

# É

Réadaptation au travail

## Études et recherches

■ RAPPORT R-703



**Élaboration d'un guide de pratique sur l'évaluation  
des capacités reliées au travail pour une clientèle  
présentant une déficience physique**

*Sophie Roy  
Marie-José Durand  
Hélène Corriveau*





Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

## NOS RECHERCHES

*travaillent pour vous !*

### Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

### Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour.

De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement.  
[www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca)

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine Prévention au travail, publié conjointement par l'Institut et la CSST.  
Abonnement : 1-877-221-7046

### Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales  
2011  
ISBN : 978-2-89631-563-5 (PDF)  
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications  
505, boul. De Maisonneuve Ouest  
Montréal (Québec)  
H3A 3C2  
Téléphone : 514 288-1551  
Télécopieur : 514 288-7636  
[publications@irsst.qc.ca](mailto:publications@irsst.qc.ca)  
[www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca)  
© Institut de recherche Robert-Sauvé  
en santé et en sécurité du travail,  
août 2011

Réadaptation au travail

# Études et recherches

RAPPORT R-703

## Élaboration d'un guide de pratique sur l'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique

### Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

*Sophie Roy<sup>1</sup>, Marie-José Durand<sup>2-3</sup>, Hélène Corriveau<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Centre de réadaptation Estrie*

*<sup>2</sup>Université de Sherbrooke*

*<sup>3</sup>CAPRIT, Université de Sherbrooke*

Cliquez recherche  
[www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca)



Cette publication est disponible  
en version PDF  
sur le site Web de l'IRSST.

Cette étude a été financée dans le cadre d'une entente de partenariat entre l'IRSST et le REPAR, un réseau du FRSQ.  
Les conclusions et recommandations sont celles des auteures.

**CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST**

Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document  
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à remercier chaleureusement les ergothérapeutes qui ont participé à ce projet de recherche. Merci également à l'IRSST et au REPAR pour leur support financier ainsi qu'au Centre de réadaptation Estrie pour son support matériel.



## SOMMAIRE

L'évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT) de personnes souffrant d'une déficience physique est une pratique clinique courante en ergothérapie. Les résultats de l'ÉCT servent soit à déterminer l'admissibilité à des services de réadaptation, à aider à la décision lors d'un processus de réorientation professionnelle ou encore à déterminer l'admissibilité à des indemnités de remplacement de revenus (1; 2; 3; 4; 5; 6). Ils peuvent aussi être utilisés dans la planification des interventions de réadaptation visant le retour au travail ou pour l'adaptation d'un poste de travail. Cependant, la pratique évaluative des cliniciens à l'égard de l'ÉCT présente une grande variabilité. Cette variabilité des pratiques amène un questionnement sur la qualité des résultats qui en sont issus. Par conséquent, des résultats inexacts ou incomplets peuvent être produits et avoir des impacts négatifs majeurs sur la santé et la qualité de vie des travailleurs présentant une déficience physique telle que des blessures, des pertes d'emploi, de revenu ou encore de confiance en soi (5; 6; 7; 8). Une des solutions proposées actuellement pour réduire cette variabilité et augmenter la qualité des soins de santé est l'élaboration et la dissémination de guides de pratique. Les guides de pratique consistent en des recommandations élaborées à partir des données probantes d'un domaine. Ils sont une des sources d'informations de qualité sur lesquelles les cliniciens peuvent appuyer leurs décisions cliniques (9). À notre connaissance, aucun guide de pratique sur l'ÉCT n'est disponible pour les ergothérapeutes.

Cette étude propose, à l'intention des ergothérapeutes, l'élaboration d'un guide de pratique sur l'ÉCT des personnes présentant une déficience physique. Il s'agit d'une recherche de développement qui a consisté en une recension systématique des écrits à partir de laquelle une première version du guide de pratique a été élaborée. Cette première version a fait l'objet d'une consultation auprès de 24 ergothérapeutes experts du domaine (quatre groupes de discussion focalisée et deux entrevues individuelles). Les participants ont donné leur avis sur le format et la clarté du guide, la pertinence de chacune des recommandations et si celles-ci couvraient bien le domaine. Les échanges de groupes et entrevues ont été enregistrés, transcrits et ont fait l'objet d'une analyse de contenu selon un devis de type qualitatif (10).

Les résultats révèlent que le format du guide est facile à consulter. En ce qui a trait au contenu, la plupart des participants ont affirmé être en accord avec les recommandations issues de la recension des écrits. Bien que certaines recommandations aient dû être précisées ou complétées, les participants ont reconnu qu'elles couvraient l'ensemble du domaine. De plus, ils ont confirmé l'utilité du guide de pratique, et ce, autant pour les ergothérapeutes nouvellement gradués que ceux expérimentés.

En conclusion, cette étude a permis de recenser les connaissances actuelles concernant l'ÉCT et d'en tirer les éléments significatifs pour la pratique clinique des ergothérapeutes. La rétroaction des cliniciens experts a permis d'une part de préciser et de compléter certaines recommandations et d'autre part de produire un guide de pratique utile et de qualité.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>I</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>III</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>V</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>IX</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>IX</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>IX</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>2. ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1 Évaluation des capacités de travail (ÉCT)</b> .....	<b>3</b>
2.1.1 Définition et utilité.....	3
2.1.2 Objectifs de l'ÉCT .....	3
2.1.3 Types d'ÉCT.....	3
2.1.3.1 <i>Les évaluations des capacités fonctionnelles</i> .....	3
2.1.3.2 <i>Les évaluations en milieu de travail</i> .....	4
<b>2.2 Variabilité de la pratique</b> .....	<b>4</b>
2.2.1 Formation et expérience des cliniciens .....	4
2.2.2 Cadres de référence et modèles conceptuels en regard de l'ÉCT .....	5
2.2.2.1 <i>Cadres de référence</i> .....	5
2.2.2.2 <i>Modèles conceptuels</i> .....	6
2.2.3 Disponibilité d'outils d'évaluation pour les cliniciens .....	8
2.2.4 Standards de pratique .....	8
<b>3. OBJECTIF DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>11</b>
<b>4. MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>13</b>
<b>4.1 Devis de recherche</b> .....	<b>13</b>
<b>4.2 Recension systématique des écrits</b> .....	<b>13</b>
<b>4.3 Évaluation des données probantes</b> .....	<b>17</b>
4.3.1 Niveaux de preuve scientifique.....	17
4.3.2 Qualité des études et des écrits .....	18

<b>4.4</b>	<b>Développement des recommandations et des textes du guide de pratique .....</b>	<b>18</b>
4.4.1	Élaboration de la version préliminaire .....	19
4.4.2	Consultation de cliniciens experts .....	19
4.4.2.1	Participants potentiels et recrutement .....	20
4.4.2.2	Méthode .....	20
4.4.2.3	Collecte de données .....	21
4.4.2.4	Analyse des données .....	21
<b>4.5</b>	<b>Considérations éthiques.....</b>	<b>21</b>
<b>5.</b>	<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>23</b>
<b>5.1</b>	<b>Recension systématique des écrits .....</b>	<b>23</b>
5.1.1	Recherche documentaire .....	23
5.1.2	Qualité des écrits/études .....	25
5.1.2.1	Niveau de preuve VII.....	26
5.1.2.2	Niveau de preuve X .....	27
5.1.2.3	Niveau de preuve XI.....	27
<b>5.2</b>	<b>Contenu du guide de pratique .....</b>	<b>27</b>
<b>5.3</b>	<b>Appréciation du guide de pratique par les participants.....</b>	<b>28</b>
5.3.1	Participants.....	28
5.3.2	Appréciation générale et format du guide de pratique.....	29
5.3.3	Section « Recommandations pour la pratique clinique ».....	30
5.3.3.1	Clarté des recommandations .....	31
5.3.3.2	Contenu de la recommandation .....	32
5.3.3.3	Exhaustivité des recommandations.....	33
5.3.3.4	Qualité des argumentaires.....	33
5.3.3.5	Textes, tableaux et figures accompagnant les recommandations .....	34
5.3.4	Section « Niveaux de preuve et sommaire des recommandations ».....	34
5.3.5	Section « Généralités » .....	35
5.3.6	Section « Vignette clinique ».....	35
5.3.7	Préoccupations et besoins des participants .....	35
<b>6.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>37</b>
<b>6.1</b>	<b>Recension systématique des écrits .....</b>	<b>37</b>
6.1.1	Recherche documentaire .....	37
6.1.1.1	Stratégie de recherche .....	37
6.1.1.2	Sélection des écrits.....	38
6.1.2	Évaluation des données probantes .....	39
<b>6.2</b>	<b>Analyse de contenu des écrits et élaboration de la version préliminaire du guide de pratique.....</b>	<b>41</b>
<b>6.3</b>	<b>Consultation de cliniciens experts (groupes de discussion focalisée et entrevues)....</b>	<b>41</b>

6.3.1	La collaboration interdisciplinaire .....	42
6.3.2	Le modèle conceptuel .....	42
6.3.3	Réactions à la recommandation de l'approche dite "top-down" .....	43
6.3.4	L'application des recommandations et le contexte des agents payeurs (assureurs) .....	44
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>46</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>47</b>



## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 – Classification des niveaux de preuve des données probantes selon Burns & Grove (52) .....	17
Tableau 2 – Grilles utilisées pour l'évaluation de la qualité des études/écrits selon le type d'étude .....	18
Tableau 5 – Qualité des articles proposant un modèle conceptuel ou un cadre de référence.....	27
Tableau 6 – Qualité des études descriptives transversales.....	27
Tableau 7 - Profils des participants (n=24).....	28
Tableau 8 - Recommandations pour la pratique clinique .....	30
Tableau 9- Commentaires et corrections apportées sur la clarté des recommandations.....	31
Tableau 10 - Commentaires et corrections apportées sur le contenu des recommandations.....	32
Tableau 11- Commentaires et corrections apportées sur la qualité des argumentaires .....	33

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 - Synthèse des stratégies de recherche documentaire et de sélection des documents ....	16
Figure 2 – Résultats de la sélection des documents .....	23

## **LISTE DES ANNEXES**

ANNEXE A : Stratégies de recherche documentaire utilisées pour chacune des sources de données .....	53
ANNEXE B : Grille de lecture pour l'extraction des données .....	61
ANNEXE C : Grilles d'évaluation de la qualité des études.....	63
ANNEXE D : Guide d'entrevue pour les groupes de discussion focalisée.....	75
ANNEXE E : Questionnaire portant sur le profil du participant .....	77



## 1. INTRODUCTION

Le travail occupe un rôle important chez l'adulte car il contribue à différentes fonctions (11; 12). En effet, il est une source d'autonomie financière, procure un statut social et est également une activité régulière qui influence grandement la gestion du temps et de l'espace chez l'adulte. Aussi, le travail peut fournir à une personne un sens à sa vie et l'occasion de se réaliser. En somme, le travail constitue un rôle important pour l'adulte et il est un élément clé de son intégration à la société. L'accomplissement de ce rôle peut toutefois être affecté par une blessure ou une maladie (11; 12; 13). Lorsque ce rôle est interrompu, c'est la vie entière de la personne qui est chamboulée. Conséquemment, dans le processus de réadaptation de la personne, la reprise d'un rôle de travailleur est l'un des objectifs importants. L'évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT) des personnes présentant une déficience physique devient une pratique essentielle en réadaptation. Globalement, cette évaluation permet d'appuyer différentes décisions relatives aux traitements à offrir, à la détermination d'un retour sécuritaire et durable à un emploi ou encore à la réorientation professionnelle des personnes (3).

Au Québec, les ergothérapeutes sont la plupart du temps impliqués dans la réalisation des ÉCT des personnes présentant une déficience physique, que ce soit seul, ou en collaboration avec une équipe multi- ou interdisciplinaire. Ces ergothérapeutes pratiquent dans différents milieux : centres de réadaptation en déficience physique, centres hospitaliers ou cliniques privées. Or, les écrits rapportent que la pratique professionnelle est variable dans le domaine des ÉCT (14; 15; 5). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces variations tels que le peu de formations disponibles, l'insuffisance de modèles conceptuels (16; 17), ou encore le manque de disponibilité d'instruments et d'études de validité de ceux-ci (4; 5; 6; 18; 19; 20; 21). Par conséquent, cette grande variabilité des pratiques évaluatives par les cliniciens amène un questionnement sur la qualité des services que reçoivent les personnes évaluées (7). En effet, si les conclusions de l'évaluation d'une même personne peuvent varier en raison de pratiques cliniques différentes, des risques de préjudices s'en suivent inévitablement. En fait, des résultats erronés peuvent avoir des conséquences désastreuses pour le travailleur blessé ou malade, par exemple : l'aggravation de l'état de santé lors d'un retour au travail, la non-admissibilité à des mesures de support pour une réorientation professionnelle, ou encore une conclusion d'une incapacité complète au travail alors que des interventions sont encore possibles pour améliorer la compatibilité capacités-exigences de travail (8; 14).

Or, comme dans tous les secteurs liés à la santé, la qualité des soins est une question importante en réadaptation. La qualité des soins se définit comme le degré auquel les soins se conforment avec les meilleures connaissances du moment et les pratiques généralement acceptées (22). Actuellement, une des solutions proposées pour réduire une variabilité de la pratique clinique et en rehausser la qualité est l'utilisation des guides de pratique (GP) (23; 24; 25). Un guide de pratique, appelé aussi guide de recommandations pour la pratique clinique, consiste en des « propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données » (9). Bien que de nombreuses méthodes d'ÉCT soient disponibles, il n'existe pas dans le domaine, à notre connaissance, un GP qui aurait été développé à partir d'une méthodologie explicite et de qualité. Cette recherche comblera en partie cette lacune en produisant un guide de pratique sur les ÉCT.

Ce rapport de recherche présente d'abord un survol de l'état actuel des connaissances portant sur les ÉCT ainsi que la variabilité des pratiques cliniques dans ce domaine. L'objectif de l'étude sera par la suite décrit et sera suivi de la méthodologie adoptée. Les résultats et la discussion en lien avec les données probantes actuelles termineront ce rapport. Le guide de pratique peut être téléchargé gratuitement sur le site internet de l'IRSST ([www.irsst.qc.ca/fr/trouvez-une-publication.html](http://www.irsst.qc.ca/fr/trouvez-une-publication.html)) et celui du CAPRIT ([www.usherbrooke.ca/caprit/publications](http://www.usherbrooke.ca/caprit/publications)).

## **2. ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES**

La prochaine section aborde différentes dimensions reliées à l'évaluation des capacités de travail ainsi que les cadres et les modèles conceptuels qui y sont liés.

### **2.1 Évaluation des capacités de travail (ÉCT)**

#### **2.1.1 Définition et utilité**

L'évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT) est l'appréciation des capacités d'une personne à réaliser un travail. Habituellement, pour les personnes qui présentent une ou des déficiences suite à une maladie ou une blessure, cette évaluation se conduit dans un contexte de réadaptation au travail (3). L'ÉCT décrit et analyse les tâches et les exigences de l'emploi selon différentes stratégies et détermine comment le travailleur peut les rencontrer (6). Elle est différente de l'évaluation médicale qui, pour sa part, détermine si le travailleur est prêt à retourner au travail sur le plan de sa condition organique (26). L'ÉCT peut être faite en parallèle avec l'évaluation médicale et lui être complémentaire (27).

#### **2.1.2 Objectifs de l'ÉCT**

Les objectifs spécifiques reliés à utilisation de l'ÉCT peuvent varier grandement. Dans le cadre d'une intervention clinique, les objectifs suivants peuvent se retrouver: situer les difficultés d'une personne en lien avec le retour au travail, élaborer les interventions requises pour un individu, être un outil d'information pour le travailleur sur sa propre capacité, documenter les progrès pendant un traitement, déterminer les capacités de la personne dans le cadre d'une orientation professionnelle, ou encore émettre des recommandations à la personne ou son employeur pour faciliter le retour ou le maintien au travail. Sur le cadre administratif, les résultats de l'ÉCT peuvent servir à déterminer l'admissibilité à des indemnités de remplacement de revenus et à des services de réadaptation, ou encore être utiles pour négocier la résolution d'une réclamation (1; 2; 3; 4; 5; 6).

#### **2.1.3 Types d'ÉCT**

Il existe plusieurs types d'évaluations de capacités reliées au travail ainsi que diverses classifications de celles-ci (1; 2; 17; 28; 29). La classification retenue dans cette étude est celle de Innes et Straker (28) qui proposent de les classer en deux grandes catégories : les évaluations des capacités fonctionnelles et les évaluations en milieu de travail. Cette classification a été retenue en raison de sa simplicité. Aussi, elle ne se limite pas aux évaluations des capacités fonctionnelles comme les autres classifications et considère également les évaluations en milieu de travail.

##### **2.1.3.1 Les évaluations des capacités fonctionnelles**

Les évaluations des capacités fonctionnelles (ÉCF) consistent généralement en une batterie de tests qui mesurent les capacités maximales du travailleur selon certaines exigences physiques de travail telles que la manutention de charges, la tolérance assise, debout et/ou à la marche, la dextérité manuelle, la capacité à maintenir des positions contraignantes (ex. : penché, accroupi), etc. (1; 17). Ces évaluations se déroulent généralement dans un milieu clinique et peuvent durer de quelques heures à quelques jours. Les ÉCF se composent de différentes méthodes de collecte de données comme des tests standardisés (ex. : échantillons de travail VALPAR) et des mises en situation par simulation de tâches de travail. Il existe des ÉCF spécifiques à un emploi et des

ÉCF générales (28). L'ÉCF spécifique à un emploi mesure les capacités de la personne en fonction des tâches et exigences particulières d'un emploi déterminé (par exemple, un emploi de bureau). Une ÉCF générale mesure les capacités de la personne selon des exigences générales de travail. La plupart du temps, ces dernières batteries de tests utilisent la liste des exigences qui sont énumérées dans le *Dictionary of Occupational Titles* (30) ou d'autres nomenclatures de même type (17).

### **2.1.3.2 Les évaluations en milieu de travail**

Les évaluations en milieu de travail consistent en une mise en situation du travailleur dans ses tâches réelles dans l'environnement de travail. Elles cherchent à documenter les interactions spécifiques entre un travailleur, son emploi et son environnement de travail (28). L'observation directe, les entrevues avec des personnes significatives (ex. : travailleur, employeur) et des questionnaires sont habituellement utilisés pour recueillir les données. Ces évaluations sont d'une durée variable selon les objectifs visés (une heure à plusieurs semaines). À notre connaissance, il n'y a pas de méthode d'évaluation standardisée pour les réaliser. Cependant, certaines grilles listant les paramètres à documenter dans le milieu de travail peuvent être utilisées (31; 32). Également, certains modèles ou cadres de référence peuvent guider l'ÉCT d'une clientèle spécifique tels que l'« Approche idéale de l'évaluation en regard du travail » pour les personnes ayant subi des blessures graves suite à un accident automobile (14) ou encore la « Marge de manœuvre » pour une clientèle qui souffrent de douleur persistante d'origine musculo-squelettique (33; 34). Pour les évaluations en milieu de travail, le clinicien utilise habituellement de multiples sources et méthodes de collecte de données et fait une triangulation des informations afin d'obtenir une image juste de la compatibilité des capacités de la personne avec sa situation d'emploi (14; 31). Les paramètres évalués sont très variés et dépendent de la condition de la personne, de son type d'emploi et des objectifs de l'évaluation. Il peut s'agir de réaliser par exemple une analyse des exigences de l'emploi, d'établir la capacité de la personne à effectuer les tâches et à rencontrer les standards de productivité, d'établir le fonctionnement de la personne dans le milieu social de travail, d'identifier les besoins d'adaptation, d'identifier la présence et l'utilisation efficace de stratégies de régulation relativement à la douleur ou au stress ou encore de documenter la variation dans le temps des exigences de l'emploi (ex. : cadence) et des capacités de la personne (ex. : fatigue) (14; 31; 33; 35).

## **2.2 Variabilité de la pratique**

La variation de la pratique professionnelle reliée à l'utilisation des ÉCT est une problématique importante en raison de ses conséquences potentielles sur la santé et la sécurité des personnes (14; 5). Plusieurs facteurs semblent contribuer à cette variation soit la formation et l'expérience des cliniciens, l'insuffisance de modèles conceptuels, la disponibilité d'outils d'évaluation de qualité pour les cliniciens et le manque de standards de pratique. Ces différents facteurs seront brièvement abordés.

### **2.2.1 Formation et expérience des cliniciens**

Innes et Straker (8) rapportent que la formation et l'expérience de l'évaluateur sont des facteurs qui influencent la façon dont les évaluations sont réalisées. D'ailleurs, Dutil et Vanier (14) soulignent que la complexité du portrait clinique d'un client combiné à un manque de formation du clinicien peut limiter de façon significative la validité des résultats obtenus lors des évaluations. Certains auteurs constatent également qu'il y a très peu de professionnels qui ont

une expertise et une formation spécifique pour effectuer les ÉCT (7; 36). Les programmes de formation en ergothérapie accordent encore peu de place à cette pratique évaluative dans leur curriculum. De plus, il y a actuellement peu de formations continues sur ce sujet. Dans la pratique actuelle, il semble que l'acquisition des connaissances se fait principalement par mentorat réalisé par des cliniciens expérimentés pour la supervision de cliniciens débutants dans le domaine. Ce mentorat reste basé cependant sur des expériences professionnelles individuelles.

## **2.2.2 Cadres de référence et modèles conceptuels en regard de l'ÉCT**

Plusieurs auteurs soulignent que globalement les cadres de références et les modèles conceptuels dans le domaine des ÉCT demeurent peu fréquents et sont souvent insuffisants (16; 17; 20). Toutefois, quelques propositions intéressantes sont disponibles dans la littérature. Ces cadres de références et modèles conceptuels abordent des dimensions très variées.

### **2.2.2.1 Cadres de référence**

À partir des écrits récents, quatre cadres de référence émergent soit : 1) l'« Approche idéale de l'évaluation en regard du travail » de Dutil et Vanier (14); 2) une description séquentielle de l'ensemble des étapes d'une ÉCT qui tient compte de son environnement administratif (2); 3) une description de l'arrimage entre les objectifs poursuivis par l'ÉCT, les dimensions du fonctionnement au travail et les étapes de la réadaptation (3; 17); et finalement 4) une correspondance entre les différents outils d'évaluation qui doivent être utilisés et les dimensions du fonctionnement de la personne au travail par Gibson et Strong (29).

Brièvement, l'« Approche idéale de l'évaluation en regard du travail » de Dutil et Vanier (14) propose un cadre de référence en lien avec l'ÉCT des personnes qui conservent des séquelles importantes suite à des blessures graves subies lors d'un accident de la route (lésion médullaire, traumatisme crano-encéphalique, blessures orthopédiques graves). Ce cadre de référence repose sur le postulat que toute personne peut travailler lorsqu'elle est mise dans des conditions appropriées. Selon ces auteurs, l'évaluation doit être précoce, écologique, continue, administrée par une équipe multidisciplinaire adéquatement formée utilisant une approche centrée sur le client et aussi que les services soient accessibles et coordonnés. Ce cadre de référence est structuré en trois phases, à savoir : 1) la préparation au travail, 2) l'entrée et le maintien au travail et 3) le suivi continu à long terme. La première phase comprend les cinq étapes suivantes : l'évaluation des préalables au travail, l'identification des types d'emploi présumés compatibles avec les caractéristiques de la personne et de son environnement, la recherche d'emplois disponibles parmi les types d'emplois identifiés, l'analyse du travail disponible et sélection d'un emploi et enfin, l'évaluation des capacités de la personne à obtenir l'emploi choisi. La seconde phase comprend deux étapes : l'évaluation en milieu de travail puis l'identification des besoins pour le maintien au travail. La troisième phase ne comprend qu'une seule étape, soit le suivi à long terme. Dutil et Vanier (14) précisent que les différentes étapes peuvent se chevaucher, que leur durée est variable et qu'elles ne sont pas toujours toutes nécessaires.

