmes à la main et au poignet pose des défis et des enjeux importants pour l'organisation des services de santé, que ce soit à l'échelle nationale ou régionale. Au fil des discussions entre le chirurgien plasticien de mon milieu clinique et moi-même, un autre constat est également ressorti : il apparaissait que le chirurgien plasticien n'était pas toujours le professionnel le mieux placé pour répondre précocement aux besoins du patient. En ce sens, l'ergothérapeute pouvait potentiellement occuper un rôle majeur pour contribuer à solutionner les problématiques rencontrées. C'est ainsi que nos discussions ont convergé vers le développement de pratiques innovantes de collaboration interprofessionnelle dans une perspective de contribuer à l'efficacité des services et d'augmenter l'accessibilité, c'est-à-dire de répondre aux besoins du patient au bon moment, avec le professionnel habilité à le faire. Ces pratiques innovantes se doivent d'être aussi validées par la recherche, ce qui a conduit aux études faisant l'objet de ce mémoire.

Ce mémoire de type mixte consiste en une recherche comprenant deux études. Le chapitre 1 consiste en la présente introduction. Le deuxième chapitre comprend la problématique justifiant les deux études et les objectifs du mémoire. Les méthodes utilisées pour chacune des

études font parties du chapitre 3. Le chapitre 4 contient l'article 1 découlant de la première étude ainsi qu'une discussion qui justifie la deuxième étude. Le chapitre 5 inclut l'article 2 portant sur la deuxième étude. Puis, une discussion globale sur l'ensemble de la recherche est présentée au chapitre 6. Le chapitre 7 termine le mémoire avec la conclusion générale.

## **CHAPITRE 2**

### **Problématique**

La problématique à l'origine de ce mémoire est expliquée dans les sections qui suivent. Celles-ci décrivent l'état de la situation pour les problèmes à la main et au poignet, les pratiques professionnelles pour mieux répondre aux besoins, les pratiques avancées, leurs impacts et les pratiques avancées en ergothérapie avec la clientèle en thérapie de la main.

### **Les problèmes à la main et au poignet : état de la situation**

Les lésions musculo-squelettiques à la main et au poignet représentent un enjeu important de santé du fait de leur fréquence et de leurs conséquences pour la personne touchée et la société. L'incidence des problèmes d'ordre traumatique, comme les fractures et les ruptures de tendon, et d'ordre pathologique, comme la maladie de Dupuytren, est importante dans la population. Entre 2009 et 2010, selon Statistique Canada, 17,3 % des blessures au Canada se situaient au niveau des mains ou des poignets pour la population âgée de 12 ans et plus (Billette et Janz, 2011). Pour les lésions associées à une pathologie, l'arthrite et les troubles musculo-squelettiques sont parmi les maladies chroniques les plus communes au Canada, affectant 4,6 millions de personnes (Bombardier, Hawker, et Mosher, 2011). Dans cette proportion, plusieurs personnes souffrent d'arthrose de la base du pouce, de syndrome du tunnel carpien, de tendinite de De Quervain et de doigts gâchette pour en nommer que quelques-unes. Les lésions à la main représentent aussi un phénomène social important. En 2009-2010, 4,27 millions de Canadiens étaient limités dans leurs activités quotidiennes en raison de leurs blessures (Billette et Janz, 2011). Les occupations quotidiennes généralement affectées sont le travail et les tâches ménagères. Par exemple, un ébéniste qui se coupe un tendon de l'index de la main droite avec une scie devra arrêter le travail et la plupart de ses tâches à la maison afin de s'investir dans la réadaptation et de permettre la récupération optimale de sa main.

En plus d'avoir des conséquences majeures pour la personne dans ses occupations, les lésions à la main ont aussi des coûts énormes dans le système de santé. Par exemple, il en coûte entre 50\$ et 160\$ pour une première consultation avec un orthopédiste, un rhumatologue ou un chirurgien plasticien (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2014). Or, une étude de Dubé-Linteau, Lecours, Lévesque, Pineault et Tremblay (2013) stipule qu'en 2010-2011, 2 028 700 personnes ont consulté un médecin spécialiste. La revue systématique de Robinson et ses collaborateurs (2016) rapporte un fardeau économique important dû aux blessures aux mains et au poignet. Ils décrivent des coûts directs (chirurgie, médication, imagerie...), indirects (productivité à la maison, absence au travail...) et intangibles (qualité de vie, douleur, stress, fonction de la main, intégration sociale) (Robinson, Sarkies, Brown, et O'Brien, 2016).

De plus, le nombre élevé de personnes ayant une atteinte à la main, que celle-ci soit majeure ou mineure, crée une pression énorme sur l'organisation des services. Selon l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins en 2010-2011, plus du tiers des Québécois de 15 ans et plus ont été dirigés vers au moins un médecin spécialiste au cours d'une période de 12 mois, la plupart du temps par un médecin de famille (Dubé-Linteau et al., 2013). Le délai d'attente pour un premier rendez-vous s'avère long et a d'ailleurs augmenté au cours des dix dernières années. En effet, selon Statistique Canada (2014), 17 % des gens attendent actuellement plus de trois mois pour une première consultation avec un spécialiste comparativement à 13 % en 2005. L'Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 a aussi révélé que 6 % des gens déclarent ne pas avoir réussi à obtenir un rendez-vous avec un spécialiste alors qu'ils avaient une référence. Dans la proportion de gens qui ont consulté un spécialiste à la suite d'une référence, 25 % disent avoir attendu trop longtemps avant d'obtenir un rendez-vous (Dubé-Linteau et al., 2013). Sans compter que, à la suite de ces consultations, des chirurgies dites électives seront parfois envisagées dans le cas d'un problème à la main ou au poignet (exemple : décompression du tunnel carpien). Entre 2005 et 2013, le nombre de personnes qui attendent plus de 3 mois pour une chirurgie considérée non urgente a augmenté respectivement de 19 % à 24 % (Statistique Canada, 2014). En réponse à ces chiffres, le plan stratégique du Ministère de la santé et des services sociaux 2015-2020 (2015) a mis l'accent sur l'accessibilité des soins spécialisés en demandant aux organisations d'atteindre des objectifs clairs pour préconiser l'amélioration de la situation.

Mais qu'en est-il de ces personnes qui attendent ? Boulanger et Vaillancourt (2013) rapportent qu'ils subissent des répercussions sur la qualité de vie, l'absentéisme au travail, la productivité au travail et à la maison. Ces personnes vivent également des situations d'anxiété et de stress. Outre ces impacts, la perte de temps, le risque de diminution de l'état de santé et par le fait même une augmentation des coûts pour assurer les traitements est engendrée. À la lumière de toutes ces informations, il apparaît clairement que, pour les personnes ayant des atteintes à la main, l'accès aux services appropriés constitue un enjeu majeur auquel il est urgent de s'attarder.

## **Des pratiques professionnelles visant à mieux répondre aux besoins des clients**

La pression exercée sur le système de santé pour les problèmes de la main amène à se questionner pour une organisation différente de ces services. Il n'y a pas de doute que des problèmes majeurs et complexes (ex. : lésion de nerf, fracture déplacée, tumeurs, etc.) relèvent des compétences et de l'expertise de médecins spécialistes tels que : chirurgien plasticien, orthopédiste, rhumatologue. Toutefois, la situation est différente pour des problèmes mineurs tels que les doigts en maillet ou les doigts gâchette qui peuvent bénéficier de traitement conservateur en ergothérapie. À cet égard, Nelson et ses collaborateurs (2014), à la tête d'un comité d'experts sur l'organisation du système de soins de santé du Canada, proposent la contribution des professionnels de la santé pour répondre aux besoins des personnes, des communautés et de la population. Ils expliquent que :

des rôles doivent être clairement définis au sein de l'équipe en fonction des besoins du service et de l'éventail des capacités, de la formation et de l'expérience des membres de l'équipe. Le principe fondamental en jeu consiste à harmoniser les champs d'exercices aux contextes de soins de collaboration de manière à atteindre les objectifs collectifs de l'équipe (p.69).

Nelson et ses collaborateurs (2014) insistent sur l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans ce contexte de pratique. D'après D'amour et Oandasan (2005), la collaboration interprofessionnelle réfère à : « un processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent et réfléchissent sur des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches et de la communauté » (p.9). L'approche participative inhérente à ce partenariat signifie que tous les membres collaborent selon les besoins et le contexte de soins. En plus, cela implique un partage des tâches, des responsabilités et des décisions à prendre (Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux [RCPI], 2017). Les compétences en jeu sont alors : clarifier les rôles, résoudre les conflits interprofessionnels, travailler en équipe et avoir un leadership collaboratif (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010).

## **Compétences avancées et ergothérapie**

La pratique interprofessionnelle exige que les professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, mettent à contribution l'ensemble des compétences qui caractérisent leur profession et qu'ils adoptent parfois des rôles associés à la pratique avancée de leur profession (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012). En ce sens, le recours à des pratiques avancées, qui reposent sur le déploiement de compétences avancées (von Zweck, 2012), est pertinent. Ces compétences avancées :

comprennent les connaissances,..., et les habiletés requises pour des activités effectuées dans la pratique de l'ergothérapie qui vont au-delà de l'étendue des responsabilités assumées traditionnellement par les ergothérapeutes. Celles-ci ne sont pas acquises durant la formation en ergothérapie, mais durant des formations spécifiques et par l'expérience (ACE, 2012, p. 16).

Finlayson, Coulthard, Craik et Des Lauriers (2010) ont proposé, à la suite d'un sondage de l'ACE en 2009, les activités suivantes comme étant associées à une pratique avancée : la

gestion de budget, la formation d'autres employés, la participation à la recherche ou aux publications, le transfert des connaissances issues de la recherche à la clinique, l'amélioration des pratiques, des procédures et de la qualité.

Les ergothérapeutes ne sont pas les seuls professionnels à avoir défini la pratique avancée. D'autres auteurs décrivent la pratique avancée. Par exemple, Saxon, Gray et Oprescu (2014) abordent celle-ci en disant que c'est la pratique des professionnels qui se spécialisent à l'extérieur du champ de leur discipline en impliquant des tâches habituellement faites par des infirmières, des physiothérapeutes, des médecins, des ergothérapeutes ou autres professionnels. Aussi, selon l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada (2008), la pratique avancée comprend l'utilisation de connaissances issues d'études supérieures tout en démontrant des compétences et une pratique infirmière de pointe. Comme en ergothérapie, la pratique infirmière avancée intègre différentes activités soient : l'application des théories et des résultats de recherche en soins infirmiers, l'analyse des connaissances et la croissance de la profession et du savoir. En physiothérapie, la définition de la pratique avancée est très similaire à celle nommée pour l'ergothérapie et les soins infirmiers : il s'agit de « l'exercice des fonctions d'un physiothérapeute clinicien dans un rôle non traditionnel au-delà de son mandat reconnu » (Desmeules, 2011, p. 7). De plus, celle-ci exige des formations supplémentaires et une expérience clinique importante dans le domaine spécialisé. La pratique avancée en physiothérapie est d'ailleurs présente dans plusieurs spécialités, dont l'orthopédie, la pédiatrie et la médecine d'urgence. Celle qui s'avère pertinente ici est la pratique avancée en orthopédie qui se rapproche le plus de la pratique en thérapie de la main compte tenu du travail en première ligne dans les cliniques externes d'orthopédie. En ce sens, les activités attribuées à la pratique avancée en physiothérapie sont les suivantes: 1) faire le triage des patients en attente d'une consultation en orthopédie; 2) vérifier que les patients ont subi les tests médicaux pertinents, demander ceux qui n'ont pas été faits et vérifier que les traitements conservateurs ont été essayés; 3) faire un diagnostic pour les affections musculo-squelettiques; 4) prescrire de la médication spécifique; 5) faire des références à d'autres professionnels au besoin; 6) faire de l'éducation auprès du patient et lui donner des exercices; et 7) s'assurer du suivi avec le référent (Desmeules, 2011).

En ce qui concerne spécifiquement la prise en charge des problèmes de la main, des recherches s'avèrent nécessaires pour déterminer les compétences requises pour exercer une pratique avancée en ergothérapie. Peu de recherches ont été menées sur le sujet. Une étude Delphi britannique a tenté de trouver un consensus sur la formation et les compétences requises pour les professionnels exerçant des pratiques avancées en thérapie de la main à l'aide d'un groupe d'experts (Ellis, Kersten, et Sibley, 2005). Il en est ressorti une liste de compétences, des formations requises et des connaissances à avoir en ordre de priorité pour une clientèle orthopédique. Entre autres, la capacité à évaluer le besoin de certaines investigations comme des radiographies représente l'une des compétences requises. Cependant, cette étude britannique n'est pas généralisable à tous les aspects de la thérapie de la main. Sans compter qu'elle portait sur les compétences communes à l'ensemble des professionnels exerçant en thérapie de la main et ne s'intéressait pas spécifiquement à la pratique de l'ergothérapie. Les différents professionnels étaient les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Au Canada et aux États-Unis, il existe aussi une formation complémentaire de thérapeute de la main certifié qui peut être acquise par des ergothérapeutes ou des physiothérapeutes. Toutefois, cette formation donne seulement des connaissances approfondies sur les problèmes aux mains, mais elle ne met pas en perspective les compétences nécessaires à cette pratique. Parallèlement, en Ontario, il y a un programme de formation pour préparer des ergothérapeutes ou des physiothérapeutes à une pratique avancée spécifiquement auprès d'une clientèle arthritique (Passalent et al., 2013). Somme toute, bien que les études réalisées à ce jour fournissent plusieurs pistes utiles pour guider la pratique avancée en thérapie de la main, elles ne permettent pas de définir clairement les compétences requises et celles mises en application par l'ergothérapeute en pratique avancée auprès de personnes présentant différents problèmes à la main. La validation des compétences nécessaires pour une pratique avancée de l'ergothérapie en thérapie de la main permettrait de générer des pistes de réflexion utiles pour guider la formation et le développement des compétences en vue d'une telle pratique dans ce domaine. Le développement des compétences de professionnels de la santé pouvant assumer des responsabilités qui vont au-delà des rôles traditionnels est particulièrement pertinent dans le contexte où la prise en charge des personnes ayant des atteintes à la main pose des défis importants pour l'organisation des services et des enjeux sociaux tel que mentionné précédemment.

L'implication des ergothérapeutes dans une organisation différente des services pour les problèmes de la main revêt ainsi une grande pertinence professionnelle. D'ailleurs, les ergothérapeutes ont développé une expertise pour intervenir auprès d'une clientèle ayant des atteintes à la main en considérant le fonctionnement de la personne dans ses activités quotidiennes tout en évaluant la fonction de la main, ceci permettant d'être centré sur le client. Dickson et Bain (2008) suggèrent que la pratique avancée en ergothérapie permet de tirer parti des compétences cliniques avancées et de la connaissance de la performance dans les activités quotidiennes pour fournir des soins de santé permettant d'habiliter les personnes à la gestion de leur santé et de maximiser leur capacité à fonctionner dans leurs activités quotidiennes (Dickson et Bain, 2008).

### **Impacts des pratiques avancées par les professionnels de la santé**

Le recours à des compétences avancées pour divers professionnels de la santé apparaît ainsi comme une solution possible pour répondre aux besoins de la population. Saxon et ses collaborateurs (2014) ont documenté, dans leur revue systématique, le recours à des compétences avancées par les professionnels de la santé œuvrant auprès d'une clientèle orthopédique et musculo-squelettique. Dix-neuf des 21 études retenues s'intéressaient à la physiothérapie tandis que seulement trois études concernaient les ergothérapeutes pratiquant avec la clientèle arthritique. Les résultats de la revue systématique suggèrent des évidences limitées quant à l'intervention précoce des professionnels de la santé exerçant des pratiques avancées. Ils suggèrent que l'intervention précoce des professionnels de la santé exerçant des pratiques avancées peut potentiellement favoriser la réduction du temps d'attente, la diminution des consultations auprès des chirurgiens ainsi que la diminution des coûts reliés aux déplacements vers l'hôpital, au temps d'absence au travail et aux changements dans la qualité de vie des clients. De plus, un autre bénéfice noté est d'attribuer plus de temps aux médecins spécialistes pour les cas complexes et les chirurgies. Parallèlement, le Canadian Center for Policy Alternatives British Columbia Office propose un rapport qui cite les mêmes avenues, soit de travailler en équipe avec les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les infirmières pour optimiser les services offerts et diminuer les temps d'attente pour les chirurgies (Longhurst,

Cohen, et McGregor, 2016). La revue systématique recommande cependant des études additionnelles afin de fournir des recommandations précises pour orienter les pratiques avancées par différents professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, compte tenu des évidences limitées (Saxon et al., 2014).

### **Pratiques avancées en ergothérapie auprès d'une clientèle présentant des atteintes à la main et au poignet**

Les pratiques avancées en ergothérapie sont encore peu étudiées empiriquement, mais certains travaux prometteurs touchant notamment la prise en charge de la clientèle ayant des problèmes aux mains ont été effectués au cours des dernières années. Entre autres, dans une étude britannique, Rose et Probert (2009) ont rapporté des impacts positifs de l'implantation de services par deux ergothérapeutes aux pratiques avancées. Ceux-ci ont effectué du triage parmi une liste de patients référés aux médecins spécialistes et ont mis en place des interventions auprès de clients référés pour les syndromes du tunnel carpien et les ostéoarthroses trapézo-métacarpiennes. L'évaluation de cette nouvelle organisation des services a suggéré une amélioration de la trajectoire de soins des patients avec un accès plus rapide aux services (Rose et Probert, 2009). Une étude rétrospective menée en Australie a aussi documenté les effets de l'implantation d'un suivi par des ergothérapeutes d'expérience avant la consultation avec des chirurgiens pour les syndromes du tunnel carpien, l'ostéoarthrose trapézo-métacarpienne, les doigts gâchettes et les tendinites de De Quervain (O'Brien, Hardman, et Goldby, 2013). Les résultats montrent une amélioration de l'accès aux services, une diminution du taux de chirurgie pour les gens avec le suivi en ergothérapie et une diminution du délai d'attente.

Ces études suggèrent des résultats prometteurs de ce modèle d'organisation des services, mais il persiste un besoin de mieux documenter et valider l'utilisation de cette pratique avancée dans un contexte québécois auprès de patients ayant des pathologies de la main. En effet, il y a plusieurs éléments à considérer pour valider un tel modèle d'organisation impliquant un professionnel exerçant des pratiques avancées avec la collaboration d'un chirurgien (Desmeules et al., 2012). Pour ce faire, il est nécessaire de recueillir certains résultats entre autres la

concordance entre le chirurgien et le professionnel quant au diagnostic et au triage des patients nécessitant une chirurgie versus des recommandations cliniques. De plus, l'efficacité et l'efficience du traitement des professionnels doivent être vérifiées en évaluant les coûts des traitements et bien évidemment la satisfaction des patients, qui est primordiale à l'implantation d'un nouveau modèle de soins. Finalement, l'accessibilité des soins doit être prise en considération aussi. Jusqu'ici les études ont porté sur les effets sur l'accessibilité des soins et les coûts. Des études précédentes en physiothérapie (Aiken et McColl, 2008; Desmeules et al., 2013; MacKay, Davis, Mahomed, et Badley, 2009) ont, pour leur part, également démontré une concordance élevée entre le physiothérapeute et l'orthopédiste pour le diagnostic (c'est-à-dire, 90 % de concordance avec un coefficient Kappa de Cohen de 0,86). La satisfaction des patients était significativement plus grande pour les physiothérapeutes comparativement aux chirurgiens (Desmeules et al., 2013). Selon la recension des écrits menée dans le cadre du présent mémoire, il apparaît qu'aucune étude en ergothérapie n'a abordé la question de la concordance décisionnelle entre le médecin spécialiste et l'ergothérapeute ainsi que la satisfaction des patients pour valider un nouveau modèle de soins.

