

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PROJET D'INTÉGRATION PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-
RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc.)

PAR ALEXANDRE ROY-DUBOIS

L'UTILISATION D'UNE APPROCHE HOLISTIQUE BASÉE SUR L'OCCUPATION EN
THÉRAPIE DE LA MAIN

AOÛT 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RÉSUMÉ

Introduction. La main est nécessaire dans presque la totalité des occupations quotidiennes. Une déficience physique aux mains provoque donc une diminution du rendement occupationnel et nécessite une réadaptation intensive afin de retrouver sa fonction. Les ergothérapeutes sont, depuis quelques années, devenus les spécialistes en thérapie de la main. Cependant, cette clientèle est spécialisée et il peut être risqué de se centrer uniquement sur les aspects physiques pour les ergothérapeutes et de négliger les multiples dimensions d'une personne et ainsi de ses occupations significatives qui constituent le cœur de cette discipline. Les écrits scientifiques tendent à prôner une approche holistique, sans donner de précision pour la situation en milieu clinique. **Objectif.** Explorer l'efficacité d'une approche holistique incluant l'occupation dans le traitement des troubles à la main. **Méthode.** Il s'agit d'un devis qualitatif exploratoire. Trois sources de données sont utilisées: 1) les données probantes recueillies lors d'une revue documentaire, 2) des ergothérapeutes expertes du domaine de la thérapie de la main sont consultées par un questionnaire semi-structuré; 3) des observations d'utilisateurs ayant subi une lésion aux mains sont réalisées et des données sont recueillies lors d'un stage d'intervention en clinique de la main. **Analyse :** Les données sont regroupées sous forme de matrice et analysées par le chercheur pour en faire ressortir les thèmes principaux et pouvoir en tirer des conclusions. **Résultats :** Les expertes consultées tendent à prôner une approche complémentaire entre celle holistique et celle biomédicale. Les observations en milieu clinique font également ressortir des éléments relatifs aux deux approches. **Discussion :** les trois sources de données soulignent la pertinence d'utiliser l'approche holistique en thérapie de la main, mais également l'approche biomédicale. Pour l'utilisation de l'occupation comme modalité d'intervention, les expertes utilisent peu cette modalité, mais elles indiquent qu'il est tout de même possible d'avoir une vision holistique en utilisant des approches de nature *bottom-up* qui sont les plus préconisées dans les guides de pratique. **Conclusion :** Les professionnels ne doivent pas se concentrer seulement sur une approche, mais tirer le meilleur de chacune afin de donner les meilleurs soins aux clients.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	II
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES ABRÉVIATIONS	VIII
REMERCIEMENTS	IX
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1 Arthrose	3
2.1.1 Impact sur le niveau fonctionnel	4
2.1.2 État des connaissances sur les interventions	4
2.2 Douleur chronique et syndrome douloureux régional complexe	4
2.2.1 Impact sur le niveau fonctionnel	5
2.2.2 État des connaissances sur le plan des interventions.....	6
2.3 Blessures traumatiques	7
2.3.1 Impact sur le niveau fonctionnel	7
2.3.2 État des connaissances sur les interventions	9
2.4 Ergothérapie avec la main.....	10
2.5 État des connaissances sur les approches holistiques, <i>top-down et bottom-up</i>	10
2.5.1 Approche holistique	11
2.5.2 Approche <i>top-down</i>	11
2.5.3 Approche <i>bottom-up</i>	13
3. QUESTION DE RECHERCHE	15
3.1 Question	15
3.2 Objectif	15
4. CADRE CONCEPTUEL.....	16
4.1 Modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation (MCRO-P).....	16