D'autres auteurs proposent plutôt une description séquentielle de l'ÉCT qui tient compte de l'environnement administratif dans lequel elle se déroule. En effet, Abdel-Moty *et al.* (2), ont proposé un cadre de référence pour l'ÉCT pour des travailleurs présentant des troubles musculo-squelettiques. Ce cadre précise que le processus d'ÉCT se divise en quatre étapes, à savoir : 1) la détermination de l'objectif de l'ÉCT, c'est-à-dire la précision par le référent du besoin, à savoir

la détermination des capacités de travail générales ou spécifiques à un emploi, la description du potentiel de réadaptation de celles-ci ou encore la définition des recommandations pour favoriser le retour au travail; 2) la référence à un organisme qui offre un service d'évaluation des capacités de travail; 3) l'évaluation proprement dite; et 4) la communication des résultats sous la forme d'un rapport écrit au référent. Les auteurs décrivent chacune de ces étapes et émettent plusieurs recommandations pour leur réalisation. En ce qui a trait à l'évaluation, il est à noter que dans ce cadre de référence, il est question de l'ÉCF. De façon générale, Abdel-Moty *et al.* (2) considèrent que l'ÉCF doit faire l'objet d'un protocole standardisé pour l'administration de la batterie de tests afin de favoriser une bonne qualité des résultats.

Innes et Straker (3) proposent un cadre de référence qui situe plutôt les moments où une ÉCT est nécessaire pendant la réadaptation. Ils précisent également les buts habituellement visés par les ÉCT (administratif, thérapeutique ou les deux à la fois). Selon Innes et Straker (3), en identifiant clairement le but de l'évaluation, le clinicien peut choisir les outils ou les approches les plus appropriés. Dans un second article, Innes et Straker (17) abordent le choix des outils à utiliser mais sans faire de liens directs et explicites avec les différents buts de l'ÉCT. Cependant, ils indiquent qu'il est nécessaire de d'abord situer les niveaux du fonctionnement à évaluer. Ces auteurs se basent sur le cadre de référence de Packer [cité dans (17)] qui décrit les niveaux du fonctionnement de l'individu. À la base, se situe le niveau le plus simple, un système corporel, puis les niveaux se complexifient jusqu'à atteindre le niveau le plus haut de la hiérarchie, à savoir l'exercice d'un rôle. Innes et Straker (17) utilisent donc cette hiérarchie pour situer les différents outils et types d'ÉCT selon les niveaux qu'elles évaluent.

Dans la même perspective, Gibson et Strong (29) basent également leur cadre de référence sur le niveau de fonctionnement de l'individu à évaluer pour guider le choix des approches ou des outils de l'ÉCT. Ce cadre de référence s'adresse aux travailleurs ayant subi une blessure au travail. Ces auteurs proposent d'utiliser la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) pour identifier les dimensions du fonctionnement de l'individu (37). Ces dimensions sont : les fonctions organiques et structures anatomiques; les activités; et la participation sociale. Ces dimensions du fonctionnement sont influencées par des facteurs personnels et environnementaux. Gibson et Strong (29) rappellent qu'il y a peu de corrélation entre les déficiences, les activités et la participation sociale. Il est donc inapproprié d'évaluer l'un pour inférer sur l'autre. Comme dans la proposition d'Innes et Straker (17), les ergothérapeutes précisent d'abord les dimensions du fonctionnement à évaluer puis, sélectionnent les outils et les approches appropriés pour chaque dimension.

En somme, il existe des cadres de référence qui organisent principalement l'ordonnance des étapes lors d'une évaluation des capacités reliées au travail et cernent les types d'outils à utiliser en fonction de celles-ci. Ces cadres peuvent être globalement superposés dans leurs grandes lignes.

### **2.2.2.2 Modèles conceptuels**

Deux modèles conceptuels ont été identifiés en lien plus étroit avec les ÉCT. Il s'agit du « Fonctionnement au travail » (35) et de la « Marge de manœuvre » (33; 34).

Sandqvist et Henricksson (35) proposent un modèle conceptuel pour une clientèle générale, en utilisant les dimensions du fonctionnement et les facteurs de la CIF. Ce modèle tient compte à la fois du fonctionnement de l'individu spécifiquement au travail (incluant toutes les dimensions: fonctions organiques et structures anatomiques, les activités et la participation sociale) et également des facteurs (personnels et environnementaux) pouvant influencer sa performance au travail. Leur modèle conceptuel identifie trois dimensions au fonctionnement au travail : la participation au monde du travail, la performance au travail et les capacités individuelles. La participation au monde du travail se définit comme la capacité de la personne à occuper un rôle de travailleur de même que d'acquérir et de maintenir un emploi. Cette dimension ne dépend pas seulement de la personne mais également des facteurs sociaux tels que le marché du travail. La performance au travail correspond à la capacité de la personne à effectuer de façon satisfaisante les tâches et responsabilités liées à son emploi. Les capacités individuelles correspondent aux aptitudes de la personne qui permettent l'exécution d'une activité de travail (ex. : force musculaire, sensibilité, mémoire, etc.). Ces trois dimensions s'influencent mutuellement. Bien que ces trois dimensions soient considérées simultanément dans le fonctionnement, elles doivent également être évaluées de façon indépendante afin de bien clarifier leur impact individuel sur le fonctionnement. Les auteurs ne spécifient pas les modalités d'évaluation pour ces dimensions, sauf en ce qui a trait à la performance au travail. Ils recommandent que l'évaluation se fasse en milieu de travail et que l'ergothérapeute observe la personne exécuter les tâches de travail durant une période de temps suffisante pour obtenir des résultats justes. Les auteurs expliquent également que plusieurs facteurs personnels (ex.: âge, sexe, aptitudes) et environnementaux (ex.: aménagement du poste de travail) influencent, positivement ou négativement, le fonctionnement au travail. Ces auteurs ajoutent que le fonctionnement d'un individu au travail varie dans le temps et selon le lieu. Par conséquent, le résultat de l'évaluation est seulement une description ponctuelle du fonctionnement de l'individu.

Des travaux récents de Durand *et al.* (33; 34) abordent les dimensions influençant l'interaction de la personne avec son environnement de travail, et ce, pour une clientèle souffrant de douleurs persistantes en lien avec des troubles musculo-squelettiques. Pour ce faire, ils empruntent à l'ergonomie le concept de marge de manœuvre (MM), c'est-à-dire « la possibilité ou la liberté dont dispose un travailleur pour élaborer différentes façons de travailler afin de rencontrer les objectifs de production, et ce, sans un effet défavorable sur sa santé » [Vézina, 2001, cité dans (34), p. 2]. Le postulat sous-jacent appliqué à la réadaptation est que la présence d'une MM suffisante pour un travailleur permet la reprise du travail en santé et que le processus de réadaptation consiste justement à maintenir pendant le retour progressif au travail une MM suffisante en faisant varier les différentes dimensions de celles-ci. Ils ont identifié six dimensions, à savoir : le contexte de travail (culture et organisation du travail), les exigences (de l'employeur, des tâches, etc.), les moyens dont le travailleur dispose pour rencontrer ces exigences, l'individu (perceptions, capacités, situation de vie du travailleur), l'activité de travail et les stratégies de régulation ainsi que les effets de la situation de travail sur la production et sur la santé. Dans cette proposition, l'ÉCT n'est pas transversale mais plutôt continue et en interaction avec les exigences réelles de travail. Ce modèle est décrit en détail dans un rapport de l'IRSSST paru en 2008 (34).

En résumé, les modèles conceptuels sont récents et encore génériques, ce qui permet de créer de grandes balises à l'évaluation. Cependant, des précisions devront être apportées afin de faciliter leur opérationnalisation.

### **2.2.3 Disponibilité d'outils d'évaluation pour les cliniciens**

Innes et Straker (17) rapportent que le manque d'accord sur les éléments à inclure dans l'évaluation amène l'utilisation d'une variété d'évaluations et d'outils dont les composantes sont sélectionnées souvent de façon intuitive. D'ailleurs, plusieurs écrits sur les ÉCT, en particulier les ÉCF, rapportent que leurs qualités métrologiques sont peu étudiées ou souvent insuffisantes pour justifier leur utilisation en clinique (4; 18; 19; 5; 20; 6). Par ailleurs, dans une étude qui a pour but de décrire les pratiques des cliniciens liées à l'ÉCT, Innes et Straker (38) constatent qu'il y a une utilisation prédominante des méthodes de collecte de données et également d'analyse de nature qualitative. Selon ces auteurs, les méthodes qualitatives apparaissent cohérentes avec une vision dite « écologique » des évaluations en réadaptation, c'est-à-dire qui tiennent compte de l'individu en interaction avec son environnement. De plus, ils constatent que par l'utilisation d'une série de stratégies, similaires aux critères de rigueur en recherche qualitative, la rigueur de cette forme d'évaluation est augmentée (ex. : engagement prolongé sur le terrain, triangulation des sources de données).

D'autres auteurs préconisent plutôt l'utilisation de protocoles standardisés afin de réduire les biais de l'évaluateur (1; 2; 39). Plusieurs formations sont offertes par des compagnies privées portant sur l'utilisation du protocole d'évaluation qu'ils ont mis au point. Il n'y a actuellement pas de consensus sur le meilleur choix entre les différents protocoles disponibles (7).

D'autre part, il apparaît clair que les décisions des agents payeurs (assureurs) concernant le choix de l'ÉCT est associé à la fois à leur perception de l'expertise des cliniciens qu'ils choisissent et également, aux coûts associés à une évaluation (40). Ainsi, les qualités métrologiques des ÉCT ou la présence des modèles conceptuels guidant la pratique (35; 33; 34) de celles-ci semblent peu être prises en compte. De plus, le coût des instruments, des protocoles d'évaluation et des formations pour les centres de réadaptation et les cliniques ont un impact sur leur acquisition. En effet, selon l'aisance financière des centres et des cliniques, l'acquisition d'outil se fera ou non. Cette situation se répercute donc en influençant ainsi l'accès des cliniciens à certaines ÉCT. Or, l'étude de Cotton *et al.* (41) supporte cette observation en révélant que les outils sont choisis surtout en fonction de leur coût et que les critères de qualité passeraient au second plan.

En somme, il existe plusieurs outils, plusieurs méthodes (méthode qualitative, protocole standardisé), très peu de consensus sur leur choix des ECT et également, des facteurs économiques importants qui influencent leur acquisition par les centres ou leur utilisation par les cliniciens.

### **2.2.4 Standards de pratique**

Selon Strong *et al.* (7), la variabilité dans la pratique des ÉCT s'explique, entre autres, par l'absence de standard. En effet, tant au Canada qu'au Québec, les pratiques évaluatives ne font pas l'objet de règles précisant qui peut faire ces évaluations et comment elles doivent être menées. Il peut donc en résulter que des professionnels divers, ayant peu de connaissances et compétences dans le domaine, réalisent des ÉCT et produisent des résultats de pauvre qualité.

Plusieurs auteurs recommandent donc la mise en place de standards de pratique et le développement d'un guide de pratique afin de réduire cette variation et les problèmes qui en résultent (7; 42; 43).

Ainsi, bien que la pratique de l'ÉCT est courante et que ses résultats soient la base de décisions importantes, celle-ci ne repose pas sur des lignes de pratique clairement établies. Par conséquent, il devient nécessaire de pallier à cette absence de standards afin ultimement d'améliorer la qualité de soins dans ce domaine (7).



### **3. OBJECTIF DE L'ÉTUDE**

Cette étude vise l'élaboration d'un guide de pratique (GP) portant sur l'évaluation des capacités reliées au travail. Ce guide sera développé pour répondre aux besoins d'une clientèle présentant une ou des déficiences physiques, c'est-à-dire des « personnes dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque selon toute probabilité d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont ou risquent d'être réduits » [ (44), p.21]. Ce GP sera destiné aux ergothérapeutes œuvrant au Québec dans le domaine de la réadaptation au travail que ce soit en pratique privée ou dans le réseau public de la santé.



## 4. MÉTHODOLOGIE

### 4.1 Devis de recherche

Il s'agit d'une recherche de développement qui vise à améliorer l'intervention évaluative en utilisant de façon systématique les données probantes existantes et en la formalisant dans un guide de pratique (45). La méthodologie de la présente recherche est élaborée à partir des recommandations de la Haute Autorité de Santé (46) et de l'instrument Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) concernant le contenu, la structure et la forme de celui-ci (9). L'utilisation de cette démarche permet d'assurer la validité de contenu du guide et son applicabilité. La Haute Autorité de Santé (46) propose quatre grandes phases. Il y a d'abord la phase préparatoire qui vise à délimiter le domaine du GP, à analyser de façon critique la littérature et à produire une première série de recommandations. Dans ce cadre, des cliniciens sont consultés pour s'assurer que la revue du domaine est complète et reflète les besoins de la clinique. La seconde phase cherche à établir un consensus par un groupe d'experts par un exercice de cotation des recommandations sur la base des données probantes disponibles et de leur expérience clinique. La troisième phase consiste en une lecture du GP par des détenteurs d'enjeux afin qu'ils donnent un avis sur l'applicabilité, l'acceptabilité et la lisibilité des recommandations. Finalement, la quatrième phase consiste à rédiger la version finale du texte du GP avant sa diffusion. Dans la présente étude, seule la phase dite « préparatoire » a été réalisée.

### 4.2 Recension systématique des écrits

Afin de s'assurer d'identifier tout document pertinent et de bien couvrir le domaine, une stratégie de recherche documentaire visant à identifier un maximum de références pertinentes à la recension a été élaborée en utilisant, entre autres, plusieurs mots-clés et toutes les sources de données susceptibles d'être utiles (47; 48; 49). La série de mots-clés suivants a d'abord été élaborée : *"work capacity evaluation"*, *"functional capacity evaluation"*, *"industrial rehabilitation"*, *"workplace assessment"*, *"job analysis"*, *"medico-legal assessment"*, *"occupational rehabilitation"*, *"work simulation"*, *"return-to-work"*, *"disability evaluation"*, *"occupational therapy"*, *"physical impairment"*, *"disabled person"*. À partir de ces mots-clés, une stratégie de recherche documentaire a été élaborée spécifiquement pour chacune des banques de données interrogées, à savoir : MEDLINE, CINAHL, OTDBASE, PsycINFO, Proquest dissertations and theses et EBM. La Revue québécoise d'ergothérapie a été fouillée manuellement puisqu'elle n'est pas répertoriée dans les banques de données électroniques. Aussi, trois sites web canadiens pertinents ont également été consultés : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), Institute for Work and Health (IWH), Workers' Compensation Board of British Columbia (WCB-BC). La période couverte par la recherche documentaire s'étend de janvier 1993 à juin 2008. Une période de 15 ans a été choisie afin de s'assurer de bien couvrir le domaine. D'autre part, deux langues de publication ont été choisies : le français et l'anglais. Les données extraites de cette recension des écrits ont été incluses dans la première version du guide et la validation du contenu a été faite sur celles-ci. Par conséquent, les écrits publiés après 2008 n'ont pas été considérés. Les stratégies de recherche documentaire utilisées pour chacune des sources de données sont présentées à l'annexe A.

Les documents identifiés ont été transférés dans une banque de gestion des données bibliographique élaborée à partir du logiciel RefWork. Les doublons ont été éliminés puis un premier tri des documents a été exécuté sur la base du titre et du résumé. Les documents devaient

aborder l'un des trois thèmes suivants : sujet en lien avec la détermination de la capacité de travail; les facteurs qui influencent la capacité de travail; les facteurs qui favorisent ou entravent le retour au travail (incluant les interventions). Ce tri a été réalisé par deux examinateurs expérimentés dans le domaine de la réadaptation au travail. Étant donné que les articles touchaient des thèmes extrêmement variés, un test de fiabilité interjuges a été réalisé sur 75 références afin de s'assurer que les critères de sélection étaient bien appliqués et que les documents retenus étaient semblables. Un taux d'accord de 96 % a été obtenu. À la lecture du titre et du résumé, trois décisions étaient possibles, soit 1) la référence est conservée car elle répond aux critères de sélection, 2) la référence est rejetée car elle ne répond pas aux critères ou 3) le titre et le résumé ne permettent pas de juger si la référence doit être conservée ou rejetée.

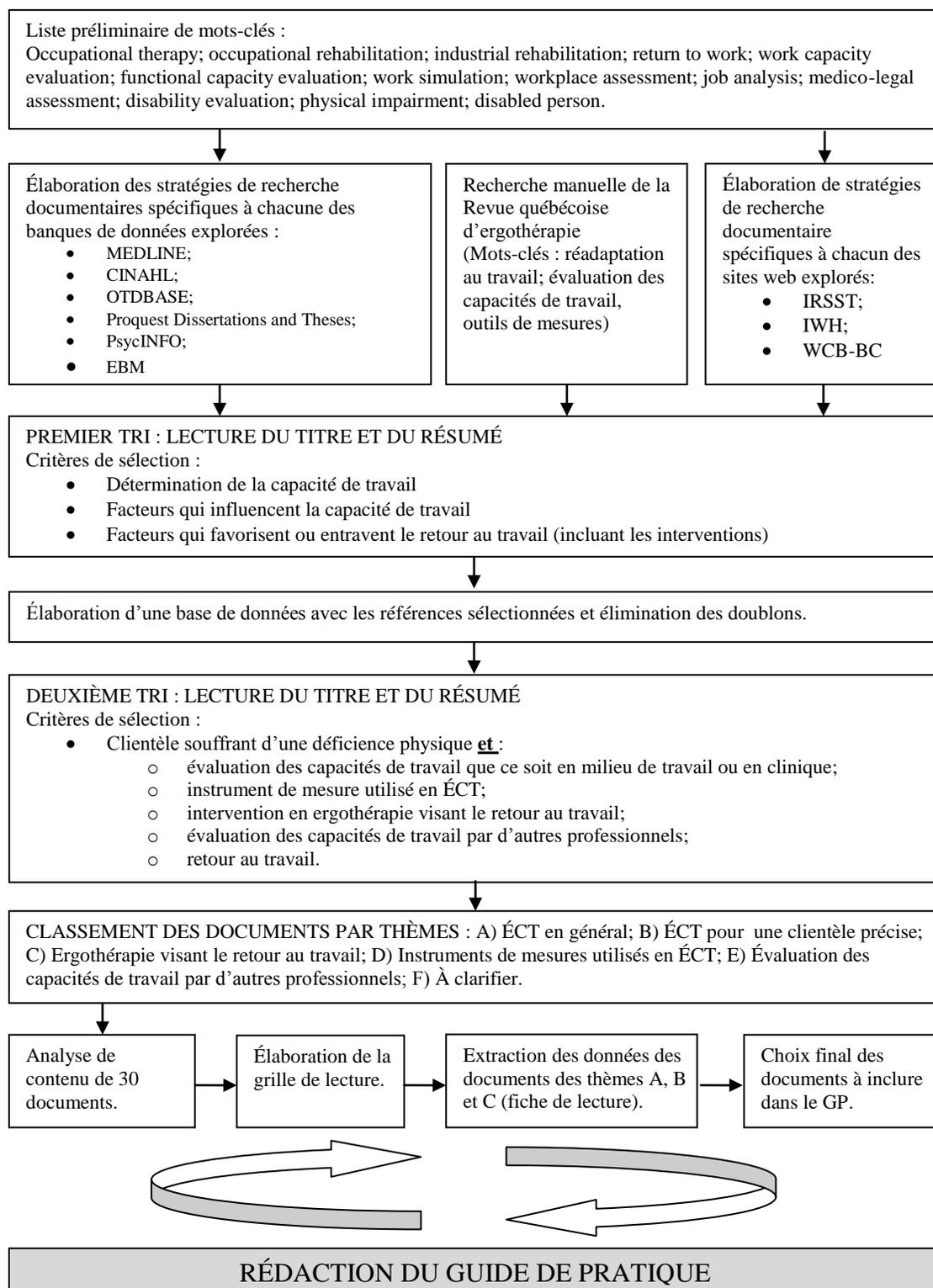
Les références retenues (décision 1) et les références sur lesquelles il y a un doute (décision 3) ont fait l'objet d'un second tri, car la quantité d'écrits était très grande et les sujets encore très variés. Les critères de sélection ont donc été raffinés. Les nouveaux critères utilisés étaient les suivants : 1) toutes les références devaient concerner exclusivement des personnes présentant une déficience physique, et 2) être en lien avec l'ÉCT en milieu de travail ou en clinique, ou 3) présenter des instruments de mesure utilisés en ÉCT, ou 4) des interventions en ergothérapie visant le retour au travail qui inclut généralement une approche d'évaluation des capacités de travail, ou 5) des évaluations concernant les capacités de travail par d'autres professionnels qu'un ergothérapeute, ou 6) concerner des interventions non ergothérapeutiques visant le retour au travail afin de cerner des modalités d'évaluation innovantes. Les documents traitant de l'évaluation faite par des conseillers d'orientation étaient exclus puisqu'ils sont centrés sur l'orientation professionnelle et non la réadaptation au travail. Ce tri a fait également l'objet d'un test de la fiabilité entre deux examinateurs afin de s'assurer que les mêmes documents étaient retenus. Un taux d'accord de 92% a été obtenu auprès des tests sur un total de 200 références. Les références retenues ont par la suite été classées dans différentes catégories, selon leur sujet principal : A) ÉCT en général; B) ÉCT pour une clientèle précise; C) Ergothérapie et réadaptation au travail; D) Détermination de l'aptitude au travail fait par d'autres professionnels (ex. : médecins); E) Outils de mesure utilisés en réadaptation au travail; F) À clarifier (le titre et le résumé à eux seuls ne permettent pas de juger de la pertinence du document).

Afin d'extraire les données des documents, une grille de lecture a été développée à partir d'une analyse de contenu d'une trentaine de documents ayant trait à l'ÉCT (Annexe B). Cette grille comprend la notice bibliographique, les objectifs poursuivis ainsi que le devis de l'étude ou le type d'écrit (ex. : opinion). En second lieu, le type d'ÉCT dont il est question est identifié (ex. : ÉCT en milieu de travail) ainsi que la clientèle concernée (ex. : personnes souffrant de maux de dos). La grille de lecture comprend également trois matrices permettant de regrouper les données extraites par thème. La première matrice concerne les caractéristiques d'une ÉCT de qualité telles que décrites par Innes et Straker (50). Ces caractéristiques sont : sécuritaire, exacte, complète, crédible, flexible, pratique et utile. La seconde matrice concerne les recommandations, incluant leur argumentaire, portant sur les dimensions à évaluer lors de l'ÉCT, ainsi que les sources et méthodes privilégiées. Les dimensions retenues pour bâtir cette matrice sont celles du modèle du fonctionnement au travail de Sandqvist et Henricksson (35) décrit à la section 2.2.2.2. La troisième matrice regroupe les recommandations, incluant leur argumentaire, associées aux différentes étapes du processus d'évaluation tel que décrit par Innes et Straker (36). Il s'agit : des compétences du clinicien, de la clarification de l'objectif de l'ÉCT, de l'identification des

sources et des méthodes de cueillette des données, du processus de collecte et d'analyse des données et de la rédaction d'un rapport. Une catégorie nommée « autre » a également été ajoutée afin de permettre l'émergence de thème non préalablement identifié dans les matrices. Une vérification des données extraites par les deux évaluateurs a été faite sur les cinq premiers documents. Les grilles de lecture des documents restants ont été complétées par un examinateur.