Somme toute, bien que les études réalisées à ce jour fournissent plusieurs pistes utiles pour guider la pratique avancée en thérapie de la main, elles ne permettent pas de définir clairement les compétences requises et celles mises en application par l'ergothérapeute exerçant une pratique avancée auprès de personnes présentant différents problèmes à la main. La question qui se pose est à savoir si des ergothérapeutes, par leur intérêt pour les activités quotidiennes et en déployant leurs compétences avancées répondent aux besoins des patients, et, si oui, pourraient contribuer à réorganiser les services? Compte tenu de l'intérêt pour pouvoir développer une telle pratique en ergothérapie et aussi prendre part à une nouvelle organisation des services, il apparaît important de valider auprès d'un groupe d'experts les compétences avancées qui seraient pertinentes dans ce domaine. Cette étape permettra par la suite de valider concrètement cette pratique en appliquant les compétences nécessaires confirmées dans la première étude de cette recherche.

## Objectifs de recherche

L'ensemble des écrits recensés font valoir l'importance dans un premier temps :

- 1- De déterminer et de valider les compétences nécessaires à la pratique avancée de l'ergothérapeute auprès de clients présentant des problèmes à la main; et, dans un deuxième temps,
- 2- De valider une pratique avancée de l'ergothérapie en thérapie de la main où l'ergothérapeute serait impliqué dans le triage et la prise en charge précoce des patients en thérapie de la main en déterminant :
  - a) la concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien plasticien quant à la confirmation du diagnostic, aux options de traitements et aux recommandations fournies;
  - b) la satisfaction des patients à l'égard de la consultation avec chaque professionnel (c'est-à-dire, l'ergothérapeute et le chirurgien plasticien).

Nos hypothèses sont les suivantes :

- a) La concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien sera élevée ( $AC_1 > 0,70$ ,  $AC$  réfère au Coefficient de Gwet).
  - $H_0 : AC_1 \leq 0,70$     $H_1 : AC_1 > 0,70$  pour la concordance des diagnostics et de l'orientation du traitement avec un intervalle de confiance (IC) à 95%.
- b) La satisfaction des patients sera équivalente pour les deux professionnels.
  - $H_0 : \mu_{\text{ergothérapeute}} = \mu_{\text{plasticien}}$     $H_1 : \mu_{\text{ergothérapeute}} \neq \mu_{\text{plasticien}}$  avec IC à 95%.

Les hypothèses sont basées sur les résultats des études antérieures en physiothérapie (Aiken et McColl, 2008; Desmeules et al., 2013; MacKay, Davis, Mahomed, et Badley, 2009).

## **CHAPITRE 3**

### **Méthodologie**

Cette recherche est divisée en deux études permettant de répondre aux objectifs. La méthodologie de la première étude, traitant de la validation des compétences avancées par la consultation d'experts, sera d'abord présentée, suivie de celle de la deuxième étude sur la validation de la pratique avancée en elle-même.

### **Méthode pour la validation des compétences avancées**

#### **Devis**

Une enquête à l'aide d'un questionnaire auto administré en ligne spécialement conçu pour la présente étude, a été menée auprès d'un groupe d'experts, soit des ergothérapeutes travaillant en thérapie de la main au Québec.

#### **Participants**

Un échantillon de convenance a été retenu. Les experts ont été choisis selon leur compétence et leur expérience dans le domaine ainsi que leur désir de participer (Goodman, 1987; Hasson et al., 2000). La méthode de recrutement des participants ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion sont décrits en détails dans le premier article qui suit aux pages 29-30.

## **Développement du questionnaire**

Le questionnaire a été développé à partir de la recension des écrits sur la pratique avancée en thérapie de la main, telle que présentée précédemment dans la section de la Problématique du mémoire, et aussi en s'appuyant sur le référentiel canadien des compétences des ergothérapeutes (ACE, 2012). Il a été conçu selon les lignes directrices de Dillman, Smyth et Christian (2014). L'utilisation de ce questionnaire visait à valider les compétences nécessaires à la pratique avancée de l'ergothérapie auprès de personnes présentant des problèmes à la main en consultant des ergothérapeutes travaillant auprès de cette clientèle. Le questionnaire est disponible à l'annexe II. Il s'agit d'un questionnaire basé sur un dispositif de type Likert, en plus de données qualitatives tirées des commentaires émis par les participants. La première partie du questionnaire inclut sept questions d'ordre sociodémographique et clinique (ex. : âge, formation, expérience clinique). Par la suite, le questionnaire présente 42 énoncés de compétences pour lesquels le participant devait se prononcer sur la pertinence de l'inclure en exprimant son degré d'accord à l'aide d'une échelle de type Likert à sept niveaux (1 étant totalement en désaccord et 7 étant totalement en accord). Le participant peut par la suite suggérer des compétences additionnelles qu'il juge pertinentes et qui n'ont pas été énoncées. Ensuite, il y a 25 énoncés de diagnostics avec la même échelle à sept niveaux et les participants ont encore la possibilité d'écrire des diagnostics supplémentaires qui ne sont pas énoncés et qu'ils trouvent pertinents pour la prise en charge par un ergothérapeute détenant des compétences avancées. Par la suite, il est demandé aux participants d'identifier et d'énumérer en ordre de priorité les facilitateurs et les obstacles perçus en regard de la pratique avancée de l'ergothérapie en thérapie de la main. La dernière question, sous forme de liste à cocher, porte sur la formation pertinente à l'exercice de la pratique avancée de l'ergothérapie en thérapie de la main

## **Déroulement de l'étude**

Le questionnaire auto administré en ligne a été rempli une seule fois au moment qui convenait au participant et il prenait environ 30 minutes à remplir. Le questionnaire a été créé sur la plateforme Eval&Go (<http://www.evalandgo.fr/>). Celle-ci a été retenue, car elle permet

d'envoyer un lien pour remplir le questionnaire et les participants n'ont qu'à cliquer sur le lien pour le remplir. Le site est sécurisé et seule l'étudiante-chercheuse y avait accès avec un mot de passe.

### **Analyse des données**

L'analyse des données est expliquée à la page 31 du premier article qui suit. Des analyses qualitatives (analyse de contenu) et quantitatives (statistiques descriptives) ont été utilisées afin d'avoir une meilleure richesse d'informations.

### **Considérations éthiques**

Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le numéro du certificat d'éthique est le CER-15-214-07.18. La lettre d'information et le formulaire de consentement sont disponibles aux annexes III et IV. Aucun risque n'est associé à la participation à ce projet. Le temps consacré au projet, soit environ 30 minutes, demeure le seul inconvénient. Les participants ont rempli le formulaire au moment qu'il leur convenait puisqu'il était disponible en ligne. La contribution à l'avancement des connaissances sur la pratique interdisciplinaire avancée de l'ergothérapie en thérapie de la main demeure le principal avantage de leur participation. Aucune compensation d'ordre financier n'a été accordée. Les participants avaient la liberté de remplir ou non le questionnaire qui leur était envoyé par courriel. Le formulaire de consentement explique que le fait de retourner le questionnaire atteste de l'acceptation libre de participer à ce projet de recherche. Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne peuvent en aucun cas mener à l'identification du participant. La confidentialité est assurée, car le questionnaire en ligne est doté d'un code numérique lors de la retranscription des données, de l'analyse et de la diffusion des résultats. Les résultats de l'étude qui sont diffusés sous forme de mémoire, d'article scientifique et par des présentations orales, ne permettent pas d'identifier les participants. Les données informatiques recueillies ont été mises sur une clé d'archivage

amovible protégée par un mot de passe et sont conservées sous clé au local 3817 Santé à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les seules personnes qui y ont accès sont l'étudiante chercheuse Mélissa Laliberté, la directrice de la recherche Valérie Poulin, la codirectrice de la recherche Martine Brousseau et le chercheur affilié G. Emmanuel Salib. Ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites cinq ans après la fin du projet et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document. Les données informatiques seront alors effacées de la clé d'archivage amovible.

## **Méthode pour la validation de la pratique avancée**

### **Devis**

Pour le second objectif, il s'agit d'une étude comparative transversale qui consiste à faire une comparaison des décisions concernant la confirmation du diagnostic, les options de traitements et les recommandations de deux évaluateurs soit l'ergothérapeute et le chirurgien plasticien pour déterminer s'il existe une concordance entre ceux-ci.

### **Participants**

La population visée par l'étude inclut les personnes référées en chirurgie plastique pour une pathologie ou un traumatisme à la main au Centre Hospitalier Affilié Universitaire Régional de Trois-Rivières (CHAUR). Un échantillon a été formé incluant l'ensemble des patients sur la liste d'attente du chirurgien plasticien ainsi que les nouveaux cas référés pour une pathologie ou un traumatisme à la main entre décembre 2015 et juin 2016. Les cas étaient pris en ordre de priorité comme fait au cours de la procédure normale. La méthode de recrutement des participants ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion sont décrits en détails dans le deuxième article à la page 54.

### **Procédures**

La figure 1 à la page 56 ainsi que la section Procédures du deuxième article aux pages 56 et 57 expliquent en détails les procédures et le déroulement de l'étude. Lors du rendez-vous pour une consultation à la clinique de plastie, le participant potentiel allait s'enregistrer à l'accueil du CHAUR suivant les démarches usuelles. Par la suite, il était sollicité à participer par une assistante de recherche qui était une personne neutre non impliquée dans les autres étapes du projet. S'il refusait de participer, il était vu par le chirurgien selon la procédure habituelle. S'il acceptait de participer, après la signature du formulaire de consentement, il

remplissait un questionnaire sociodémographique. Par la suite, il était évalué par l'ergothérapeute et ensuite par le chirurgien. À la suite de chacune des évaluations, il complétait un questionnaire de satisfaction pour la rencontre avec chacun des professionnels.

### **Collecte de données**

La collecte de données a été faite avec plusieurs outils détaillés dans le deuxième article aux pages 57 et 58. Un questionnaire sociodémographique était d'abord rempli par le participant (Annexe V) ainsi que le questionnaire French Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (F-Quick DASH). Ensuite, les évaluations cliniques de chacun des professionnels pour confirmer le diagnostic, l'orientation du patient et les recommandations étaient réalisées selon leurs procédures habituelles pour ces clientèles. À la suite de leur évaluation, chacun des professionnels complétait un formulaire pour donner leur opinion sur le diagnostic, l'orientation du traitement et les recommandations immédiatement faites au participant, tel que décrit aux pages 56 et 57. De plus, le participant remplissait aussi un questionnaire confidentiel et anonyme de satisfaction concernant la rencontre avec l'ergothérapeute et le chirurgien, soit la version francophone du Visit-Specific Satisfaction Instrument. La durée totale de la consultation en plastie était plus longue de 40 minutes afin que le participant remplisse l'ensemble des questionnaires.

### **Analyses statistiques**

L'analyse des données est expliquée aux pages 58 et 59 du deuxième article. Des statistiques quantitatives ont été utilisées pour cette étude. Des statistiques descriptives ont été calculées pour décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants. La concordance entre les diagnostics, les options de traitement et les interventions recommandées par chaque professionnel a été déterminée en calculant les pourcentages d'accord inter-juges et le coefficient de Gwet. Un coefficient de corrélation intra-classe (CCI) a été calculé pour vérifier la concordance entre les cotes de satisfaction attribuées par le patient pour les rencontres avec

chaque professionnel et le graphique de Bland-Altman a également été analysé (Bland et Altman, 1990). La taille de l'échantillon désirée pour une marge d'erreur de 10 % est de 100 participants (Gwet, 2014). Pour une marge d'erreur de 5 %, 400 participants seraient nécessaires, ce qui n'est pas réaliste pour l'envergure de l'étude. Des études précédentes en physiothérapie faites dans le même but avaient entre 25 et 120 participants (Aiken et McColl, 2008; Desmeules et al., 2013; MacKay et al., 2009).

Il existe trois échelles de référence différentes pour interpréter le coefficient de Gwet : Landis-Koch en 1977, Fleiss en 1981 et Altman en 1991. Celle d'Altman a été choisie, car elle est plus récente que celle de Landis-Koch et permet une analyse plus fine que celle de Fleiss (Gwet, 2014). L'échelle est graduée comme <0,20 mauvais, 0,21 à 0,40 faible, 0,41 à 0,60 modéré, 0,61 à 0,80 bon et 0,81 à 1,00 très bon. Par contre pour que l'interprétation du coefficient soit bonne, il faut une marge d'erreur petite. De plus, plus il y a de participants et de catégories, plus le coefficient est précis (Gwet, 2014).

## **Considérations éthiques**

Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (numéro du certificat: CER-15-217-07.05) ainsi que par le Comité d'éthique de la recherche du CHAUR (CÉR-2015-017-01). La lettre de recrutement et le formulaire d'information et de consentement sont présentés aux annexes VI et VII respectivement. Pour préserver le consentement libre des participants, la présentation et l'explication du projet de recherche ainsi que l'obtention de la signature du formulaire de consentement étaient assurés par une personne neutre qui n'était pas impliquée dans les autres étapes du projet. La lettre d'information qui était présentée au participant décrit les objectifs de l'étude, la tâche demandée au participant, les risques, les inconvénients, les bénéfices, le respect de la confidentialité ainsi que la mention de la participation volontaire et de la possibilité de se retirer en tout temps sans aucun inconvénient. Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche, soit environ 40 minutes, aucun risque ni inconvénient n'était associé à la participation. Aucune compensation d'ordre financier n'a été accordée. Les participants ne

retiraient aucun bénéfice personnel de leur participation à ce projet de recherche. Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Les résultats de l'étude qui sont diffusés dans le mémoire et par des présentations orales et, éventuellement par la publication d'un article, ne permettent pas d'identifier les participants. Afin de préserver l'identité et la confidentialité de ces renseignements, les participants ont été identifiés par un numéro de code. La clé du code reliant le nom au dossier de recherche est conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche. Les dossiers sont conservés sous clé au local 3817 Santé à l'Université du Québec à Trois-Rivières. De plus, les documents informatisés sont protégés par un mot de passe. Les personnes y ayant accès seront l'étudiante-chercheuse Mélissa Laliberté, Valérie Poulin, Martine Brousseau et le chercheur affilié G. Emmanuel Salib.

## **CHAPITRE 4**

### **Article de recherche 1**

L'article de recherche intitulé «*Validation des compétences avancées des ergothérapeutes en thérapie de la main*» a été écrit par Mélissa Laliberté, Valérie Poulin, Martine Brousseau et G. Emmanuel Salib. L'article a été soumis à la Revue francophone de recherche en ergothérapie le 27 février 2017 et il a été accepté à la suite de corrections mineures le 18 octobre 2017 (voir Annexe VIII).

### **Contribution des auteurs**

Cet article scientifique décrit la première étude de ce mémoire. Mélissa Laliberté a rédigé l'ensemble de l'article avec l'aide de ses deux directrices qui ont révisé l'article et approuvé le résultat final. Le Dr G. Emmanuel Salib a aussi contribué au développement du projet et à l'élaboration du questionnaire avec la liste des compétences et a révisé l'article. La collecte de données et l'analyse des résultats ont été faites par l'étudiante-chercheuse et supervisées par ses directrices.

## **Validation des compétences avancées des ergothérapeutes en thérapie de la main**

Mélissa Laliberté, B. Sc. ergothérapie, étudiante à la maîtrise en sciences biomédicales, Université du Québec à Trois-Rivières, ergothérapeute à la clinique de la main, Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et étudiante au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et en intégration sociale

Valérie Poulin, erg., Ph.D., Professeure régulière au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, et chercheuse au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et en intégration sociale

Martine Brousseau, erg., Ph.D., Professeure titulaire au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

G. Emmanuel Salib, MD, MSc, FRCSC, Chirurgie Plastique et Reconstructive, Centre hospitalier affilié universitaire régional, Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Professeur adjoint de clinique, Faculté de médecine, Département de chirurgie, Université de Montréal

## Résumé

**Introduction.** Les lésions musculo-squelettiques à la main et au poignet posent des défis importants pour l'organisation des services. L'un de ceux-ci concerne les importants délais d'attente pour la consultation des médecins spécialistes (Dubé-Linteau, Lecours, Lévesque, Pineault, et Tremblay, 2013). Une solution à ces défis passe par le développement des compétences avancées dans une perspective d'organiser les services autrement (Nelson et al., 2014). Celles-ci comprennent les connaissances et les habiletés nécessaires pour des activités effectuées dans la pratique qui vont plus loin que les responsabilités usuelles (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012). L'étude vise à valider les compétences nécessaires à la pratique avancée de l'ergothérapie en thérapie de la main. **Méthode.** Une enquête à l'aide d'un questionnaire électronique a été réalisée pour la validation des compétences par des experts. Le questionnaire a été développé en se basant sur le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada et la recension des écrits sur les pratiques avancées en thérapie de la main. Ce questionnaire électronique sur les compétences avancées a été rempli par 24 ergothérapeutes travaillant en thérapie de la main dans des milieux de pratique privé et public. **Résultats.** Les résultats montrent que les ergothérapeutes valorisent plusieurs compétences avancées dans ce domaine. Les participants sont en accord avec une prise en charge en amont du chirurgien en vue d'un accès plus rapide aux services aux patients pour certains diagnostics tels que les tendinites, les entorses aux doigts et la déformation en boutonnière. **Conclusion.** Les résultats apportent un éclairage sur les perceptions des ergothérapeutes sur la pratique avancée et fournissent des pistes de réflexion pour guider la formation et le développement des compétences en vue d'une telle pratique.

**Mots clés :** ergothérapie, compétence clinique, thérapie de la main, pratique avancée

## **Abstract**

**Introduction:** Hand and wrist musculoskeletal injuries pose major challenges for health care service delivery. One of them is the important wait delay for a first appointment with a specialist for services (Dubé-Linteau et al., 2013). A solution to these challenges is the development of advanced competencies with a view to organizing services differently (Nelson et al., 2014). Advanced competencies involve specialized knowledge and skills needed for activities that go beyond the usual responsibilities assumed by occupational therapists (OTs) (Canadian Association of Occupational Therapists, 2012). This study aimed to validate the competencies required for advanced scope of practice for OTs in hand therapy. **Methods:** An online survey was conducted for peer validation of the advanced competencies. The questionnaire was based on the Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada and the results from our literature review on advanced scope of practice in hand therapy. The online survey on advanced competencies was completed by 24 OTs working in hand therapy in private and public settings. **Results:** The results suggest that OTs value several advanced competencies in hand therapy. Participants agree with the development of advanced practice OT roles to provide earlier access to services for patients with some diagnoses such as tendinitis, finger sprain and boutonnière deformity. **Conclusion:** The results provide insight into OTs' perceptions about advanced scope of practice and offer some useful guidelines to support the development of advanced competencies for OTs working in hand therapy.

*Key words:* occupational therapy, clinical competence, hand therapy, advanced practice

## **Introduction**

Les lésions musculo-squelettiques à la main et au poignet représentent un enjeu important de santé en raison de leur fréquence et des conséquences pour les personnes affectées (Weiss, 2005). Entre 2009 et 2010, selon Statistique Canada, 17,3 % des blessures au Canada se situaient au niveau des mains ou des poignets (Billette et Janz, 2011). Ce nombre élevé de personnes ayant une atteinte à la main, que celle-ci soit majeure ou mineure, crée une pression énorme sur l'organisation des services. Le délai d'attente pour un premier rendez-vous avec un médecin spécialiste s'avère long et a d'ailleurs augmenté au cours des dix dernières années. En effet, selon Statistique Canada, 17 % des gens attendent actuellement plus de trois mois pour une première consultation chez un spécialiste comparativement à 13 % en 2005. Ce délai d'attente pour les personnes atteintes de lésions musculo-squelettiques représente aussi un enjeu important d'autant plus que les blessures entraînent des conséquences et des difficultés dans les activités quotidiennes. En 2009-2010, 4,27 millions de Canadiens étaient limités dans leurs activités quotidiennes en raison de leurs blessures (Billette et Janz, 2011).