4.2	Approches holistique et <i>top-down</i>	17
4.3	Approches <i>bottom-up</i> et biomédicale.....	18
5	MÉTHODE.....	20
5.1	Devis et sources de données	20
5.2	Participants et critères de sélection.....	20
5.2.1	Critères de sélection des ergothérapeutes experts	20
5.2.1.1	Procédure	21
5.2.2	Critères de sélection des usagers observés en milieu clinique.....	21
5.2.2.1	Procédure	21
5.3	Outils de collecte de données.....	22
5.3.1	Consultation des experts.....	22
5.3.2	Observations cliniques	22
5.4	Analyse des données	22
5.5	Considérations éthiques	23
6	RÉSULTATS	24
6.1	Description des participants experts	24
6.2	Résultats concernant la pertinence de l'approche holistique en thérapie de la main.....	25
6.2.1	Résultats des entrevues avec les expertes ergothérapeutes	25
6.2.1.1	Clientèle desservie.....	25
6.2.1.2	Types d'évaluations.....	26
6.2.1.3	Les objectifs du plan d'intervention	27
6.2.1.4	La place de l'occupation comme vision holistique en thérapie de la main	28
6.2.1.5	La place des loisirs comme composante de l'occupation en thérapie de la main	29
6.2.1.6	Importance de l'environnement physique et social	29
6.2.1.7	Vision holistique ou biomédicale	30
6.2.1.8	Type d'approche au début de la pratique versus aujourd'hui.....	30

6.2.1.9 Améliorations possibles de la pratique personnelle	31
6.3 Résultats pour l'objectif d'exploration de l'utilisation de l'occupation comme modalité d'intervention dans les milieux.....	31
6.3.1 Résultats des entrevues auprès des expertes	31
6.3.1.1 Types d'interventions	32
6.3.1.2 Utilisation de l'occupation et des mises en situation.....	33
6.3.1.3 Obstacles à l'utilisation de l'occupation comme modalité d'intervention	35
6.3.2 Résultats de la collecte de données en milieu clinique sur l'utilisation de l'occupation comme modalité d'intervention	35
6.3.2.1 Description du milieu clinique et des participants.....	35
6.3.2.2 Évaluations effectuées	37
6.3.2.3 Interventions auprès des usagers	37
6.3.2.4 Observations générales	40
6.4 Triangulation des informations.....	41
6.4.1 Convergence.....	41
6.4.2 Divergence	42
6.5 Réponse à la question et à l'objectif de recherche.....	43
7. DISCUSSION.....	45
7.1 La pertinence de l'approche holistique en thérapie de la main.....	45
7.2 L'utilisation de l'occupation comme modalité dans les milieux	47
7.3 Pistes de recherche.....	48
7.4 Forces de l'étude.....	48
7.5 Limites de l'étude	49
7.6 Recommandations aux ergothérapeutes.....	50
8. CONCLUSION	51
RÉFÉRENCES.....	53
ANNEXE 1 : Questionnaire aux ergothérapeutes	59

ANNEXE 2 : Grille d'observations des usagers	60
ANNEXE 3: Certificat d'éthique	61
ANNEXE 4: Formulaire de consentement aux ergothérapeutes	62
ANNEXE 5 : Formulaire de consentement aux usagers	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Description des répondantes.....	24
Tableau 2 : Clientèle desservie selon chaque experte.....	26
Tableau 3 : Types d'interventions biomédicales ou <i>bottom-up</i> selon la clientèle.....	32
Tableau 4 : Types d'interventions holistiques ou <i>top-down</i> selon la clientèle.....	33
Tableau 5 : Description des participants.....	36
Tableau 6 : Évaluations auprès des participants.....	37
Tableau 7 : Interventions biomédicales ou <i>bottom-up</i> auprès des usagers en milieu clinique.....	38
Tableau 8 : Interventions holistiques, <i>top-down</i> ou utilisant l'occupation auprès des usagers en milieu clinique.....	39

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AQDC	Association québécois de la douleur chronique
AVD	Activité de la vie domestique
AVQ	Activité de la vie quotidienne
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
DASH	<i>Disabilities of Arm, Shoulder and Hand</i>
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
MCRO	Modèle canadien du rendement occupationnel
MCRO-P	Modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SRDC	Syndrome régional douloureux complexe

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier les ergothérapeutes ayant accepté de participer à cet essai : Nancy Beauchemin, Maryse Pinard, Alexandra Lecours et les deux autres ergothérapeutes ayant préféré garder l'anonymat. Une attention spéciale est donnée à Nancy Beauchemin, pour sa générosité de bien vouloir me laisser faire des observations dans sa clinique.

Je transmets également ma gratitude à Claire Dumont, ergothérapeute et professeure, qui est ma directrice d'essai et qui m'a soutenu tout au long des démarches. Finalement, une pensée particulière pour mes proches, amis et collègues de classe qui m'ont conseillé à différents moments du projet.