Tel que mentionné, les documents ont été regroupés en six catégories. Pour le développement du GP, tous les documents de la catégorie A, B et ceux de la catégorie C qui traitaient de l'ÉCT de façon détaillée ont été analysés en profondeur. Les données extraites de ces documents ont couvert de nombreux thèmes. Cependant, devant l'ampleur de la littérature à analyser et également avec le souci de garder le GP d'une dimension raisonnable, il a été décidé de ne pas procéder à l'évaluation de la qualité des outils de mesure recensés (catégorie D) et de formuler de recommandations à ce propos. Les documents de la catégorie D ont donc été rejetés suite à cette décision. D'autre part, la lecture de quelques documents concernant la détermination de l'aptitude au travail fait par d'autres professionnels (catégorie E) a démontré que l'objectif même de ces évaluations était très différent de ceux en ergothérapie. Par exemple, plusieurs écrits portaient sur des outils médicaux pour évaluer le degré d'inaptitude d'un travailleur pour le calcul des indemnités de remplacement de revenus. Ces documents n'ont donc pas été retenus. Après l'analyse en profondeur des documents des catégories A, B et C puis des décisions qui ont mené à l'exclusion des catégories D et E, les titres et résumés des documents de la catégorie F ont été lus de nouveau. Cette deuxième lecture a permis de constater que ces documents n'étaient pas utiles pour le GP. Ainsi, seulement les données recueillies lors de l'analyse des documents des catégories A, B et C ont été retenues.

La figure 1 résume les étapes de la recherche documentaire et de la sélection des documents.



**Figure 1 - Synthèse des stratégies de recherche documentaire et de sélection des documents**

### 4.3 Évaluation des données probantes

Les guides de pratique doivent être élaborés à partir des données probantes disponibles (24; 51). La détermination de la force des données probantes permet non seulement de justifier objectivement la sélection d'une étude par rapport à une autre, mais également de guider les choix dans le traitement des données probantes extraites de ces études (48).

L'évaluation de la force des données probantes s'est fait sur deux critères : 1) le niveau de preuve scientifique et 2) la qualité de l'écrit/étude (25; 51). Le niveau de preuve scientifique est relié au devis ou à la méthodologie de recherche utilisée; il sera plus élevé si le dispositif permet d'éliminer fortement les biais potentiels comme un devis expérimental. La qualité de l'étude, quant à elle, est associée au contrôle des biais dans les études.

Les sections suivantes présentent les méthodes utilisées pour évaluer le niveau de preuve scientifique et la qualité des études ou écrits.

#### 4.3.1 Niveaux de preuve scientifique

Dans cette étude, l'échelle des niveaux de preuve de MERGE a été sélectionnée en début d'étude pour classer la force des données probantes issues de la recension des écrits (51). Il s'agit d'une échelle à cinq niveaux allant de recension systématique (niveau 1) aux opinions d'experts et aux études descriptives (niveau 5) (51). Lors de l'analyse des documents, il est apparu que le niveau de preuve des données probantes du domaine à l'étude se situait exclusivement au niveau 5, c'est-à-dire à l'échelon le plus bas de la classification de MERGE. Par conséquent, puisque les résultats convergeaient tous vers le même niveau, cela ne permettait pas de discerner la qualité des écrits entre eux. Ainsi, il a été décidé d'utiliser une autre classification afin de pouvoir préciser la contribution des différentes études, il s'agit de la classification de Burns et Grove (52). Elle présente l'avantage d'être plus complète car en plus de comprendre les études expérimentales, elle intègre les études non expérimentales et qualitatives. Elle propose de classer les données probantes en 11 niveaux de preuve. Le tableau 1 présente la classification de Burns & Grove (52).

**Tableau 1 – Classification des niveaux de preuve des données probantes selon Burns & Grove (52) (Traduction libre)**

I	Recension systématique d'études expérimentales (essais randomisés de bonne qualité)
II	Méta-analyse d'études expérimentales (essais randomisés) et quasi-expérimentales
III	Recension intégrative d'études expérimentales et quasi-expérimentales
IV	Une seule étude expérimentale (essai randomisé)
V	Une seule étude quasi-expérimentale
VI	Méta-analyse d'études corrélationnelles
VII	Recension intégrative d'études corrélationnelles et d'études descriptives
VIII	Métasynthèse et métasommaire d'études qualitatives
IX	Une seule étude corrélacionnelle
X	Une seule étude qualitative ou descriptive
XI	Rapport d'un comité d'experts, opinion d'une autorité respectée

### 4.3.2 Qualité des études et des écrits

Diverses grilles pour l'évaluation de la qualité des études ont été retenues. Pour l'évaluation de la qualité des études quantitatives (devis expérimentaux et quasi expérimentaux), la méthode « MERGE » a été sélectionnée en début d'étude (51). Cette grille n'a toutefois pas été utilisée puisque les études retenues n'ont pas utilisé de devis expérimentaux. Les études qualitatives ont été évaluées avec la grille de Cesario *et al.* (53). La grille de Cesario *et al.* (53) est présentée à l'annexe C. Les études à devis mixte ont été évaluées avec la grille de Pluye *et al.* (54). Cette grille est présentée à l'annexe C. Malheureusement, pour les documents traitant de modèle conceptuel et de cadre de référence, pour les recensions des écrits ainsi que pour les études descriptives, aucune grille n'était disponible à notre connaissance. Des grilles ont donc été construites à partir d'écrits méthodologiques. Ces grilles sont présentées également à l'annexe C. Les documents qui consistaient en des opinions d'experts dans le domaine ou encore des descriptions d'interventions n'ont pas fait l'objet d'une analyse sur la qualité. Toutefois, une appréciation globale a été réalisée en utilisant des critères généraux : cohérence et précision du propos, argumentation structurée et appuyée sur des données probantes lorsqu'applicable. Le tableau 2 résume les différents types d'écrits retenus dans cette étude et les grilles utilisées pour évaluer leur qualité.

**Tableau 2 – Grilles utilisées pour l'évaluation de la qualité des études/écrits selon le type d'étude**

Types d'études/écrits	Grilles utilisées
Recension des écrits (dite « mixtes » ou « recension intégrative des écrits »)	Grille construite à partir des écrits méthodologiques suivants : Kirkevold (55), Beyea et Nicoll (56), Burns et Grove (52), Whittemore et Knafl (57)
Modèle conceptuel ou cadre de référence	Grille construite à partir des critères de Burns et Grove (52)
Étude descriptive transversale	Grille construite à partir des critères de Beaucage et Bonnier Viger (58)
Étude qualitative	Cesario <i>et al.</i> (53)
Devis mixte	Pluye <i>et al.</i> (54)
Opinion d'experts ou d'autorité respectée, descriptions d'interventions et de programmes	Lecture critique seulement (applicabilité du contenu, cohérence et précision du propos, argumentation structurée et appuyée sur des données probantes lorsqu'applicable)

L'évaluation de la qualité des études a été faite par deux évaluateurs tel que recommandé par Davis *et al.* (23), NICE (47), SIGN (24), et Higgings et Green (48). Les évaluateurs ont coté individuellement les grilles puis comparé leurs résultats. En cas de différend, les cotations étaient discutées.

## 4.4 Développement des recommandations et des textes du guide de pratique

Cette section expose la méthode utilisée pour élaborer la version préliminaire du GP ainsi que le processus de consultation des cliniciens experts à propos du contenu et de la présentation de cette première version.

#### **4.4.1 Élaboration de la version préliminaire**

La première version du guide de pratique a été élaborée à partir des résultats de l'analyse de contenu des écrits de la recension. Concrètement, les différentes recommandations pour la pratique clinique ont été extraites des documents, accompagnées des argumentaires sur lesquelles elles reposent. Ces recommandations ont été regroupées dans des catégories provisoires. Les recommandations qui font déjà l'objet de lois et de règlements au Québec (ex. : Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels) ou de directives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (ex. : tenue de dossier, compétences et responsabilités professionnelles) n'ont pas été retenues puisque ces informations sont déjà disponibles dans des documents publiés par les organismes concernés. Les recommandations retenues ont été regroupées selon leur similitude conceptuelle. Par la suite, pour chaque nouveau regroupement, les différents argumentaires ont été combinés et synthétisés. De plus, certaines recommandations et argumentaires ont été bonifiés grâce aux documents complémentaires non repérés par les stratégies de recherche utilisées dans ce projet. La qualité de ces documents a été évaluée de la même manière que les documents issus de la recension. Lorsque des recommandations et des argumentaires étaient contradictoires, la sélection de ceux-ci a reposé sur les écrits ayant un niveau de preuve supérieur.

De plus, le modèle du fonctionnement au travail (35) a été retenu pour identifier et définir les concepts relatifs au fonctionnement au travail utilisés dans le GP. Le choix de ce modèle repose sur plusieurs éléments. D'abord, il apparaît être le seul modèle publié qui a été élaboré spécifiquement pour les ÉCT, permettant ainsi de définir les concepts clés. Aussi, au lieu d'identifier vaguement la nécessité d'une ÉCT, ce modèle est l'un des rares qui permettent de préciser clairement l'objet de l'évaluation et conséquemment, qui permettent de guider l'ergothérapeute vers les stratégies d'évaluation qui seront les plus efficaces pour répondre à l'objectif de l'ÉCT. De plus, ce modèle utilise la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) (37). Comme cette classification a fait l'objet d'un consensus sur le plan international, son utilisation offre l'avantage de permettre que la terminologie du GP soit comprise par un large auditoire. Dans l'avenir, ceci permettra probablement de faciliter la mise à jour du GP, car plusieurs écrits pourraient utiliser cette classification.

Tout au long du processus d'élaboration du GP, un processus de validation a été réalisé. En effet, la réduction des données a été revue par deux chercheurs de la présente étude. Ce processus de validation a également permis de s'assurer que le GP présentait une structure claire et que la formulation des recommandations et des argumentaires était autant que possible sans ambiguïté.

#### **4.4.2 Consultation de cliniciens experts**

Des cliniciens experts ont été consultés en constituant quatre groupes de discussions focalisées et des entrevues individuelles. Il s'agissait d'effectuer une première évaluation du guide de pratique (version préliminaire) afin de s'assurer que l'ensemble du domaine était couvert, que les recommandations étaient claires et complètes et que le format du GP était facile d'utilisation. Cette section présente les critères de sélection des participants potentiels, le processus de recrutement ainsi que la méthode de collecte de données et de l'analyse des résultats.

#### 4.4.2.1 Participants potentiels et recrutement

Les critères de sélection des participants étaient : 1) être un ergothérapeute québécois; 2) avoir au moment de l'étude, au moins cinq ans d'expérience clinique en réadaptation au travail ou en évaluation des capacités de travail auprès d'une clientèle qui présente une déficience physique; 3) être considéré comme un expert dans le domaine par ses pairs. Le recrutement était fait dans quatre régions du Québec entourant les centres urbains suivants: Sherbrooke, Montréal, Québec et Gatineau. Ces régions ont été choisies parce que d'une part, ce sont des endroits où le nombre d'ergothérapeutes œuvrant en réadaptation au travail est le plus concentré et d'autre part, ce sont dans ces régions que des services d'ÉCT sont implantés depuis longtemps. Le recrutement des participants s'est fait par un échantillonnage boule-de-neige étant donné qu'il n'existe pas de liste, ni de regroupement d'ergothérapeutes dans le domaine (59). Des ergothérapeutes reconnus pour leur expertise dans le domaine ont été contactés en premier lieu. D'autres participants ont été identifiés en communiquant avec les centres de réadaptation du Québec qui effectuent de la réadaptation au travail. Les personnes contactées ont donné les noms et les coordonnées des ergothérapeutes qu'ils considéraient comme des experts ou des personnes de référence dans le domaine. Ces participants potentiels ont été sollicités personnellement par téléphone, par la responsable du projet. Cette stratégie est supportée par le fait qu'un contact personnel facilite le recrutement dans ce type d'étude (60). Une explication claire de l'importance de l'étude, de son but et des résultats attendus était donnée. L'importance de la participation personnelle et spécifique de la personne contactée a également été soulignée. Suite à l'appel téléphonique, une lettre personnalisée de suivi fut envoyée pour fournir les informations sur la tenue des groupes.

#### 4.4.2.2 Méthode

La technique des groupes de discussion focalisée a été choisie pour recueillir les commentaires des participants sur le contenu et le format du GP. Le but d'un groupe de discussion focalisée est de recueillir de l'information pour comprendre ce qu'un groupe spécifique de personnes pensent d'un sujet ou d'une problématique (60). Ainsi, il ne s'agit pas d'atteindre un consensus mais bien d'avoir une perspective sur l'ensemble des possibles. L'avantage d'un groupe de discussion focalisée tient au fait que les participants entendent les réponses des autres et font des commentaires additionnels à leur réponse initiale (61). Lorsque la consultation porte sur un document et que le groupe est constitué de spécialistes, un groupe de cinq à six participants par groupe est recommandé afin de permettre à chacun de s'exprimer sur toutes les sections du document (10). Les participants ont reçu la version préliminaire du GP deux à trois semaines avant la rencontre afin qu'ils puissent en prendre connaissance.

Préalablement à la tenue des groupes de discussion focalisée, un guide de discussion a été élaboré afin de faciliter le déroulement des rencontres (10). Ce guide permet également de s'assurer de l'homogénéité des questions dans les différents groupes et facilite par la suite l'analyse des discussions (60). Le développement du guide de discussion a suivi les étapes proposées par Krueger et Casey (60). Une première ébauche a été élaborée par la première auteure (SR) en ayant en tête les éléments du GP sur lesquels une rétroaction est voulue. Différents types de questions ont été élaborés (60). Un test pilote a été conduit en faisant une entrevue individuelle avec un ergothérapeute ayant une expérience de trois ans en réadaptation au travail. Le test pilote a permis de vérifier si les questions étaient claires et si elles s'enchaînaient bien. Suite à ce test, des précisions ont été apportées au guide de discussion. Le guide de discussion se trouve à l'annexe D.

#### **4.4.2.3 Collecte de données**

Deux groupes ont eu lieu à la fin février et deux autres au début mars 2009. De plus, deux entrevues individuelles ont été menées avec des participants qui n'ont pu se présenter aux groupes en raison d'imprévus. Les groupes ont eu lieu en dehors des heures de travail des participants. Les groupes se sont réalisés dans des centres de réadaptation du réseau public de la santé, à l'Université de Sherbrooke et dans une Agence de santé et des services sociaux. Lors des rencontres, le groupe était dirigé par un animateur. Un co-animateur prenait des notes relatives au contenu des discussions et s'assurait que l'ensemble des questions soit posé. À la fin du groupe, l'animateur et le co-animateur faisaient une synthèse des commentaires recueillis aux participants. La synthèse était alors présentée aux participants afin de bonifier ou rectifier le contenu. À la fin du groupe, une synthèse écrite de la rencontre était réalisée. Les échanges des participants des groupes ont été enregistrés et transcrits. Cette stratégie permet d'avoir accès au matériel brut en tout temps lors des différentes étapes de l'analyse des données. Il a également été demandé aux participants de remplir un court questionnaire sur leur profil professionnel afin de pouvoir ultérieurement décrire globalement les participants à l'étude. Ce questionnaire est présenté à l'annexe E.

#### **4.4.2.4 Analyse des données**

À partir de la transcription des verbatim, une analyse de contenu (10) a été effectuée pour chacune des questions par une personne expérimentée dans le domaine de l'évaluation des capacités de travail et de la réadaptation au travail. Le processus d'analyse a été validé dans un deuxième temps par un chercheur expérimenté en méthode d'analyse qualitative de même que dans le domaine de la réadaptation au travail. L'analyse de contenu des verbatim a été réalisée à l'aide d'une grille mixte, c'est-à-dire que certaines catégories étaient déjà déterminées et que d'autres pouvaient émerger pendant l'analyse (10). Les catégories prédéterminées sont directement en lien avec les questions utilisées pendant les groupes de discussion focalisée (présentation du GP et contenu des différentes sections).

### **4.5 Considérations éthiques**

Ce projet a été accepté par le comité d'éthique de la recherche du CHUS de l'Université de Sherbrooke en mars 2008. Le formulaire d'information et de consentement a été posté aux participants en même temps que toute la documentation relative à la tenue des groupes. L'autorisation des participants a été obtenue relativement à l'enregistrement audio. La confidentialité a été assurée en dépersonnalisant le contenu des discussions. Le nom des participants a été enlevé lors de la transcription des verbatim.



## 5. RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en trois volets : le premier porte sur les résultats de la recension systématique des écrits, le second sur les grandes lignes du contenu de la version initiale du GP tandis que le dernier présente les commentaires des participants à propos du GP.

### 5.1 Recension systématique des écrits

#### 5.1.1 Recherche documentaire

La figure 2 présente le nombre de documents obtenus à différentes étapes de la recherche documentaire. Il est à noter que parmi les 108 documents identifiés, 11 n'ont pas pu être obtenus malgré l'aide d'une personne spécialisée à la bibliothèque de l'Université de Sherbrooke. Un total de 50 documents fut utilisé.

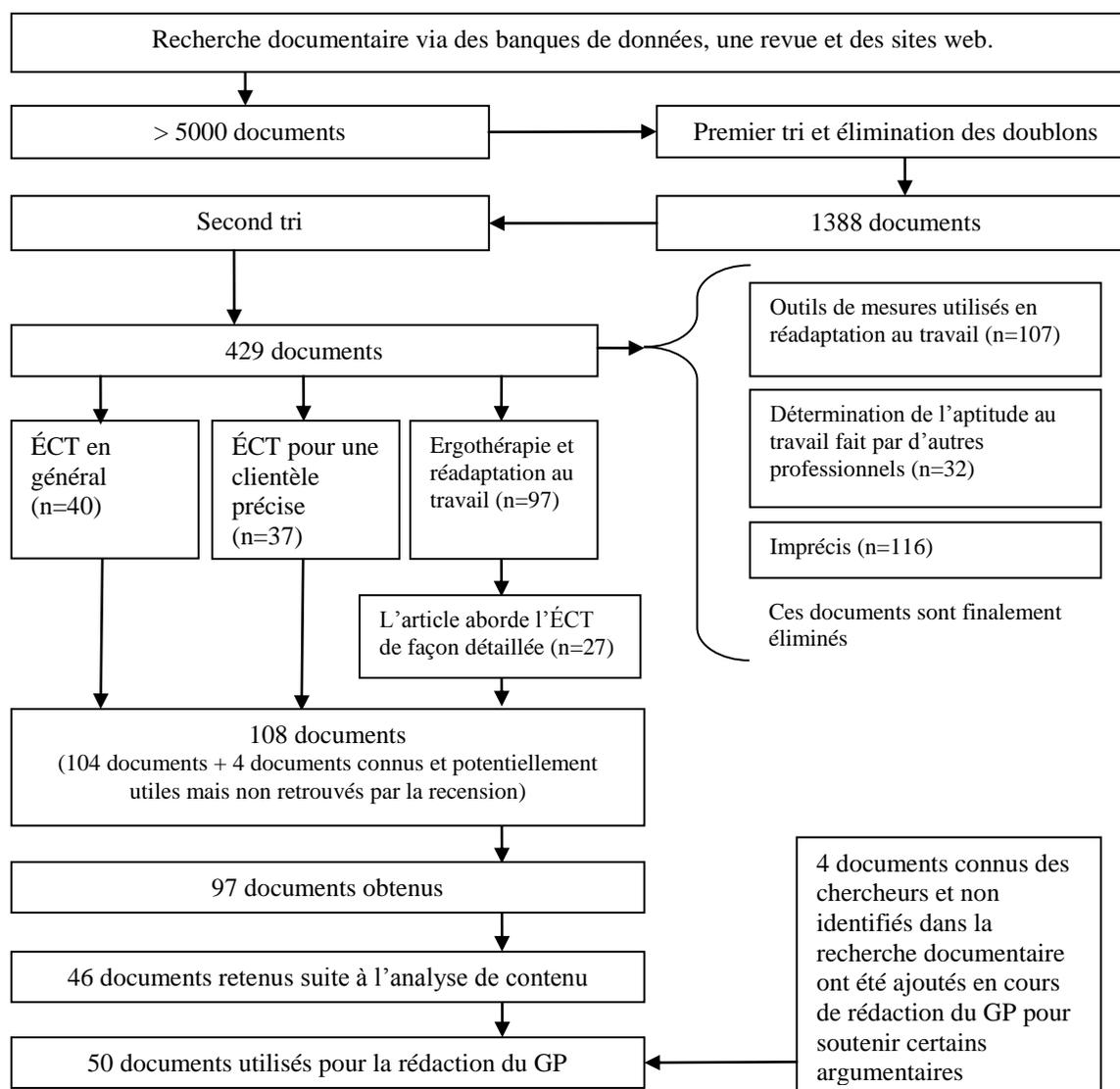


Figure 2 – Résultats de la sélection des documents

Des 50 documents utilisés, un peu plus de la moitié (n=29) furent publiés depuis 2000. La plupart sont d'auteurs canadiens (n=17), américains (n=14) et australiens (n=14). Les autres sont d'auteurs européens (n=5). Les sujets abordés sont variés mais les thèmes les plus fréquents sont: critiques des approches utilisées (n=8); description des pratiques cliniques (n=6); modèles conceptuels ou cadres de référence (n=5); lignes directrices pour les cliniciens (n=5), et les critères de qualité des ÉCT (n=4).

La classification des documents retenus en fonction des niveaux de preuve montre que des 50 documents retenus, 23 présentent un niveau de preuve scientifique à VII selon l'échelle de Burns et Grove (2009). Ce sont 18 recensions des écrits et cinq articles théoriques. Treize documents présentent un niveau de preuve X. Il s'agit de quatre études descriptives transversales, sept études qualitatives et une étude mixte qui combine une méthodologie qualitative à un devis descriptif transversal (n=2 articles pour la même étude). Enfin, au niveau de preuve XI, 13 documents exposent des opinions d'experts ou décrivent des interventions ou des programmes cliniques. Un article concernant le développement d'un outil pour l'entrevue initiale a été également retenu. Cependant, il n'est pas classé parmi les niveaux de preuve de l'échelle de Burns et Groves (52) puisque celle-ci ne considérait pas ce type de recherche.

Le tableau suivant liste les documents retenus pour la rédaction du GP ainsi que les niveaux de preuve scientifique associés à ces écrits.