Or, la pression exercée sur le système de santé pour les problèmes de la main amène à se questionner pour une organisation différente de ces services. À cet égard, Nelson et ses collaborateurs (Nelson et al., 2014), à la tête d'un comité d'experts sur l'organisation du système de soins de santé du Canada, proposent la contribution des professionnels de la santé pour repenser les services et répondre aux besoins des personnes, des communautés et de la population. Ils expliquent que :

des rôles doivent être clairement définis au sein de l'équipe en fonction des besoins du service et de l'éventail des capacités, de la formation et de l'expérience des membres de l'équipe. Le principe fondamental en jeu consiste à harmoniser les champs d'exercices aux contextes de soins de collaboration de manière à atteindre les objectifs collectifs de l'équipe (Nelson et al., 2014, p.69).

Par ailleurs, l'expertise des ergothérapeutes auprès des personnes atteintes de lésions musculo-squelettiques à la main est l'une de celles développées depuis le plus longtemps (McMillan, 2011). Cette expertise se concrétise par l'évaluation de la fonction de la main, par

la fabrication d'orthèse, mais surtout par l'habilitation des personnes à mieux fonctionner dans leurs occupations ou leurs activités. C'est pourquoi les ergothérapeutes, en sollicitant des compétences avancées, sont bien positionnés pour assumer des responsabilités accrues afin d'offrir des services répondant aux besoins des personnes concernées.

Dans un souci de contribuer à une meilleure organisation des services, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) propose le recours à des pratiques avancées (d'où le vocable de compétences avancées (von Zweck, 2012)). Celles-ci

comprennent les connaissances, ..., et les habiletés requises pour des activités effectuées dans la pratique de l'ergothérapie qui vont au-delà de l'étendue des responsabilités assumées traditionnellement par les ergothérapeutes. Celles-ci ne sont pas acquises durant la formation en ergothérapie, mais durant des formations spécifiques et par l'expérience (ACE, 2012, p.16).

## **Recension des écrits**

Au Canada, un programme de formation prépare des ergothérapeutes ou des physiothérapeutes à une pratique avancée, mais seulement pour une clientèle arthritique (Passalent et al., 2013). Passalent et ses collaborateurs (2013) ont réalisé l'évaluation de ce programme de formation. Un des résultats de l'étude démontre que le programme de formation fait valoir la planification des services et la prestation des soins pour une clientèle arthritique. Par ailleurs, aux États-Unis, il existe aussi une formation complémentaire de thérapeute de la main certifié (CHT) qui peut être acquise par des ergothérapeutes ou des physiothérapeutes. Bien que cette formation puisse apporter des connaissances approfondies sur les problèmes aux mains, elle ne met pas en perspective les compétences nécessaires à cette pratique par les ergothérapeutes. Compte tenu de cet intérêt et de cette expertise auprès d'une clientèle ayant des atteintes à la main, Ellis, Kersten et Sibley (2005), dans une étude Delphi, ont validé la formation et les compétences requises pour exercer une pratique avancée en thérapie de la main. Leur étude a ciblé une clientèle présentant des problématiques orthopédiques. Ainsi, les compétences identifiées pour exercer auprès de cette clientèle ne sont pas généralisables à tous

les aspects de la thérapie de la main. Entre autres, elle ne prenait pas en compte certaines affections en rhumatologie et en maladies musculo-squelettiques comme l'arthrose dont les répercussions dans le quotidien sont particulièrement importantes. Notons aussi que cette étude portait sur les compétences communes à l'ensemble des professionnels exerçant en thérapie de la main et ne s'attardait pas spécifiquement à la pratique de l'ergothérapie.

Les pratiques avancées en ergothérapie demeurent encore peu explorées, mais certains travaux prometteurs abordant notamment la prise en charge de la clientèle ayant des problèmes aux mains ont été effectués au cours des dernières années. Entre autres, dans une étude britannique, Rose et Robert (2009) ont rapporté des impacts positifs de l'implantation de services par deux ergothérapeutes aux pratiques avancées. Elles ont mis en place des interventions auprès de clients en attente d'une consultation avec un médecin spécialiste pour un syndrome du tunnel carpien ou de l'ostéoarthrose trapézo-métacarpienne. L'évaluation de cette nouvelle organisation des services a suggéré une amélioration de la trajectoire de soins des patients avec un accès plus rapide aux services, mais d'autres études demeurent nécessaires pour évaluer l'efficacité des interventions des ergothérapeutes aux rôles avancés dans ce domaine (Rose et Probert, 2009). Une étude rétrospective en Australie a aussi documenté les effets de l'implantation d'un suivi par des ergothérapeutes d'expérience avant la consultation avec des chirurgiens pour les syndromes du tunnel carpien, l'ostéoarthrose trapézo-métacarpienne, les doigts gâchettes et les tendinites de De Quervain. Les résultats démontrent une amélioration de l'accès aux services, une diminution du taux de chirurgie pour les gens ayant reçu le suivi en ergothérapie et une diminution du délai d'attente (O'Brien, Hardman, et Goldby, 2013). Ces études suggèrent donc des résultats prometteurs de ce modèle d'organisation des services, mais il persiste un besoin de mieux comprendre les compétences requises par l'ergothérapeute et de mieux documenter et valider l'utilisation de cette pratique avancée dans un contexte québécois auprès de patients ayant des pathologies de la main.

Somme toute, bien que les études réalisées à ce jour fournissent plusieurs pistes utiles pour guider la pratique avancée en thérapie de la main, elles ne permettent pas de définir clairement les compétences requises et celles mises en application par l'ergothérapeute exerçant une pratique avancée auprès de personnes présentant différents problèmes à la main.

La question qui se pose est de savoir si les ergothérapeutes ont des compétences avancées dans le domaine de la pathologie de la main et si, en les déployant, ils répondraient aux besoins des patients et pourraient contribuer à réorganiser les services ? Pour vérifier les compétences et l'intérêt des ergothérapeutes à développer une pratique avancée en thérapie de la main et prendre part à une nouvelle organisation des services, il apparaît donc important de s'assurer auprès d'un groupe d'experts, autant dans la pratique publique que privée, des compétences avancées qui sont actuellement développées et qui seraient pertinentes dans ce domaine de soins ainsi que les facilitateurs et obstacles à la mise en place d'une telle pratique.

## **Méthode**

### **Devis**

Il s'agit d'une enquête à l'aide d'un questionnaire autoadministré en ligne spécialement conçu pour la présente étude, qui a été menée auprès d'un groupe d'experts soit des ergothérapeutes travaillant en thérapie de la main dans des milieux de pratique privé et public au Québec. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

### **Participants**

Un échantillon de convenance a été retenu afin d'avoir l'avis d'ergothérapeutes chevronnés en thérapie de la main et ainsi bien représenter la clientèle à l'étude (Fortin, 2010). Les experts ont été choisis selon leur compétence et leur expérience dans le domaine ainsi que leur désir de participer (Goodman, 1987; Hasson et al., 2000). Les participants potentiels ont été identifiés par les réseaux de contacts des chercheurs (ex. : réseau établi lors de la participation à des formations sur la thérapie de la main) et par la méthode boule de neige. Cette méthode a été utilisée pour permettre de rejoindre le plus d'ergothérapeutes possibles avec de l'expérience en thérapie de la main. Le contact initial a été effectué par courriel à des ergothérapeutes qui

travaillent en thérapie de la main soit dans le secteur public ou privé de cinq villes du Québec. Ceux-ci ont ensuite été invités à transmettre l'invitation à participer à l'étude à leurs collègues-ergothérapeutes. Il y a eu 40 envois et deux relances à 4 semaines d'intervalle. Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient être des ergothérapeutes travaillant depuis au moins 2 ans auprès de la clientèle en thérapie de la main afin d'avoir l'avis d'ergothérapeute possédant de l'expérience dans le domaine. Les personnes ne pouvant pas lire le français ont été exclues. Les personnes intéressées à participer remplissaient le questionnaire une seule fois au moment qui leur convenait.

## **Développement du questionnaire**

Ce questionnaire a été développé à partir de la recension des écrits sur la pratique avancée en thérapie de la main et aussi en s'appuyant sur le référentiel canadien des compétences des ergothérapeutes (ACE, 2012). Il a été conçu selon les lignes directrices de Dillman, Smyth et Christian (2014). Le questionnaire est composé d'une courte section incluant des données sociodémographiques, suivie d'une section portant sur les compétences requises pour la pratique avancée. En plus, d'autres éléments pertinents à la pratique avancée ont été documentés : les formations nécessaires, les facilitateurs, les obstacles et les diagnostics pouvant être pris en charge directement par l'ergothérapeute détenant des compétences avancées (voir le questionnaire à l'Annexe II).

En ce qui concerne spécifiquement la section sur les compétences, celles-ci ont été identifiées dans les études antérieures comme les plus importantes pour la pratique avancée en thérapie de la main (Ellis et al., 2005; Rose et Probert, 2009), puis elles ont été reliées avec les compétences chevronnées du Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2012), les compétences des CHT aux États-Unis (Muenzen et al., 2002) ainsi que les compétences des résidents de deuxième année en chirurgie plastique (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2014). Les compétences des résidents de deuxième année en chirurgie plastique ont été incluses afin de donner une ouverture sur les compétences qui pourraient potentiellement être partagées avec les ergothérapeutes. Toutes ces compétences ont été mises en commun pour mettre en lumière les compétences avancées spécifiques aux ergothérapeutes en thérapie de la

main (voir Annexe I). Celles-ci ont été classées selon les catégories de compétences cliniques, de gestionnaire de la pratique, de collaborateur, de communicateur, d'application des connaissances et liées au développement et à l'évaluation de la pratique en thérapie de la main. Pour chacune des compétences, le participant devait se prononcer sur la pertinence de l'inclure en exprimant son degré d'accord à l'aide d'une échelle de type Likert à sept niveaux (1 étant totalement en désaccord et 7 étant totalement en accord).

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

## **Analyse des données**

Les statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques de l'échantillon de participants et pour analyser les résultats. Les données obtenues avec un dispositif de type Likert ont été combinées en trois catégories : en accord, neutre et en désaccord, puis des pourcentages ont été calculés pour identifier le pourcentage de participants en accord. Quant aux données qualitatives, elles ont été analysées par une analyse de contenu (Landry, 1997). En premier lieu, les verbatim des participants ont été transcrits pour toutes les questions. Puis, la lecture de chacun des verbatim et une codification des données ont été faites. Par la suite, l'analyse de contenu a donné lieu aux thèmes principaux. Les données des participants ont été comparées pour ressortir les thèmes prédominants.

## **Résultats**

### **Participants**

Vingt-quatre personnes ont répondu au questionnaire. Le taux de participation était de 60 %. L'âge moyen des participants était de 40,3 ans ( $\pm 9,7$ ) et ils avaient en moyenne 11,2

années d'expérience clinique ( $\pm 9,2$ ). Le tableau I montre les données sociodémographiques des participants à l'étude ainsi que le nombre de participants qui font des tâches liées à des pratiques avancées.

Tableau I. Données sociodémographiques des participants à l'étude

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

<sup>a</sup>23 participants ont répondu à cette question.

<sup>b</sup>21 participants ont répondu à cette question.

## Perceptions des compétences requises pour la pratique avancée

Les sections qui suivent présentent les résultats sur la validation des compétences. Le Tableau II rapporte les pourcentages de participants en accord avec chacune des compétences.

Tableau II. Perceptions des compétences requises pour la pratique avancée (n=22 participants)

<b>Compétences cliniques</b>	<b>% participants en accord</b>
Connaître les besoins psychologiques et sociaux pour la clientèle en thérapie de la main	100
Connaître les traitements possibles pour les pathologies reliées à la main autant chirurgicaux que conservateurs	100
Avoir une connaissance approfondie de l'anatomie de surface et interne ainsi que la physiologie pour tout le membre supérieur (système vasculaire, musculo-squelettique, nerveux et cutané)	100
Connaître les pathologies reliées au membre supérieur et leurs symptômes reliés	100
Identifier rapidement les enjeux dans les activités quotidiennes et importantes de la personne.	95
Travailler de façon autonome avec une clientèle en thérapie de la main.	95
Connaître l'anatomie et les aspects physiologiques reliés aux procédures chirurgicales	95
Connaître les procédures chirurgicales pertinentes en thérapie de la main	95
Connaître les signes précoces des maladies et les facteurs de risque associés	95
Diriger à titre d'expert la clinique spécialisée en thérapie de la main : responsable de faire des évaluations, de la gestion clinique et le suivi des patients.	91
Être en mesure de cibler les situations où il faut référer à d'autres spécialistes ou professionnels.	91
Être en mesure d'offrir des thérapies alternatives au client en faisant preuve d'innovation.	90
Donner congé au patient sans qu'il ait vu le médecin	86
Demander des investigations pertinentes à la condition du patient	82
Prendre des décisions cliniques pour le patient sans se référer à un médecin	73
Émettre des recommandations quant au retour au travail sans qu'il ait vu le médecin	59
Connaître la base des actions pharmacologiques des analgésiques et leur utilisation.	59
Connaître les principaux médicaments utilisés en thérapie de la main	59
Diagnostiquer et orienter le traitement pour les atteintes à la main	55
Interpréter les résultats des investigations pour déterminer le traitement approprié	55
Utiliser des protocoles pour toutes les tâches hors du champ de pratique	52
Faire un plan de traitement intégré incluant l'ergothérapie, la physiothérapie et la gestion médicale et chirurgicale et en faire part à l'équipe.	50
Reconnaître les indications et contre-indications pour les radiographies, les prises de sang ou autres investigations	50
Poser un diagnostic en utilisant l'évaluation clinique et les résultats des investigations	36
Prescrire de la médication précise pour une problématique ou un diagnostic prédéterminé	18
<b>Compétences de gestionnaire de la pratique</b>	
Gérer la durée d'une consultation selon le degré de complexité du problème	95
Utiliser les ressources du système de santé de façon appropriée	89
Établir un plan d'effectifs nécessaires pour répondre à la demande en soins spécialisés en thérapie de la main	79
Prioriser les demandes de consultation pour la clinique spécialisée en thérapie de la main	70
Administrer un budget pour la clinique spécialisée en thérapie de la main	42
Prioriser les patients sur la liste d'attente pour une chirurgie élective	30
Faire une liste de patients pour les chirurgies	15
<b>Compétences de collaborateur</b>	
Collaborer avec les chirurgiens, les gestionnaires, les ergothérapeutes et autres professionnels afin de mener à bien le parcours du patient.	100
Diriger l'équipe de soins en thérapie de la main et promouvoir l'efficacité de l'équipe	32
<b>Compétences de communicateur</b>	
Communiquer aux patients les différentes options de traitement	90
Être capable de décrire clairement la procédure chirurgicale au patient et à sa famille	75
Communiquer clairement au client les bénéfices et les risques de la chirurgie avec un degré de risque	63

<b>Compétences d'application des connaissances</b>	
Faire de l'enseignement à d'autres professionnels sur les pathologies de la main et leurs symptômes	95
Identifier les faiblesses dans le savoir clinique ou les compétences et initier des démarches pour apporter les améliorations nécessaires	90
Effectuer des vérifications afin de comparer la performance de la clinique spécialisée en thérapie de la main par rapport aux meilleures pratiques basées sur les données probantes	89
<b>Compétences liées au développement et à l'évaluation de la pratique en thérapie de la main</b>	
Entreprendre et mener le développement de la pratique en ergothérapie pour la clientèle de thérapie de la main	95
Évaluer la pratique clinique pour la clientèle en thérapie de la main selon des objectifs avec des critères de performance prédéterminés	79

Les compétences cliniques avec lesquelles les participants sont le plus en accord sont des compétences faisant partie des responsabilités des ergothérapeutes, appliquées à la thérapie de la main comme *identifier rapidement les enjeux dans les activités quotidiennes et importantes de la personne* (95 %) ou toutes celles concernant les connaissances de l'anatomie (100 %), des pathologies (100 %), des besoins psychologiques et sociaux (100 %) ainsi que des traitements possibles avec cette clientèle (100 %). Une compétence qui n'est pas habituelle dans la pratique des ergothérapeutes et avec laquelle 82 % des participants étaient en accord est de *demander des investigations pertinentes à la condition du patient*. Aussi, une autre compétence où les ergothérapeutes étaient d'accord à 86 % était de *donner congé au patient sans qu'il ait vu le médecin*. D'autre part, deux compétences réservées aux médecins n'ont pas été appuyées par les participants : *poser un diagnostic en utilisant l'évaluation clinique et les résultats des investigations* (36 %) et *prescrire de la médication précise pour une problématique ou un diagnostic prédéterminé* (18 %).

Ensuite, tel que le montre le tableau II, deux compétences de gestionnaire de la pratique sont ressorties avec un fort pourcentage : *gérer la durée d'une consultation selon le degré de complexité du problème* (95 %) et *utiliser les ressources du système de santé de façon appropriée* (89 %). Par contre, les compétences suivantes n'ont pas eu un fort pourcentage de participants en accord : *prioriser les patients sur la liste d'attente pour une chirurgie élective* (30 %) et *faire une liste de patients pour les chirurgies* (15 %).

En ce qui concerne la compétence de collaborateur, l'ensemble des participants sont en accord de collaborer avec les chirurgiens et autres professionnels (100 %), mais ils sont peu d'accord pour diriger l'équipe de soins en thérapie de la main (32 %). Quant aux autres

compétences, soit celles de communicateur, d'application des connaissances et les compétences liées au développement et à l'évaluation de la pratique, elles suscitent toutes fortement l'appui des participants.

### Secteur public et privé

La perception des participants par rapport aux compétences requises pour la pratique avancée diffère qu'ils soient des travailleurs dans le secteur public ou privé. Par exemple, tous les participants du secteur privé sont en accord avec la compétence de *prendre des décisions cliniques pour le patient sans se référer à un médecin* alors que ce n'est le cas que pour 60 % des participants dans le secteur public. D'autres différences de perceptions pour d'autres compétences sont répertoriées dans le Tableau III.

Tableau III. Différences de perceptions sur les compétences nécessaires à la pratique avancée entre les secteurs public et privé

Compétences	Privé (n= 7) (% de participants en accord)	Public (n = 16) (% de participants en accord)
Prendre des décisions cliniques pour le patient sans se référer à un médecin	100	60
Demander des investigations pertinentes à la condition du patient	100	73
Diagnostiquer et orienter le traitement pour les atteintes à la main	71	47
Interpréter les résultats des investigations pour déterminer le traitement approprié	71	47
Émettre des recommandations quant au retour au travail sans qu'il ait vu le médecin	29	67
Être capable de décrire clairement la procédure chirurgicale au patient et à sa famille	50	86
Faire un plan de traitement intégré incluant l'ergothérapie, la physiothérapie et la gestion médicale et chirurgicale et en faire part à l'équipe	28	60

## Formation nécessaire à la pratique avancée

Lorsque questionnés sur la formation nécessaire à la pratique avancée, 90 % des participants rapportent être en accord avec le fait de suivre de la formation continue concernant l'évaluation et le traitement de la clientèle en thérapie de la main. Environ la moitié des participants jugent également que la formation peut être acquise par de l'apprentissage autonome (53 %) ou par le mentorat avec un chirurgien (47 %). En ce qui concerne l'expérience clinique, 58 % des participants s'entendent pour dire qu'il en faut plus de 3 ans pour pouvoir exercer une pratique avancée (Tableau IV).