1. INTRODUCTION

La main est un organe extrêmement développé et important qui dispose d'une palette d'actions très large. Elle est indispensable pour pouvoir réaliser ses occupations au quotidien telles que l'alimentation, l'hygiène, l'habillement, l'entretien du domicile ou des loisirs. Comme le mentionne Meyer (2003), l'utilisation de la main est synonyme de fonction, de productivité et d'autonomie. Il arrive malheureusement des situations où des blessures ou des maladies de la main viennent diminuer ce fonctionnement au quotidien. En effet, la main est la partie du corps la plus souvent blessée (7 à 29% des blessures) (Trybus, Lorkowski, Brongel et Hladki, 2006). Il est évident que lorsqu'un os de la main est fracturé ou qu'un tendon fléchisseur est sectionné, cela entraîne de fâcheuses conséquences compliquant la réalisation des occupations. Cependant, plusieurs maladies, comme l'arthrose, affectent également la fonction de la main au quotidien chez les personnes atteintes. Dans ces situations, qu'il y ait une intervention chirurgicale ou non, le patient est amené à être suivi par des professionnels de la santé tels que le physiothérapeute et l'ergothérapeute afin de retrouver un niveau de rendement occupationnel adéquat.

En effet, la réadaptation de la main a été longtemps l'affaire des physiothérapeutes et des ergothérapeutes, mais étant donné que les mains sont nos outils pour agir au quotidien, les ergothérapeutes ont développé une expertise dans ce champ d'activité (Wilson, Roden, Taylor et Marston, 2008). Ainsi, l'occupation, qui est le concept central de l'ergothérapie, est utilisée comme modalité d'évaluation ou d'intervention avec ces usagers. Plusieurs auteurs affirment dans leur étude qu'une blessure à la main affecte tous les domaines de l'individu et c'est pourquoi il importe d'utiliser une approche holistique avec les clients (Cabral, Sampaio, Figueiredo et Mancini, 2010; Hannah, 2011, Kjekken et coll., 2005; Opsteegh et coll., 2009; Schier et Chan, 2007; Chan et Spencer, 2004). Cependant, dans la réalité des milieux, l'occupation est-elle vraiment utilisée comme modalité principale lors des thérapies de la main? Est-ce que les professionnels se concentrent simplement sur la main ou considèrent-ils la personne dans sa globalité?

Cet essai porte sur l'utilisation de l'approche holistique et des occupations significatives dans les milieux cliniques. Pour débiter, une description de la problématique est effectuée en s'appuyant sur la documentation scientifique afin de démontrer la pertinence professionnelle et scientifique du sujet pour ensuite pouvoir poser la question de recherche. Puis, le cadre conceptuel est présenté. Par la suite, la méthode expose la façon dont les données sont recueillies en décrivant le devis de recherche, les sources de données, les critères de sélection des participants, l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques. Les résultats sont ensuite exposés sous deux sections : la pertinence de l'approche holistique et l'utilisation de l'occupation comme modalité d'intervention. S'en suit la triangulation ainsi que la réponse à la question et à l'objectif de recherche. Dans la dernière partie, la discussion analyse les résultats en comparant les trois sources d'information (données probantes, entrevues auprès des experts et observations en milieu clinique) afin de démontrer l'importance de l'approche holistique avec cette clientèle, de son application en milieu clinique et de l'utilisation de l'occupation comme modalité. Ces résultats peuvent également offrir des pistes pour de futures recherches. La conclusion fait ensuite un retour global sur cette recherche et fait une ouverture pour les pratiques professionnelles.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section présente l'état des connaissances sur les principales pathologies affectant la main, soit l'arthrose, la douleur chronique et les blessures traumatiques. Pour chaque pathologie ou type de déficience, l'information générale sur la pathologie, l'impact fonctionnel pour les personnes présentant ce diagnostic ainsi qu'un bref état des connaissances concernant les interventions habituellement effectuées sont présentés. Par la suite, pour l'ensemble des types de déficience, le rôle de l'ergothérapie avec cette clientèle ainsi qu'un état des connaissances pour les différents types d'approche utilisés en thérapie sont énoncés.