**Tableau 3 – Description des documents retenus pour la rédaction du guide de pratique en fonction des niveaux de preuve**

Niveaux de preuve	Type d'études	Documents
I, II, III, IV, V, VI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recensions systématiques et méta-analyses d'études expérimentales;</li> <li>Recensions systématiques d'études expérimentales et quasi-expérimentales;</li> <li>Études expérimentales et quasi-expérimentales;</li> <li>Méta-analyses d'études corrélationnelles</li> </ul>	Aucun
VII	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recensions intégratives des écrits*</li> </ul>	Abdel-Moty <i>et al.</i> (1996) Baker et Jacob (2003) Dion-Hubert et Therriault (1992) Gross (2004) Innes et Staker (1999a) Innes et Staker (1999b) Innes et Straker (1998a) Innes et Straker (1998b) Innes et Straker (1998c) King <i>et al.</i> (1998) Lysaght (1997) Pransky et Dempsey (2004) Serra <i>et al.</i> (2007) Strong (2002) Sullivan <i>et al.</i> (2006) Vlaeyen et Linton (2000)

		<p>Velozo (1993) Wind <i>et al.</i> (2005)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Articles proposant un cadre de référence ou un modèle conceptuel*</li> </ul>	<p>Dutil et Vanier (1998) Gibson et Strong (2003) Kielhofner (2008) Law <i>et al.</i> (1996) Sandqvist et Henricksson (2004)</p>
VIII	<ul style="list-style-type: none"> <li>Métasynthèses et métasommaires d'études qualitatives</li> </ul>	Aucun
IX	<ul style="list-style-type: none"> <li>Études corrélationnelles</li> </ul>	Aucun
X	<ul style="list-style-type: none"> <li>Études descriptives longitudinales</li> </ul>	Aucun
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Études descriptives transversales</li> </ul>	<p>Cotton <i>et al.</i> (2006) Innes et Staker (2003) Innes et Straker (2002b) Lysaght et Wright (2005)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Études qualitatives</li> </ul>	<p>Allen <i>et al.</i> (2006) Bootes et Chapparo (2002) Costa-Black <i>et al.</i> (2007) Durand <i>et al.</i> (2008) Innes et Straker (2003a) Innes et Straker (2002a) Mercier (1998)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Études mixtes (descriptive et qualitative)</li> </ul>	<p>Strong <i>et al.</i> (2004a) Strong <i>et al.</i> (2004b)</p>
XI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opinions d'experts</li> <li>Articles cliniques décrivant des interventions et des programmes cliniques*</li> </ul>	<p>Angelo (1993) ACE (2002) Brollier <i>et al.</i> (1994) Canelon (1995) Chappell <i>et al.</i> (2003) Durand <i>et al.</i> (1998) Fisher et Short-DeGraft (1993) Hart <i>et al.</i> (1993) Joss (2007) Lacerte et Wright (1992) Lambert <i>et al.</i> (2006) Travis (2002) Trombly (1995)</p>

\* Malgré que ce ne soit pas prévu dans la grille originale de Burns et Grove (2009), les recensions des écrits qui comprennent à la fois des études corrélationnelles, descriptives, qualitatives et des opinions d'experts ont été classées au niveau VII. De la même façon, les écrits présentant un cadre de référence ou un modèle conceptuel ont été classés au niveau VII. Les articles décrivant des interventions et des programmes cliniques ont été classés au niveau XI.

### 5.1.2 Qualité des écrits/études

Les documents sélectionnés ont été évalués pour en déterminer la qualité. Les résultats de cette évaluation sont présentés selon les niveaux de preuve des écrits.

### 5.1.2.1 Niveau de preuve VII

Les recensions des écrits, les modèles conceptuels ainsi que les cadres de référence sont classés au niveau de preuve VII. Tel que mentionné précédemment dans la section « Méthodologie », des grilles ont été élaborées pour évaluer les documents traitant d'une recension des écrits, d'un modèle conceptuel ou d'un cadre de référence. Ces grilles présentent une série de critères et un point est attribué lorsque le critère est présent dans le document. Ainsi, plus il y a de critères présents, plus le document est considéré de qualité. Ces grilles sont présentées à l'annexe C.

Les résultats de l'évaluation de la qualité des recensions des écrits sont présentés au tableau 4. Sur les 18 articles de recension des écrits, trois sont jugés d'une excellente qualité ( $\frac{3}{4}$  des 25 critères de la grille sont rencontrés). Cependant, la majorité des documents présentent seulement la moitié des critères de qualité contenus dans la grille. Cette faible qualité s'explique par l'absence de description des aspects méthodologiques des recensions. Il en est de même pour la précision de la force des données probantes. Un des écrits (Abdel-Moty *et al.*, 1996) présente à peine le quart des critères de la grille (6/25). Comme certains thèmes abordés par cet article n'étaient pas couverts par les autres documents de la recension des écrits, l'article a quand même été retenu malgré sa faible qualité.

**Tableau 4 - Qualité des recensions intégratives des écrits**

Articles	Résultats obtenus
Abdel-Moty <i>et al.</i> (1996)	6/25
Baker et Jacob (2003)	10/25
Dion-Hubert et Therriault (1992)	10/25
Gross (2004)	9/25
Innes et Staker (1999a)	19/25
Innes et Staker (1999b)	19/25
Innes et Straker (1998a)	11/25
Innes et Straker (1998b)	12/25
Innes et Straker (1998c)	10/25
King <i>et al.</i> (1998)	10/25
Lysaght (1997)	10/25
Pransky et Dempsey (2004)	13/25
Serra <i>et al.</i> (2007)	17/25
Strong (2002)	9/25
Sullivan <i>et al.</i> (2006)	12/25
Vlaeyen et Linton (2000)	11/25
Veloze (1993)	11/25
Wind <i>et al.</i> (2005)	23/25

En ce qui a trait aux modèles conceptuels et aux cadres de référence, les résultats obtenus pour les cinq documents sont jugés excellents (tableau 5). Plus du  $\frac{3}{4}$  des 19 critères de la grille sont rencontrés. Deux critères de la grille s'appliquent seulement pour les modèles conceptuels ou cadres de référence qui présentent plus d'un construit. Or, trois des cinq documents retenus présentaient un seul construit. Afin de bien représenter la qualité des documents, le score a été adapté en le ramenant sur 17 au lieu de 19.

**Tableau 5 – Qualité des articles proposant un modèle conceptuel ou un cadre de référence**

Articles	Résultats obtenus
Dutil et Vanier (1998)	16/19
Gibson et Strong (2003)	14/17
Kielhofner (2008)	16/19
Law <i>et al.</i> (1996)	16/17
Sandqvist et Henricksson (2004)	17/17

### 5.1.2.2 Niveau de preuve X

Les études descriptives et qualitatives au nombre de onze se classent au niveau de preuve X. Une étude mixte y est également classée. Tel que présenté au tableau 6, trois des quatre études descriptives retenues sont jugées d'excellente qualité car elles rencontrent plus du ¾ des 22 critères de la grille. Celle de Cotton *et al.* (2006) présente un score moindre. Ce score s'explique par l'absence de description de certains éléments de la méthode.

**Tableau 6 – Qualité des études descriptives transversales**

Articles	Résultats obtenus
Cotton <i>et al.</i> (2006)	15/22
Innes et Staker (2003)	21/22
Innes et Straker (2002b)	22/22
Lysaght et Wright (2005)	18/22

Les études qualitatives retenues présentent toutes une qualité excellente selon les critères de Cesario *et al.* (2002). Il s'agit des études suivantes : Allen *et al.* (2006), Bootes et Chapparo (2002), Costa-Black *et al.* (2007), Durand *et al.* (2008), Innes et Straker (2003a), Innes et Straker (2002a) et Mercier (1998).

Une seule étude mixte a été retenue et a été évaluée avec la grille de Pluye *et al.* (2009). Elle a fait l'objet de deux publications : Strong *et al.* (2004a) et Strong *et al.* (2004b). L'évaluation de la qualité de l'étude tient compte des éléments rapportés dans les deux publications et est de 8/12. Ce score s'explique par l'absence de descriptions de certains éléments méthodologiques.

### 5.1.2.3 Niveau de preuve XI

Comme mentionné dans le chapitre précédent, la qualité des écrits avec un niveau de preuve XI n'a pas été évaluée avec des grilles de critères spécifiques. Leur sélection s'est faite sur la pertinence de leur contenu vis-à-vis le GP et sur une appréciation globale de leur qualité avec des critères très généraux : document bien écrit, argumentation structurée et appuyée sur des données probantes lors que nécessaire. Voir le tableau 3 pour la liste des auteurs.

## 5.2 Contenu du guide de pratique

Le guide de pratique est divisé en quatre sections. La première section contient un sommaire des 17 recommandations pour la pratique clinique, une brève description du développement du GP ainsi qu'une description des niveaux de preuve scientifique à partir desquels les données probantes ont été classées. La seconde section appelée « Généralités », présente des informations nécessaires à la compréhension des recommandations, à savoir : le modèle conceptuel utilisé, les définitions des concepts, la place de l'ÉCT dans le processus de réadaptation au travail et les

différents types d'ÉCT. La troisième section, la plus importante du document, présente les 17 recommandations accompagnées des argumentaires issus des données probantes actuelles. Le niveau de preuve scientifique est également énoncé à la fin de chaque argumentaire. La quatrième et dernière section présente une vignette clinique illustrant concrètement l'application des recommandations.

### 5.3 Appréciation du guide de pratique par les participants

Les participants se sont exprimés sur l'organisation générale du GP de même que sur le contenu des différentes sections. Dans ce qui suit, les caractéristiques des participants seront d'abord présentées. Par la suite, les commentaires seront abordés selon les thèmes suivants : impression générale, format du GP, section « Recommandations pour la pratique clinique », section « Niveaux de preuve et sommaire des recommandations », section « Généralités » et section « Vignette clinique ». Des préoccupations ayant trait à l'applicabilité du GP et des besoins d'outils d'évaluation ont également été exprimés par les participants de façon récurrente au fil des entrevues. Ces thèmes émergents sont également traités ici.

#### 5.3.1 Participants

Le recrutement par boule-de-neige a permis d'identifier 34 ergothérapeutes experts en réadaptation au travail auprès d'une clientèle en déficience physique dans les régions de Montréal, Sherbrooke, Québec et Gatineau. De ce nombre, 24 personnes ont accepté de participer à un des quatre groupes de discussion focalisée tenus en février et mars 2009. Deux participants n'ont pu se rendre aux groupes de discussion focalisée en raison d'imprévus (état des routes, raison familiale). Ils ont accepté d'être interviewés individuellement en mars et en avril 2009. Les mêmes questions que celles élaborées pour les groupes de discussion focalisée ont été utilisées pour les entrevues individuelles. Les dix ergothérapeutes qui n'ont pas participé l'ont fait pour les raisons suivantes : avait moins de cinq ans d'expérience en réadaptation au travail (n=1), n'était pas disponible (n=6) et n'a pas retourné nos appels (n=3). Tel que présenté au tableau 7, les participants sont des ergothérapeutes qui présentent en moyenne 15 ans d'expérience et la moitié travaille dans le secteur privé. La plupart font des ÉCT avec une équipe inter- ou multidisciplinaire. Suite à leur formation initiale d'ergothérapeute, tous ont indiqué avoir suivi une formation supplémentaire spécifique à la réadaptation au travail ou à l'évaluation des capacités de travail.

**Tableau 7 - Profils des participants (n=24)**

Années d'expérience en tant qu'ergothérapeute	Moyenne : 15 ans Étendue : 6 ans - 33 ans
Années d'expérience en réadaptation au travail	Moyenne : 11 ans Étendue : 3 ans* - 31 ans
Nombre d'ÉCT faites par année en moyenne	Moyenne : 19/année Médiane : 13/année Étendue : 0** - 100
Nombre de participants ayant suivi d'autres formations traitant de l'ÉCT ou de la réadaptation au travail suite à leur formation initiale en ergothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Études supérieures : 6</li> <li>• Formations continues offertes dans le réseau public : 19</li> <li>• Formations ou certifications offertes par des fournisseurs d'ÉCF : 12</li> </ul>

	• Formation/supervision en milieu de travail :	14
	• Autodidacte :	14
Type de pratique	• Pratique privée seulement:	11
	• Centre de réadaptation en déficience physique seulement (réseau public):	9
	• Centre hospitalier seulement (réseau public) :	1
	• À la fois pratique privée et réseau public :	3
ÉCT faites seul ou en équipe inter/multidisciplinaire	• Seul exclusivement:	3
	• En équipe exclusivement:	15
	• Seul et en équipe :	6

\* Malgré des critères de sélections clairement identifiés lors du recrutement, un des participants avait moins de 5 ans d'expérience en réadaptation au travail.

\*\* Trois ergothérapeutes travaillaient à temps plein comme coordonnateur clinique au moment de l'étude.

### 5.3.2 Appréciation générale et format du guide de pratique

Ce thème regroupe des commentaires en lien avec l'appréciation générale du GP par les participants. Plusieurs commentaires positifs ont été émis. Les participants ont trouvé le guide facile à lire. Ils l'ont qualifié de « *complet* » et de « *bien ancré* » dans la réalité clinique. Ils ont également souligné que le guide répond à un besoin de clarification des concepts et d'organisation des connaissances dans ce domaine.

Le thème concernant le format du GP regroupe les commentaires qui ont trait à la structure du guide et à la façon dont les informations sont présentées. Il est traité aussi de la facilité à repérer une information. Les participants ont apprécié la structure générale du GP avec ses différentes sections. Ils ont aussi aimé la façon dont l'information est présentée. Ils ont apprécié la présence des tableaux et des figures, le fait que les recommandations soient encadrées et qu'il y ait des références tout au long du texte. Ils ont trouvé que le texte était bien organisé. Le choix des titres et des sous-titres permettait un repérage facile des contenus.

Dans la section « Recommandations pour la pratique clinique », il a été suggéré de regrouper visuellement plus clairement ou encore de numéroter les différentes recommandations avec les caractéristiques d'excellence auxquelles elles sont associées afin d'en faciliter la lecture. Un indice visuel a donc été ajouté dans la marge, plus précisément une bande verticale avec le nom de la caractéristique à laquelle la recommandation est associée. Les recommandations ont été numérotées également.

D'autre part, bon nombre de participants ont éprouvé de la difficulté à se souvenir des définitions des concepts du modèle du fonctionnement au travail pendant la lecture des recommandations. Ils expliquent ceci par la nouveauté pour eux de ce modèle. Ils ont suggéré des outils pour en faciliter le rappel : glossaire, rappel sous la forme d'un encadré. Un glossaire a été ajouté en fin de document.

La difficulté reliée à la compréhension des concepts du modèle du fonctionnement au travail est rapportée également lors de la lecture de la section « Sommaire des recommandations » située en

début du GP. Les participants expliquaient qu'en début de lecture, le modèle conceptuel n'est pas connu et par conséquent, la compréhension des recommandations en est affectée. Les opinions divergeaient sur l'emplacement dans le document du sommaire des recommandations. Certains participants appréciaient avoir une première vision globale des recommandations avant de lire le document en détail et suggéraient d'insérer une note indiquant que les concepts sont définis dans une section à venir. D'autres proposaient de déplacer cette section à la fin du GP.

Il a également été proposé de déplacer la section « Niveaux de preuve » à la fin du GP. Quelques participants considèrent cette section comme un point d'intérêt secondaire comparativement au reste du contenu du GP.

La section traitant des niveaux de preuve scientifique et du sommaire des recommandations a été relocalisée après la vignette clinique et juste avant le glossaire. Ce changement facilite une consultation plus rapide de ces éléments lors de la lecture de la vignette.

### **5.3.3 Section « Recommandations pour la pratique clinique »**

La section « Recommandations pour la pratique clinique » constitue le cœur du document. Elle regroupe 17 recommandations présentées aux participants des groupes de discussion focalisée. Le tableau 8 présente les 17 recommandations qui ont été envoyées aux participants. Dans le GP, chacune des recommandations est accompagnée par une synthèse des données probantes qui la justifie (argumentaire).

**Tableau 8 - Recommandations pour la pratique clinique**

1. L'ergothérapeute doit s'assurer de connaître les limitations fonctionnelles émises et modifier ou éliminer les tests qui ne les respectent pas ou, au besoin, remettre l'ÉCT à plus tard si la condition de la personne ne s'y prête pas. Il doit également être vigilant en ce qui a trait à la sécurité de la personne tout au long de l'ÉCT et être prêt à modifier ou cesser les procédures au besoin.
2. L'ÉCT doit porter sur les différentes dimensions du fonctionnement au travail, à savoir : la participation au travail, la performance au travail, les capacités de la personne.
3. L'ÉCT doit porter sur les facteurs d'ordre personnels, environnementaux et temporels qui influencent le fonctionnement au travail de la personne.
4. L'ÉCT doit tenir compte de la nature dynamique et changeante de l'interaction entre la personne et de son environnement. Le résultat de l'ÉCT est une description momentanée du fonctionnement au travail et doit être considéré comme tel.
5. Lors d'une ÉCT, l'ergothérapeute devrait utiliser l'approche d'évaluation dite "*top-down*", c'est-à-dire évaluer en premier lieu la participation et la performance au travail et par la suite, évaluer plus en détail les capacités de la personne et les facteurs identifiés comme problématiques pour le fonctionnement.
6. Lors de l'évaluation, l'ergothérapeute doit avoir une vision de l'occupation plus large que seulement le travail. Il doit tenir compte également de l'impact des incapacités sur les autres rôles de la personne.
7. Lorsque la personne présente une déficience grave (tel que blessure médullaire, traumatisme cranio-cérébral), l'ÉCT doit se faire par une équipe composée de professionnels provenant de disciplines complémentaires.
8. L'équipe qui procède à l'ÉCT doit se doter de mécanismes qui facilitent la communication entre ses membres ainsi que la participation de ceux-ci dans la formulation des objectifs, dans les prises de décisions, de même que, dans l'intégration des diverses données issues de l'ÉCT.
9. L'ÉCT doit être amorcée précocement dans un processus de réadaptation.

10. L'ÉCT doit être continue tout au long du processus de réadaptation au travail.
11. L'ergothérapeute doit s'assurer de bien connaître les besoins motivant l'ÉCT avant de procéder.
12. L'ergothérapeute doit identifier la ou les dimensions du fonctionnement au travail qu'il évalue afin de sélectionner des outils d'évaluation cohérents avec la ou les dimensions visées.
13. Le choix d'un type d'ÉCT doit être basé sur l'objectif de l'ÉCT.
14. L'ergothérapeute doit adapter l'ÉCT aux circonstances liées au milieu de travail et à la situation de la personne.
15. L'ergothérapeute doit veiller à l'efficacité lors du choix de l'ÉCT et de ses modalités.
16. Pour réaliser une ÉCT, l'ergothérapeute doit utiliser plusieurs sources de données et méthodes de cueillette de données.
17. Pour assurer la rigueur de l'ÉCT, l'ergothérapeute doit utiliser des stratégies adaptées au type d'ÉCT utilisés.

Les commentaires des participants sont présentés ici selon les différents thèmes abordés durant les entrevues : la clarté, le contenu et l'exhaustivité des recommandations ainsi que la qualité des argumentaires.

### 5.3.3.1 Clarté des recommandations

La plupart des énoncés des recommandations (12/17) ont été considérés clairs selon les participants. Cependant, les participants ont mentionné que les libellés des recommandations 5, 11, 12, 15 et 17 nécessitaient une clarification.

**Tableau 9- Commentaires et corrections apportées sur la clarté des recommandations**

Recommandation	Commentaires	Corrections apportées
5	L'expression « approche "top-down" » est peu connue des participants.	L'expression a été remplacée par « approche du général au spécifique » dans le GP.
11	Le terme « besoin » est trop flou.	L'expression a été remplacée par « objectifs de l'ÉCT ». Aussi, une référence au tableau sur les objectifs des ÉCT a été ajoutée.
12	Une difficulté à saisir les concepts du modèle de Sandqvist et Henricksson (35) et établir des liens avec la pratique courante est rapportée.	Le modèle a été décrit plus en détail et la recommandation a été reformulée afin de rendre plus clair le lien avec les informations contenues dans l'argumentaire.
15	Les termes « pratique » et « efficace » apparaissent peu clairs pour les participants et ils ne les considèrent pas comme des termes équivalents.	Une précision de la signification de ces deux termes a été ajoutée dans le texte qui accompagne cette recommandation.
17	Les participants mentionnent que la recommandation 17 est incomplète.	L'énoncé a été reformulé afin que la recommandation soit plus claire et explicite.

### 5.3.3.2 Contenu de la recommandation

De façon générale, les participants trouvent les recommandations utiles et importantes. Cependant, le contenu des recommandations 5, 7, 8, 13 et 14 ont fait l'objet de commentaires spécifiques par les participants.

**Tableau 10 - Commentaires et corrections apportées sur le contenu des recommandations**

Recommandation	Commentaires	Corrections apportées
5	Les points de vue sont variés sur l'utilité et l'utilisation de l'approche "top-down".	Aucune car il a été considéré que cette recommandation s'inscrit dans la conception systémique du fonctionnement au travail et elle est cohérente avec les approches d'ÉCT dites écologiques.
7	Les participants mentionnent que la nécessité d'une évaluation par une équipe interdisciplinaire n'est pas nécessairement en lien avec la gravité de la déficience comme il est mentionné. Elle est plutôt en lien avec la complexité du dossier.	Cette recommandation a été modifiée pour aborder la notion de situation d'handicap complexe plutôt que de la gravité de la déficience. L'argumentaire l'accompagnant a également été précisé en expliquant que la complexité d'un dossier sur le plan fonctionnel dépend surtout de l'interaction harmonieuse ou non de l'ensemble des facteurs personnels et environnementaux.
8	Selon les participants, la recommandation met l'emphase sur les mécanismes de communication de l'équipe et ils mentionnent que ceux-ci ne sont pas suffisants pour garantir la réalisation d'une ÉCT qui soit complète. Ils expliquent qu'un travail efficace en équipe interdisciplinaire demande l'adoption de règles de fonctionnement et des comportements qui permettent la collaboration entre les professionnels et l'atteinte du but commun.	Cette recommandation a été reformulée de façon à inclure des informations sur la nature des comportements attendus dans l'équipe, telles que l'adoption d'un cadre de référence commun, la recherche d'un consensus, etc. D'autre part, l'argumentaire accompagnant cette recommandation a été bonifié au sujet des conditions qui permettent le travail en équipe interdisciplinaire et en particulier, l'élaboration d'opinion clinique et la prise de décision.
13	Les participants proposent de faire des liens avec le tableau qui identifie les objectifs de l'ÉCT et l'arbre décisionnel qui guide le choix du type d'ÉCT à utiliser.	L'encadré de la recommandation a été déplacé juste après l'argumentaire (qui fait référence aux objectifs de l'ÉCT) et juste avant l'arbre décisionnel.
14	Selon des participants, cette recommandation doit préciser que l'ÉCT doit non seulement s'adapter au milieu de travail et à la personne, mais également à d'autres facteurs tels que le mandat donné par le référent et le contexte économique du moment.	Le facteur « contexte économique » a été ajouté à l'argumentaire et à la recommandation. Le mandat donné par référent est traité à la recommandation 11 (objectifs de l'ÉCT).

### 5.3.3.3 Exhaustivité des recommandations

À la question demandant s'il y a des recommandations qui doivent être ajoutées ou enlevées du GP, les participants considèrent que les recommandations présentes sont toutes importantes et qu'elles couvrent bien le domaine. D'autre part, il n'y a pas de recommandations à ajouter selon les participants.

### 5.3.3.4 Qualité des argumentaires

Les argumentaires accompagnant sept recommandations (1, 2, 6, 9, 10, 11 et 17) ont fait l'objet de précisions ou d'ajouts mineurs suite aux commentaires des participants.