Tableau IV. Perceptions des participants sur la formation nécessaire à une pratique avancée (n=19)

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

## Facilitateurs et obstacles

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

## **Prise en charge en ergothérapie avant le chirurgien**

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

Tableau V. Pourcentage de participants en accord avec une prise en charge de l'ergothérapeute pour l'orientation du traitement (pour chaque diagnostic) (n=19)

<b>Diagnostics</b>	<b>Pourcentage de participants en accord (%)</b>
Ankylose des doigts post-trauma ancien	100
Boutonnière	95
Doigt à gâchette	89
Arthrose trapézo-métacarpienne du pouce	79
Doigt en maillet	79
Tendinite de De Quervain	79
Syndrome du tunnel carpien	74
Brûlures mineures aux mains	68
Entorse d'une articulation d'un doigt	68
Tendinite extenseur-fléchisseur poignet-doigts	68
Polyarthrite rhumatoïde	63
Préopératoire d'une lésion nerveuse	63
Préopératoire trapézectomie	63
Entorse au poignet	58
Fracture de la houppe (3e phalange)	58
Névrite cubitale	58
Préopératoire d'une lésion tendineuse	58
Amputation d'un doigt	47
Luxation d'une articulation d'un doigt	42
Blessure au lit de l'ongle	37
Doigt en maillet avec fracture	37
Maladie de Dupuytren	37
Diagnostic non spécifié ou non clarifié	35
Fracture d'un métacarpe	21
Fracture d'une phalange	21
Fracture du poignet	16
Infection de la main	5

## Discussion

Cette étude a permis de valider les compétences avancées des ergothérapeutes en thérapie de la main auprès d'un groupe d'experts. Les résultats montrent que les ergothérapeutes valorisent plusieurs compétences avancées dans chacune des catégories (c'est-à-dire parmi les compétences cliniques, d'application des connaissances, liées au développement et à l'évaluation de la pratique, de communicateur, de gestionnaire de la pratique et de collaborateur). En particulier, ces compétences se rattachent aux connaissances à acquérir, à l'autonomie de la pratique et à l'enseignement au client.

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

Parallèlement, les résultats suggèrent que les ergothérapeutes seraient prêts à prendre en charge directement certaines personnes sans que le chirurgien les ait vues particulièrement pour certaines blessures mineures et facilement traitables en ergothérapie. C'est le cas notamment de certaines blessures qui requièrent rarement des interventions chirurgicales et qui peuvent être traitées avec des interventions ergothérapeutiques. Par exemple, l'ankylose des doigts post-traumatique, la boutonnière et la tendinite de De Quervain sont des diagnostics où les chirurgiens plastiques interviendront que très rarement avec une chirurgie (Rayan et Akelman, 2011). Le doigt en maillet est quant à lui principalement traité avec le port d'une orthèse et de l'enseignement (Jacobs et Austin, 2003). Le doigt gâchette et l'arthrose trapézo-métacarpienne du pouce peuvent aussi être traités en premier lieu avec un traitement conservateur et de l'enseignement et, en second lieu, par des infiltrations et des chirurgies qui peuvent avoir lieu si les incidences sur les occupations sont rendues trop importantes (Weiss, 2005). Ceci illustre de façon concrète certaines contributions possibles de l'ergothérapeute dans la prise en charge des troubles de la main et qui contribueraient à une trajectoire efficiente des patients, à l'accès plus rapide aux services et à la diminution des délais d'attente tout comme le suggéraient O'Brien et ses collaborateurs (2013), Rose et Probert (2009) ainsi que Saxon, Gray et Oprescu (2014). La pratique avancée apparaît donc possible avec ces diagnostics précis, en excluant les diagnostics de fractures et d'infection à la main puisqu'ils nécessitent une évaluation médicale plus importante, la prescription de médication et qu'ils ont un impact plus majeur sur la santé de la personne.

Bien que les ergothérapeutes valorisent plusieurs compétences avancées en thérapie de la main, il apparaît néanmoins que l'exercice de ces compétences doit respecter un cadre et concorder avec les valeurs de la profession : les ergothérapeutes sont prêts à déployer plusieurs compétences dites avancées, mais pas nécessairement pour l'ensemble des diagnostics traités en thérapie de la main. Les résultats suggèrent que les ergothérapeutes ont le souci de travailler dans le champ d'exercice de l'ergothérapie en respectant le cadre légal de la profession. Ils ne veulent pas dénaturer leur travail et devenir des professionnels qui n'exécutent des tâches que pour aider les médecins qui sont surchargés. Ceci pourrait possiblement expliquer le fait qu'ils ne soient pas d'accord de poser des diagnostics ou de prescrire de la médication, ni de faire la gestion de listes d'attente pour les chirurgiens. D'un autre côté, il est possible que les

ergothérapeutes affichent un manque de confiance, puisqu'ils se refusent à poser un diagnostic ou prescrire une médication, alors qu'ils se sentent autonomes dans la prise de décisions pour certains diagnostics, ce qui démontre justement qu'ils connaissent les meilleurs traitements pour leur prise en charge.

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

Les résultats font aussi valoir des différences entre les répondants du secteur public et du secteur privé. Ce résultat n'est pas surprenant car des différences existent au plan du travail d'équipe, de l'accès à l'information et de la disponibilité des chirurgiens. Le fait de pouvoir prendre des décisions cliniques pour le patient sans l'avis du médecin dans une pratique avancée apparaît pertinent pour les ergothérapeutes du secteur privé, tout comme le diagnostic et l'orientation du traitement, la demande d'investigations supplémentaires et l'interprétation de celles-ci. Toutefois, l'organisation du travail est différente dans le secteur public; l'autorisation des médecins comme chef d'équipe rendant ainsi plus complexe le déploiement de ces

compétences avancées. Les ergothérapeutes du secteur public sont par contre plus favorables à des plans de traitement en équipe, l'explication au patient du protocole des procédures chirurgicales et la formulation de recommandations sur le retour au travail. Ceci peut être expliqué par une collaboration plus étroite avec le chirurgien en milieu hospitalier. D'autre part, le nombre années d'expérience et le nombre de formations en thérapie de la main des ergothérapeutes ont un rôle à jouer peu importe le milieu de pratique.

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

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

## **Conclusion**

La pratique avancée demeure un terrain à explorer en ergothérapie. Les écrits sur le sujet demeurent limités, donc il est pertinent de pousser plus loin les recherches particulièrement dans le domaine de la thérapie de la main où l'accès aux soins pour les patients pourrait être amélioré. D'ailleurs, il y a un développement des pratiques avancées auprès des personnes présentant des atteintes musculo-squelettiques dans d'autres professions comme les physiothérapeutes qui font

du triage en orthopédie. Les ergothérapeutes ont leur place pour exercer des pratiques avancées vue la prise en compte de la personne globalement. Il est cependant primordial de bien l'encadrer. Il ne faut pas dénaturer le travail de l'ergothérapeute, mais plutôt le bonifier et le faire valoir encore plus. Ces résultats fournissent des pistes de réflexion utiles pour guider la formation et le développement des compétences en vue d'une telle pratique dans ce domaine précis de l'ergothérapie. Une pratique avancée en ergothérapie auprès des personnes avec des atteintes à la main pourrait amener une réorganisation des services offerts à ces personnes et potentiellement diminuer les temps d'attente en vue de mieux répondre aux besoins de la population.

## Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Billette, J.-M., et Janz, T. (2011). *Les blessures au Canada : Un aperçu des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Statistique Canada*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11506-fra.htm#a8>
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2014). *Objectifs de la formation spécialisée pour les fondements chirurgicaux*. Repéré à : [https://www.google.ca/?gfe\\_rd=cretei=CeGtWK3UKaqC8Qeh0omQDQ#q=Coll%C3%A8ge+royal+des+m%C3%A9decins+et+chirurgiens+du+Canada.+.\(2014\).+Objectifs+de+la+formation+sp%C3%A9cialis%C3%A9e+pour+les+fondements+chirurgicaux.](https://www.google.ca/?gfe_rd=cretei=CeGtWK3UKaqC8Qeh0omQDQ#q=Coll%C3%A8ge+royal+des+m%C3%A9decins+et+chirurgiens+du+Canada.+.(2014).+Objectifs+de+la+formation+sp%C3%A9cialis%C3%A9e+pour+les+fondements+chirurgicaux.)
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., et Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed mode surveys: The tailored design method (4th ed.)*. Hoboken, NJ, US: John Wiley et Sons Inc.
- Dubé-Linteau, A., Lecours, C., Lévesque, J.-F., Pineault, R., et Tremblay, M.-È. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation d'un médecin spécialiste : regard sur l'expérience vécue par les Québécois (Vol. 5)*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Ellis, B., Kersten, P., et Sibley, A. (2005). A Delphi study of the role parameters and requirements of extended scope practice in hand therapy. *British Journal of Hand Therapy*, 10(3/4), 80-86.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Goodman, C. M. (1987). The Delphi technique: a critique. *Journal of Advanced Nursing*, 12(6), 729-734. doi:10.1111/j.1365-2648.1987.tb01376.x
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x
- Jacobs, M. A., et Austin, N. M. (2003). *Splinting the hand and upper extremity : principles and process*. Baltimore, MAR: Lippincott Williams et Wilkins.
- Landry, A. (1997). *L'analyse de contenu, recherche sociale : de la philosophie à la collecte des données*. Ste-Foy: Les Presses de l'Université Laval.

- McMillan, I. R. (2011). Assumptions underpinning the biomechanical frame of reference Dans E. Duncan (Ed.) *Foundations for practice in occupational therapy* (5<sup>e</sup> éd. p. 179-193). Edinburgh: Elsevier/Churchill Livingstone.
- Muenzen, P. M., Kasch, M. C., Greenberg, S., Fullenwider, L., Taylor, P. A., et Dimick, M. P. (2002). A new practice analysis of hand therapy. *Journal of Hand Therapy*, 15(3), 215-225.
- Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D., . . . Sketris, I. (2014). *Optimisation des champs d'exercice : de nouveaux modèles de soins pour un nouveau systèmes de soins de santé*. Ottawa : Académie canadienne des sciences de la santé.
- O'Brien, L., Hardman, A., et Goldby, S. (2013). The impact of a hand therapy screening and management clinic for patients referred for surgical opinion in an Australian public hospital. *Journal of Hand Therapy*, 26(4), 318-322. doi: 10.1016/j.jht.2013.06.003
- Passalent, L. A., Kennedy, C., Warmington, K., Soever, L. J., Lundon, K., Shupak, R., . . . Schneider, R. (2013). System integration and clinical utilization of the Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care (ACPAC) Program-Trained Extended Role Practitioners in Ontario: a two-year, system-level evaluation. *Healthcare Policy / Politiques de Santé*, 8(4), 56-70.
- Rayan, G., et Akelman, E. (2011). *The hand. Anatomy, examination, and diagnosis* ( 4e ed) Philadelphia: Lippincott Williams et Wilkins.
- Rose, R., et Probert, S. (2009). Development and implementation of a hand therapy extended scope practitioner clinic to support the 18-week waiting list initiative. *Hand Therapy*, 14(4), 95-104. doi: 10.1258/ht.2009.009016
- Saxon, R. L., Gray, M. A., et Oprescu, F. I. (2014). Extended roles for allied health professionals: an updated systematic review of the evidence. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 479-488. doi: 10.2147/JMDH.S66746
- Tremblay-Boudreault, V., et Dionne, C.E. (2014). L'approche Delphi, Application dans la conception d'un outil clinique en réadaptation au travail en santé mentale Dans Corbière, M., & Larivière, N. *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. (1<sup>re</sup> éd. p. 283-303.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- von Zweck, C. (2012). Advanced competencies in occupational therapy practice. *Occupational Therapy Now*, 14(2), 8-10.
- Weiss, S. R. (2005). *Hand rehabilitation a quick reference guide and review* (2<sup>e</sup> ed.): St. Louis, MO: Elsevier/Mosby.

## Discussion

Le premier objectif de ce mémoire visait à déterminer et valider les compétences nécessaires à la pratique avancée de l'ergothérapeute travaillant auprès de clients présentant des problèmes à la main. L'étude s'y rattachant fait valoir des résultats inédits. Ils montrent que des ergothérapeutes valorisent plusieurs compétences avancées en thérapie de la main. Ceux-ci sont en accord avec une prise en charge en amont du chirurgien en vue d'un accès plus rapide aux services aux patients pour certains diagnostics tels que l'ankylose ancienne, la boutonnière, la tendinite De Quervain, le doigt en maillet, le doigt gâchette et l'arthrose de l'articulation trapézo-métacarpienne. Cette étude est, à ce jour, une des seules études empiriques ayant documenté les compétences avancées en thérapie de la main. Cette première étude converge avec les résultats de l'étude Delphi menée en Angleterre (Ellis, Kersten, et Sibley, 2005). En effet, tout comme Ellis et ses collaborateurs (2005), elle suggère une liste de compétences, de formations requises et de connaissances à avoir pour exercer une pratique avancée. Par contre, leur étude incluait seulement une clientèle orthopédique. L'originalité de la présente recherche réside dans l'inclusion de toutes les clientèles (c'est-à-dire, arthritique, traumatique, pathologique) et dans l'identification de compétences requises spécifiquement dans la pratique de l'ergothérapie.

Les résultats de la présente étude suggèrent que des ergothérapeutes sont favorables au déploiement de différentes compétences avancées en thérapie de la main. Plusieurs de ces compétences seraient d'ailleurs potentiellement applicables dans un contexte où l'ergothérapeute exerce un rôle de triage et de prise en charge précoce, dont celles impliquant l'acquisition de connaissances, la prise de décision autonome et l'enseignement fait au client. En particulier, l'étude fait valoir que plusieurs compétences perçues positivement se rattachent à la connaissance des procédures chirurgicales, la demande d'investigations pertinentes et la communication des différentes options de traitement, dont la chirurgie. L'étude converge avec celle de Desmeules et ses collaborateurs (2012) qui constatent d'ailleurs des compétences attribuées à la pratique avancée en orthopédie pour des physiothérapeutes. Ces compétences apparaissent donc pertinentes à l'application d'une pratique avancée où l'ergothérapeute travaillerait en amont du chirurgien afin de donner un service plus rapide au patient. Puisque les

ergothérapeutes sont en accord avec ces compétences, il devient primordial de documenter l'application de telles compétences en clinique.

De plus, les ergothérapeutes ont ressorti l'importance de la collaboration interprofessionnelle avec le chirurgien ainsi que la formation et le mentorat pour l'application d'une pratique avancée. Les études antérieures recommandent également des pratiques avancées dans un contexte de collaboration et soutenues par la formation des professionnels (Desmeules et al., 2012; Nelson et al., 2014). Mais comment ces compétences pourraient-elles s'actualiser dans un contexte de pratique réelle et de collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et le chirurgien plasticien ? Il importe de valider ce modèle de soins où la formation et la collaboration sont primordiales, et ce, en comparant réellement les décisions qui seraient prises par l'ergothérapeute et le chirurgien.

Les résultats obtenus font ainsi valoir la nécessité d'étudier l'application de ces compétences avancées dans des situations cliniques réelles pour valider ce nouveau modèle de soins. Par exemple, il est possible de se demander à quel point les décisions de l'ergothérapeute et du chirurgien convergeraient quant à la confirmation du diagnostic, l'orientation du traitement et les recommandations faites, d'où la pertinence de la seconde étude décrite au chapitre 3, qui vise à déterminer la concordance quant à la confirmation du diagnostic, aux options de traitements et aux recommandations de l'ergothérapeute et du chirurgien plasticien, ainsi que la satisfaction des patients concernant la réponse à leurs besoins.

## **CHAPITRE 5**

### **Article de recherche 2**

L'article de recherche intitulé «Validation d'une pratique avancée en thérapie de la main : concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien plasticien» a été écrit par Mélissa Laliberté, Valérie Poulin, Martine Brousseau et G. Emmanuel Salib. L'article sera soumis à la revue Hand Therapy après en avoir fait la traduction anglaise.

### **Contribution des auteurs**

Cet article scientifique fait partie de la deuxième étude de ce mémoire. Mélissa Laliberté a rédigé l'ensemble de l'article avec l'aide de ses deux directrices qui ont révisé l'article et approuvé le résultat final. Le chercheur affilié G. Emmanuel Salib a généré l'idée principale à la base du projet et il a participé à la collecte de données en étant le chirurgien de l'étude. Il a aussi révisé l'article. Mélissa Laliberté a mené la collecte de données (en collaboration avec G. Emmanuel Salib) ainsi que l'analyse des résultats sous la supervision de ses directrices.

## **Validation d'une pratique avancée en thérapie de la main : concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien plasticien**

Mélissa Laliberté, B. Sc. ergothérapie, étudiante à la maîtrise en sciences biomédicales, Université du Québec à Trois-Rivières, ergothérapeute à la clinique de la main, Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et étudiante au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et en intégration sociale

Valérie Poulin, erg., Ph.D., Professeure régulière au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, et chercheuse au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et en intégration sociale

Martine Brousseau, erg., Ph.D., Professeure titulaire au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

G. Emmanuel Salib, MD, MSc, FRCSC, Chirurgie Plastique et Reconstructive, Centre hospitalier affilié universitaire régional, Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Professeur adjoint de clinique, Faculté de médecine, Département de chirurgie, Université de Montréal

## Résumé

**Introduction** : La prise en charge des personnes ayant une atteinte à la main pose des défis pour l'organisation des services, dont notamment les délais d'attente pour la consultation avec un médecin spécialiste. Or, cela amène à se questionner pour une organisation différente de ces services. L'intervention précoce des professionnels de la santé exerçant des pratiques avancées peut favoriser la réduction du temps d'attente et apporter des changements dans la qualité de vie des personnes concernées. Toutefois, cette pratique se doit d'être validée par la recherche en vérifiant si les décisions du médecin et de l'ergothérapeute pour des patients référés en clinique de la main convergent. **Objectif** : L'étude vise à déterminer la concordance quant à la confirmation du diagnostic, aux options de traitements et aux recommandations de l'ergothérapeute et du chirurgien plasticien, ainsi que la satisfaction des patients concernant la consultation avec chaque professionnel. **Méthode** : 91 personnes ont complété un questionnaire de satisfaction après avoir rencontré le chirurgien et l'ergothérapeute. À la suite de leur évaluation respective, les deux professionnels complétaient indépendamment un questionnaire sur le diagnostic, les options de traitements et les recommandations faites. **Résultats** : Les pourcentages d'accord entre l'ergothérapeute et le chirurgien pour la confirmation des diagnostics et les options de traitements sont élevés, soit respectivement de 94,5 % et de 81,3 %, de même que les coefficients de Gwet qui atteignent 0,94 (intervalle de confiance (IC) à 95 % : 0,89-0,99) et 0,74 (IC à 95 % : 0,62-0,85). La satisfaction est équivalente pour les deux professionnels. **Conclusion** : Cette étude fournit des évidences appuyant la validité de ce modèle d'organisation des soins où l'ergothérapeute en pratique avancée est impliqué dans le triage et l'orientation des patients.

**Mots clés** : ergothérapie, thérapie de la main, pratique avancée, collaboration interprofessionnelle, concordance

## Abstract

**Introduction** : The management of people with a hand injury poses challenges to the health services organization, including waiting times for consultation with a specialist physician. This raises questions for a different organization of these services. Early intervention by health care professionals with advanced competencies can help reduce wait times and improve the quality of life of patients. However, this practice must be validated by research by verifying whether the decisions of the physician and the occupational therapist for patients with hand problems converge. **Objective** : The objective of this study was to determine the consistency of diagnostic confirmation, treatment options and recommendations of the occupational therapist and the plastic surgeon, as well as patient satisfaction with the consultation with each professional. **Method** : 91 patients completed a satisfaction questionnaire after meeting the surgeon and the occupational therapist. After conducting their respective assessment, both professionals independently completed a questionnaire on patient diagnosis, treatment options and recommendations. **Results** : The percentages of agreement between the occupational therapist and the surgeon for diagnosis confirmation and treatment options are high, with respectively 94.5% and 81.3%, as well as the Gwet coefficients which reach 0.94 (95% confidence interval (CI): 0.89-0.99) and 0.74 (95% CI: 0.62-0.85). Satisfaction is equivalent for both professionals. **Conclusion** : This study provides evidence supporting the validity of this model of care organization where the occupational therapist in advanced practice is involved in triage and patients orientation.

**Key words** : occupational therapy, hand therapy, advanced practice, interprofessional collaboration, concordance

## Problématique

Les lésions musculo-squelettiques à la main et au poignet représentent un enjeu important de santé en raison de leur fréquence et des conséquences pour les personnes affectées (Weiss, 2005). Entre 2009 et 2010, selon Statistique Canada, 17,3 % des blessures au Canada se situaient au niveau des mains ou des poignets (Billette et Janz, 2011). Ce nombre élevé de personnes ayant une atteinte à la main, que celle-ci soit majeure ou mineure, crée une pression énorme sur l'organisation des services. Le délai d'attente pour un premier rendez-vous avec un médecin spécialiste s'avère long et a d'ailleurs augmenté au cours des dix dernières années. En effet, selon Statistique Canada, 17 % des gens attendent actuellement plus de trois mois pour une première consultation chez un spécialiste comparativement à 13 % en 2005 (Billette et Janz, 2011). Ce délai d'attente pour les personnes atteintes de lésions musculo-squelettiques représente aussi un enjeu important d'autant plus que les blessures entraînent des conséquences et des difficultés dans les activités quotidiennes. En 2009-2010, 4,27 millions de Canadiens étaient limités dans leurs activités quotidiennes en raison de leurs blessures (Billette et Janz, 2011).