2.1 Arthrose

L'arthrose est la forme d'arthrite la plus courante. À l'heure actuelle, elle touche en moyenne 10% de la population canadienne (Société de l'arthrite, 2013). Bien qu'elle puisse affecter les gens âgés de 25 à 99 ans, l'arthrose affecte principalement les gens âgés de 65 ans et plus (Mackin, 2002). L'arthrose est classée en deux catégories, soit primaire et secondaire. Dans le cas de l'arthrose primaire, la cause n'est pas connue précisément, mais elle est localisée (une à deux articulations) ou bien généralisée (trois articulations et plus). Quant à la catégorie secondaire, elle se caractérise par le fait que la cause est identifiable, tel qu'un traumatisme ou une infection (Mackin). Cette maladie affecte des articulations comme la main, les genoux et les hanches, mais, dans le cadre de cette étude, il n'est question que du membre supérieur et plus particulièrement de la main. L'arthrose se définit comme une usure des cartilages, des tissus souples et des autres structures anatomiques qui protègent les os dans une articulation (Société de l'arthrite). Avec le temps, il y a moins de protection autour des os et les mouvements deviendront de plus en plus difficiles. De ce fait, les principales conséquences sont la douleur, une réduction de la force de préhension ou de pinces, une diminution de l'amplitude de mouvement, de la rigidité, une diminution de la fonction de la main et donc une difficulté dans la réalisation des activités du quotidien (Bagis, Sahin, Yapici, Cimen et Erdogan, 2003).

2.1.1 Impact sur le niveau fonctionnel

Les résultats d'une étude de Kjekken et ses collaborateurs (2005) mettent en lumière les activités rapportées comme les plus problématiques pour les gens atteints d'arthrose, soit l'entretien ménager, la mobilité fonctionnelle, les soins personnels et les activités récréatives. Spécifiquement à la main, les activités rapportées comme plus problématiques sont : essorer et laver les vêtements ainsi qu'ouvrir des conserves et des bouteilles.

2.1.2 État des connaissances sur les interventions

En présence de ce diagnostic, il n'y a pas de traitement curatif prédéterminé. Les traitements bénéfiques pour cette maladie doivent être une combinaison de médicaments, de programme d'exercices, de protection articulaire, de massages et toute autre avenue permettant de maintenir la fonction de la main au quotidien (Société de l'arthrite, 2013; Zhang et coll., 2009). Ces mêmes auteurs mentionnent donc que les programmes de réadaptation doivent être multidisciplinaires et inclure des objectifs multidimensionnels visant la réduction de la détérioration de la main, l'augmentation de la performance occupationnelle, l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle et des stratégies d'adaptation de l'individu. Dans la même direction, le guide de pratique de Hochberg et ses collaborateurs (2012) fait ressortir les interventions à privilégier avec l'arthrose aux mains. Les auteurs indiquent qu'il doit y avoir des traitements pharmacologiques et non-pharmacologiques. Selon les auteurs du guide de pratique, les traitements non-pharmacologiques pour aider la personne à performer dans ses activités quotidiennes sont par exemple la recommandation d'aides techniques, l'enseignement sur les techniques de protection articulaire, l'utilisation d'agents thermiques pour contrôler la douleur et la rigidité ainsi que le port d'orthèse.

2.2 Douleur chronique et syndrome douloureux régional complexe

La douleur chronique touche une grande partie de la population. En effet, selon Konink (2010), 20 à 30 % de la population va développer une douleur chronique. Ces

chiffres démontrent que peu importe le milieu de pratique, l'ergothérapeute peut être en contact avec une personne présentant cette problématique. *L'International Association for the Study of Pain* (IASP) définit la douleur comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'un tel dommage (Merskey et Bogduk, 1994). La douleur est également vue comme une expérience perceptuelle complexe influencée par des facteurs psychosociaux incluant les émotions, l'environnement social et physique, la culture et les valeurs (Lacerte et Shah, 2003). Le syndrome régional douloureux complexe (SRDC), autrefois appelé algodystrophie sympathique réflexe, est une des pathologies relatives à la douleur chronique qui peut toucher ceux qui se blessent aux mains. L'étude nord-américaine de Sandroni, Benrud-Larson, McClelland et Low (2003) rapporte qu'environ 5,6 personnes par 100 000 habitants en sont atteintes. Cette maladie peut survenir à la suite d'une blessure en apparence sans particularité telle qu'une fracture à un doigt ou une lacération. En effet, les fractures sont le plus souvent à l'origine du SRDC avec les fractures du poignet comme cause la plus courante (Blaes et coll., 2007). Les cas d'immobilisation prolongée semblent aussi y être associés ainsi que les plaintes précoces de rigidité ou de douleur (Maihofner et coll., 2007). La douleur, l'hyperalgie (augmentation de la perception douloureuse) et l'allodynie (douleur suite à un stimulus normalement indolore) sont les symptômes généralement prédominants chez les gens atteints du SRDC (Veizi, Chelimsky et Janata, 2012). Ces personnes éprouvent donc une douleur chronique intense et invalidante (Montgomery, 2006) dont la durée est variable. Toutefois, certaines personnes peuvent en souffrir toute leur vie.