**Tableau 11- Commentaires et corrections apportées sur la qualité des argumentaires**

Recommandation	Commentaires	Corrections apportées
1	Des participants expliquent qu'il y a parfois des mandats ou des objectifs de l'ÉCT qui amènent à dépasser les limitations fonctionnelles posées par un médecin. L'ergothérapeute doit donc s'assurer d'obtenir l'autorisation médicale avant de procéder à une ÉCT qui ne respecterait pas les limitations fonctionnelles émises.	Une précision sur l'importance de l'obtention d'une autorisation médicale a été ajoutée dans l'argumentaire accompagnant cette recommandation.
2	La distinction entre les concepts « capacités de la personne », « performance au travail » et « participation au travail » n'est pas claire.	Des exemples ont été ajoutés pour bonifier les explications du modèle dans la section généralité afin de faciliter l'appropriation du modèle et de ses concepts. De plus, afin de retrouver facilement l'endroit où est présenté le modèle, une référence aux pages a été ajoutée. Un glossaire est également ajouté à la fin du GP.
6	Les participants disent être d'accord avec cette recommandation parce que selon leur expérience, un équilibre occupationnel favorise un maintien à l'emploi à long terme. Des participants rapportent que malgré ceci, certaines personnes font le choix de laisser tomber la plupart de leurs activités et rôles hors travail afin de se maintenir au travail.	L'argumentaire de cette recommandation a été reformulé afin de préciser que le travail peut aussi nuire à la reprise des activités, rôles et responsabilités en dehors du travail. Lorsque c'est le cas, l'ergothérapeute doit le préciser dans le rapport d'évaluation.
9	Des participants soulignent qu'il faut choisir le bon moment pour entamer l'ÉCT. D'autre part, des participants croient qu'il faut préciser que la précocité s'applique à l'amorce de l'ÉCT et non à donner une opinion finale alors que n'est pas possible ou opportun de le faire.	Une précision a été ajoutée sur le fait qu'il s'agit de l'amorce de l'ÉCT qui doit être précoce.
10	Quelques participants font valoir qu'il y	Il apparaît que les participants utilisent

	a un écart entre ce qui est recommandé et leur pratique clinique. Ils expliquent que l'ÉCT n'est pas continue car elle se fait à la toute fin du processus de réadaptation.	une classification des ÉCT autre que celle utilisée dans le GP. Un rappel que les termes sont définis précédemment a donc été ajouté afin d'assurer une compréhension juste de la recommandation. Le lecteur est référé aux pages en question ainsi qu'au glossaire en fin du guide.
11	Les participants proposent de spécifier qu'il faut aussi conjuguer avec les besoins/objectifs qui peuvent être différents pour l'agent payeur, le client et pour l'employeur de l'ergothérapeute (mission de l'établissement).	Une précision a été ajoutée dans l'argumentaire sur la nécessité de négocier les besoins et agenda de tous les détenteurs d'enjeux avant de procéder à l'ÉCT afin d'assurer son utilité.
17	Plusieurs termes ont besoin d'être expliqués davantage tels que « analyse négative de cas », « saturation des données » et « engagement prolongé sur le terrain ».	Des exemples concrets ont été ajoutés pour faciliter la compréhension.

### 5.3.3.5 Textes, tableaux et figures accompagnant les recommandations

De façon générale, les participants ont apprécié les tableaux et les figures dans le document parce qu'ils résument bien l'information et aident à la compréhension. Toutefois, la nécessité de trois tableaux était mitigée soit les tableaux 4, 5 et 6 qui présentent la fréquence d'utilisation des différentes sources de données, des méthodes de cueillette de données, de même que des stratégies requises pour assurer la rigueur de l'ÉCT. Certains ont rapporté qu'il est intéressant de prendre connaissance des fréquences d'utilisation. Des participants se sont sentis « validés » dans leurs façons de faire parce que le contenu des tableaux reflétait leur pratique clinique. Il a été également mentionné que ces tableaux étaient un bon résumé visuel et ajoutait à la compréhension des textes. Par contre, d'autres participants estimaient que les tableaux n'apportaient rien de plus. De simples listes des sources, des méthodes de cueillette et des stratégies de rigueur auraient été suffisantes. Finalement, aucune modification n'a été apportée à ces tableaux dans la seconde version du GP.

### 5.3.4 Section « Niveaux de preuve et sommaire des recommandations »

La section « Niveaux de preuve » explique sommairement que le GP a été élaboré à partir d'une recension systématique des écrits. Il présente également le classement des niveaux de preuve utilisé dans le GP. Certains participants trouvaient cette section intéressante et importante car elle permet d'avoir une perspective critique sur les données probantes disponibles dans le domaine. Il a d'ailleurs été suggéré de préciser le niveau de preuve scientifique pour chaque écrit dans la section « Références ». D'autres participants trouvaient le tableau des niveaux de preuve difficile à comprendre et suggéraient que ce tableau soit vulgarisé. Ils trouvaient le jargon de la recherche assez hermétique et même rébarbatif. Quelques participants ont apprécié avoir une section « Sommaire des recommandations » car elle permet d'avoir une vue d'ensemble des recommandations. Enfin, quelques participants auraient apprécié avoir une description plus détaillée sur l'élaboration du GP et comment les écrits furent sélectionnés.

Dans la nouvelle version du GP, la section traitant du sommaire des recommandations et des niveaux de preuve a été relocalisée vers la fin du document juste après la vignette clinique. Le titre « Niveaux de preuve scientifique » a été changé pour « Élaboration du GP », car une explication du processus a été ajoutée et l'utilisation des niveaux de preuve scientifique est une des étapes du processus. Une explication globale des niveaux de preuve a également été ajoutée. Un tableau regroupant les références par niveau de preuve scientifique a été ajouté en annexe du GP. Cependant, une explication des différents devis et méthodologies de recherche nommées dans le tableau de niveaux de preuve n'a pas été ajoutée car ceci dépasse le cadre d'un GP.

### **5.3.5 Section « Généralités »**

La section « Généralités » définit ce qu'on entend par le mot « travail » dans le cadre du GP et elle explique ce qu'est une ÉCT. Elle présente également le modèle conceptuel utilisé dans le GP. Cette section a été construite afin de faciliter la compréhension des recommandations et de réduire au maximum les ambiguïtés actuelles dans ce domaine d'étude que ce soit au plan conceptuel ou au plan de la terminologie (3; 62).

Les participants ont trouvé que cette section est très utile pour la compréhension du reste du GP. Ils l'ont trouvée également très claire. Selon les participants, les figures et tableaux ajoutent à la compréhension de ce qui est expliqué dans les textes. La figure sur le « Processus de réadaptation au travail » et le tableau sur les « Objectifs des ÉCT » ont été particulièrement appréciés parce qu'ils illustrent le processus de réadaptation et les objectifs de l'ÉCT de façon complète et organisée.

### **5.3.6 Section « Vignette clinique »**

La vignette clinique, présentée en toute fin du GP, illustre une application concrète des recommandations pour la pratique clinique. Elle a pour but d'aider à la compréhension des recommandations en les contextualisant dans un cas clinique courant.

La majorité des participants ont apprécié la vignette. Ils l'ont trouvée claire et selon eux, elle illustre bien les recommandations. Ils ont confirmé également qu'elle était typique de la réalité clinique. Ils ont considéré que la présence d'une vignette est particulièrement importante pour les nouveaux ergothérapeutes. Quelques participants ont souligné cependant que les liens avec les recommandations étaient trop implicites et un nouvel ergothérapeute aurait de la difficulté à faire les liens. Il a été proposé de démontrer et d'expliquer les liens entre la vignette et les recommandations, la figure sur le « Processus de réadaptation au travail » et la figure sur l'« Arbre décisionnel pour le choix du type d'ÉCT à utiliser ».

La section de la vignette a été modifiée afin de faciliter les liens avec les différentes étapes du processus de réadaptation, avec les recommandations, ainsi qu'avec l'arbre décisionnel.

### **5.3.7 Préoccupations et besoins des participants**

Les commentaires des participants, qui n'étaient pas directement en lien avec le but des consultations (groupes de discussion focalisée) sont abordés ici. Ce sont des préoccupations et des besoins qui sont importants pour les ergothérapeutes experts pratiquant des ÉCT. Il y a d'abord des obstacles aux pratiques cliniques recommandées et le besoin d'avoir en main des

listes d'outils de qualité et des exemples concrets des procédures à utiliser pour réaliser les évaluations.

Les participants ont exprimé leurs préoccupations liées à l'application des recommandations du GP dans la réalité clinique. Selon eux, plusieurs pratiques cliniques rencontrent des obstacles de divers ordres : mandat donné par l'agent payeur, pas d'emploi ciblé, disponibilité d'outils, l'organisation du travail, etc. Plus précisément, procéder à une ÉCT qui est complète (recommandation 2) est souvent difficile à mettre en pratique. Ils rapportent également que la dimension « participation au travail » intéresse peu les agents payeurs. De la même façon, la recommandation 6, concernant une vision élargie aux autres rôles de la personne, peut être également difficile à appliquer en raison d'un mandat restrictif donné par l'agent payeur. Cependant, des participants croient qu'il est du devoir de l'ergothérapeute de faire part de ses préoccupations sur des éléments qui sont exclus du mandat mais qui sont significatifs cliniquement.

Aussi, la précocité de l'ÉCT (recommandation 9) n'est pas toujours possible en raison de référence tardive en ergothérapie. La continuité de l'ÉCT comme sa précocité (recommandations 9 et 10) peuvent rencontrer des obstacles liés à l'organisation du travail chez l'employeur de l'ergothérapeute. Dans certains établissements, la personne passe d'abord dans un programme de réadaptation fonctionnelle qui est séparé du programme de réadaptation socioprofessionnelle. La réadaptation au travail est initiée qu'une fois le programme de réadaptation fonctionnelle terminé, ce qui peut prendre des mois.

Par ailleurs, quelques participants ont exprimé leur difficulté à comprendre l'application concrète de certaines recommandations et déploraient le manque de directives précises quant aux outils à utiliser. Dans quelques entrevues, certains participants avaient des difficultés à cerner comment procéder à l'évaluation des différentes dimensions du fonctionnement au travail ainsi que des facteurs. Pour pallier à cette difficulté des participants ont suggéré d'inclure davantage d'exemples cliniques dans les explications. Aussi, dans plusieurs entrevues, les participants ont exprimé le besoin d'avoir une liste des outils d'évaluation à utiliser, de même qu'une liste de ressources à consulter.

## 6. DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif l'élaboration d'un GP portant sur l'ÉCT des personnes présentant une déficience physique à l'intention des ergothérapeutes. Tel que mentionné précédemment, les écrits de même que la réalité clinique au Québec montrent une grande variabilité de la pratique (14; 15; 7). Cette variabilité amène un questionnement sur la qualité des ÉCT et de leurs résultats (7). Ce GP répond à un besoin d'uniformiser et de rehausser la qualité de la pratique clinique dans le domaine. À notre connaissance, il s'agit du premier GP portant sur l'ÉCT qui a été élaboré à l'aide d'une méthodologie structurée et systématique.

La discussion est présentée en quatre sections : la recension systématique des écrits, l'analyse des écrits, l'élaboration de la version préliminaire du GP puis finalement la consultation des cliniciens experts. Pour chacune de ces sections, les principaux constats, les forces et les limites de l'étude, de même que les principales implications pour la recherche et/ou la pratique clinique seront discutés.

### 6.1 Recension systématique des écrits

La première étape consistait à rechercher des écrits dans le domaine et à analyser leur qualité.

#### 6.1.1 Recherche documentaire

Les résultats de la recherche documentaire ont été influencés par différents éléments, à savoir : le type de stratégie de recherche adopté, l'accès aux documents ciblés, la limite aux langues anglaise et française, le changement de paradigme survenu dans le domaine et enfin, le type d'analyse choisi.

##### 6.1.1.1 Stratégie de recherche

Une stratégie de recherche documentaire systématique et reproductible qualifiée de « sensible » a été adoptée. Cette stratégie de recherche visait à identifier tous les documents ayant trait à l'ÉCT et ainsi à assurer une couverture complète du domaine (48; 49; 47; 63). Or, l'utilisation de nombreux mots-clés et de plusieurs sources de données a mené naturellement à l'identification d'un très grand nombre de documents. Cette stratégie présente donc l'inconvénient d'exiger d'importantes ressources humaines ou financières pour trier et analyser les documents (24; 47; 64).

Dans la présente étude, malgré l'utilisation d'une stratégie de recherche documentaire « sensible », quatre des documents ciblés lors de la recension préliminaire nécessaire à l'élaboration du projet n'ont pas été répertoriés. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation. D'abord, l'étude de Dutil et Vanier (5) n'a pas été publiée dans un périodique et ainsi elle n'est donc pas indexée dans les banques de données. Le mémoire de Mercier (6) n'apparaît pas dans la banque de données Proquest dissertations and theses, ce qui suggère qu'il fait probablement l'objet d'une erreur d'indexation. L'article de Lacerte et Wright (24), quant à lui, a été publié antérieurement à la période ciblée par la stratégie de recherche documentaire utilisée dans cette étude. Enfin, l'article de Law *et al.* (2) traite d'un modèle conceptuel général en ergothérapie, ainsi il n'a pas été identifié avec les mots-clés utilisés. Par conséquent, aucun de ces documents n'a pu être ciblé même s'ils sont jugés en relation avec la recherche. Il apparaît donc que malgré l'utilisation d'une stratégie de recherche documentaire « sensible », des documents utiles pour l'élaboration d'un GP peuvent être non répertoriés. En fonction de ce

constat, il apparaît nécessaire de demander aux experts consultés dans une démarche semblable, si à leur connaissance d'autres documents seraient pertinents à ajouter à la synthèse de la littérature présentée.

### 6.1.1.2 Sélection des écrits

La présente recension se limite aux documents publiés en langue anglaise et française. Or, il est probable que des articles importants écrits dans une autre langue existent et qu'ils apportent des éléments intéressants qui ne sont pas couverts par la littérature de langue anglaise et française. La restriction au niveau de la langue de publication a probablement induit un biais culturel étant donné que la majorité des documents sélectionnés viennent de pays avec une forte influence anglo-saxonne (Canada, États-Unis, Australie, Écosse). Ainsi, il est donc probable que le contenu actuel du GP soit plus facilement généralisable à ces pays. Avant que le GP ne soit utilisé dans d'autres pays, la prudence commande tout de même d'adapter le contenu du GP au contexte de la pratique de l'ÉCT dans ces pays (63).

Aussi, les documents écrits il y a plus de 15 ans ont été exclus en raison d'un changement de paradigme dans la pratique. La période retenue pour la recherche documentaire permet en principe de bien couvrir le domaine. En effet, de la fin des années 30 et jusqu'aux années 80, le modèle biomédical prévalait. Dans ce modèle, la compréhension approfondie d'un phénomène passe par l'isolation de ses différentes composantes (réductionnisme) et les déficiences organiques sont considérées comme la cause principale des incapacités et du handicap. Pendant cette période, l'approche de réadaptation dite « pré-vocationnelle » était prédominante en ergothérapie et elle était basée sur la réduction des incapacités. Plus précisément, le but était d'amener la personne à une condition physique ou mentale optimale afin qu'elle puisse faire face à nouveau aux exigences du travail. Ainsi, cette approche préconisait l'évaluation et le développement des capacités générales de travail en milieu clinique, et ce, à l'écart des multiples facteurs d'influence du milieu réel de travail. De même, le travail était perçu surtout en fonction des différentes composantes des tâches et non avec une vision systémique de l'activité de travail (65; 66; 67; 68; 69). Plus récemment, le constat des limites du modèle biomédical face à des comportements humains complexes, le rappel des valeurs et croyances qui ont amené la création de l'ergothérapie et surtout, la progression des connaissances ont amené des modèles conceptuels du fonctionnement qui centrent davantage l'évaluation sur l'interaction personne-environnement (11; 70; 12; 14; 35; 71; 72; 73; 20). De même en réadaptation au travail, une approche plus systémique est préconisée (74; 6; 32; 33; 34; 75). Ainsi, étant donné ce changement de paradigme, seuls les documents de moins de 15 ans ont été ciblés pour le GP. Le contenu du GP est donc essentiellement actuel et ne fournit pas de perspective historique comme c'est fréquemment le cas des recensions intégratives des écrits.

Dans cette étude, la sélection des écrits a été réalisée par deux tris. Le premier tri utilisait des critères de sélection larges, ce qui a permis de répertorier un grand éventail de documents. Par la suite, des critères plus restrictifs ont été utilisés lors du deuxième tri. Cette stratégie a été utilisée afin d'éviter d'éliminer prématurément des documents, étant donné que l'élaboration du GP consistait en un processus itératif entre la consultation des écrits et l'écriture de son contenu. Il était donc important que toutes les décisions soient prises quant aux thèmes couverts par le GP avant d'exclure des documents et ainsi induire des biais parce des écrits pertinents ont été ignorés (57). Selon Beyea et Nicoll (56), lorsque la littérature est trop volumineuse à gérer, il

vaut mieux restreindre les thèmes abordés mais les couvrir complètement. Cette stratégie a permis d'assurer que tous les thèmes contenus dans le GP soient bien supportés par la littérature disponible.

D'autre part, les résultats obtenus sur la fiabilité inter-évaluateur lors de la sélection des écrits permettent d'affirmer que les critères de sélection étaient clairs. Par conséquent, ce constat supporte le faible risque d'erreur dans la sélection des articles.

### **6.1.2 Évaluation des données probantes**

Tel que recommandé par plusieurs auteurs, les données issues de la littérature ont été évaluées sur le plan de leur qualité, c'est-à-dire à partir de la qualité de l'étude et du niveau de preuve scientifique (25; 51; 57). Cette analyse permet de s'assurer de la qualité du contenu du GP.

Plusieurs façons d'évaluer la qualité sont suggérées lorsque les types études sont très variés (57; 54). La stratégie choisie pour la présente étude était celle d'évaluer les études en utilisant des grilles qui sont spécifiques aux types d'études. Cette stratégie apparaît être la plus rigoureuse car il s'agit d'une approche standardisée et explicite (51). Cependant, cette stratégie présente certains inconvénients. Premièrement cette stratégie exige une analyse plus fine et demande donc plus de temps qu'une simple appréciation portant sur des critères généraux. Le second inconvénient tient au fait qu'il n'existe pas de grille pour chaque type d'étude. À cet effet dans la présente étude, trois grilles ont dû être développées pour répondre aux types d'études présents. Le troisième inconvénient a trait à la qualité des grilles publiées. En effet, bien que les grilles de Cesario *et al.* (53) et de Pluye *et al.* (54) aient été développées de manière rigoureuse, aucune étude ne s'est attardée jusqu'à maintenant à documenter leur fiabilité et leur validité sauf la validité apparente. Afin de réduire le risque d'erreur de jugement, deux évaluateurs ont complété l'évaluation de chaque document comme il est recommandé (47; 23; 48; 24). Par contre, l'absence d'un expert en méthodologie tel que recommandé pour l'analyse des études peut avoir affaibli la validité des résultats (54; 76).

Bien que l'utilisation de grilles d'évaluation soit une stratégie considérée rigoureuse, certaines faiblesses sont aussi mentionnées (51). En effet, Eakin et Mykhalovskiy (77) sont d'avis que l'utilisation de grilles pour évaluer la qualité des études qualitatives distrait le lecteur de la compréhension et de la signification des résultats. Selon eux, ces grilles mettent l'accent sur des procédures, c'est-à-dire sur la vérification de la qualité de l'exécution de techniques ou méthodes de recherche et ceci amènerait un jugement simpliste de la qualité des études qualitatives. Toutefois, ces auteurs sont aussi d'avis que l'élaboration d'un outil d'évaluation rapide qui mettrait l'accent sur la compréhension en profondeur de l'interprétation des données et de la signification des résultats demeure un défi à relever (77). Pour les études quantitatives, une étude conduite par van der Velde *et al.* (78), démontre que les résultats de l'évaluation de la qualité d'une même étude varient selon la méthode utilisée. En effet, ils ont comparé l'utilisation d'une grille d'évaluation composée d'une série de critères qui est utilisée par *The Cochrane Back Review Group* et la méthode *best-evidence synthesis* qui consiste plutôt en quelques questions visant à guider l'évaluateur dans la formulation d'un avis sur les aspects méthodologiques de l'étude. Selon van der Velde *et al.* (78), chacune de ces méthodes présente ses forces et ses faiblesses. L'utilisation d'une grille est une méthode plus rapide et ceci est un avantage indéniable lors de l'analyse d'un grand nombre d'études. D'autre part, la méthode *best-evidence*

*synthesis* dépend de l'expertise de l'évaluateur et est ainsi plus sujette aux biais lié à l'évaluateur. Toutefois, en ce qui a trait à la grille du *Cochrane Back Review Group*, celle-ci fait simplement la somme des critères rencontrés. Conséquemment, l'impact sur la validité des résultats de chacun des critères manqués n'est pas pondéré. Comme tous les critères ont le même poids sur le score total, il s'en suit que des études avec des manques qui peuvent avoir des impacts majeurs sur les résultats peuvent être mieux cotées que des études avec des manques plus nombreux mais qui sont moins graves au bout du compte. Dans cette étude, il est aussi noté que l'évaluation par la méthode *best-evidence synthesis* a permis d'identifier des faiblesses dans les études qui n'avaient pas été identifiées en utilisant la grille du *Cochrane Back Review Group*.

En somme, l'évaluation de la qualité de l'étude est un élément essentiel dans l'appréciation d'une donnée probante. Toutefois, la méthode actuelle d'évaluation par des grilles présente encore certaines faiblesses. Il est donc nécessaire que les recherches futures poursuivent la validation des méthodes ou des instruments de mesure actuels.

Malgré leurs faiblesses réelles ou potentielles, les grilles utilisées dans la présente étude ont permis de discriminer globalement le niveau de qualité des écrits. En effet, ces grilles ont été utilisées pour situer le lecteur du GP face à la qualité des données présentées et également, pour guider le traitement des données contradictoires au cours de l'élaboration des recommandations. Ceci a permis une prise de décision qui soit éclairée et rigoureuse pour le choix des données à retenir dans l'élaboration du GP lorsque des données de la littérature étaient contradictoires.

Selon les résultats de l'évaluation à partir des grilles, bon nombre des écrits retenus pour cette étude se sont avérés de bonne qualité. Ceci contribue à augmenter la confiance envers le contenu du GP. Par contre, un type de document fait exception. En effet, les recensions des écrits étaient jugées de qualité « très variable ». Plus précisément, seulement trois des 18 recensions se sont avérées d'excellente qualité. Or, les recensions intégratives des écrits, les "*scoping studies*" ou encore les "*mixed research synthesis studies*" sont des formes d'étude assez récentes dans la littérature et des critères de qualité sont publiés depuis peu (52; 54; 57; 79; 80). Il est dorénavant de mise de démontrer de façon explicite que la recension s'est faite de façon rigoureuse et systématique selon des critères de qualité reconnus par la communauté scientifique. Contrairement aux documents récents, les recensions plus anciennes n'exposent pas leurs éléments méthodologiques. Ceci explique pourquoi ce sont principalement des recensions récentes qui ont obtenu un bon score lors de l'évaluation avec la grille.

Dans l'étude actuelle, les résultats concernant les niveaux de preuve révèlent des niveaux très bas selon l'échelle des niveaux de preuve scientifique de Burns et Grove (52) (niveaux VII à XI). Tel que mentionné précédemment, les études disponibles sont des études qualitatives, descriptives ainsi que des écrits théoriques (modèles conceptuels et cadres de référence) ou encore des recensions de ces types d'études. Or, la considération des résultats issus des études qualitatives dans la pratique basée sur les données probantes est récente (24; 49) et fait l'objet d'une polémique (80). En effet, le modèle positiviste prévalant propose les essais randomisés comme un *gold standard* auquel les études se comparent. Les études qualitatives se retrouvent donc invariablement au bas des échelles de niveaux de preuve. Elles sont pratiquement un pis-aller lorsqu'il y a absence de données issues d'études « moins biaisées ». Néanmoins, plusieurs auteurs considèrent que les données issues de la recherche qualitative sont essentielles dans le

développement des pratiques cliniques car elles permettent de comprendre les expériences humaines complexes qui ne sont pas saisissables avec des devis expérimentaux (49). Ces données sont donc d'une grande importance dans l'élaboration d'interventions centrées sur le client (49; 80). Gelo *et al.* (81) proposent de considérer les recherches quantitatives et qualitatives comme complémentaires. Elles ont avantage à être intégrées afin de permettre une compréhension plus juste et complète des phénomènes humains. Conséquemment, même si les énoncés du GP s'appuient sur des données probantes de niveau dit « bas », ils sont utiles pour guider le clinicien dans ses décisions.