La pression exercée sur le système de santé pour les problèmes de la main amène à se questionner pour une organisation différente de ces services. À cet égard, Nelson et ses collaborateurs (2014), à la tête d'un comité d'experts sur l'organisation du système de soins de santé du Canada, proposent la contribution des professionnels de la santé en harmonisant les champs d'exercices pour repenser les services et répondre aux besoins des personnes, des communautés et de la population. Pour ce faire, le recours à des pratiques avancées, qui reposent sur le déploiement de compétences avancées par les professionnels impliqués comme les ergothérapeutes, représente une avenue prometteuse (von Zweck, 2012). Selon, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) les compétences avancées

comprennent les connaissances, ..., et les habiletés requises pour des activités effectuées dans la pratique de l'ergothérapie qui vont au-delà de l'étendue des responsabilités assumées traditionnellement par les ergothérapeutes. Celles-ci ne sont pas acquises

durant la formation en ergothérapie, mais durant des formations spécifiques et par l'expérience (ACE, 2012, p.16).

Le recours à des compétences avancées pour divers professionnels de la santé apparaît ainsi comme une solution possible pour optimiser l'efficacité et la qualité des services. Saxon, Gray et Oprescu (2014) ont documenté, dans leur revue systématique, le recours à des compétences avancées par les professionnels de la santé auprès d'une clientèle orthopédique et musculo-squelettique. Dix-neuf des 21 études retenues s'intéressaient à la physiothérapie tandis que seulement trois études concernaient l'ergothérapie pratiquant avec la clientèle arthritique. Les résultats de la revue systématique suggèrent des évidences limitées quant à l'intervention précoce des professionnels de la santé exerçant des pratiques avancées. Cette pratique peut potentiellement favoriser la réduction du temps d'attente, la diminution des consultations auprès des chirurgiens ainsi que la diminution des coûts reliés aux déplacements vers l'hôpital, au temps d'absence au travail et à la perte de qualité de vie des clients. De plus, un autre bénéfice noté est d'attribuer plus de temps aux médecins spécialistes pour les cas complexes et les chirurgies. La revue systématique recommande cependant des études additionnelles afin de fournir des recommandations précises pour orienter les pratiques avancées par différents professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes (Saxon et al., 2014).

Les pratiques avancées en ergothérapie sont encore peu étudiées empiriquement, mais certains travaux prometteurs touchant notamment la prise en charge de la clientèle ayant des problèmes aux mains ont été effectués au cours des dernières années. Entre autres, dans une étude britannique, Rose et Probert (2009) ont rapporté des impacts positifs de l'implantation de services par deux ergothérapeutes aux pratiques avancées. Elles ont effectué du triage parmi une liste de patients référés aux médecins spécialistes et elles ont mis en place des interventions auprès de clients référés pour les syndromes du tunnel carpien et les ostéoarthroses trapézo-métacarpiennes (Rose et Probert, 2009). L'évaluation de cette nouvelle organisation des services a suggéré une amélioration de la trajectoire de soins des patients avec un accès plus rapide aux services (Rose et Probert, 2009). Une étude rétrospective en Australie a aussi documenté les effets de l'implantation d'un suivi par des ergothérapeutes d'expérience avant la consultation avec des chirurgiens pour les syndromes du tunnel carpien, l'ostéoarthrose trapézo-

métacarpienne, les doigts gâchettes et les tendinites de De Quervain. Les résultats montrent une amélioration de l'accès aux services, une diminution du taux de chirurgie pour les personnes bénéficiant du suivi en ergothérapie et une diminution du délai d'attente (O'Brien et al., 2013). Ces études suggèrent des résultats prometteurs de ce modèle d'organisation des services, mais il persiste un besoin de mieux documenter et valider l'utilisation de cette pratique avancée dans un contexte québécois auprès de patients ayant des pathologies de la main. En effet, il y a plusieurs éléments à considérer pour valider un tel modèle d'organisation des services impliquant un professionnel exerçant des pratiques avancées avec la collaboration d'un chirurgien (Desmeules et al., 2012). Il importe d'évaluer l'effet de cette pratique avancée sur l'accessibilité aux soins, l'efficacité des services et la satisfaction des patients. Un autre élément préalable à la mise en place de telles pratiques est aussi de s'assurer de la concordance entre les décisions du chirurgien et du professionnel détenant des compétences avancées concernant le triage et l'orientation du traitement des patients. Jusqu'ici les études sur les pratiques avancées en ergothérapie en thérapie de la main ont principalement porté sur les effets positifs sur l'accessibilité des soins et les coûts reliés. Des études précédentes en physiothérapie (Aiken et McColl, 2008; Desmeules et al., 2013; MacKay et al., 2009) ont, pour leur part, également démontré une concordance élevée entre le physiothérapeute et l'orthopédiste pour le diagnostic (c'est-à-dire, 90 % de concordance avec un coefficient Kappa de Cohen de 0,86). La satisfaction des patients était significativement plus grande pour les physiothérapeutes (Desmeules et al., 2013). À notre connaissance, aucune étude en ergothérapie n'a abordé jusqu'ici la question de la concordance décisionnelle entre le médecin spécialiste et l'ergothérapeute ainsi que la satisfaction des patients pour valider ce nouveau modèle de soins auprès de personnes présentant des problématiques à la main.

L'objectif de l'étude est de valider une pratique avancée de l'ergothérapie en thérapie de la main où l'ergothérapeute serait impliqué dans le triage et la prise en charge précoce des patients en thérapie de la main en déterminant : 1) la concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien plasticien quant à la confirmation du diagnostic, aux options de traitements et aux recommandations, et 2) la satisfaction des patients à l'égard de la consultation avec chaque professionnel (ergothérapeute et chirurgien plasticien).

## **Méthodologie**

### **Devis**

Il s'agit d'une étude comparative transversale qui consiste à faire une comparaison des décisions concernant la confirmation du diagnostic, les options de traitements et les recommandations de deux évaluateurs soit l'ergothérapeute et le chirurgien plasticien pour déterminer s'il existe une concordance entre ceux-ci.

### **Participants**

Les participants ont été recrutés par le biais des références auprès d'un chirurgien plasticien dans un centre hospitalier affilié universitaire. Suite à l'approbation éthique par les comités d'éthique de la recherche du centre hospitalier ainsi que de l'université d'appartenance des chercheurs, un échantillon a été formé avec l'ensemble des patients sur la liste d'attente du chirurgien plasticien ainsi que les nouveaux cas référés pour une pathologie ou un traumatisme à la main entre décembre 2015 et juin 2016. Les cas étaient pris en ordre de priorité comme fait au cours de la procédure normale. Les critères d'inclusion étaient : 1. avoir reçu une référence en plastie par un médecin ou un spécialiste pour une pathologie de la main ou un traumatisme à la main ; 2. parler, lire et écrire en français ; et 3. avoir plus de 18 ans. Les critères d'exclusion étaient : 1. avoir une condition instable ; 2. avoir eu un traumatisme nécessitant une intervention chirurgicale immédiate ; 3. avoir déjà vu l'ergothérapeute ou le chirurgien auparavant ; 4. avoir une référence qui provient d'un autre plasticien ; 5. être référé pour un problème complexe comme une tumeur ou un cancer ; 6. être incapable de fournir des réponses fiables aux questions (par exemple en raison de difficultés cognitives ou de troubles de santé mentale graves) selon le jugement de l'évaluateur.

## Procédures

La figure 1 résume les procédures et le déroulement de l'étude. Dès la réception des références, le chirurgien plasticien évaluait si la personne était admissible à participer au projet en se basant sur les informations disponibles dans la référence reçue du médecin référent en fonction des critères décrits précédemment. Par la suite, les personnes admissibles étaient contactées par téléphone par une assistante de recherche qui leur donnait un rendez-vous en plastie selon la procédure habituelle et les informait au sujet du projet de recherche. Lors du rendez-vous, le participant était ensuite sollicité par une assistante de recherche pour participer au projet et recevait une lettre d'information contenant toutes les informations nécessaires sur l'étude. Si la personne refusait de participer, elle était vue par le chirurgien selon la procédure habituelle.

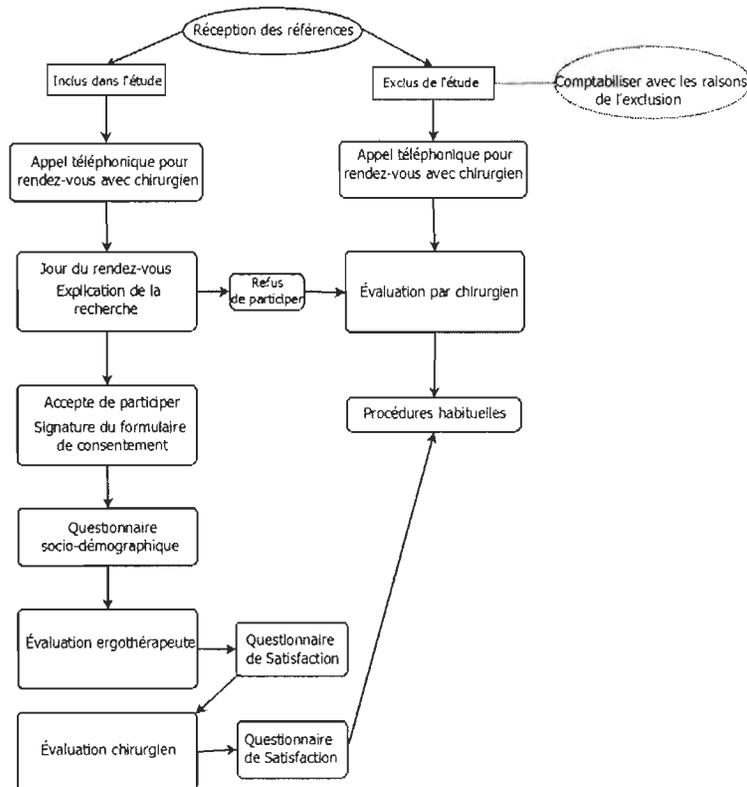


Figure 1. Déroulement du projet

Les personnes ayant accepté de participer ont ensuite été évaluées successivement par une ergothérapeute et un chirurgien plasticien qui avaient accès à la référence médicale et au dossier du patient. L'ergothérapeute ayant été impliquée dans cette étude possède six ans d'expérience clinique auprès de la clientèle en thérapie de la main. Elle a suivi différentes formations continues portant sur les différentes pathologies de la main et les meilleures pratiques à exercer. L'ergothérapeute a des compétences avancées telles que suggérées par les études sur les compétences nécessaires à la pratique avancée (Ellis et al., 2005; Laliberté, Poulin, Brousseau, et Salib, 2017). De plus, elle reçoit du mentorat auprès du chirurgien plasticien de l'étude depuis 4 ans. Au cours de ces années, l'ergothérapeute a assisté à des chirurgies et a participé à des rencontres de consultations avec les patients et le chirurgien.

Pour limiter les risques de divulgation d'information par les participants au deuxième professionnel qu'ils allaient rencontrer, les participants étaient avisés que, pour les fins de l'étude, il était important de ne pas transmettre d'information sur le déroulement de la rencontre précédente. Pour des raisons pratiques, l'ergothérapeute a toujours été le premier évaluateur.

## **Collecte de données**

Un questionnaire sociodémographique était rempli par le participant, incluant des questions sur son âge, son sexe, sa scolarité, son statut d'emploi et la présence de comorbidité. Il devait également coter sa douleur moyenne sur l'échelle numérique de la douleur de 1 à 10 (où une cote plus élevée représente 10). De plus, le participant complétait le questionnaire French Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (F-Quick DASH) qui mesure la fonction physique et les symptômes chez les personnes atteintes de troubles au membre supérieur (Fayad et al., 2009; Gummesson, Ward, et Atroshi, 2006). Le questionnaire F-Quick Dash possède une version française dont la validité de construit, la fidélité test-retest (coefficient de corrélation intra-classe (CCI) = 0,94) et la cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach = 0,89) ont été démontrées. De plus, le Quick Dash est le questionnaire le plus souvent utilisé

dans les études sur la fonction du poignet et de la main afin de documenter la capacité à réaliser des activités de la vie courante (Changulani, Okonkwo, Keswani, et Kalairajah, 2008). L'évaluation clinique de chacun des professionnels pour confirmer le diagnostic, l'orientation du patient et les recommandations étaient réalisées selon leurs procédures habituelles pour ces clientèles.

À la suite de la consultation, l'ergothérapeute et le chirurgien plasticien notaient, de manière indépendante, dans une grille de cotation conçue aux fins de l'étude, leurs impressions concernant le diagnostic dans les catégories préétablies (c'est-à-dire, compression nerveuse, maladie de Dupuytren, fracture, doigt gâchette, kyste, arthrose, blessure ligamentaire, blessure tendineuse et autres (ex.: tumeurs, plaies, infection, ankylose, cicatrice) et l'orientation du traitement du participant en indiquant l'un des trois choix suivants : traitement conservateur en ergothérapie, traitement chirurgical ou autres traitements (ex. : investigation, infiltrations, observations). Ils devaient aussi indiquer les recommandations immédiates qui seraient appropriées pour le participant parmi une liste d'interventions (c'est-à-dire, infiltrations, exercices à la maison, séances d'ergothérapie, orthèse et conseils et éducation).

De plus, le participant remplissait aussi un questionnaire confidentiel et anonyme de satisfaction concernant la rencontre avec l'ergothérapeute et le chirurgien, soit le Visit-Specific satisfaction Instrument. Ce questionnaire traduit en français est utilisé pour l'évaluation de la satisfaction des patients vis-à-vis le médecin qu'ils ont vu (Gasquet et al., 2003). Le questionnaire de satisfaction possède une cohérence interne élevée avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,90 (Kennedy, Robarts, et Woodhouse, 2010). Une adaptation mineure a été faite au questionnaire de satisfaction en remplaçant le mot « médecin » par « professionnel » considérant le contexte de la recherche.

## **Analyses statistiques**

Des statistiques descriptives ont été calculées pour décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants. La concordance entre les diagnostics, les

options de traitement et les interventions recommandées par chaque professionnel a été déterminée en calculant les pourcentages d'accord inter-juges et le coefficient de Gwet (Gwet, 2008). Le coefficient de Gwet est compris entre 0 et 1, où une valeur plus grande indique une meilleure concordance. L'échelle de référence utilisée est celle de Altman soit <0,20 mauvais, 0,21 à 0,40 faible, 0,41 à 0,60 modéré, 0,61 à 0,80 bon et 0,81 à 1,00 très bon (Gwet, 2014). Un coefficient de corrélation intra-classe (CCI) a été calculé pour vérifier la concordance entre les cotes de satisfaction attribuées par le patient pour les rencontres avec chaque professionnel et le graphique de Bland-Altman a également été analysé (Bland et Altman, 1990).

## Résultats

### Description des participants

Un total de 162 participants potentiels a été identifié parmi la liste d'attente du chirurgien plasticien et parmi la liste des nouvelles demandes de services entre décembre 2015 et juin 2016. De ces personnes, 25 n'ont pas été rejointes, 25 n'avaient plus besoin de services, 11 ont été vues par un autre spécialiste et trois étaient déjà connus du chirurgien. De plus, sept personnes ont refusé de participer à l'étude. Au total, 91 personnes forment l'échantillon de l'étude. Aucun des participants n'a révélé d'information au deuxième évaluateur à propos de l'évaluation du premier.

Le tableau VI présente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants. L'âge moyen des participants était de 56,2 ans (écart-type = 14,9) avec un pourcentage comparable de femmes (51 %) et d'hommes (49 %). La majorité des participants rapportaient une douleur modérée (entre 4 et 7) selon l'échelle numérique de la douleur. Le pourcentage moyen d'incapacité au membre supérieur d'après le F-Quick DASH des participants s'élevait à 41,4 % (écart type = 0,2), ce qui suggère une atteinte modérée de la fonction au membre supérieur.

Tableau VI. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants (n = 91)

Caractéristiques	n (%)	Moyenne (écart-type)
Âge (années)		56,2 (14,9)
Genre		
Femme	46 (51,0)	
Homme	45 (49,0)	
Éducation		
Secondaire	34 (37,3)	
Diplôme d'études professionnelles	14 (15,4)	
Collégiale	23 (25,3)	
Universitaire	16 (17,6)	
Non spécifiée	4 (4,4)	
Statut d'emploi		
Employé	46 (50,5)	
Retraité	38 (41,8)	
Sans emploi	7 (7,7)	
Présence de comorbidités		
Oui	39 (42,9)	
Non	52 (57,1)	
Douleur ressentie (échelle numérique de 1 à 10) <sup>a</sup>		5,4 (2,5)
Douleur légère (1 à 3)	18 (24,3)	
Douleur modérée (4 à 7)	42 (56,8)	
Douleur élevée (8 à 10)	14 (18,9)	
Résultats du <i>Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand</i> – Quick DASH (%)		41,4 (0,2)

<sup>a</sup>Seulement 74 participants ont répondu à cette question

## Concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien

Le tableau VII démontre les résultats concernant la concordance entre le chirurgien et l'ergothérapeute quant à leurs impressions du diagnostic. Le pourcentage d'accord entre les deux professionnels pour tous les diagnostics des participants est de 94,5 %. Globalement, la concordance entre les deux évaluateurs pour l'ensemble des diagnostics est très bonne avec un coefficient de Gwet de 0,94 (IC à 95 % = 0.89-0.99). Notons qu'un pourcentage d'accord de 100 % est observé pour certains diagnostics soit, la maladie de Dupuytren, les fractures des doigts, le doigt gâchette, l'arthrose et la blessure tendineuse.

Tableau VII. Concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien pour le diagnostic

Diagnostic	Proportion d'accord	% d'accord	Coefficient de Gwet <sup>a</sup>	IC à 95 %
Maladie de Dupuytren	16/16	100		
Fracture	12/12	100		
Doigt gâchette	11/11	100		
Arthrose	4/4	100		
Blessure tendineuse	3/3	100		
Compression nerveuse	23/24	95,8		
Kyste	9/10	90		
Autres (tumeurs, plaies, infection, ankylose, cicatrice)	6/8	75		
Blessure ligamentaire	2/3	66,7		
Total	86/91	94,5	0,94	0.89-0.99

<sup>a</sup>Le coefficient de Gwet n'a pu être calculé pour chacun des diagnostics étant donné la concordance élevée et le petit nombre de cas.

Le tableau VIII montre la concordance entre les deux professionnels pour les options de traitement recommandées. Pour l'ensemble des 91 participants, un pourcentage d'accord de 81,3 % ressort avec un coefficient de Gwet de 0,74 (IC à 95 % : 0.70-0.92). L'option de traitement par chirurgie a obtenu un pourcentage d'accord le plus grand soit 95,7 %. Le traitement conservateur quant à lui démontre un pourcentage d'accord de 70,8 % alors qu'un pourcentage d'accord de 60 % est noté pour les autres types de traitements.