2.2.1 Impact sur le niveau fonctionnel

La douleur fait partie de la dimension physique de la personne qui influence le rendement occupationnel et doit être considérée de manière approfondie étant donné son importance en thérapie de la main. Comme il est démontré dans l'étude de Kingston, Tanner et Gray (2010), la douleur est l'un des deux problèmes les plus communs et qui perdurent à long terme suite à un traumatisme sévère à la main. Également, l'étude d'Opsteegh et ses collaborateurs (2009) démontre un exemple en lien avec la douleur et les occupations des

personnes. En effet, en identifiant plusieurs déterminants affectant le retour au travail, il s'est avéré que le niveau de douleur est un facteur déterminant dans le processus du retour au travail. Concrètement, les participants dont le niveau de douleur est plus élevé prennent plus de temps à retourner au travail.

2.2.2 État des connaissances sur le plan des interventions

Bien que la douleur soit un phénomène subjectif difficile à évaluer, il importe de la considérer lors des interventions afin de respecter les limites du client et éviter d'aggraver la blessure (tel qu'ajuster l'intensité des exercices si le client ressent de la douleur lors de la thérapie). Il est donc important d'apprendre aux clients à comprendre leur douleur pour ensuite les aider à la gérer. Cette affirmation est appuyée par l'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC) (2011) qui affirme que les approches d'autogestion sont également importantes pour aider une personne à prendre le contrôle de sa douleur et que le traitement de la douleur chronique devrait être multidisciplinaire. Cette approche multidisciplinaire a été développée aux États-Unis vers les années 60 et elle est soutenue par les évidences scientifiques (Meldrum, 2007). Les écrits scientifiques affirment également que les ergothérapeutes sont des membres clé de l'équipe interdisciplinaire dans la gestion de la douleur (Sanders, Harden et Vicente, 2005). Plusieurs types d'interventions ont démontré leur efficacité pour réduire la douleur chez ces personnes, notamment: la pharmacologie, les chirurgies, les modalités psychologiques, l'injection d'anesthésiants, une gestion de la douleur par programme interdisciplinaire et des modalités de médecines alternatives et complémentaires (Turk et Swanson (2007). Au plan des interventions reconnues, on retrouve également l'éducation sur la gestion du rythme d'activité et la mécanique corporelle, l'éducation sur les principes de conservation d'énergie, l'évaluation du domicile et du travail, la prescription d'aide technique (Robinson, Kennedy et Harmon, 2011; Shannon, 2002; Strong et Unruh, 2002), la thérapie miroir (Bowering et coll., 2013), l'utilisation de l'orthèse fonctionnelle, ainsi que la désensibilisation profonde et superficielle (Harden et coll., 2013).

2.3 Blessures traumatiques

Un traumatisme désigne un « ensemble des troubles physiques et des lésions d'un tissu, d'un organe ou d'une partie du corps, provoqués accidentellement par un agent extérieur » (Dictionnaire Larousse, 2013). Les blessures traumatiques à la main incluent les sections de tendons, les fractures, les épicondylites traumatiques, les entorses et ainsi de suite. Ce type de blessure affecte plus spécifiquement la tranche d'âge productive soit le plus souvent les personnes âgées entre 20 et 50 ans (Cabral et coll., 2010). Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, chez les adultes âgés de 20 à 64 ans, les sports et le travail sont liés à près de la moitié des blessures (47%) (Statistique Canada, 2010). De ce pourcentage, 28% des blessures au travail sont des blessures à la main (Statistique Canada; Wilkins et Mackenzie, 2003). Les travailleurs de la construction, les travailleurs manuels et ceux exécutant un travail répétitif sont plus à risque de subir ce type de blessure en raison de la nature même de leur travail. Les blessures aux membres supérieurs sont donc très fréquentes et constituent un fardeau sur le plan financier et de la santé à travers le monde (Trybus et coll., 2006). Effectivement, une blessure traumatique à la main a un impact immédiat sur le niveau de fonctionnement général d'un individu.