## **6.2 Analyse de contenu des écrits et élaboration de la version préliminaire du guide de pratique**

Comme mentionné précédemment, le type de recension des écrits retenu dans cette étude est récent et est désigné sous plusieurs noms : recension intégrative des écrits (55; 56; 57; 52), "*scoping study*" (79), "*systematic mixed studies review*" (54), "*mixed research synthesis studies*" (80). Contrairement aux recensions systématiques des écrits concernant l'efficacité d'une intervention, ce type de recension ne se limite pas à la sélection d'études expérimentales. Par conséquent, la réalisation de méta-analyses est complètement exclue. En raison de la variété des types d'études présentes dans les documents retenus, une analyse qualitative du contenu a plutôt été adoptée. Diverses méthodologies sont proposées à cet effet (80; 79; 56; 57). Puisque la recension utilisée est un "*integrated design*" tel que décrit par Sandelowski *et al.* (80), ceci implique que les données de la littérature ont été ciblées principalement non pas selon leur devis mais plutôt selon leur potentiel à répondre au but de la recension, c'est-à-dire formuler des recommandations pour la pratique de l'ÉCT.

La méthodologie utilisée pour analyser les données et en tirer des conclusions respecte la plupart des critères de qualité énoncés dans la littérature (56; 57; 52; 55). En effet, la méthode utilisée par l'auteure principale du GP est qualitative, systématique et décrite de façon explicite. L'interprétation a fait l'objet d'une vérification externe par les deux autres chercheurs du projet afin de s'assurer de la justesse des résultats. Des mesures ont été prises pour prévenir l'exclusion de données probantes pertinentes (stratégie de recherche « sensible », grille de lecture). Le traitement des données contradictoires est explicite (traitement en fonction de la qualité des études). Les conclusions de la recension sont présentées dans le GP. Les données supportant la pratique de l'ÉCT sont identifiées clairement et la synthèse présentée amène un portrait complet du domaine. Par conséquent, le contenu du GP est d'une excellente qualité compte tenu des critères actuels.

## **6.3 Consultation de cliniciens experts (groupes de discussion focalisée et entrevues)**

Les commentaires des participants de cette étude ont globalement été positifs face à la première version du GP. Plusieurs critiques constructives ont également été exprimées. Certains éléments en particulier ont fréquemment fait l'objet de discussion : les recommandations ayant trait à la collaboration interdisciplinaire, le modèle conceptuel utilisé, la recommandation de l'approche dite "*top-down*" et enfin, l'application des recommandations dans un contexte où il y a des agents payeurs.

### **6.3.1 La collaboration interdisciplinaire**

La recommandation 7 qui propose que l'ÉCT soit faite par une équipe interdisciplinaire lorsque le client présente une déficience physique grave a soulevé des réactions de la part des participants. Selon eux, le besoin d'une évaluation par une équipe n'est pas nécessairement en lien avec la gravité de la déficience mais plutôt en lien avec la complexité du cas. Tel que mentionné, un client présentant une déficience grave peut évoluer favorablement vers le retour au travail sans nécessairement avoir besoin de l'intervention d'une équipe interdisciplinaire. À l'opposé, un client avec une déficience légère peut présenter une situation d'handicap complexe et conséquemment avoir besoin d'intervenants de disciplines variées pour arriver à retourner au travail. Les commentaires des participants concordent avec des connaissances actuelles : la gravité de la déficience n'est pas le principal facteur associé au retour au travail. En effet, d'autres facteurs sont en jeu à savoir : des facteurs personnels tels qu'être un travailleur âgé ou être atteint d'une dépression, et des facteurs environnementaux comme l'impossibilité d'adapter les tâches de travail ou l'absence de support de la part de l'employeur (35; 82; 83). Ainsi, c'est la présence de nombreux facteurs défavorables, autre que la gravité de la déficience qui rend le tableau clinique complexe et qui nécessite une ÉCT qui soit interdisciplinaire (74).

Les commentaires des participants amènent également à préciser la recommandation 8. Celle-ci souligne la nécessité de mettre en place des mécanismes qui facilitent l'implication des membres de l'équipe dans l'ÉCT. Les participants proposent d'inclure des indications sur la nature des comportements attendus des membres de l'équipe interdisciplinaire afin de permettre d'obtenir une ÉCT qui soit complète. La formulation initiale de la recommandation met l'emphase sur la communication alors que selon les participants, la communication seule n'assure pas la collaboration entre les membres de l'équipe, d'autres éléments sont nécessaires. Ce qui est exprimé par les participants concorde avec les travaux de D'Amour (84) sur la collaboration interprofessionnelle. La collaboration interprofessionnelle, c'est-à-dire la mise en commun par les membres de l'équipe de leurs connaissances, leurs compétences et de leur expérience pour donner des services efficaces, est influencée par plusieurs facteurs. Parmi les facteurs facilitants, il y a entre autres, l'établissement de règles de fonctionnement, l'adoption d'un but commun et la prise de conscience des relations d'interdépendance entre les professionnels pour atteindre ce but.

### **6.3.2 Le modèle conceptuel**

Les participants ont émis des critiques et des commentaires à propos du modèle conceptuel choisi pour le GP.

À la lecture de la recommandation 2 qui énonce que l'ÉCT doit porter sur les trois dimensions du fonctionnement au travail, une grande partie des participants avaient de la difficulté à saisir les concepts du modèle du fonctionnement au travail de Sandqvist et Henricksson (35). Ils auraient souhaité que le modèle soit plus explicite et qu'il y ait des exemples afin d'en faciliter la compréhension et l'application clinique concrète. Or, ces commentaires reflètent en partie l'état de développement de ce modèle. En effet, Sandqvist et Henricksson (35) mentionnent que ce modèle est en construction et que ses concepts doivent être validés. Par conséquent, le malaise des participants est le reflet du manque réel de précision du modèle. En fait, le manque de modèle conceptuel détaillé et complet est un problème de longue date dans le domaine de l'ÉCT en ergothérapie. En effet, Velozo dès 1993 l'avait mentionné dans un article sur les ÉCT. Ainsi,

bien que le modèle de Sandqvist et Henricksson (35) soit une contribution importante à la littérature du domaine, il semble qu'il demeure encore insuffisamment détaillé pour répondre aux besoins des ergothérapeutes cliniciens.

Dans un autre ordre d'idée, l'adoption d'un modèle dépend également de l'attitude du clinicien face à la nouveauté. Actuellement au Québec, le cadre de référence principalement utilisé par les centres de réadaptation en déficience physique est la Classification du processus de production du handicap (PPH) (85). Or, ce cadre de référence n'a pas été retenu par l'OMS qui a plutôt adopté la Classification internationale du fonctionnement et du handicap (CIF) en 2000. Sandqvist et Henricksson (35) se sont inspirés de la CIF et ainsi leur modèle correspond mieux à la conceptualisation du fonctionnement et du handicap adoptée par l'OMS. Conséquemment, la CIF et le modèle du fonctionnement au travail de Sandqvist et Henricksson (35) constituent une innovation pour les milieux de réadaptation québécois.

La théorie de la diffusion de l'innovation de Roger [citée dans (23) et dans (86)] peut apporter un autre éclairage sur la réaction des participants face au modèle. Selon Roger [cité dans (23) et dans (86)], cinq éléments influencent l'adoption d'une innovation sur le degré selon lequel : 1) elle est perçue meilleure que la pratique actuellement utilisée; 2) elle est perçue compatible avec les valeurs, l'expérience et les besoins du clinicien; 3) elle est perçue comme difficile à comprendre et difficile à utiliser; 4) elle peut être testée/essayée et adaptée; et 5) l'adoption de l'innovation est visible par les autres. Ainsi, ces divers éléments pourraient expliquer les commentaires des participants. Par exemple, si à sa première lecture par les participants, le modèle du fonctionnement au travail est perçu comme difficile à comprendre, qu'il n'apporte pas d'avantage notable comparativement au PPH et qu'il soit, en plus, perçu comme difficilement compatible avec le modèle utilisé par les équipes interdisciplinaires, il est pensable que les ergothérapeutes se soient peu attardés à comprendre les concepts de ce modèle. Cette hypothèse est plausible, car à plusieurs reprises des participants ont dit apprécier le PPH et ils ont demandé pourquoi celui-ci n'avait pas été utilisé dans le GP au lieu du modèle du fonctionnement au travail.

### **6.3.3 Réactions à la recommandation de l'approche dite "top-down"**

Les résultats à la recommandation 5 concernant l'utilisation de l'approche "top-down" et ceux de la recommandation 2 ayant trait à ce que l'ÉCT soit complète, c'est-à-dire qui tient compte des trois dimensions du fonctionnement au travail, suggèrent un certain paradoxe des participants. En effet, la recommandation 2 a été adoptée de façon pratiquement unanime de la part des participants. Par contre, la recommandation 5 qui a été conçue en continuité avec la recommandation 2 et qui propose une approche pour justement évaluer les différentes dimensions du fonctionnement au travail a fait l'objet d'une polémique entre les participants. Plusieurs participants étaient en désaccord avec l'utilisation de l'approche "top-down". Plus précisément, ils expliquaient que l'ergothérapeute devait évaluer qu'une seule des dimensions du fonctionnement au travail, à savoir « les capacités de la personne ». Ce paradoxe pourrait s'expliquer selon Vachon (87), par un écart entre la perception des participants de leur pratique et leur pratique réelle. Par exemple, il y a des ergothérapeutes qui peuvent à la fois être convaincus d'adhérer à un paradigme biopsychosociale et à la fois analyser des situations cliniques et intervenir selon un paradigme biomédical, et ce, sans en être conscient. En effet, la recommandation 2 est assez générale et aucune manière de procéder n'est suggérée. Ainsi, tant

que les éléments sont abordés de façon théorique, les ergothérapeutes peuvent affirmer plus facilement qu'ils y adhèrent. Par contre, la recommandation 5 (approche "top-down") est plus explicite en ce sens que l'argumentaire expose une séquence des étapes de l'intervention évaluative : l'ergothérapeute doit d'abord discuter de la dimension de « la participation au travail » avec son client puis explorer « la dimension de la performance au travail » par des mises en situation. Par la suite, à partir des problèmes identifiés dans ces deux dimensions, l'ergothérapeute ciblera « les capacités de la personne » qui ont besoin d'être évaluées spécifiquement. Ainsi donc, les participants pouvaient confronter leur pratique à ce qui était décrit dans l'argumentaire de la recommandation 5. Alors bien que cette recommandation partage le même concept avec la recommandation 2, à savoir une conception multidimensionnelle du fonctionnement au travail avec laquelle les participants étaient d'accord, elle a suscité la controverse.

#### **6.3.4 L'application des recommandations et le contexte des agents payeurs (assureurs)**

Bien que les participants ont accueilli favorablement les recommandations contenues dans le GP, ils ont fait part de préoccupations quant aux pressions perçues par les agents payeurs (assureurs) sur leur pratique clinique. Ces pressions sont perçues comme des obstacles à l'utilisation des données probantes et en particulier à l'adoption d'une approche visant à ce que l'ÉCT soit précoce, continue et complète (recommandations 2 à 10). Plusieurs éléments explicatifs seront abordés ici, à savoir : le contrôle des assureurs sur les services de réadaptation admissibles, l'économie de marché dans lequel pratiquent bon nombre d'ergothérapeutes et finalement, la conceptualisation qu'ont des assureurs d'un lien unique et directe entre la déficience et l'incapacité.

Il est un fait que les assureurs doivent contrôler leurs coûts pour assurer leur viabilité (88; 89). Ils peuvent y parvenir en assistant la personne à récupérer ses capacités le plus rapidement possible par le biais des services de réadaptation (88; 90). Souvent, des limites sont mises en place en regard de ce qui est payé comme services de réadaptation (89). Ces limites mettent les cliniciens dans une situation éthique délicate où ils doivent parfois choisir entre donner des services en fonction des besoins du client ou en fonction de ce qui est autorisé par l'agent payeur (89).

Également, le contexte d'économie de marché dans lequel se passe la dispensation des services a des impacts sur les pratiques reliées à l'ÉCT. En effet, les dispensateurs de services sont souvent en compétition entre eux pour obtenir des références de la part des assureurs (7). Par conséquent, ceci exerce une forte influence sur la pratique des cliniciens car ceux-ci veulent satisfaire les demandes de celui qui paye les services. Par exemple en Ontario, Strong *et al.* (7) observent des pratiques de l'ÉCT qui ne tiennent pas compte de l'ensemble des facteurs personnels et environnementaux nécessaires à une bonne compréhension du fonctionnement au travail. Les cliniciens ont une pratique de l'ÉCT qui vise presque uniquement les facteurs personnels physiques malgré que ceci aille à l'encontre de la philosophie et de l'approche préconisée par l'Association Canadienne d'Ergothérapie (91). Aussi aux États-Unis, Lysaght et Wright (92) ont également constaté que malgré des philosophies et des champs professionnels traditionnellement différents, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes en réadaptation au travail offraient des services semblables et ce, avec des approches similaires. Encore ici, l'économie de marché et la

restriction de ce qui est payé comme traitement sont nommées comme étant des facteurs influençant la pratique.

De plus, les assureurs peuvent non seulement parvenir à contrôler leurs coûts en payant que certains services de réadaptation mais également en limitant parfois l'accès aux indemnités de remplacement de revenu (88). La plupart des assureurs demandent à ce qu'il y ait un lien évident entre l'accident, la lésion et les incapacités ou entre la maladie et les incapacités afin d'indemniser les personnes qui en ont réellement besoin et pour réduire les situations de fraude. Cette conceptualisation d'un lien direct et unidirectionnel entre la déficience et les incapacités a été rejetée par plusieurs auteurs (74; 93). En effet, comme discuté précédemment, la déficience n'est pas le principal facteur associé au retour au travail parce que des facteurs personnels et environnementaux peuvent avoir un impact qui soit plus significatif (35; 82; 83). Cependant, en raison de leurs lois et règles administratives, les assureurs ne sont pas toujours en mesure d'abandonner la conceptualisation d'un lien direct pour une conceptualisation où les facteurs sont multiples et les liens multidirectionnels (86; 93; 94). Il est donc possible que les ergothérapeutes qui tentent de réaliser une ÉCT qui soit complète se heurtent à cette conceptualisation unidirectionnelle et aux décisions qui sont basées sur celle-ci.

Comme il apparaît que les cliniciens, assureurs et employeurs ne partagent pas toujours les mêmes conceptualisations de l'incapacité et les mêmes impératifs, il est facile pour les cliniciens de percevoir certaines actions des assureurs et des employeurs comme étant des obstacles à la réadaptation. Ainsi, la collaboration entre les détenteurs d'enjeux dans un processus de réadaptation au travail peut s'avérer délicate et représente un défi majeur (86). Néanmoins, le travail en partenariat a été documenté comme une stratégie essentielle pour le succès du retour au travail (40; 74; 95), il est donc proposé aux cliniciens d'être davantage à l'écoute afin mieux comprendre les points de vue des différents partenaires dans l'élaboration et la mise en place des interventions (96). Ceci rejoint l'argumentaire de la recommandation 11 où il est précisé que pour que l'ÉCT soit utile, l'ergothérapeute doit clarifier les objectifs des différents détenteurs d'enjeux face à cette évaluation et ce, dès le départ. D'ailleurs si l'ÉCT ne peut répondre à ces objectifs, l'ergothérapeute doit le communiquer clairement aux détenteurs d'enjeux (40; 97). En effet, comme le processus de retour au travail d'un travailleur blessé présente non seulement un défi pour le travailleur et les professionnels de la santé impliqués, mais également pour son employeur et l'assureur (86; 90), les ergothérapeutes ont avantage à avoir une vue d'ensemble sur la réalité de la réadaptation au travail et non seulement sur les dimensions cliniques (43; 98) afin d'avoir un impact sur les décisions prises par les différents détenteurs d'enjeux en cours de processus.

## 7. CONCLUSION

Le travail est d'une grande importance dans la vie adulte. Conséquemment, lors de l'apparition d'une déficience physique, le maintien ou la reprise du rôle de travailleur fait partie des objectifs principaux de la réadaptation. L'ÉCT est donc une pratique professionnelle courante pour l'ergothérapeute œuvrant en réadaptation. Or, cette pratique démontre une variabilité importante. Afin de fournir aux ergothérapeutes québécois un outil leur permettant de rehausser la qualité de la pratique clinique, la présente étude visait le développement d'un guide de pratique (GP) sur l'ÉCT des personnes présentant une déficience physique. Le GP actuel est le premier du domaine de l'ÉCT à être global et à être élaboré de façon systématique.

Le GP présente aux cliniciens et aux chercheurs une synthèse des connaissances actuelles du domaine. La recension systématique des écrits réalisée met en lumière un niveau d'évidence scientifique relativement bas. En effet, les études rapportent principalement comment les ergothérapeutes perçoivent et décrivent la pratique de l'ÉCT. Conséquemment, le GP est basé surtout sur des connaissances pragmatiques. D'autre part, plusieurs auteurs soulignent les limites des outils et des approches d'évaluation actuels ainsi que la nécessité d'adopter un modèle conceptuel systémique pour évaluer le fonctionnement au travail. Ainsi, pour répondre à cette lacune, le présent GP intègre le modèle du fonctionnement au travail qui repose sur une multitude de facteurs liés à la personne et à son environnement. En plus, la recension intégrative des écrits faite dans le cadre de cette étude a permis de mettre en lumière la nécessité de poursuivre la recherche afin de dépasser le stade de la description du fonctionnement au travail pour en arriver à l'expliquer. Ceci permettra le développement d'outils et d'approches de l'ÉCT qui soient de meilleure qualité.

Pour l'instant, les recommandations pour la pratique clinique du GP devront être validées par une méthode de consensus formel (46; 64) De même, une étude des obstacles et des facilitateurs à une implantation du guide sera à réaliser.

Malgré l'importance de la recherche à faire dans le domaine et celle à venir sur le GP actuel, celui-ci est un outil développé avec rigueur et peut être utile pour l'ergothérapeute qui désire mettre à jour ses connaissances dans le domaine et de rehausser sa pratique clinique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. **Hart, D.L., Isernhagen, S.J. et Matheson, L.N.** Guidelines for Functional Capacity Evaluation of People With Medical Conditions. *JOSP*. 1993, Vol. 18, 6, pp. 682-686.
2. **Abdel-Moty, E, et al.** Process analysis of functional capacity assessment. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*. 6, 1996, pp. 223-236.
3. **Innes, E. et Straker, L.** A clinician's guide to work-related assessment: 1- Purposes and problems. *Work*. 1998a, Vol. 11, 2, pp. 183-189.
4. **King, P.M., Tuckwell, N et Barrett, T.** A Critical Review of Functional Capacity Evaluations. *Physical Therapy*. 1998, Vol. 78, 8.
5. **Strong, S.** Les évaluations de la capacité fonctionnelle - aspects positifs, aspects négatifs et écueils. *Actualités Ergothérapeutiques*. Janvier/Février 2002, pp. 5-9.
6. **Pransky, G.S. et Dempsey, P.G.** Practical aspects of functional capacity evaluations. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2004, Vol. 19, 3, pp. 217-229.
7. **Strong, S., et al.** Functional assessment of injured workers: A profil of assessor practices. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. february 2004b, Vol. 71, 1, pp. 13-23.
8. **Innes, E. et Straker, L.** A clinician's guide to work-related assessment: 3- Administration and interpretation problems. *Work*. 1998c, Vol. 11, 2, pp. 207-219.
9. **The AGREE Collaboration.** *The AGREE Collaboration*. [En ligne] Janvier 2002. [Citation : 12 septembre 2006.] <http://www.agreecollaboration.org>.
10. **Gauthier, B.** *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 2003.
11. **Kielhofner, G.** *Model of human occupation. Theory and application*. Baltimore : Lippincott, Williams & Wilkins, 2008.
12. **Law, M, et al.** The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1996, Vol. 63, 1, pp. 9-23.
13. **Limoges, j, Lemaire, R et Dodier, F.** *Trouver son travail*. St-Laurent : Fides, 1987.
14. **Dutil, E. et Vanier, M.** *Évaluation fonctionnelle des capacités de travail: rapport final. Équipe trauma*. s.l. : Société de l'assurance automobile du Québec et Fond de la recherche en santé du Québec, 1998.
15. **Mercier, S.** *L'approche d'évaluation des ergothérapeutes québécois en regard de l'habitude de vie travail*. s.l. : Université de Montréal, 1998.
16. **Veloza, C.A.** Work Evaluations: Critique of the State of the Art of Functional Assessment of Work. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1993, Vol. 47, 3, pp. 203-209.
17. **Innes, E. et Straker, L.** A clinician's guide to work-related assessment: 2- Design problems. *Work*. 1998b, Vol. 11, 2, pp. 191-206.
18. **Innes, E. et Staker, L.** Reliability of work-related assessments. *Work*. 1999a, Vol. 13, pp. 107-124.
19. **Innes, E. et Straker, L.** Validity of work-related assessments. *Work*. 1999b, Vol. 13, pp. 125-152.
20. **Gross, D.P.** Measurement Properties of Performance-Based Assessment of Functional Capacity. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2004, Vol. 14, 3, pp. 165-174.
21. **Wind, H, et al.** Assessment of Functional Capacity of the Musculoskeletal System in the Context of Work, Daily Living, and Sport: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005, Vol. 15, 2, pp. 253-272.

22. **Elgar, R.** A conceptual proposal for the study of quality of rehabilitation care. *Disability and rehabilitation*. 2000, Vol. 22, 4, pp. 163-169.
23. **Davis, Dave, Goldman, Joanne et Palma, Valerie A.** *Handbook on Clinical Practice Guidelines*. Ottawa : Association médicale canadienne, 2007.
24. **The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).** SIGN. *site Web SIGN*. [En ligne] 1 mai 2004. [Citation : 1 août 2007.] <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>.
25. **National Health and Medical Research Council (NHMRC).** [En ligne] 1 janvier 1999. [Citation : 29 juillet 2007.] <http://nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp30syn.htm>.
26. **Serra, C., et al.** Criteria and methods used for the assessment of fitness for work: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2007, Vol. 64, pp. 304-312.
27. **Lacerte, M et Wright, G.R.** Return to work determination. *Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews*. 1992, Vol. 6, 2, pp. 283-302.
28. **Innes, E. et Straker, L.** Workplace assessments and functional capacity evaluations: Current practices of therapists in Australia. *Work*. 2002a, Vol. 18, pp. 51-66.
29. **Gibson, L. et Strong, J.** A conceptual framework of functional capacity evaluation for occupational therapy in work rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2003, Vol. 50, pp. 64-71.
30. **U.S. Department of Labor.** *Dictionary of Occupational Titles*. Indianapolis : JIST Works inc, 1991.
31. **Bootes, K. et Chapparo, C.J.** Cognitive and behavioural assessment of people with traumatic brain injury in the work place: Occupational therapists' perceptions. *Work*. 2002, Vol. 19, pp. 255-268.
32. **Costa-Black, K, et al.** Interdisciplinary team discussion on work environment issues related to low back disability: A multiple case study. *Work*. 2007, Vol. 28, pp. 249-265.
33. **Durand, M.-J., et al.** Margin of Manoeuvre Indicators in the Workplace During the Rehabilitation Process: A Qualitative Analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2009, Vol. 19, pp. 194-202.
34. **Durand, M.-J., et al.** *La marge de manoeuvre de travailleurs pendant et après un programme de retour progressif au travail. Définition et relations avec le retour à l'emploi*. Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2008. Rapport R-566.
35. **Sandqvist, J.L. et Henricksson, C.M.** Work functioning: A conceptual framework. *Work*. 2004, Vol. 23, pp. 147-157.
36. **Innes, E et Straker, L.** Strategies used when conducting work-related assessments. *Work*. 2002b, Vol. 19, pp. 149-165.
37. **Organisation mondiale de la santé.** *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001.
38. **Innes, E et Straker, L.** Workplace assessments and functional capacity evaluations: Current beliefs of therapists in Australia. *Work*. 2003a, Vol. 20, pp. 225-236.
39. **Mooney, V.** Functional Capacity Evaluation. *Orthopedics*. 2002, Vol. 25, 10, pp. 1094-1099.
40. **Strong, S., et al.** Use of functional capacity evaluations in workplaces and the compensation system: A report on worker's and report users' perceptions. *Work*. 2004a, Vol. 23.
41. **Cotton, A., Schonstein, E. et Adams, R.** Use of functional Capacity Evaluations by rehabilitation providers in NSW. *Work*. 2006, Vol. 26, 3, pp. 287-295.