Tableau VIII. Concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien pour les options de traitement

	Proportion d'accord	% d'accord	Coefficient de Gwet	IC à 95 %
Chirurgie	45/47	95,7		
Traitement conservateur	17/24	70,8		
Autres investigations, infiltrations, observations	12/20	60		
Total	74/91	81,3	0,74	0.70 – 0,92

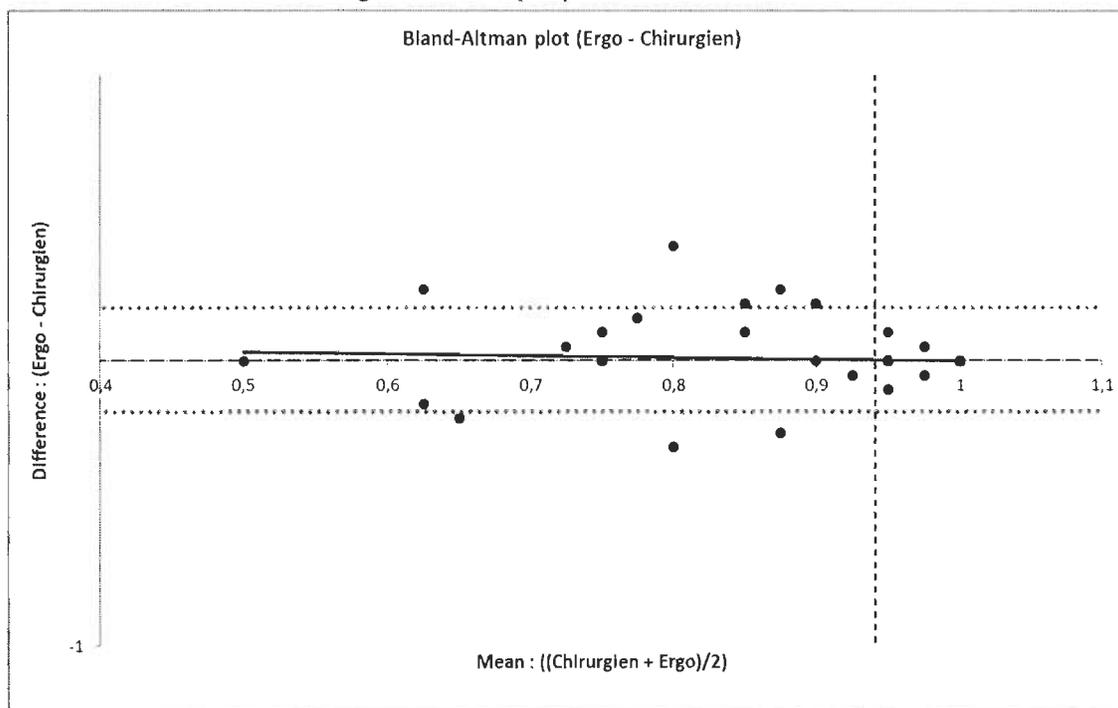
Le tableau IX illustre la concordance pour les recommandations à faire immédiatement à la personne pour le chirurgien et l'ergothérapeute. Le pourcentage d'accord est supérieur à 85 % pour quatre des cinq recommandations soit les infiltrations, les exercices à la maison, l'ergothérapie et les orthèses. Par contre, les conseils et l'éducation étaient inférieurs aux autres avec un pourcentage d'accord de 69,2 % et un coefficient de Gwet de 0,57 (IC à 95 %: 0.39-0.74).

Tableau IX. Concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien pour les recommandations immédiates

Recommandations	% d'accord	Coefficient de Gwet	IC à 95 %
Infiltrations	97,8	0,97	0,94 – 1,00
Exercices à la maison	89,0	0,85	0,75 – 0,95
Ergothérapie	87,9	0,84	0,74 – 0,94
Orthèse	86,8	0,81	0,70 – 0,92
Conseils et éducation	69,2	0,57	0,39 – 0,74

La moyenne des évaluations de la satisfaction pour l'ergothérapeute est égale à 93,9 % (écart type = 11,3) et la moyenne des évaluations du chirurgien est de 94,3 % (écart-type = 12,0). Une concordance élevée entre les cotes de satisfaction attribuée à chaque professionnel est notée (CCI = 0,69; IC à 95 % = 0.561-0.784). L'analyse du graphique de Bland-Altman suggère une très faible différence systématique entre les cotes (biais = 0,003) avec une erreur de plus ou moins 0,180 (Figure 2).

Figure 2. Graphique de Bland-Altman



## Discussion

L'étude visait à valider une pratique avancée de l'ergothérapie en thérapie de la main où l'ergothérapeute serait impliqué dans le triage et la prise en charge précoce des patients en thérapie de la main en déterminant la concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien plasticien ainsi que la satisfaction des patients.

Les résultats suggèrent une concordance élevée entre les deux évaluateurs pour la confirmation des diagnostics ainsi que pour la majorité des options de traitement et des recommandations, ce qui vient appuyer ce modèle de soin pour les patients référés en chirurgie plastique pour une problématique à la main. Des études précédentes en physiothérapie (Aiken et McColl, 2008; Desmeules et al., 2013; MacKay et al., 2009) ont, pour leur part, également démontré une concordance élevée entre le physiothérapeute et l'orthopédiste pour le diagnostic (90 % de concordance avec un coefficient Kappa de Cohen de 0,86). La satisfaction des patients était significativement plus grande pour les physiothérapeutes (Desmeules et al., 2013). Ce modèle de soins prometteur, où le professionnel de la réadaptation détenant des compétences avancées est impliqué dans le triage des patients, pourrait ainsi amener une solution aux enjeux actuels du système de santé en améliorant la trajectoire des soins et l'accès aux soins tel que mentionné dans les études antérieures (O'Brien et al., 2013; Rose et Probert, 2009).

Concernant spécifiquement la confirmation des diagnostics, le principal diagnostic pour lequel une concordance moins élevée a été noté est la blessure ligamentaire. Ceci est possiblement explicable par le fait que l'ergothérapeute a moins de connaissances et de formation sur ce diagnostic. De plus, seulement trois cas ont été notés dans toute l'étude ce qui suggère que ce diagnostic est peu fréquemment rencontré dans la pratique dans ce milieu clinique. Comme décrit par l'ACE, la pratique avancée nécessite de l'expérience supplémentaire et de la formation (ACE, 2012). D'autre part, il est pertinent de noter que les diagnostics avec un pourcentage d'accord de 100 % concordent avec les diagnostics pour lesquels les ergothérapeutes seraient en accord avec une prise en charge précoce en amont du chirurgien, tel que démontré dans notre récent sondage (Laliberté et al., 2017). Ces résultats appuient le développement des pratiques avancées particulièrement pour ces diagnostics pour lesquels une

concordance très élevée est observée entre le chirurgien et l'ergothérapeute détenant des compétences avancées.

De plus, la concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien pour les options de traitement s'avère également bonne, bien que quelques divergences soient notées. La concordance est meilleure pour la chirurgie que pour le traitement conservateur et les autres options de traitement, ce qui laisse supposer que l'ergothérapeute décidait parfois d'orienter le patient vers la chirurgie alors que le chirurgien voulait tenter le traitement conservateur en ergothérapie. De manière encourageante, les résultats suggèrent une concordance élevée quant à la nécessité ou non d'une chirurgie. Il y a lieu de croire que l'ergothérapeute pourrait être habilité pour déceler les cas chirurgicaux. Ces résultats soutiennent ainsi un modèle de soins de collaboration étroite entre ces deux professionnels comme le proposaient Nelson et ses collaborateurs (2014).

Pour ce qui est de la concordance pour les recommandations faites immédiatement au patient, elle s'avère globalement très élevée, sauf pour les conseils et l'éducation. L'ergothérapeute donne plus souvent des conseils et de l'éducation au patient que le chirurgien, ce qui est congruent avec les résultats de l'étude antérieure de Desmeules et ses collaborateurs (2013). Cette grande différence peut être expliquée par le fait que l'ergothérapeute habilite les gens à s'engager dans des occupations notamment avec de l'éducation et des conseils (Townsend et al., 2013).

Enfin, la présente étude fait valoir que la satisfaction des personnes touchées par une atteinte à la main est élevée autant pour la rencontre avec l'ergothérapeute que la rencontre avec le chirurgien plasticien. Ce résultat va dans le même sens que l'étude de Kennedy et ses collaborateurs (2010) qui avaient aussi démontré une satisfaction élevée envers l'orthopédiste et le physiothérapeute. Par contre, la satisfaction envers le physiothérapeute était supérieure dans l'étude de Desmeules et collaborateurs (2013). Néanmoins, la satisfaction élevée des personnes concernées est un élément en faveur de l'implantation de ce modèle de soins comme l'avaient fait valoir Aiken et McColl (2008) et Desmeules et ses collaborateurs (2013).

## **Limites de l'étude**

L'étude présente certaines limites. Le fait qu'elle ait inclus seulement un chirurgien plasticien et une ergothérapeute peut avoir induit un biais favorable. Dans le contexte de la présente étude, il est tenu pour acquis que le chirurgien est considéré comme la référence absolue. De plus, l'ergothérapeute ayant participé à l'étude a bénéficié de mentorat auprès de ce chirurgien au cours des années précédentes et a développé des compétences avancées telles que connaître les procédures chirurgicales pertinentes en chirurgie de la main et connaître les traitements possibles autant chirurgicaux que conservateurs pour les pathologies reliées à la main, en plus de ses compétences habituelles. À ce titre, une étude future impliquant plusieurs ergothérapeutes et plusieurs chirurgiens s'avère nécessaire pour pouvoir généraliser les résultats. Il est aussi possible que le fait d'avoir accès au dossier médical, à la référence médicale ainsi qu'aux radiographies permettent de donner des indices sur les diagnostics, augmentant possiblement ainsi la concordance entre les deux professionnels. Il avait été jugé acceptable de rendre ces informations disponibles aux deux professionnels comme cela le serait dans le contexte habituel de leur pratique clinique. Enfin, un autre biais possible résulte du fait que les participants ont toujours rencontré l'ergothérapeute en premier. Il aurait été idéal de procéder de façon aléatoire.

## **Conclusion**

Dans l'ensemble, la concordance élevée entre les décisions du chirurgien et de l'ergothérapeute ainsi que la satisfaction élevée des patients fournissent des évidences appuyant la validité de ce modèle d'organisation des soins où l'ergothérapeute en pratique avancée pourrait être impliqué entre autres dans le triage et l'orientation des clients vers les services appropriés. Les futures recherches doivent aborder les moyens d'implanter ce modèle de soins novateur et miser sur un travail de collaboration interprofessionnelle. Cette étude sert de plaidoyer en faveur de la pratique avancée en ergothérapie avec les personnes ayant des atteintes à la main. Les résultats suggèrent que cette pratique pourrait potentiellement être développée et étudiée dans des cliniques de la main où des ergothérapeutes ont développé des expertises auprès

de cette clientèle et peuvent y travailler en collaboration étroite avec les chirurgiens. Pour ce, il s'avère important de former les ergothérapeutes à la pratique avancée.

## Références

- Aiken, A. B., et McColl, M. A. (2008). Diagnostic and treatment concordance between a physiotherapist and an orthopedic surgeon--a pilot study. *Journal of Interprofessional Care*, 22(3), 253-261.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Billette, J.-M., et Janz, T. (2011). *Les blessures au Canada : Un aperçu des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Statistique Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11506-fra.htm#a8>
- Bland, J. M., et Altman, D. G. (1990). A note on the use of the intraclass correlation coefficient in the evaluation of agreement between two methods of measurement. *Computers in Biology and Medicine*, 20(5), 337-340. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0010-4825\(90\)90013-F](http://dx.doi.org/10.1016/0010-4825(90)90013-F)
- Changulani, M., Okonkwo, U., Keswani, T., et Kalairajah, Y. (2008). Outcome evaluation measures for wrist and hand: which one to choose? *International Orthopaedics*, 32(1), 1-6.
- Desmeules, F., Roy, J.-S., Macdermid, J., Champagne, F., Hinse, O., et Woodhouse, L. J. (2012). Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13, 107. doi:10.1186/1471-2474-13-107
- Desmeules, F., Toliopoulos, P., Roy, J.-S., Woodhouse, L. J., Lacelle, M., Leroux, M., . . . Fernandes, J. C. (2013). Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14, 162-162. doi:10.1186/1471-2474-14-162
- Ellis, B., Kersten, P., et Sibley, A. (2005). A Delphi study of the role parameters and requirements of extended scope practice in hand therapy. *British Journal of Hand Therapy*, 10(3/4), 80-86.
- Fayad, F., Lefevre-Colau, M., Gautheron, V., Macé, Y., Fermanian, J., Mayoux-Benhamou, A., . . . Poiraudou, S. (2009). Reliability, validity and responsiveness of the French version of the questionnaire Quick Disability of the Arm, Shoulder and Hand in shoulder disorders. *Manual Therapy*, 14(2), 206-212. doi:10.1016/j.math.2008.01.013
- Gasquet, I., Villemintot, S., Dos Santos, C., Vallet, O., Verdier, A., Kovess, V., . . . Falissard, B. (2003). [Cultural adaptation and validation of questionnaires measuring satisfaction with the French health system]. *Santé Publique (Vandoeuvre-Lès-Nancy, France)*, 15(4), 383-402.

- Gummesson, C., Ward, M. M., et Atroshi, I. (2006). The shortened disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire (QuickDASH): validity and reliability based on responses within the full-length DASH. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 7, 44-44.
- Gwet, K. L. (2008). Computing inter-rater reliability and its variance in the presence of high agreement. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 61(1), 29-48. doi:10.1348/000711006X126600
- Gwet, K. L. (2014). Handbook of inter-rater reliability: The definitive guide to measuring the extent of agreement among raters. (4e éd) Gaithersburg, Mar.: Advanced Analytics, LLC.
- Kennedy, D. M., Robarts, S., et Woodhouse, L. (2010). Patients are satisfied with advanced practice physiotherapists in a role traditionally performed by orthopaedic surgeons. *Physiotherapy Canada. Physiothérapie Canada*, 62(4), 298. doi:10.3138/physio.62.4.298
- Laliberté, M., Poulin, V., Brousseau, M., et Salib, E. (2017). *Validation des compétences avancées des ergothérapeutes en thérapie de la main*. Manuscrit soumis pour publication.
- MacKay, C., Davis, A. M., Mahomed, N., et Badley, E. M. (2009). Expanding roles in orthopaedic care: a comparison of physiotherapist and orthopaedic surgeon recommendations for triage. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*, 15(1), 178-183. doi:10.1111/j.1365-2753.2008.00979.x
- Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D., . . . Sketris, I. (2014). *Optimisation des champs d'exercice : de nouveaux modèles de soins pour un nouveau systèmes de soins de santé*. Ottawa : Académie canadienne des sciences de la santé.
- O'Brien, L., Hardman, A., et Goldby, S. (2013). The impact of a hand therapy screening and management clinic for patients referred for surgical opinion in an Australian public hospital. *Journal of Hand Therapy*, 26(4), 318-322. doi: 10.1016/j.jht.2013.06.003
- Rose, R., et Probert, S. (2009). Development and implementation of a hand therapy extended scope practitioner clinic to support the 18-week waiting list initiative. *Hand Therapy*, 14(4), 95-104. doi: 10.1258/ht.2009.009016
- Saxon, R. L., Gray, M. A., et Oprescu, F. I. (2014). Extended roles for allied health professionals: an updated systematic review of the evidence. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 479-488. doi: 10.2147/JMDH.S66746
- Townsend, E., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D. et Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie Dans Townsend, E., Polatajko, H. J., et Cantin, N. *Habilitier à l'occupation : faire avancer la perspective*

*ergothérapie de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd. p. 132-149.). Ottawa: CAOT Publications ACE.

von Zweck, C. (2012). Advanced competencies in occupational therapy practice. *Occupational Therapy Now*, 14(2), 8-10.

Weiss, S. R. (2005). *Hand rehabilitation a quick reference guide and review* (2<sup>e</sup> éd.): St. Louis, MO: Elsevier/Mosby.

ClicCours.com

## CHAPITRE 6

### Discussion

Ce mémoire, comptant deux études, visait à valider une pratique avancée en ergothérapie pour la thérapie de la main. Plus spécifiquement, le premier objectif visait à déterminer et à valider les compétences nécessaires à la pratique avancée de l'ergothérapeute travaillant auprès de clients présentant des problèmes à la main. Cette étape était essentielle pour pouvoir par la suite mettre en place cette pratique avancée faisant intervenir les compétences avancées validées. La deuxième étude avait comme objectif de déterminer la concordance quant à la confirmation du diagnostic, aux options de traitements et aux recommandations de l'ergothérapeute et du chirurgien plasticien, ainsi que la satisfaction des patients concernant la réponse à leurs besoins. Les conclusions de ces deux articles valorisent l'implantation d'un nouveau modèle de soins impliquant une pratique avancée de l'ergothérapeute travaillant avec une clientèle en thérapie de la main.

Les résultats de l'étude de validation des compétences suggèrent que les ergothérapeutes interrogés seraient en accord pour prendre en charge directement certains diagnostics sans que le patient ait eu une consultation avec le chirurgien, tels que l'ankylose ancienne, la boutonnière, la tendinite De Quervain, le doigt en maillet, le doigt gâchette et l'arthrose de l'articulation trapézo-métacarpienne. Ces diagnostics bénéficient, dans la majorité des cas, de traitements conservateurs en ergothérapie. Il est à souligner que les résultats de la seconde étude sur la comparaison de la confirmation des diagnostics par l'ergothérapeute et le chirurgien convergent également avec les opinions des ergothérapeutes. Ainsi, les diagnostics tels que le doigt gâchette, l'arthrose et les blessures tendineuses (qui comprennent la tendinite, la boutonnière et le doigt en maillet) ont obtenu également les pourcentages les plus élevés de concordance entre les deux professionnels. Ces résultats tendent donc à appuyer le développement des pratiques avancées, notamment pour ces diagnostics où la concordance entre le chirurgien et l'ergothérapeute est très élevée et qui représentent, pour la plupart, des maladies musculo-squelettiques et des blessures mineures facilement traitables en ergothérapie. D'autres études antérieures avaient aussi identifié certains de ces diagnostics comme une première avenue pour

laquelle développer une pratique avancée où l'ergothérapeute intervient précocement (O'Brien, Hardman et Goldby, 2013; Rose et Probert, 2009). O'Brien, Hardman et Goldby (2013) proposent qu'avec une prise en charge en amont par les ergothérapeutes en pratique avancée, il puisse y avoir une amélioration de l'accès aux services et une diminution des délais d'attente pour les personnes avec des problématiques à la main.

La concordance entre les deux professionnels s'est avérée élevée pour la confirmation du diagnostic, mais également pour la majorité des options de traitements et des recommandations faites au patient. Ceci suggère que l'ergothérapeute serait en mesure de faire un triage des patients de façon efficace et adéquate. Les compétences liées à l'acquisition de connaissances, l'autonomie des interventions et l'enseignement fait au client qui sont prédominantes dans la première étude appuient aussi cette pratique. La satisfaction envers chacun des professionnels, quant à elle, était similaire, donc il apparaît que les patients seraient susceptibles d'adhérer aux changements de pratique. Ces résultats appuient le développement d'un modèle de soins novateur, où l'ergothérapeute détenant des compétences avancées pourrait être impliqué dans le triage des patients afin de les orienter vers les services pertinents et de leur fournir des enseignements et recommandations pour les habiliter à réaliser leurs occupations. Ce modèle pourrait ainsi amener une solution aux enjeux actuels du système de santé en améliorant la trajectoire des soins et l'accès aux services spécialisés tels que mentionnés dans les études antérieures (O'Brien, Hardman, et Goldby, 2013; Rose et Probert, 2009; Saxon, Gray, et Oprescu, 2014). C'est une avenue prometteuse pour répondre à l'objectif du plan stratégique du Ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020 qui est d'améliorer l'accessibilité aux services spécialisés donc la chirurgie plastique fait partie. Les études en physiothérapie suggèrent également que cette pratique amène une amélioration de l'accessibilité aux services pour les patients (Aiken et McColl, 2008; Desmeules et al., 2013; MacKay, Davis, Mahomed, et Badley, 2009). Nelson et ses collaborateurs (2014) dans leur rapport sur l'organisation du système de soins de santé du Canada proposent eux aussi la contribution des professionnels de la santé pour répondre aux besoins des personnes. Considérant les résultats positifs de concordance entre l'ergothérapeute et le chirurgien, il est possible de penser que la mise en place d'un tel modèle en thérapie de la main pourrait s'avérer viable en instaurant un travail de collaboration entre l'ergothérapeute et le chirurgien.