2.3.1 Impact sur le niveau fonctionnel

Concernant les dimensions de la personne, les blessures traumatiques ont des conséquences néfastes au plan des facteurs physiques comme de la douleur, une diminution de la force, une diminution de l'amplitude de mouvement et plus encore. Aussi, une étude de Hannah (2011) présente des résultats démontrant les conséquences néfastes sur différents plans: psychologique (la mémoire de l'événement peut amener une détresse persistante), cognitif (diminution de la concentration ou de l'attention, *flashbacks*), affectif (anxiété, irritabilité), physique (sensation fantôme), social (diminution du réseau social). De plus, la combinaison de la nature de la blessure (fracture vs amputation) et de la nature de l'occupation que la personne est désireuse de réaliser entraîne une détresse d'intensité variable, et ce, dépendamment de l'importance accordée à l'occupation. Grunert et ses collaborateurs (1992) appuient cette idée en mentionnant la présence des conséquences secondaires aux blessures

traumatiques telles que : syndrome post-traumatique, perte de but dans la vie et questionnement sur le retour au travail. En effet, selon Grunert et ses collaborateurs (1988), 94% des personnes ayant des traumatismes sévères à la main présentent des symptômes de stress post-traumatique. Les effets peuvent donc se faire sentir autant à court qu'à long terme et peuvent perdurer même si la blessure physique se rétablit.

Sur le plan des occupations, une blessure traumatique a évidemment un impact sur la réalisation des occupations de la personne que ce soit pour la préparation des repas, l'hygiène, l'habillement, l'entretien du domicile, etc. Ainsi, le rendement occupationnel de l'individu est variable selon les occupations touchées. En effet, avec la clientèle adulte, la personne blessée peut avoir un rendement occupationnel adéquat et satisfaisant à domicile, tout en étant incapable de retourner au travail. Cela dépend en grande partie du type de blessure, mais aussi des capacités résiduelles du client (une seule main atteinte comparativement à deux mains atteintes par exemple) et de son environnement physique et social. Par ailleurs, comme mentionné plus haut, les personnes subissant une blessure traumatique sont généralement des travailleurs. Le travail est une occupation à laquelle ces gens accordent généralement une grande importance et l'arrêt de cette occupation a un impact majeur sur leur vie. En effet, il s'agit d'une source importante de satisfaction personnelle et d'interactions sociales (Hannah, 2011).

En ce qui a trait à l'environnement, dans le cas d'une blessure à une main, le soutien social de la personne est important pour le retour aux occupations normales. En effet, l'impact fonctionnel sera différent pour une personne qui a du soutien à son domicile pour s'occuper des tâches plus ardues que pour une personne n'ayant aucune aide (Chan et Spencer, 2004). Aussi, d'autres aspects majeurs doivent être considérés principalement en lien avec le travail. Considérant les indemnités ou assurances lors de blessures subies au travail ou encore sur la route, au Québec, les personnes deviennent prestataires de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) ou de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Ces deux programmes apportent plusieurs bénéfices pour la personne, par exemple, garder une bonne partie de son revenu pendant la période de réadaptation ou être dédommée pour les soins de santé reçus. Cependant, ces bénéfices peuvent causer une progression moins

rapide que prévue sur le plan de la guérison et de la reprise des occupations si la personne perçoit plus d'avantages à être en arrêt de travail et indemnisée que d'être au travail (bénéfices secondaires). Ceci est illustré dans l'étude de Skov, Jeune, Lauritsen et Barfred (1999) indiquant que les personnes à leur compte reprennent le travail plus rapidement que les autres ainsi que dans l'étude de Amick et ses collaborateurs (2004), qui précise que ceux qui ne reçoivent pas d'indemnisation sont plus motivés à retourner au travail rapidement.