42. **Travis, J.** Cross-disciplinary competency standards for work-related assessments: Communicating the requirements for effective professional practice. *Work*. 2002, Vol. 19, pp. 269-280.
43. **Allen, S, et al.** A framework for systematically improving occupational therapy expert opinions on work capacity. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2006, Vol. 53, pp. 293-301.
44. **Ministère de la Santé et des Services sociaux.** *Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Orientations ministérielles en déficience physique. Objectifs 2004-2009.* Québec : Gouvernement du Québec, 2003.
45. **Contandriopoulos, A.-P., et al.** *Savoir préparer une recherche: La définir, la structurer, la financer.* Montréal : Gaëtan morin éditeur, 2005.
46. **Haute Autorité de Santé.** Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé. [En ligne] janvier 2006. <http://www.has-santé.fr>.
47. **National Institute for Health and Clinical Excellence.** The guideline manual. *site Web NICE*. [En ligne] Avril 2007. [Citation : 29 juillet 2007.] <http://www.nice.org.uk>.
48. **Higgins, J.P.T et Green, S.** Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.6 [updated September 2006]. *The Cochrane Collaboration*. [En ligne] 2006. <http://www.cochrane.org/resources/handbook/hbook.htm>.
49. **Khan, K S, et al.** *Undertaking Systematic Review of Research on Effectiveness - CRD's Guidance for those Carrying Out or Commissioning Reviews.* NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. York : York Publishing Services Ltd, 2001.
50. **Innes, E. et Straker, L.** Attributes of excellence in work-related assessments. *Work*. 2003b, Vol. 20, pp. 63-76.
51. **Liddle, J, Williamson, M et Irwig, L.** [En ligne] décembre 1996. [Citation : 6 septembre 2007.] <http://www.health.nsw.gov.au/public health>.
52. **Burns, N et Grove, S K.** *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence.* St-Louis : Sauders Elsevier, 2009.
53. **Cesario, S, Morin, K et Santa-Donato, A.** Evaluating the Level of Evidence of Qualitative Research. *JOGNN*. 2002, Vol. 31, 6, pp. 708-714.
54. **Pluye, P, et al.** A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. *International Journal of Nursing Studies*. 2009, Vol. 46, pp. 529-546.
55. **Kirkevold, M.** Integrative nursing research - an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1997, Vol. 25, pp. 977-984.
56. **Beyea, S et Nicoll, L.** Writing an integrative review. *Association of Operating Room Nurses Journal*. 1998, Vol. 67, 4.
57. **Whittemore, R et Knafl, K.** The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005, Vol. 52, 5, pp. 546-553.
58. **Beaucage, C et Bonnier Viger, Y.** *Épidémiologie appliquée. Une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé.* Montréal : Gaëtan Morin Éditeur ltée, 1996.
59. **Fortin, M.-F.** *Fondements et étapes du processus de recherche.* Montréal : Chenelière Éducation, 2006.

60. **Krueger, R et Casey, M.** *Focus groups. Third Edition.* Thousand Oaks : Sage Publications, 2000.
61. **Patton, M.** *Qualitative Research and Evaluative Methods.* Thousand Oaks : Sage Publications, 2002.
62. **Soer, R, et al.** Towards Concensus in Operational Definitions in Functional Capacity Evaluations: A Delphi Survey. *Journal of Occupational Rehabilitation.* 2008, Vol. 18, pp. 389-400.
63. **Fervers, B, et al.** SOR: project methodology. *British Journal of Cancer.* 2001, Vol. 84, Supplement 2, pp. 8-16.
64. **Fitch, Kathryn, et al.** The RAND/UCLA Appropriateness Method. User's manual. [En ligne] 2001. [http://www.rand.org/pubs/monograph\\_reports/MR1269/](http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269/).
65. **Harvey-Kreffing, L.** The Concept of Work in Occupational Therapy: A Historical Review. *The American Journal of Occupational Therapy.* Vol. 39, 5, pp. 301-307.
66. **Marshall, E M.** Looking Back. *The American Journal of Occupational Therapy.* 1985, Vol. 39, 5, pp. 297-300.
67. **Cromwell, F S.** Work-Related Programming in Occupational Therapy: Its Roots, Course and Prognosis. *Occupational Therapy in Health Care.* 1985, Vol. 2, 4.
68. **Matheson, L N, et al.** Work Hardening: Occupational Therapy in Industrial Rehabilitation. *The American Journal of Occupational Therapy.* 1985, Vol. 39, 5, pp. 314-321.
69. **Gutman, S A.** Occupational Therapy's Link to Vocational Reeducation, 1910-1925. *The American Journal of Occupational Therapy.* 1997, Vol. 51, 10, pp. 907-915.
70. **Kielhofner, G.** *A Model of Human Occupation - Theory and Application.* Baltimore : Williams and Wilkins, 1985.
71. **Fisher, A G et Short-DeGraff, M.** Improving Functional Assessment in Occupational Therapy: Recommendations and Philosophy for Change. *American Journal of Occupational Therapy.* 1993, Vol. 47, 3, pp. 199-201.
72. **Letts, L, et al.** Person-Environment Assessments in Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy.* 1994, Vol. 48, 7, pp. 608-618.
73. **Strong, S, et al.** Application of the Person-Environment-Occupation Model: A practical Tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy.* 1999, Vol. 66, 3, pp. 122-133.
74. **Loisel, P, et al.** Disability prevention - New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes.* 2001, Vol. 9, 7, pp. 351-360.
75. **Durand, M.-J., Loisel, P et Durand, P.** Le Retour Thérapeutique au Travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail: description et fondements théoriques. *Canadian Journal of Occupational Therapy.* 1998, Vol. 65, 1, pp. 72-80.
76. **Marek, K D.** *Manual to Develop Guidelines.* Washington : American Nurses Association, 1995.
77. **Eakin, J. M. et Mykhalovskiy, E.** Reframing the evaluation of qualitative health research: reflexions on a review of appraisal guidelines in the health sciences. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2003, Vol. 9, 2, pp. 187-194.
78. **van der Velde, G, et al.** The sensitivity of review results to method used to appraise and incorporate trial quality into data synthesis. *Spine.* 2007, Vol. 32, 7, pp. 796-806.
79. **Arksey, H et O'Malley, L.** Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *Int. J. Social Research Methodology.* 2005, Vol. 8, 1, pp. 19-32.

80. **Sandelowski, M, Voils, C.I. et Barroso, J.** Defining and designing mixed research synthesis studies. *Research in the schools*. 2006, Vol. 13, 1, pp. 29-40.
81. **Gelo, O, Braakmann, D et Benetka, G.** Quantitative and qualitative research: Beyond the debate. *Integrative Psychological and behavioral Science*. 2008, Vol. 42, pp. 266-290.
82. **Corbière, M, et al.** Pain and depression in injured workers and their return to work: A longitudinal study. *Canadian Journal of Behavioral Science*. 2007, Vol. 39, 1, pp. 23-31.
83. **Burger, H et Marincek, C.** Return to work after low limb amputation. *Disability and Rehabilitation*. 2007, Vol. 29, 17, pp. 1323-1329.
84. **D'Amour, D.** *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal. Montréal : s.n., 1997. p. 434, Thèse de doctorat.
85. **Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH).** *Guide de formation sur les systèmes de classification des causes et des conséquences des maladies, traumatismes et autres troubles*. Lac-St-Charles : Réseau international sur le processus de production du handicap, 2000.
86. **Loisel, P, et al.** Prevention of Work Disability due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005, Vol. 15, 4, pp. 507-524.
87. **Vachon, B.** *Étude de l'utilisation d'une approche réflexive pour intégrer les évidences scientifiques dans la pratique de l'ergothérapeute en réadaptation au travail*. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke. Sherbrooke : s.n., 2009. p. 210, Thèse de doctorat.
88. **Sullivan, M.J.L. et Main, C.** Service, advocacy and adjudication: Balancing the ethical challenges of multiple stakeholder agendas in the rehabilitation of chronic pain. *Disability & Rehabilitation*. 2007, Vol. 29, 20-21, pp. 1596 – 1603.
89. **Kontosh, L G.** Ethical Rehabilitation Counselling in a managed-care environment. *Journal of Rehabilitation*. 2000, Vol. 66, 2, pp. 9-13.
90. **Gobelet, C, et al.** Vocational rehabilitation: A multidisciplinary. *Disability and Rehabilitation*. 2007, Vol. 29, 17, pp. 1405-1410.
91. **Canadian Association of Occupational Therapists.** *Enabling Occupation. An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa : CAOT Publications, 2002.
92. **Lysaght, R et Wright, J.** Professional Strategies in Work-Related Practice: An Exploration of Occupational and Physical Therapy Roles and Approaches. *American Journal of Occupational Therapy*. 2005, Vol. 59, 2, pp. 209-217.
93. **Perdrix, J.** Fibromyalgie, comment évaluer la capacité de travail? *Revue Médicale Suisse*. 20 juin 2007, Vol. 3, pp. 1585-1587.
94. **Gaudino, E A, Matheson, L N et Mael, F A.** Development of the Functional Assessment Taxonomy. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2001, Vol. 11, 3, pp. 155-175.
95. **Durand, M.-J., et al.** Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work*. 2003, Vol. 21, pp. 233-242.
96. **Loisel, P, et al.** *Décider pour faciliter le retour au travail: étude exploratoire sur les dimensions de la prise de décision dans une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail*. Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail, 2004. Rapport de recherche R-393.
97. **Canelon, M.F.** Job Site Analysis Facilitates Work Reintegration. *The American Journal Of Occupational Therapy*. 1995, Vol. 49, 5, pp. 461-467.

98. **Strong, S, Baptiste, S et Salvatori, P.** Learning from today's clinicians in vocational practice to educate tomorrow's therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2003, Vol. 70, 1, pp. 11-20.

## **ANNEXE A : STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE UTILISÉES POUR CHACUNE DES SOURCES DE DONNÉES**

### **CINAHL**

- 001 Work Capacity Evaluation/
- 002 Occupational Therapy Assessment/
- 003 Disability Evaluation/
- 004 limit 3 to (adolescence <13 to 18 years> or adult <19 to 44 years> or middle age <45 to 64 years>)
- 005 workplace assessment {Including Related Terms}
- 006 workplace assessment\$.mp.
- 007 5 or 6
- 008 employee, disabled/ or nurses, disabled/
- 009 disabled/ or amputees/
- 010 8 or 9
- 011 limit 10 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 012 Occupational Diseases/ or occupational-related injuries/
- 013 Hearing loss, noise-induced/
- 014 stress, occupational/
- 015 exp Hearing Disorders/
- 016 exp Vision Disorders/
- 017 exp Cumulative Trauma Disorders/
- 018 exp Cerebrovascular Disorders/rh [Rehabilitation]
- 019 exp Cerebrovascular Disorders/
- 020 exp Musculoskeletal Diseases/
- 021 trauma, nervous system/ or exp craniocerebral trauma/ or exp spinal cord injuries/
- 022 pain/ or exp back pain/ or headache/ or metatarsalgia/ or neck pain/ or exp neuralgia/ or pain, intractable/
- 023 exp Headache Disorders/
- 024 paralysis/ or hemiplegia/ or exp paraplegia/ or quadriplegia/ or exp paresis/
- 025 arthritis/ or exp arthritis, rheumatoid/ or exp osteoarthritis/ or exp spondylarthritis
- 026 exp Bursitis/
- 027 exp Tendinopathy/
- 028 Tennis Elbow/
- 029 exp Peripheral Nervous System Diseases/
- 030 exp multiple sclerosis/ or multiple sclerosis, chronic progressive/ or multiple sclerosis, relapsing-remitting/
- 031 "Rehabilitation, Vocational"/
- 032 "Task Performance and Analysis"/
- 033 Work Simplification\$.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
- 034 work simulation {Including Related Terms}
- 035 work simulation\$.mp.
- 036 34 or 35
- 037 functional capacity evaluation {Including Related Terms}
- 038 functional capacity evaluation\$.mp.

---

039 37 or 38  
040 job analysis {Including Related Terms}  
041 job analysis.mp.  
042 40 or 41  
043 Work Environment/  
044 Job Characteristics/  
045 Workload Measurement/  
046 Functional Assessment/  
047 medicolegal assessment {Including Related Terms}  
048 medicolegal assessment.mp.  
049 47 or 48  
050 Job Re-Entry/  
051 Job Accommodation/  
052 "Employment of Disabled"/  
053 return to work {Including Related Terms}  
054 return to work.mp.  
055 53 or 54  
056 occupational rehabilitation {Including Related Terms}  
057 occupational rehabilitation.mp.  
058 56 or 57  
059 industrial rehabilitation {Including Related Terms}  
060 industrial rehabilitation.mp.  
061 59 or 60  
062 Attitude to Disability/  
063 physically disabled {Including Related Terms}  
064 (physic\$ adj3 disabled).mp.  
065 physical impairment\$.mp.  
066 physical impairment {Including Related Terms}  
067 disabled person\$.mp.  
068 disabled person {Including Related Terms}  
069 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68  
070 69 not 10  
071 limit 70 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))  
072 1 and 11  
073 1 and 71  
074 2 and 11  
075 2 and 71  
076 4 and 11  
077 4 and 71  
078 31 and 11  
079 31 and 71  
080 32 and 11  
081 32 and 71  
082 43 and 11  
083 43 and 71  
084 44 and 11

- 085 44 and 71
- 086 45 and 11
- 087 45 and 71
- 088 46 and 11
- 089 46 and 71
- 090 50 and 11
- 091 50 and 71
- 092 51 and 11
- 093 51 and 71
- 094 52 and 11
- 095 52 and 71
- 096 62 and 11
- 097 62 and 71
- 098 36 and (11 or 71)
- 099 39 and (11 or 71)
- 100 42 and (11 or 71)
- 101 49 and (11 or 71)
- 102 55 and (11 or 71)
- 103 58 and (11 or 71)
- 104 61 and (11 or 71)
- 105 \*Disability Evaluation/
- 106 105 and 4 and (11 or 71)
- 107 \*"Rehabilitation, Vocational"/ and (11 or 71)
- 108 \*Functional Assessment/
- 109 limit 108 to ((adolescence <13 to 18 years> or adult <19 to 44 years> or middle age <45 to 64 years>) and (yr="1993 - 2008" and (english or french)))
- 110 109 and (11 or 71)
- 111 limit 46 to ((adolescence <13 to 18 years> or adult <19 to 44 years> or middle age <45 to 64 years>) and (yr="1993 - 2008" and (english or french)))
- 112 111 and (11 or 71)
- 113 \*"Employment of Disabled"/
- 114 Employment, Supported/
- 115 113 and (11 or 71)
- 116 114 and (11 or 71)
- 117 limit 115 to yr="1998-2008"
- 118 \*Attitude to Disability/ and (11 or 71)
- 119 limit 118 to (adolescence <13 to 18 years> or adult <19 to 44 years> or middle age <45 to 64 years>)
- 120 72 or 73 or 74 or 75 or 80 or 81 or 82 or 83 or 84 or 85 or 86 or 87 or 90 or 91 or 92 or 93 or 98 or 99 or 100 or 101 or 102 or 103 or 104 or 106 or 107 or 110 or 119

**EBM**

- 01 functional capacity evaluation.mp.
- 02 occupational rehabilitation.mp.
- 03 Work Capacity Evaluation.mp. [mp=ti, ot, ab, tx, kw, ct, sh, hw]

- 04 disability evaluation.mp.  
05 vocational rehabilitation.mp.  
1 or 2 or 3 or 4 or 5

**MEDLINE**

- 001 Work Capacity Evaluation/  
002 limit 1 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))  
003 \*Disability Evaluation/  
004 3 not 1  
005 limit 4 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))  
006 workplace assessment  
007 workplace assessment\$.mp.  
008 6 or 7  
009 limit 8 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))  
010 disabled persons/ or amputees/ or hearing impaired persons/ or visually impaired persons/  
011 limit 10 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))  
012 Occupational Diseases/  
013 exp Cumulative Trauma Disorders/  
014 exp Cerebrovascular Disorders/rh [Rehabilitation]  
015 exp Cerebrovascular Disorders/  
016 exp Musculoskeletal Diseases/  
017 trauma, nervous system/ or exp craniocerebral trauma/ or exp spinal cord injuries/  
018 pain/ or exp back pain/ or headache/ or metatarsalgia/ or neck pain/ or exp neuralgia/ or pain, intractable/  
019 exp Headache Disorders/  
020 paralysis/ or hemiplegia/ or exp paraplegia/ or quadriplegia / or exp paresis/  
021 arthritis/ or exp arthritis, rheumatoid/ or exp osteoarthritis/ or exp spondylarthritis/  
022 exp Bursitis/  
023 exp Tendinopathy/  
024 Tennis Elbow/  
025 exp Peripheral Nervous System Diseases/  
026 exp multiple sclerosis/ or multiple sclerosis, chronic progressive/ or multiple sclerosis, relapsing-remitting/  
027 "Rehabilitation, Vocational"/  
028 limit 27 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))  
029 "Task Performance and Analysis"/  
030 limit 29 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))  
031 \*"Task Performance and Analysis"/  
032 limit 31 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))  
033 Work Simplification/  
034 limit 33 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))  
035 work simulation

- 036 work simulation\$.mp.
- 037 35 or 36
- 038 limit 37 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 039 functional capacity evaluation
- 040 functional capacity evaluation\$.mp.
- 041 39 or 40
- 042 limit 41 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 043 job analysis
- 044 job analysis.mp.
- 045 43 or 44
- 046 limit 45 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 047 medicolegal assessment
- 048 medicolegal assessment\$.mp.
- 049 47 or 48
- 050 limit 49 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 051 return to work
- 052 return to work.mp.
- 053 51 or 52
- 054 limit 53 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 055 occupational rehabilitation
- 056 occupational rehabilitation.mp.
- 057 55 or 56
- 058 limit 57 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 059 industrial rehabilitation
- 060 industrial rehabilitation.mp.
- 061 59 or 60
- 062 limit 61 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 063 physically disabled
- 064 (physic\$ adj3 disabled).mp.
- 065 physical impairment\$.mp.
- 066 physical impairment
- 067 disabled person\$.mp.
- 068 disabled persons
- 069 (63 or 64 or 65 or 66) not 10
- 070 limit 69 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 071 (67 or 68) not (10 or 69)
- 072 limit 71 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 073 2 and 11
- 074 2 and 70
- 075 2 and 72
- 076 73 or 74 or 75
- 077 limit 4 to (yr="1993 - 2008" and ("adolescent (13 to 18 years)" or "adult (19 to 44 years)" or "middle age (45 to 64 years)")) and (english or french))
- 078 77 and 11
- 079 77 and 70
- 080 77 and 72

- 081 78 or 79 or 80  
 082 81 not 76  
 083 9 and (11 or 70 or 72)  
 084 28 and (11 or 70 or 72)  
 085 30 and (11 or 70 or 72)  
 086 32 and (11 or 70 or 72)  
 087 34 and (11 or 70 or 72)  
 088 38 and (11 or 70 or 72)  
 089 42 and (11 or 70 or 72)  
 090 46 and (11 or 70 or 72)  
 091 50 and (11 or 70 or 72)  
 092 54 and (11 or 70 or 72)  
 093 58 and (11 or 70 or 72)  
 094 62 and (11 or 70 or 72)  
 095 83 or 84 or 85 or 86 or 87 or 88 or 89 or 90 or 91 or 92 or 93 or 94  
 096 2 and (12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26)  
 097 \*Work Capacity Evaluation/  
 098 96 and 97  
 099 98 not (82 or 76)  
 100 \*Rehabilitation, Vocational/  
 101 84 and 100  
 102 83 or 86 or 87 or 88 or 89 or 90 or 91 or 92 or 93 or 94 or 101  
 103 102 not (82 or 76 or 99)  
 104 76 or 82 or 99 or 103

### **OTDBASE**

Utilisation des descripteurs

VOCATIONAL :

- Assessment/instrument
- Prevocational
- Rehabilitation
- Work

Pas de limite a/n des dates

### **Revue Québécoise d'Ergothérapie**

Recherche manuelle

Septembre 1992 - printemps 2001

### **Proquest Dissertations and Theses**

1993-2008

Citations and abstracts

Termes de recherche :

- Work W/3 capacity W/3 evaluation
- « capacity evaluation » W/3 work
- «work capacity evaluation»

- «work capacity»
- «functional capacity evaluation»
- «work-related assessment»
- «workplace assessment»
- «Job analysis»
- «medico-legal assessment»
- «work simulation»
- «return to work»
- «work rehabilitation»
- «vocational rehabilitation»
- Work and «occupational therapy»
- Work and «physical impairment»
- Work and handicap\*
- Évaluation w/3 «capacités fonctionnelles»
- «évaluation des capacités» w/3 travail
- Réadaptation w/3 travail
- «retour au travail»
- Simulation w/3 «tâches de travail»
- Évaluation w/3 «milieu de travail»
- Évaluation w/3 «tâche de travail»
- Ergothérapie
- Ergothérapie and travail
- «déficience physique» and travail
- Handicap\* and travail
- Réadaptation and travail

### **PsycINFO**

1993-2008

Français-anglais

18-65 ans

Termes de recherche :

- Work-related assessment
- Work capacity evaluation
- Functional capacity evaluation
- Return to work
- Occupational therapy and work not mental health
- Occupational rehabilitation not mental health not mental retardation
- Industrial rehabilitation not mental health not mental retardation
- Workplace assessment not mental health not mental retardation
- Job analysis not mental health not mental retardation
- Medico-legal assessment not mental health not mental retardation
- Work simulation not mental health not mental retardation
- Évaluation des capacités de travail
- Évaluation w/3 capacité\* w/3 travail

- Évaluation des capacités fonctionnelles
- Ergothérapie
- Travail
- Évaluation en milieu de travail
- Retour au travail
- Réadaptation and travail

**WEB****IRSST**

[www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca)

Consulté le 2008-05-23

1993-2008

- Publications IRSST
  - Réadaptation

**IWH**

[www.iwh.on.ca](http://www.iwh.on.ca)

Consulté le 2008-06-02

1993-2008

- Page d'accueil
- Systematic review
- Research
- Knowledge transfert
- Research highlights
- Evidence-based practice
- Measurement of health and function
- Workplace intervention and evaluation

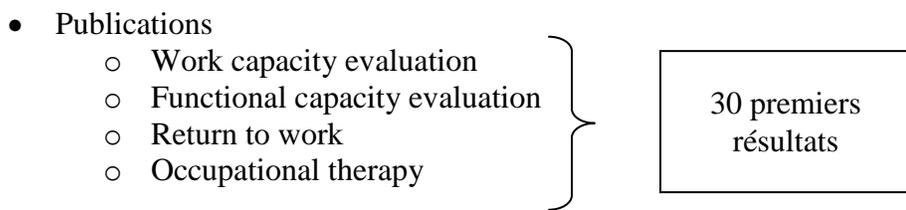
**WCB of BC**

[www.worksafebc.com](http://www.worksafebc.com)

Consulté le 2008-05-23

1993-2008

- Publications
  - Work capacity evaluation
  - Functional capacity evaluation
  - Return to work
  - Occupational therapy



30 premiers  
résultats

## ANNEXE B : GRILLE DE LECTURE POUR L'EXTRACTION DES DONNÉES

Notice bibliographique	
Objectif de l'étude	
Type d'étude/Devis/Méthodologies	
Type d'ÉCT dont il est question	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ÉCF générale</li> <li>• ÉCF spécifique à un emploi</li> <li>• ÉCT en milieu de travail</li> <li>• Analyse d'un emploi</li> <li>• Autre :</li> </ul>
Clientèle	
Critères de qualité de l'ÉCT	
Une ÉCT de qualité est :	
• Sécuritaire;	
• Exacte;	
• Complète;	
• Crédible;	
• Flexible;	
• Pratique;	
• Utile.	