D'ailleurs, les deux études issues de ce mémoire font valoir que des ergothérapeutes exerçant une pratique avancée seraient en mesure de déployer des compétences avancées touchant l'information à transmettre sur les pathologies, les procédures chirurgicales et renseigner sur les gestes du quotidien à éviter ou à poursuivre. Les deux études valorisent également l'importance d'identifier rapidement les enjeux dans les activités quotidiennes et importantes de la personne.

Dans la première étude, les compétences relatives à la communication au patient et à l'éducation de celui-ci sont apparues particulièrement valorisées par les ergothérapeutes. La deuxième étude montre, par ailleurs, que de donner de l'éducation et des conseils au patient fait partie intégrante de la pratique avancée de l'ergothérapeute. L'ergothérapeute recommandait beaucoup plus souvent que le chirurgien de l'éducation et des conseils à la suite de la consultation avec le patient. Ces résultats sont cohérents avec les compétences attendues des ergothérapeutes (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012) qui visent à habiliter les gens à s'engager dans des occupations notamment avec de l'éducation et des conseils (Townsend et al., 2013). Dickson et Bain (2008) suggèrent que la pratique avancée en ergothérapie permet de mettre en application des compétences cliniques avancées et les connaissances de la performance occupationnelle pour fournir des soins de santé permettant d'habiliter les personnes à la gestion de leur santé et de maximiser leur capacité à fonctionner dans leurs activités quotidiennes.

La collaboration interprofessionnelle est également primordiale à une pratique avancée en ergothérapie en thérapie de la main, tel que démontré dans les deux études. Les ergothérapeutes ayant participé à l'enquête soutiennent que la collaboration avec le chirurgien plasticien est essentielle pour faciliter l'application d'une pratique avancée. De plus, le fait que la concordance entre les décisions du chirurgien et de l'ergothérapeute soit moins élevée pour certains types de diagnostics suppose que l'ergothérapeute aurait intérêt à discuter des cas plus complexes avec le chirurgien pour arriver à un consensus optimal pour le patient. Ces résultats renforcent l'importance d'un modèle de soins basé sur la collaboration et la communication entre les professionnels comme Nelson et ses collaborateurs (2014) le soutiennent. La collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et le chirurgien impliquerait donc qu'ils développent et réfléchissent ensemble sur les décisions à prendre pour répondre aux

besoins des patients. Il faut que cette pratique intègre des balises concernant les responsabilités de chacun dans l'équipe afin d'avoir une collaboration interprofessionnelle adéquate comme le précise le RCPI (2017).

Enfin, un autre préalable à la pratique avancée des ergothérapeutes en thérapie de la main est la formation et l'expérience. Les ergothérapeutes ayant complété le sondage électronique ont mentionné la formation continue, l'apprentissage autonome, le mentorat et l'expérience comme facilitateurs à l'implantation d'une pratique avancée. La deuxième étude a, pour sa part, été réalisée avec une ergothérapeute détenant 6 années d'expérience qui avait reçu du mentorat auprès du chirurgien et qui avait assisté à plusieurs formations pertinentes à la thérapie de la main, tout comme le physiothérapeute de l'étude de Desmeules et ses collaborateurs (2013). Ces éléments s'arriment avec la position de l'ACE (2012) qui précise dans sa définition de la pratique avancée qu'il est primordial d'avoir des formations et de l'expérience pour faire une telle pratique. Desmeules et ses collaborateurs (2011) proposent eux aussi des formations supplémentaires et de l'expérience dans le domaine spécialisé. Ellis, Kersten et Sibley (2005) ont également ressorti l'importance des formations nécessaires pour les professionnels exerçant des pratiques avancées en thérapie de la main.

## **Forces et limites**

Cette recherche a démontré sa pertinence dans le contexte du système de santé qui préconise l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des services. La validation des compétences a été faite auprès d'ergothérapeutes spécialisés en thérapie de la main dans différentes régions du Québec pour avoir l'avis des experts dans le domaine. Avant même de planifier l'implantation de ce modèle de soins, il était pertinent de connaître l'avis des professionnels qui pourraient le mettre en place. Cette étape était donc essentielle avant de valider cliniquement ce modèle de soins. Une des forces de la deuxième étude est également le nombre important de participants ainsi que la variété des diagnostics étudiés pour déterminer la concordance des décisions entre l'ergothérapeute et le chirurgien. De plus, les résultats positifs démontrent bien la collaboration interprofessionnelle déjà existante entre l'ergothérapeute et le chirurgien et la validité de cette pratique dans ce contexte précis.

L'étude présente certaines limites. L'enquête auprès des ergothérapeutes pourrait être faite non seulement au Québec, mais également à travers le Canada pour avoir un consensus canadien des compétences requises pour une pratique avancée en thérapie de la main. La deuxième étude, pour sa part, n'incluait qu'un chirurgien plasticien et une ergothérapeute, ce qui peut avoir induit un biais favorable. De plus, l'ergothérapeute ayant participé à l'étude a bénéficié de mentorat auprès de ce chirurgien au cours des années précédentes et a développé des compétences avancées telles que connaître les procédures chirurgicales pertinentes en chirurgie de la main et connaître les traitements possibles autant chirurgicaux que conservateurs pour les pathologies reliées à la main, en plus de ses compétences habituelles. À ce titre, une étude future impliquant plusieurs ergothérapeutes et plusieurs chirurgiens s'avère nécessaire pour pouvoir généraliser les résultats. Il serait également pertinent de valider ce modèle de soins dans différents hôpitaux du Canada. De plus, l'accès à l'information sur le participant comme sa référence médicale et ses examens augmente potentiellement la concordance entre les deux professionnels, mais cette information serait également disponible dans un contexte réel. Enfin, un autre biais possible résulte du fait que les participants ont toujours rencontré l'ergothérapeute en premier. Il aurait été idéal de procéder de façon aléatoire. Dans le contexte de la présente étude, il est tenu pour acquis que le chirurgien est considéré comme la référence absolue.

## **CHAPITRE 7**

### **Conclusion générale**

La pratique avancée demeure un terrain à explorer en ergothérapie. Les écrits sur le sujet étant limités, il est pertinent de pousser plus loin les recherches particulièrement dans le domaine de la thérapie de la main où l'accès aux soins pour les patients pourrait être amélioré. Le travail interprofessionnel a fait l'objet de plusieurs études qualitatives et conceptuelles. Cette recherche est une rare démonstration de la collaboration interprofessionnelle entre l'ergothérapie et la chirurgie plastique. Les résultats concernant les compétences requises ainsi que la concordance entre les décisions de l'ergothérapeute en pratique avancée et du chirurgien plasticien fournissent des évidences pour vérifier la validité de ce modèle d'organisation des soins où l'ergothérapeute en pratique avancée pourrait être impliqué dans le triage et l'orientation des clients vers les services appropriés.

Cette étude visait à valider un modèle de soins novateur en implantation actuellement au CHAUR et qui est axé sur la collaboration interprofessionnelle. Les retombées scientifiques et cliniques se rattachent à une réorganisation pour augmenter l'efficacité des services. L'implantation de ce modèle de soins permettra une collaboration étroite entre le chirurgien plasticien et l'ergothérapeute en vue d'augmenter la qualité des services rendus. En fait, l'accès aux services pourrait potentiellement être facilité tout en assurant l'efficacité des services et la satisfaction face à ceux-ci.

Bien sûr, il y a lieu de se poser plusieurs questions sur les enjeux de la mise en place de ce modèle de soins. Comment optimiser cette combinaison de formation et d'expérience pour favoriser le développement des compétences avancées ? Comment faire en sorte de reproduire ce modèle novateur de mentorat dans d'autres milieux ? L'application d'un tel modèle de soins pose plusieurs défis et amène à impliquer plusieurs acteurs. Les futures recherches pourraient s'attarder sur les conditions nécessaires pour l'implantation de ce modèle de soins. La mise en place de ce modèle de soins nécessitera aussi des balises claires pour permettre cette

collaboration interprofessionnelle et assurer de la formation adéquate des professionnels et des prérequis à l'application quant au niveau d'expérience et de compétence des professionnels.

## Bibliographie

- Aiken, A. B., et McColl, M. A. (2008). Diagnostic and treatment concordance between a physiotherapist and an orthopedic surgeon--a pilot study. *Journal of Interprofessional Care*, 22(3), 253-261.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *La Pratique infirmière avancée : cadre national*. Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Billette, J.-M., et Janz, T. (2011). *Les blessures au Canada : Un aperçu des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Statistique Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11506-fra.htm#a8>
- Bland, J. M., et Altman, D. G. (1990). A note on the use of the intraclass correlation coefficient in the evaluation of agreement between two methods of measurement. *Computers in Biology and Medicine*, 20(5), 337-340. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0010-4825\(90\)90013-F](http://dx.doi.org/10.1016/0010-4825(90)90013-F)
- Bombardier, C., Hawker, G., et Mosher, D. (2011). *The Impact of Arthritis in Canada : Today and over the Next 30 Years*. Arthritis Alliance Canada. Repéré à [http://www.arthritisnetwork.ca/downloads/20111022\\_Impact\\_of\\_arthritis.pdf](http://www.arthritisnetwork.ca/downloads/20111022_Impact_of_arthritis.pdf)
- Boulanger, S., et Vaillancourt, F. (2013). *Temps d'attente dans le secteur public de la santé au Québec : mesure, conséquences et moyens pour les réduire*. Rapport de projet. Repéré à <http://www.cirano.qc.ca/files/publications/2013RP-17.pdf>
- Changulani, M., Okonkwo, U., Keswani, T., et Kalairajah, Y. (2008). Outcome evaluation measures for wrist and hand: which one to choose? *International Orthopaedics*, 32(1), 1-6.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2014). *Objectifs de la formation spécialisée pour les fondements chirurgicaux*. Repéré à : [https://www.google.ca/?gfe\\_rd=cretei=CeGtWK3UKaqC8Qeh0omQDQ#q=Coll%C3%A8ge+royal+des+m%C3%A9decins+et+chirurgiens+du+Canada,+2014,+Objectifs+de+la+formation+sp%C3%A9cialis%C3%A9e+pour+les+fondements+chirurgicaux.](https://www.google.ca/?gfe_rd=cretei=CeGtWK3UKaqC8Qeh0omQDQ#q=Coll%C3%A8ge+royal+des+m%C3%A9decins+et+chirurgiens+du+Canada,+2014,+Objectifs+de+la+formation+sp%C3%A9cialis%C3%A9e+pour+les+fondements+chirurgicaux.)  
+
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Vancouver: College of Health Disciplines, Université de la Colombie-Britannique.

- D'Amour, D., et Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1, 8.
- Desmeules, F. (2011). *Les pratiques avancées en physiothérapie: une revue systématique de la littérature*. Montréal, Québec : Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.
- Desmeules, F., Roy, J.-S., Macdermid, J., Champagne, F., Hinse, O., et Woodhouse, L. J. (2012). Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13, 107. doi:10.1186/1471-2474-13-107
- Desmeules, F., Toliopoulos, P., Roy, J.-S., Woodhouse, L. J., Lacelle, M., Leroux, M., . . . Fernandes, J. C. (2013). Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14, 162-162. doi:10.1186/1471-2474-14-162
- Dickson, P., et Bain, L. (2008). Watch your practice. Reflections on the emerging roles of advanced practice occupational therapists. *Occupational Therapy Now*, 10(4), 21-23.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., et Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed mode surveys: The tailored design method (4th ed.)*. Hoboken, NJ, US: John Wiley et Sons Inc.
- Dubé-Linteau, A., Lecours, C., Lévesque, J.-F., Pineault, R., et Tremblay, M.-È. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation d'un médecin spécialiste : regard sur l'expérience vécue par les Québécois (Vol. 5)*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Ellis, B., Kersten, P., et Sibley, A. (2005). A Delphi study of the role parameters and requirements of extended scope practice in hand therapy. *British Journal of Hand Therapy*, 10(3/4), 80-86.
- Fayad, F., Lefevre-Colau, M., Gautheron, V., Macé, Y., Fermanian, J., Mayoux-Benhamou, A., Poiradeau, S. (2009). Reliability, validity and responsiveness of the French version of the questionnaire Quick Disability of the Arm, Shoulder and Hand in shoulder disorders. *Manual Therapy*, 14(2), 206-212. doi:10.1016/j.math.2008.01.013
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Gasquet, I., Villeminot, S., Dos Santos, C., Vallet, O., Verdier, A., Kovess, V., Falissard, B. (2003). [Cultural adaptation and validation of questionnaires measuring satisfaction with the French health system]. *Santé Publique (Vandoeuvre-Lès-Nancy, France)*, 15(4), 383-402.

- Goodman, C. M. (1987). The Delphi technique: a critique. *Journal of Advanced Nursing*, 12(6), 729-734. doi:10.1111/j.1365-2648.1987.tb01376.x
- Gummesson, C., Ward, M. M., et Atroshi, I. (2006). The shortened disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire (QuickDASH): validity and reliability based on responses within the full-length DASH. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 7, 44-44.
- Gwet, K. L. (2008). Computing inter-rater reliability and its variance in the presence of high agreement. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 61(1), 29-48. doi:10.1348/000711006X126600
- Gwet, K. L. (2014). Handbook of inter-rater reliability: The definitive guide to measuring the extent of agreement among raters. (4e éd) Gaithersburg, Mar.: Advanced Analytics, LLC.
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x
- Jacobs, M. A., et Austin, N. M. (2003). *Splinting the hand and upper extremity : principles and process*. Baltimore, MAR: Lippincott Williams et Wilkins.
- Kennedy, D. M., Robarts, S., et Woodhouse, L. (2010). Patients are satisfied with advanced practice physiotherapists in a role traditionally performed by orthopaedic surgeons. *Physiotherapy Canada. Physiothérapie Canada*, 62(4), 298. doi:10.3138/physio.62.4.298
- Laliberté, M., Poulin, V., Brousseau, M., et Salib, E. (2017). *Validation des compétences avancées des ergothérapeutes en thérapie de la main*. Manuscrit soumis pour publication.
- Landry, A. (1997). *L'analyse de contenu, recherche sociale : de la philosophie à la collecte des données*. Ste-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Longhurst, A., Cohen, M., et McGregor, M. (2016). *Reducing surgical wait times, the Case for Public Innovation and Provincial Leadership*: Canadian Center for Policy Alternatives BC Office.
- MacKay, C., Davis, A. M., Mahomed, N., et Badley, E. M. (2009). Expanding roles in orthopaedic care: a comparison of physiotherapist and orthopaedic surgeon recommendations for triage. *Journal of Evaluation In Clinical Practice*, 15(1), 178-183. doi:10.1111/j.1365-2753.2008.00979.x
- McMillan, I. R. (2011). Assumptions underpinning the biomechanical frame of reference Dans E. Duncan (Ed.) *Foundations for practice in occupational therapy* (5<sup>e</sup> éd. p. 179-193). Edinburgh: Elsevier/Churchill Livingstone.

- Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-717-01W.pdf>
- Muenzen, P. M., Kasch, M. C., Greenberg, S., Fullenwider, L., Taylor, P. A., et Dimick, M. P. (2002). A new practice analysis of hand therapy. *Journal of Hand Therapy, 15*(3), 215-225.
- Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D., . . . Sketris, I. (2014). *Optimisation des champs d'exercice : de nouveaux modèles de soins pour un nouveau systèmes de soins de santé*. Ottawa : Académie canadienne des sciences de la santé.
- O'Brien, L., Hardman, A., et Goldby, S. (2013). The impact of a hand therapy screening and management clinic for patients referred for surgical opinion in an Australian public hospital. *Journal of Hand Therapy, 26*(4), 318-322. doi: 10.1016/j.jht.2013.06.003
- Passalent, L. A., Kennedy, C., Warmington, K., Soever, L. J., Lundon, K., Shupak, R., . . . Schneider, R. (2013). System integration and clinical utilization of the Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care (ACPAC) Program-Trained Extended Role Practitioners in Ontario: a two-year, system-level evaluation. *Healthcare Policy / Politiques de Santé, 8*(4), 56-70.
- Rayan, G., et Akelman, E. (2011). *The hand. Anatomy, examination, and diagnosis* ( 4e ed) Philadelphia: Lippincott Williams et Wilkins.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2014). *Manuel des médecins spécialistes (no 150)*. Québec: Centre d'information et d'assistance aux professionnels.
- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). (2017). *Qu'est-ce que la collaboration interprofessionnelle (CIP)*. Repéré à <http://www.rcpi.ulaval.ca/menu-outils/accueil/>
- Robinson, L. S., Sarkies, M., Brown, T., et O'Brien, L. (2016). Direct, indirect and intangible costs of acute hand and wrist injuries: A systematic review. *Injury, 47*(12), 2614-2626. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.041>
- Rose, R., et Probert, S. (2009). Development and implementation of a hand therapy extended scope practitioner clinic to support the 18-week waiting list initiative. *Hand Therapy, 14*(4), 95-104. doi: 10.1258/ht.2009.009016
- Saxon, R. L., Gray, M. A., et Oprescu, F. I. (2014). Extended roles for allied health professionals: an updated systematic review of the evidence. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 7*, 479-488. doi: 10.2147/JMDH.S66746

- Statistique Canada. (2014). *Chirurgies non urgentes, distribution des temps d'attente, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, provinces et territoires, occasionnel*. Repéré à <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=1053003&pattern=105-3001..105-3004&tabMode=dataTable&srchLan=-1&tp1=-1&tp2=31>
- Townsend, E., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D. et Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie Dans Townsend, E., Polatajko, H. J., et Cantin, N. *Habilitier à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd. p. 129-149.). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Tremblay-Boudreault, V., et Dionne, C.E. (2014). L'approche Delphi, Application dans la conception d'un outil clinique en réadaptation au travail en santé mentale Dans Corbière, M., & Larivière, N. *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. (1<sup>re</sup> éd. p. 283-303.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- von Zweck, C. (2012). Advanced competencies in occupational therapy practice. *Occupational Therapy Now*, 14(2), 8-10.
- Weiss, S. R. (2005). *Hand rehabilitation a quick reference guide and review* (2<sup>e</sup> éd.): St. Louis, MO: Elsevier/Mosby.

## **Annexe I : Résumé des fondements de la thérapie de la main et les principaux diagnostics rencontrés**

La Hand Therapy Certification Commission (HTCC) aborde les fondements de la thérapie de la main. Selon la HTCC, il est important d'avoir une bonne compréhension de l'anatomie de surface, l'anatomie et la physiologie de la peau, des muscles, des os, des nerfs et des vaisseaux du membre supérieur. Il faut également avoir des notions sur la guérison des plaies et sur les agents physiques comme la chaleur ou la glace. Les théories de kinésiologie et de biomécanique applicables au membre supérieur doivent être connues. Il est également recommandé de connaître l'étiologie et la pathologie des conditions médicales, les traitements chirurgicaux ainsi que les indications et les contre-indications (Muenzen et al., 2002). En plus, toutes les connaissances déjà comprises dans la pratique de l'ergothérapie sont pertinentes à la pratique de la thérapie de la main. Une liste des diagnostics couramment rencontrés en thérapie de la main est présentée dans le tableau XI. Celle-ci n'est pas exhaustive, mais elle reflète la pratique. D'autres professionnels peuvent être impliqués en thérapie de la main comme les infirmières, les physiothérapeutes, les psychologues et leurs rôles possibles peuvent varier.

### **Références :**

American Society for Surgery of the Hand. (2017). Hand Therapy. Repéré à <http://www.assh.org/handcarc/What-is-a-Hand-Therapist>

The British Society for Surgery of the Hand. (2017). *What is Hand Therapy?* Repéré à [http://www.bssh.ac.uk/patients/what\\_is\\_hand\\_therapy.aspx](http://www.bssh.ac.uk/patients/what_is_hand_therapy.aspx)

Tableau X. Diagnostics couramment rencontrés en thérapie de la main

Amputation d'un doigt	Fracture du poignet
Ankylose des doigts post-trauma ancien	Infection de la main
Arthrodèse	Lésion nerveuse périphérique au membre supérieur
Arthroplastie	Lésion tendineuse (fléchisseur ou extenseur)
Arthrose trapézo-métacarpienne du pouce	Luxation d'une articulation d'un doigt
Blessure au lit de l'ongle	Maladie de Dupuytren
Boutonnière	Névrite cubitale
Brûlures mineures aux mains	Plaie au membre supérieur
Diagnostic non spécifié ou non clarifié au membre supérieur	Polyarthrite rhumatoïde
Doigt à gâchette	Réimplantation
Doigt en maillet	Syndrome douloureux régional complexe
Doigt en maillet avec fracture	Syndrome du tunnel carpien
Entorse au poignet	Syndrome du tunnel cubital
Entorse d'une articulation d'un doigt	Tendinite de De Quervain
Fracture d'un métacarpe	Tendinite extenseur-fléchisseur poignet-doigts
Fracture d'une phalange	Trapézectomie
Fracture de la houppe (3 <sup>e</sup> phalange)	

## Annexe II : Questionnaire aux ergothérapeutes

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

Selon l'Association canadienne des ergothérapeutes :

*Les compétences avancées [...] comprennent les connaissances, .... et les habiletés requises pour des activités effectuées dans la pratique de l'ergothérapie qui vont au-delà de l'étendue des responsabilités assumées traditionnellement par les ergothérapeutes. (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012)*

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

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

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

Dans la liste de compétences et de connaissances suivantes, indiquez votre degré d'accord à l'aide d'un dispositif Likert de 7 à 1 (7 totalement en accord et 1 totalement en désaccord) sur les énoncés concernant les compétences supplémentaires à celles d'un ergothérapeute

expérimenté qui sont nécessaires à la pratique interdisciplinaire avancée de l'ergothérapeute en thérapie de la main :

### Compétences cliniques

1. Diriger à titre d'expert la clinique spécialisée en thérapie de la main : responsable de faire des évaluations, de la gestion clinique et le suivi des patients en thérapie de la main.
2. Identifier rapidement les enjeux dans les activités quotidiennes et importantes de la personne
3. Faire un plan de traitement intégré incluant l'ergothérapie, la physiothérapie et la gestion médicale et chirurgicale et en faire part à l'équipe
4. Être en mesure de cibler les situations où il faut référer à d'autres spécialistes ou professionnels
5. Être en mesure d'offrir des thérapies alternatives au client en faisant preuve d'innovation
6. Travailler de façon autonome avec une clientèle en thérapie de la main
7. Prendre des décisions cliniques pour le patient sans se référer à un médecin
8. Donner congé au patient sans qu'il ait vu le médecin
9. Émettre des recommandations quant au retour au travail sans qu'il ait vu le médecin
10. Utiliser des protocoles pour toutes les tâches hors du champ de pratique
11. Prescrire de la médication précise pour une problématique ou un diagnostic prédéterminé
12. Diagnostiquer et orienter le traitement pour les atteintes à la main
13. Demander des investigations pertinentes à la condition du patient
14. Interpréter les résultats des investigations pour déterminer le traitement approprié
15. Poser un diagnostic en utilisant l'évaluation clinique et les résultats des investigations
16. Connaître la base des actions pharmacologiques des analgésiques et leur utilisation
17. Connaître l'anatomie et les aspects physiologiques reliés aux procédures chirurgicales
18. Reconnaître les indications et contre-indications pour les radiographies, les prises de sang ou autres investigations
19. Connaître les procédures chirurgicales pertinentes en thérapie de la main
20. Connaître les besoins psychologiques et sociaux pour la clientèle en thérapie de la main

21. Connaître les traitements possibles pour les pathologies reliées à la main autant chirurgicaux que conservateurs
22. Avoir une connaissance approfondie de l'anatomie de surface et interne ainsi que la physiologie pour tout le membre supérieur (système vasculaire, musculo-squelettique, nerveux et cutané)
23. Connaître les signes précoces des maladies et les facteurs de risque associés
24. Connaître les pathologies reliées au membre supérieur et leurs symptômes reliés
25. Connaître les principaux médicaments utilisés en thérapie de la main

#### **Compétences de gestionnaire de la pratique**

1. Gérer la durée d'une consultation selon le degré de complexité du problème
2. Établir un plan d'effectifs nécessaires pour répondre à la demande en soins spécialisés en thérapie de la main
3. Utiliser les ressources du système de santé de façon appropriée
4. Administrer un budget pour la clinique spécialisée en thérapie de la main
5. Faire une liste de patients pour les chirurgies
6. Prioriser les patients sur la liste d'attente pour une chirurgie élective
7. Prioriser les demandes de consultation pour la clinique spécialisée en thérapie de la main

#### **Compétences de collaborateur**

1. Diriger l'équipe de soins en thérapie de la main et promouvoir l'efficacité de l'équipe
2. Collaborer avec les chirurgiens, les gestionnaires, les ergothérapeutes et autres professionnels afin de mener à bien le parcours du patient

#### **Compétences de communicateur**

1. Communiquer aux patients les différentes options de traitement
2. Être capable de décrire clairement la procédure chirurgicale au patient et à sa famille
3. Communiquer clairement au client les bénéfices et les risques de la chirurgie avec un degré de risque.

### *Compétences liées à l'application des connaissances*

1. Faire de l'enseignement à d'autres professionnels sur les pathologies de la main et leurs symptômes
2. Identifier les faiblesses dans le savoir clinique ou les compétences et initier des démarches pour apporter les améliorations nécessaires.
3. Effectuer des vérifications afin de comparer la performance de la clinique spécialisée en thérapie de la main par rapport aux meilleures pratiques basées sur les données probantes

### *Compétences liées au développement et à l'évaluation de la pratique en thérapie de la main*

1. Entreprendre et mener le développement de la pratique en ergothérapie pour la clientèle en thérapie de la main
2. Évaluer la pratique clinique pour la clientèle en thérapie de la main selon des objectifs avec des critères de performance prédéterminés

Partie 3. Des questions générales :

1. Est-ce que vous voyez d'autres compétences qui n'ont pas été mentionnées et qui seraient pertinentes à avoir pour une pratique avancée de l'ergothérapeute en thérapie de la main ?  
Lesquelles ?
2. Quelle(s) formation(s) serait (ent) nécessaires pour faire une pratique avancée en thérapie de la main ?
  - a. Aucune
  - b. Apprentissage autonome
  - c. Être « Certified hand therapist »
  - d. Suivre de la formation continue en lien avec l'évaluation et le traitement de la clientèle en thérapie de la main

- e. Avoir suffisamment d'expérience clinique auprès de la clientèle en thérapie de la main
    - i. Moins d'un an; Un à 3 ans; 3 à 5 ans; 5 à 10 ans; Autres :
  - f. Avoir du mentorat avec un chirurgien
3. Quels sont les facilitateurs à la pratique avancée de l'ergothérapeute auprès de la clientèle en thérapie de la main ?
    - a. les lister en ordre d'importance
  4. Quels sont les obstacles à la pratique avancée de l'ergothérapeute auprès de la clientèle en thérapie de la main ?
    - a. les lister en ordre d'importance
  5. Dans la liste suivante, indiquez votre degré d'accord à l'aide d'un dispositif Likert de 7 à 1 (7 totalement en accord et 1 étant totalement en désaccord) sur les énoncés concernant les diagnostics qui pourraient être pris en charge directement sans la consultation avec un chirurgien par un ergothérapeute aux compétences avancées pour l'orientation du traitement :
    - a. Amputation d'un doigt
    - b. Ankylose des doigts post-trauma ancien
    - c. Arthrose trapézo-métacarpienne du pouce
    - d. Blessure au lit de l'ongle
    - e. Boutonnière
    - f. Brûlures mineures aux mains
    - g. Diagnostic non spécifié ou non clarifié
    - h. Doigt à gâchette
    - i. Doigt en maillet
    - j. Doigt en maillet avec fracture
    - k. Entorse au poignet
    - l. Entorse d'une articulation d'un doigt
    - m. Fracture d'un métacarpe
    - n. Fracture d'une phalange
    - o. Fracture de la houppe (3<sup>e</sup> phalange)
    - p. Fracture du poignet

- q. Infection de la main
- r. Luxation d'une articulation d'un doigt
- s. Maladie de Dupuytren
- t. Névrite cubitale
- u. Polyarthrite rhumatoïde
- v. Préopérateur d'une lésion nerveuse
- w. Préopérateur d'une lésion tendineuse
- x. Préopérateur trapézectomie
- y. Syndrome du tunnel carpien
- z. Tendinite de De Quervain
- aa. Tendinite extenseur-fléchisseur poignet-doigts

## Annexe III : Lettre d'information CER-15-214-07



### LETTRE D'INFORMATION

---

#### **Validation des compétences nécessaires pour une pratique avancée de l'ergothérapie en chirurgie de la main**

Étudiante-chercheuse : Mélissa Laliberté, erg., Département d'ergothérapie, Programme de maîtrise en sciences biomédicales

Directrice de recherche : Professeur Valérie Poulin, erg., Ph.D., Département d'ergothérapie

Co-directrice de recherche : Professeur Martine Brousseau, erg., Ph.D., Département d'ergothérapie

Chercheur affilié : Georges Emmanuel Salib, MD, MSc, FRCSC, Chirurgie Plastique et Reconstructive, Centre hospitalier affilié universitaire régional

Votre participation à la recherche, qui vise à valider les compétences nécessaires à la pratique avancée de l'ergothérapeute en chirurgie de la main, serait grandement appréciée.

#### **Objectifs**

Cette étude s'inscrit dans le contexte du développement d'un modèle de soins impliquant la collaboration interdisciplinaire d'un chirurgien plasticien et d'une ergothérapeute exerçant des rôles associés à une pratique avancée en chirurgie de la main. L'étude vise à valider les compétences nécessaires à la pratique avancée de l'ergothérapeute auprès de personnes présentant des problèmes à la main. Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire

attentivement et n'hésitez pas à poser toute question que vous jugerez utiles. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

### **Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un court questionnaire électronique d'environ 30 minutes. La première partie du questionnaire inclut quelques questions liées à votre formation, votre expérience et le contexte de votre travail clinique. Par la suite, les questions visent à valider les compétences nécessaires à la pratique avancée de l'ergothérapeute auprès de personnes présentant des problèmes à la main. Une fois le questionnaire rempli, vous n'avez rien d'autre à faire. Il serait grandement apprécié que vous remplissiez ce questionnaire avant le 1er août 2015.

### **Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 30 minutes, demeure le seul inconvénient.

### **Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances sur la pratique interdisciplinaire avancée de l'ergothérapie en chirurgie de la main est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre financier n'est accordée.

### **Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée, car le questionnaire en ligne que vous remplirez sera doté d'un code numérique lors de la retranscription des données, de l'analyse et de la diffusion des résultats. Les résultats de l'étude qui pourront être diffusés sous forme de mémoire, d'article scientifique ou par des présentations orales, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données informatiques recueillies seront mises sur une clé d'archivage amovible protégée par un mot de passe et seront conservées sous clé au local 3817 Santé à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les seules personnes qui y auront accès sont l'étudiante chercheuse Mélissa

Laliberté, la directrice de la recherche Valérie Poulin, la codirectrice de la recherche Martine Brousseau et le chercheur affilié Georges Emmanuel Salib. Ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites 5 ans après la fin du projet et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document. Les données informatiques seront alors effacées de la clé d'archivage amovible.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer de la recherche en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question relative à cette recherche, vous pouvez communiquer avec [REDACTED]

### **Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-15-214-07.18 a été émis le 25 juin 2015.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique à l'égard de cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).

## Annexe IV : Formulaire de consentement CER-15-214-07



---

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

---

#### *Engagement de la chercheuse*

Moi, Mélissa Laliberté, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

#### *Consentement du participant*

Je confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet : *Validation des compétences nécessaires pour une pratique avancée de l'ergothérapie en chirurgie de la main*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette étude. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

En cliquant sur le lien du questionnaire, vous indiquez

- avoir lu l'information
- être d'accord pour participer

Chercheuse

---

Signature :

*Mélissa Laliberté*

---

Nom : Mélissa Laliberté

---

Date : Juin 2015

---

## Annexe V : Questionnaire sociodémographique

Nom du participant :

### Questionnaire

1. Vous êtes ?
  - Homme
  - Femme
  
2. Quel est votre âge ? \_\_\_\_\_
  
3. Quelle est votre scolarité ?
  - Secondaire
  - Diplôme d'étude professionnel
  - Collégial
  - Universitaire
  - Autres : \_\_\_\_\_
  
4. Quelle est votre raison de consultation ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. Avez-vous d'autres problèmes de santé ?
  - Non
  - OuiSi oui, lesquelles ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
6. Quel est votre statut d'emploi ?
  - Employé(e)
  - Travailleur(se) autonome
  - Sans emploi
  - Retraité(e)
  
7. Sur une échelle de 0 à 10, quel est en moyenne votre niveau de douleur ? 0 étant aucune douleur et 10 étant une douleur extrême, intolérable ?  
Au repos : \_\_\_\_\_ À l'activité : \_\_\_\_\_

## **Annexe VI : Lettre de recrutement CÉR-2015-017-01**

### **RECRUTEMENT**

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche en chirurgie de la main. Vous souffrez d'une blessure ou d'une maladie à votre main. Des études récentes démontrent que la collaboration étroite du chirurgien plasticien avec une ergothérapeute pourrait contribuer à améliorer la trajectoire des soins. C'est dans cette optique que nous voulons valider cette pratique et que nous avons besoin de votre collaboration. Votre participation se fera lors de votre attente pour voir le chirurgien et impliquera environ 45 minutes. Un formulaire d'information est disponible ainsi qu'une personne responsable pour vous expliquer en détails ce qu'implique votre participation et répondre à vos questions. Le fait de participer ou non ne change en aucun cas la qualité des soins que vous recevrez.

# Annexe VII : Formulaire d'information et de consentement

## CÉR-2015-017-01



### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



<b>Titre du projet de recherche :</b>	Validation d'une pratique interdisciplinaire avancée de l'ergothérapie en chirurgie de la main
<b>Chercheur responsable du projet de recherche :</b>	Georges Emmanuel Salib, MD, MSc, FRCS(C), Chirurgie Plastique et Reconstructive, Centre hospitalier affilié universitaire régional
<b>Co-chercheurs :</b>	Professeur Valérie Poulin, erg., Ph.D., Département d'ergothérapie Professeur Martine Brousseau, erg., Ph.D., Département d'ergothérapie Mélissa Laliberté, erg., Département d'ergothérapie, Programme de maîtrise en sciences biomédicales

### Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

## **Nature et objectifs du projet de recherche**

Vous souffrez d'une blessure ou d'une maladie à votre main. Des études récentes démontrent que le travail d'équipe entre le médecin plasticien et l'ergothérapeute pourrait contribuer à améliorer la qualité des soins. L'objectif de l'étude est de vérifier si l'ergothérapeute peut intervenir auprès des patients de chirurgie de la main avant le médecin plasticien en ayant la même conclusion.

La population visée par l'étude est toutes les personnes référées en chirurgie plastique pour une pathologie ou un traumatisme à la main au Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières (CHAUR). Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 60 participants au Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières (CHAUR), hommes et femmes, âgés de 18 à 99 ans.

## **Déroulement du projet de recherche**

Ce projet de recherche se déroulera dans le cadre de votre consultation en chirurgie plastique. Vous irez vous enregistrer à l'accueil suivant les démarches usuelles. Dans la salle d'attente, un questionnaire avec des questions sur votre âge, votre statut d'emploi sera à remplir ainsi qu'un questionnaire sur la capacité à faire vos activités quotidiennes. Ces questionnaires prendront environ 5 minutes à remplir. Pendant que vous attendez votre rendez-vous avec le chirurgien, vous irez rencontrer l'ergothérapeute pour une évaluation et des explications sur l'orientation du traitement. Cette rencontre aura une durée maximale de 30 minutes. Vous retournerez dans la salle d'attente où vous remplirez un questionnaire confidentiel et anonyme de satisfaction pour la rencontre avec l'ergothérapeute d'environ 5 minutes. Après avoir rempli le questionnaire de satisfaction, un intervenant vous mentionnera de ne révéler aucune information de la rencontre avec l'ergothérapeute au chirurgien. En second lieu, vous rencontrerez le chirurgien plasticien pour une évaluation suivant la démarche usuelle. Vous aurez à remplir un nouvel exemplaire du questionnaire de satisfaction pour la rencontre avec le chirurgien d'une durée de 5 minutes. À la toute fin, vous serez orienté vers les services décidés par le chirurgien suivant la démarche usuelle : chirurgie, ergothérapie, infiltrations et autres. L'équipe de recherche

consultera votre dossier médical pour obtenir les informations pertinentes à la recherche.

### **Avantages associés au projet de recherche**

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

### **Inconvénients/Risques associés au projet de recherche**

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche soit environ 45 minutes, aucun risque ni inconvénient n'est associé à votre participation.

### **Participation volontaire et possibilité de retrait**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable de ce projet ou à l'un des membres de son personnel de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec le chercheur responsable de ce projet et les autres intervenants.

Le chercheur responsable de ce projet et le Comité d'éthique de la recherche du CHAUR peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour se conformer aux exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

### **Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations concernant votre état de santé passé et présent, vos habitudes de vie ainsi que les réponses aux questionnaires et les résultats de tous les tests, examens et procédures qui seront réalisés. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche. Ils seront conservés sous clé au local 3817 Santé à l'Université du Québec à Trois-Rivières. De plus, les documents informatisés seront protégés par un mot de passe.

Les renseignements recueillis, à titre de données de recherche, seront utilisés par le chercheur responsable de ce projet dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données de recherche pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données de recherche pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront conservés pendant 5 ans après la fin du projet par le chercheur responsable de ce projet de recherche et seront détruits par la suite. Les documents papiers seront déchiquetés.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du CHAUR. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

En conformité avec la loi sur l'accès à l'information, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable de ce projet de recherche détient ces informations.

### **Compensation**

Aucune compensation d'ordre financier ou autre n'est accordée.

### **Indemnisation en cas de préjudice et droits du participant à la recherche**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

### **Identification des personnes-ressources**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheur co-responsable de ce projet de recherche, [REDACTED]  
[REDACTED]

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHAUR au numéro suivant : 819-370-2200, poste 42210.

### **Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche**

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, installation CSSS de Trois-Rivières a approuvé ce projet de recherche et en assurera le suivi. Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières, a aussi approuvé ce projet de recherche. Ils approuveront toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat de la recherche du CSSS de Trois-Rivières au 819-697-3333, poste 64399

## Consentement

**Titre du projet de recherche :** Validation des compétences nécessaires pour une pratique avancée de l'ergothérapie en chirurgie de la main

### I. Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

J'accepte que des données soient prises à mon dossier médical

---

Signature du participant

Date

### II. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

---

Signature de la personne qui obtient le consentement

Date

### III. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

---

Signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date



## Annexe VIII : Preuve de soumission et d'acceptation

Il a été accepté à la suite de corrections mineures le 18 octobre 2017.

### [RFRE] Décision du rédacteur

Laure Décastel <laure.decastel@eesp.ch>

mer. 18/10/2017 11:17

À Laliberte, Melissa <Melissa.Laliberte@uqtr.ca>:

Bonjour,

Nous avons le plaisir de vous informer que nous avons pris une décision positive concernant votre soumission à la Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie, "Validation des compétences avancées des ergothérapeutes en thérapie de la main".

Votre article sera donc publié dans notre revue. Vous allez recevoir prochainement une version corrigée et mise en page, pour validation. Néanmoins, des modifications significatives pourront être apportées à votre texte, notamment en lien avec le caractère exploratoire de l'enquête.

Nous vous remercions de votre contribution à la diffusion des résultats de recherche en ergothérapie.

Avec nos meilleurs messages.

Pour le Comité de rédaction  
Laure Décastel  
Haute école de travail social et de la santé - EESP Haute Ecole  
Spécialisée de Suisse Occidentale - HES-SO  
laure.decastel@eesp.ch

---

Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie  
<http://rfre.org>