Dimensions à évaluer		Méthodes de cueillette de données/d'évaluation des dimensions (stratégies/outils)	Sources de données	Données probantes supportant les recommandations
Fonctionnement au travail				
Participation au travail				
Performance au travail				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités de travail</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tâches de travail</li> </ul>				
Capacités				
Structures anatomiques/ fonctions organiques				
Facteurs personnels				
Facteurs environnementaux				
Facteur temporel				

Processus global	Recommandations	Données probantes supportant les recommandations
Clinicien expérimenté et qualifié		
Clarifie le but de l'évaluation		
Identifie les sources d'informations		
Identifie les méthodes de collecte de données		
Procède à la collecte		
Analyse des données		
Rédige un rapport		
Autre		

## **ANNEXE C : GRILLES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES**

### Grille d'évaluation de la qualité des études qualitatives de Cesario *et al.* (2002)

Description de l'étude	Notes	Description
Identification de l'étude	Nom de l'auteur Titre Année de publication Référence	
Méthodologie	Théorisation ancrée, phénoménologie, etc.	
Sujet de l'étude	Question de recherche, objectifs	
Participants		
Méthodes de cueillette de données		
Méthode d'analyse des données		
Résultats		

Score : 3= bon= 75-100% des critères sont rencontrés  
 2=passable= 50-74% des critères sont rencontrés  
 1=faible= 25-49% des critères sont rencontrés  
 0=aucune évidence=<25% des critères sont rencontrés

Critères d'évaluation	Notes	Commentaires	Score
<b>1. "Descriptive vividness"</b> «To achieve descriptive vividness, the site, subjects (informants), experience of collecting data, and thinking of the researcher during the data collection process must be described so clearly that the reader has the sense of personally experiencing the event.» (Burn et Grove, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il ne manque pas d'information descriptive essentielle</li> <li>• Description claire de l'étude</li> <li>• Description crédible de l'étude</li> <li>• Implication prolongée sur le terrain qui est suffisante pour obtenir une description «vivid»</li> <li>• Validation des résultats auprès des participants</li> <li>• Clarté de la narration</li> </ul>		
<b>2. "Methodological Congruence"</b> «Evaluation of methodological congruence requires knowledge of the philosophy and the methodological			

*approach the researcher used.»*

«*Qualitative researcher should...cite references for additional information»*

(Burn et Grove, 2003)

**a) "Rigor in documentation"**

Tous les éléments de l'étude sont présentés clairement :

- Introduction
  - Phénomène identifié
  - Base philosophique explicite
  - Type d'étude et but
  - Questions de recherche ou objectifs
  - Présupposés du chercheur
- Recension des écrits
- Méthodes
  - Accès au site, aux participants
  - Rôle du chercheur, structure d'entrevue
- Collecte de données
- Analyse des données
- Conclusions/résultats

**b) "Procedural rigor"**

- Est-ce que le chercheur pose les bonnes questions?  
Est-ce qu'il capte vraiment l'expérience du participant ou il est biaisé par sa propre connaissance théorique du phénomène?
- Description des stratégies utilisées pour éviter que le participant se présente sous un faux jour ou informe mal le chercheur.
- Description des stratégies utilisées pour dissuader le participant d'émettre des suppositions plutôt que de décrire son expérience.
- Stratégie pour éviter/diminuer le biais d'élite
- Description de stratégies utilisées pour diminuer l'influence de la présence du chercheur
- Suffisamment de données recueillies
- Implication sur le terrain suffisante
- Stratégies appropriées d'approche du terrain et des

	participants
<b>c) "Ethical rigor"</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sélection appropriée des participants</li> <li>● Les participants sont informés de leurs droits</li> <li>● Le consentement éclairé a été obtenu et est documenté</li> <li>● On s'est assuré que les droits des participants sont protégés par la mise en place de mécanismes le permettant</li> </ul>
<b>d) "Auditability"</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Description suffisante du processus de collecte de données et d'analyse</li> <li>● Il y a suffisamment de données enregistrées et de notes de terrains détaillées pour permettre une révision externe</li> <li>● Les décisions ayant trait aux méthodes de collecte et d'analyse des données sont explicites et justifiées</li> </ul>
<b>3. "Analytical Preciseness"</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Est-ce que la théorie émergente est cohérente avec les résultats obtenus?</li> <li>● Est-ce que les thèmes, catégories ou les énoncés théoriques dépeignent ou décrivent complètement le phénomène?</li> <li>● Est-ce que les hypothèses émises pendant l'étude sont confirmées/infirmées par les données?</li> <li>● Les hypothèses sont présentées dans l'article ou le rapport de recherche.</li> <li>● Les conclusions de l'étude sont bien étayées par les données recueillies.</li> </ul>
<b>4. "Theoretical connectedness"</b>  <i>«Theoretical connectedness requires that the theoretical schema developed from the study be clearly expressed, logically consistent, reflective of the data, and compatible with the knowledge base of nursing»</i> (Burn et Grove, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Les concepts sont bien définis et/ou bien validés par les données.</li> <li>● Les relations entre les concepts sont clairement énoncées.</li> <li>● Les relations sont validées par les données.</li> <li>● La théorie développée pendant l'étude décrit complètement le phénomène (est exhaustive).</li> <li>● Un schéma de concept ou un modèle conceptuel émane des données recueillies.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le lien est clair entre les données et les modèles conceptuels en ergothérapie</li> </ul>
<p><b>5. "Heuristic relevance"</b>  <i>« To be of value, the results of a study should have heuristic relevance for the reader. This value is reflected in the reader's ability to recognize the phenomenon described in the study, its theoretical significance, its applicability to nursing practice, and its influence on future research. »</i></p>	
<p><b>a) "Intuitive recognition"</b>  <i>« Intuitive recognition indicates that when individuals are confronted with the theory derived from the data, it has meaning within their personal knowledge base. They immediately recognize the phenomenon and its relationship to a theoretical perspective in nursing. »</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le phénomène est bien décrit</li> <li>Le phénomène apparaît familier pour les lecteurs (les autres chercheurs)</li> <li>La description du phénomène concorde avec l'expérience commune de ce phénomène ou le sens qui y est normalement donné</li> </ul>
<p><b>b) "Relationship to existing body of knowledge"</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une revue de la littérature a été faite en relation avec les données obtenues</li> <li>Le phénomène étudié est en lien avec le fonctionnement de la personne et l'ergothérapie (pertinence du choix du phénomène)</li> </ul>
<p><b>c) "Applicability"</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats sont pertinents à la pratique en ergothérapie</li> <li>Les résultats sont importants pour la discipline</li> <li>Les résultats contribuent au développement de théories</li> </ul>

Qualité des données probantes	
Total obtenu :	QI (22,5-30), excellente QII (15-22,4), QIII (<15),

### Grille d'évaluation de la qualité de devis mixte de Pluye et al. (2009)

Notice bibliographique	
Devis/méthodologies utilisées	
But de l'étude	

Score:    %

<b>Types of mixed methods study components or primary studies in a systematic mixed studies reviews context</b>	<b>Methodological quality criteria</b>	<b>Presence of criteria=1 absence of criteria=0</b>
1. Qualitative	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitative objective or question</li> <li>• Appropriate qualitative approach or design or method</li> <li>• Description of the context</li> <li>• Description of participants and justification of sampling</li> <li>• Description of qualitative data collection and analysis</li> <li>• Description of researchers' reflexivity</li> </ul>	
2. Quantitative experimental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appropriate sequence generation and/or randomization</li> <li>• Allocation concealment and/or blinding</li> <li>• Complete outcome data and/or low withdrawal/drop out</li> </ul>	
3. Quantitative observational	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appropriate sampling and sample</li> <li>• Justification of measurements (validity and standards)</li> <li>• Control of confounding variables</li> </ul>	
4. Mixed methods	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justification of the mixed methods design</li> <li>• Combination of qualitative and quantitative data collection-analysis techniques or procedures</li> <li>• Integration of qualitative and quantitative data or results</li> </ul>	

Notes des auteurs relativement à l'utilisation de la grille: Caution notice: Outside quantitative experimental studies, the implication of clustering primary studies or study components by quality score has not been critically examined. With respect to systematic reviews of quantitative experimental studies, the clustering of primary studies and the weighting of quantitative results by quality score is discouraged. Potential applications: *With respect to mixed methods research in general:* Appraisal of the methodological quality of qualitative, quantitative and mixed methods components.

### Grille d'évaluation de la qualité d'une étude descriptive (Beaucage et Bonnier Viger, 1996)

Notice bibliographique	
Devis/ méthodologie	
Objectifs de l'étude	
Sujets/participants de l'étude	
Type d'ÉCT dont il est question et clientèle s'il y a lieu	

TOTAL : /22

Sections	Critères	Commentaires
<b>Résumé</b>	Est-ce que l'article répond aux préoccupations du lecteur (clientèle comparable, niveaux de soins, etc.)? Est-ce que toutes les sections de l'étude y sont résumées?	
<b>Introduction</b>	Les objectifs de l'étude sont-ils clairement énoncés? Le raisonnement justifiant l'étude (pertinence) est-il bien conduit? Ce raisonnement est-il appuyé de façon adéquate par les références? Précise-t-on de quel type d'étude descriptive de population il s'agit?	
<b>Méthode</b>	La population à l'étude est-elle clairement définie? Les variables sont-elles retenues en fonction du problème à l'étude? Les sources de données sont-elles bien définies? Les critères retenus pour définir les cas sont-ils présentés clairement? Le type d'observations effectuées et la manière dont celles-ci l'ont été sont-ils explicitement exposés? La façon dont les cas ont été retenus pour l'analyse est-elle clairement décrite? Le plan d'analyse est-il clair et bien structuré? Les méthodes d'analyse utilisées pour la réalisation de l'étude permettent-elles de répondre aux objectifs visés?	
<b>Résultats</b>	Les résultats sont-ils présentés de façon claire, systématique et en lien avec le plan d'analyse? Les mesures de fréquence des observations spécifiques sont-elles exposées clairement en fonction de toutes les variables retenues dans l'étude? Les interprétations des tests statistiques sont-elles présentées de façon claires et en lien avec le plan d'analyse?	
<b>Discussion</b>	L'interprétation des résultats est-elle présentée clairement en s'appuyant sur la littérature pertinente? Les biais potentiels font-ils l'objet d'une discussion explicite? Les limites des résultats de l'étude sont-elles présentées? La possibilité de généraliser les résultats est-elle abordée? Les indications sur la direction que pourrait prendre de futures études sont-elles fournies et discutées?	

### Grille d'évaluation de la qualité pour les cadres de référence et les modèles conceptuel (inspirée de Burns et Grove, 2009)

Notice bibliographique	
Nom du modèle ou cadre de référence	
Phénomène dont il est question	

Score total :

<b>Critères</b>	<b>Présent=1 Absent= 0</b>
1. Le résumé est bien structuré	
2. L'article est bien structuré, des titres et sous-titre sont utilisés judicieusement	
3. Le problème est défini clairement	
4. Le but est identifié clairement	
5. Les résultats d'une recension de la littérature théorique et empirique sont exposés	
6. Les concepts sont bien identifiés et définis.	
7. La définition de chaque concept est supportée par : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la littérature du domaine de l'ÉCT ou de la réadaptation au travail, ou;</li> <li>• une analyse de concept si le concept vient d'un autre domaine ou;</li> <li>• parce que le concept est innovateur, la définition est issue de l'auteur et il l'a bien justifiée.</li> </ul>	
8. Les construits sont bien identifiés et définis.	
9. Si plusieurs construits sont présents, les concepts sont liés explicitement au construit auquel ils appartiennent.	
10. Les liens entre les concepts sont bien présents et la direction des liens est identifiée.	
11. Les données existantes concernant les liens entre les concepts sont identifiées et analysées	
12. Tous les concepts sont interreliés.	
13. Le modèle donne une vue d'ensemble du phénomène expliqué	
14. La représentation visuelle du modèle ou cadre de référence est organisée et les concepts sont tous présents	
15. Les concepts issus du même construit sont regroupés visuellement	
16. Les relations entre les concepts sont toutes présentes et illustrées clairement	
17. Des utilisations du cadre de référence ou du modèle sont proposées en lien avec la recherche et/ou la clinique	
18. Les limites ou faiblesses du cadre de référence ou modèle sont nommées	
19. Des besoins/pistes de recherche sont identifiées	

**Grille d'évaluation de la qualité pour les recensions intégratives des écrits (Whittemore et Knafl, 2005; Beyea et Nicoll, 1998; Kirkevold, 1997; Burns et Grove, 2009).**

Notice bibliographique	
Sujet de la recension	

Score total : /25

	<b>Critères</b>	<b>Présent=1 Absent= 0</b>
	1. Un résumé structuré est présenté.	
<b>"Problem formulation stage"</b>	2. L'identification du problème ou du sujet de la recension est présentée clairement	
	3. Le but de la recension est identifié clairement	
	4. Les variables d'intérêt sont identifiées (ex. : concepts, populations cible, problème de soins)	
	5. Les types d'études et d'écrits ciblés est précisé (types d'études empiriques, inclusion des écrits théoriques)	
<b>"Litterature search stage"</b>	6. La stratégie de recherche documentaire est bien définie	
	7. La stratégie de recherche documentaire combine au moins de 2 à 3 méthodes (ex. : "purposive sampling, comprehensive search", bases de données informatiques, "ancestry searching, journal hand searching, networking, searching research registries")	
	8. Les éléments de la stratégie doivent être documentés et justifiés : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mots-clés</li> <li>b. Bases de données</li> <li>c. stratégies de recherche additionnelles</li> <li>d. Les critères d'inclusion et d'exclusion des études et écrits</li> </ul>	
	9. Au moins deux personnes ont participé à la sélection des sources (écrits) afin de limiter les biais	
<b>"Data evaluation stage"</b>	10. La méthode d'évaluation de la qualité des écrits est décrite de façon explicite	
	11. La méthode d'évaluation de la qualité des écrits est cohérente aux types d'écrits retenus. Il y a 3 options proposées mais qui demeurent à discuter : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Études dont le devis est semblable :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ grille d'évaluation avec des critères spécifiques au devis donnant un score.</li> <li>○ Identifier le score qui détermine l'inclusion ou l'exclusion de l'étude.</li> </ul> </li> <li>• Études avec des devis diversifiés :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seulement évaluation de la qualité des études dont les résultats sont discordants afin</li> </ul> </li> </ul>	

	<p>de vérifier si c'est la qualité de l'étude qui est en cause.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Combinaison d'écrits empiriques et théorique : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Approche d'évaluation de la qualité semblable à celle utilisée en recherche historique («<i>authenticity, quality, informational value and representativeness of available information</i>» [Kirkevold, 1997]);</li> <li>○ Techniques d'analyse et de critique des théories pour les articles théoriques</li> <li>○ Ou encore, utilisation de deux instruments avec les critères de qualité pour les deux types d'écrits (empirique et théorique). Les instruments comporteraient une échelle à deux points (<i>high</i> ou <i>low</i>) qui porte sur la rigueur méthodologique ou théorique (selon le cas) et sur la pertinence/importance/valeur des résultats pour la recension.</li> </ul> </li> </ul>
	12. Au moins deux personnes ont participé à l'évaluation de la qualité des sources (écrits) afin de réduire les biais.
<b>"Data analysis stage"</b>	13. La méthode d'analyse des données est identifiée de façon explicite, elle est qualitative et elle est systématique. (Les données sont ordonnées, codifiées, catégorisées et font l'objet d'une synthèse)
	14. L'interprétation des données a fait l'objet d'une vérification externe
<b>"Conclusion drawing and verification"</b>	15. Les résultats de la recension sont présentés selon les problèmes/concepts-clés
	16. La force des données probantes est identifiée
	17. Les connaissances insuffisantes ou manquantes sur le sujet sont identifiées / Identifie s'il y a des données de la recherche qui supportent la pratique clinique dont il est question
	18. L'origine de la pratique clinique dont il est question est identifiée
	19. La synthèse qui est présentée intègre l'ensemble des résultats de la recension et amène un portrait complet et une nouvelle conceptualisation du sujet/phénomène.
	<p>20. Des mesures ont été prises pour s'assurer de la justesse de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les «patterns», les thèmes, les relations et/ou les conclusions sont vérifiés auprès des sources (écrits) pour s'assurer de l'exactitude et de la confirmabilité (pas de biais de la part du chercheur);</li> <li>• Des mesures ont été prises pour éviter une fin prématurée de l'analyse;</li> <li>• Des mesures ont été prises pour prévenir l'exclusion de données probantes pertinentes;</li> <li>• Le traitement des données probantes contradictoire est décrit (ex. : compter les fréquences des résultats + vs -, exploration de facteurs pouvant expliquer la variabilité...);</li> <li>• Un journal de bord est tenu pendant l'analyse et documente les décisions, pensées,</li> </ul>

	idées, hypothèses alternatives, intuitions, etc...
<b>"Presentation"</b>	21. Les conclusions sont supportées par des détails explicites venant des écrits.
	22. Les conclusions amènent une compréhension nouvelle du sujet/phénomène
	23. Les implications pour la pratique clinique sont exposées
	24. Les implications pour la recherche sont exposées
	25. Les limitations de la méthodologie utilisée sont nommées de façon explicite.



## ANNEXE D : GUIDE D'ENTREVUE POUR LES GROUPES DE DISCUSSION FOCALISÉE

<b>Arrivées, installations et retards</b>	Inviter à prendre lunch Récupération des formulaires de consentement et des «profil du participant»	15 minutes
<b>Début</b>	Bienvenue Déroulement Raison de l'enregistrement Pas de bonne ou mauvaise réponses, veut tout les points de vue, même contradictoires	2 minutes
<b>Question d'ouverture :</b>	1. On va commencer par se présenter en faisant un tour de table. Dites votre nom, où vous travaillez et qu'elle est votre clientèle principale.	5 minutes
<b>Introduction :</b>	2. Quelle est votre <b>impression générale</b> sur le GP? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce que vous avez pensé en le lisant?</li> </ul>	5 minutes
<b>Question de transition :</b>	3. En ce qui à trait au <b>format</b> , est-ce que GP est <b>facile à consulter</b> ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• C'est organisé de façon claire? De façon pratique?</li> <li>• Y-a-t'il des éléments qui auraient avantage à être restructurés pour faciliter la consultation du guide?</li> </ul>	5-10 min
<b>Questions clés :</b>	On va maintenant aborder les différentes sections du guide On va commencer par le cœur du document, c'est-à dire les recommandations pour la pratique clinique. 4. Selon vous, est-ce que les <b>recommandations</b> sont assez <b>claires</b> et assez <b>précises</b> ? (plus le <b>texte/argumentaire</b> qui les accompagne) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce qu'il y a des recommandations qui ont besoin d'être <b>reformulées</b>?</li> </ul> 5. Les recommandations du guide sont-elles <b>utiles</b> ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour un ergo débutant? Expérimenté?</li> <li>• Est-ce que certaines recommandations pourraient être <b>enlevées</b>?</li> </ul> 6. Est-ce qu'il y a des recommandations qu'on devrait <b>ajouter</b> ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des recommandations qui sont utiles ou importantes à suivre dans la pratique mais qui ne sont pas dans le guide?</li> </ul> 7. Les <b>tableaux et figures</b> dans la section	1h15

- «Recommandations» sont **utiles? clairs?**
- Tableau 3 – Dimensions du fonctionnement et ÉCT recommandées
  - Figure 4 – arbre décisionnel
  - Tableau 4 – Sources de données
  - Tableau 5 – Méthodes de collecte
  - Tableau 6 – Stratégies visant la rigueur
8. Est-ce que les **autres sections** du guide sont **utiles à la compréhension des recommandations?**
- Niveaux de preuve et sommaire des recommandations
  - Généralités
  - Vignette clinique
9. Est-ce que le **contenu** de ces sections est **clair** et facile à comprendre?
10. Les **tableaux et figures** dans les autres sections sont **utiles? Clairs?**
- Tableau 1 – Niveaux de preuve
  - Figure 1 – Le fonctionnement au travail
  - Figure 2 – Processus de réadaptation au travail
  - Tableau 2 – Objectifs des ÉCT
  - Figure 3 – continuum situant les ÉCT selon la spécificité des résultats
11. Est-ce qu'il y a des éléments dans ces sections qui pourraient être **enlevés?**
12. Est-ce qu'il y a des éléments qui devraient être **ajoutés?**

**Questions de la fin :** (Faire un court résumé des discussions) 10 minutes

13. Est-ce que ça résume l'essentiel de ce qui a été dit?

Rappeler le but du focus group.

14. Est-ce qu'il y aurait quelque chose dont on aurait dû parler mais on ne l'a pas fait?

## Conclusion

Remerciements  
Enveloppes pour les compensations

## ANNEXE E : QUESTIONNAIRE PORTANT SUR LE PROFIL DU PARTICIPANT

- a) Nombre d'années d'expérience en tant qu'ergothérapeute : \_\_\_\_\_
- b) Nombre d'années d'expérience en réadaptation au travail/évaluation des capacités de travail : \_\_\_\_\_
- c) Formation suivie en lien avec la réadaptation au travail et/ou l'évaluation des capacités de travail suite à votre formation initiale d'ergothérapeute, SVP cochez :  
Études supérieures (microprogramme, diplôme, maîtrise, doctorat) [  ] ;  
Formations continues offertes dans le réseau publique [  ] ;  
Formations ou certifications offertes par des fournisseurs d'ÉCF (ex. : Matheson and Associates) [  ] ;  
Formation/supervision reçue en milieu de travail [  ] ;  
Autodidacte [  ] ;  
Autre [  ], précisez : \_\_\_\_\_
- d) Type de pratique, SVP cochez :  
Pratique privée [  ] ;  
Centre de réadaptation en déficience physique [  ] ;  
Autre [  ], précisez : \_\_\_\_\_
- e) Nombre d'ÉCT et/ou d'ÉCF faites en moyenne par année : \_\_\_\_\_  
Si ce nombre est égal à 0, expliquez pourquoi (ex. : je suis coordonnateur clinique à temps plein) : \_\_\_\_\_
- f) Auprès de vos clients, travaillez-vous?  
Seul [  ] ;  
En collaboration avec une équipe inter ou multidisciplinaire [  ] ;  
Autre [  ], précisez :