2.3.2 État des connaissances sur les interventions

Généralement, une période de récupération ou de réadaptation à court ou long terme suit une période d'immobilisation ou de chirurgie. Une grande quantité de protocoles existent pour chaque traumatisme possible à la main, comme le protocole de Kleinert ou de Duran pour les tendons fléchisseurs (Groth, 2005). Un livre comme le *Rehabilitation of the hand and upper extremity* de Skirven, Osterman, Fedorczyk et Amadio (2011) présente les meilleures pratiques dans la réadaptation de la main, le poignet, le coude et l'épaule afin d'atteindre le plus haut niveau fonctionnel possible. Outre les protocoles spécifiques, les interventions générales peuvent inclure des activités pour améliorer la force (*therapy putty* ou épingle à linge (Pendleton, et Schultz-Krohn, 2005)), la souplesse (orthèse dynamique ou statique progressive (Pendleton, et Schultz-Krohn)), etc. Chaque milieu utilise ses outils afin de travailler ces aspects. Par ailleurs, deux articles traitant des blessures traumatiques placent au centre des interventions le retour au travail. Opsteegh et ses collaborateurs (2009) affirment qu'un retour à l'emploi plus rapide est réalisable à l'aide d'une combinaison d'approches de réadaptation biomédicale, de certains facteurs reliés au travail ainsi que des facteurs psychosociaux de la personne. Cela est partagé par Cabral, Sampaio, Figueiredo et Mancini (2010) qui indiquent qu'il faut changer d'approche pour passer de celle centrée sur l'individu à une approche plus holistique, car le retour au travail est un phénomène dynamique nécessitant plusieurs étapes et intégrant plusieurs composantes.

Les personnes souffrant des troubles décrits précédemment bénéficient en général de services de professionnels de la santé. Étant donné l'impact fonctionnel présent pour toutes ces

problématiques, l'ergothérapeute est un professionnel impliqué dans le processus de réadaptation ayant pour objectif de diminuer les limitations fonctionnelles de la personne.

2.4 Ergothérapie avec la main

Les personnes subissant un traumatisme sévère à la main nécessitent des traitements médicaux spécialisés et une réadaptation continue souvent pour une longue période de temps (Cederlund, Ramel, Rosberg et Dahlin, 2010). La pratique de l'ergothérapie dans les cliniques de la main est ainsi spécialisée en fonction des besoins de cette clientèle. Toujours selon Cederlund et ses collaborateurs, le défi en thérapie de la main est de découvrir les meilleurs traitements pour aider les clients à retrouver leurs occupations antérieures. Cette vision est aussi partagée par Case-Smith (2003) qui affirme que les services d'ergothérapie en thérapie de la main mettent l'accent sur l'utilisation fonctionnelle du membre atteint pour permettre à la personne de retourner à ses occupations antérieures. Cependant, malgré la bonne volonté des ergothérapeutes à demeurer centré sur l'occupation lors des interventions en thérapie de la main, l'importance des aspects curatifs ou de récupération demeure très présente. Comme le mentionnent Hunter, Mackin et Callahan (2002), le but principal de la réadaptation d'un tendon fléchisseur par exemple, est de réparer le tendon afin qu'il glisse normalement et qu'il permette à la personne de retrouver un niveau de performance fonctionnelle optimale. Les professionnels doivent donc jongler entre une approche biomédicale, qui est dominante avec ce type de clientèle, et l'approche holistique, qui est préconisée par les ergothérapeutes qui mettent l'occupation au cœur de leurs interventions.

2.5 État des connaissances sur les approches holistiques, *top-down* et *bottom-up*

En réadaptation, plusieurs approches peuvent être utilisées selon le type de clientèle. Cette section présente l'état des connaissances sur les approches principalement utilisées en réadaptation soit : l'approche holistique, l'approche *top-down*, et l'approche *bottom-up* qui inclue les approches biomédicales. Les définitions précises des concepts décrivant ces approches sont données dans la section du cadre conceptuel.

2.5.1 Approche holistique

Dans leur article, les auteurs Schier et Chan (2007) soulignent que, depuis quelques années, les professionnels de la santé comme les ergothérapeutes adoptent une perspective holistique dans les programmes de réadaptation afin d'améliorer les résultats sur le plan fonctionnel et de diminuer les impacts physiques et psychologiques à long terme. Cela va de pair avec une grande partie des études trouvées dans la documentation qui mentionnent le fait qu'une atteinte à la main comporte plusieurs dimensions et qu'il faut donc gérer tous ces aspects en réadaptation (Bowering et coll., 2013; Cabral et coll., 2010; Chan et Spencer, 2004; Hannah, 2011; Harden et coll., 2013; Hochberg et coll., 2012; Kjekken et coll., 2005; Opsteegh et coll., 2009). L'étude de Chan et Spencer fait ressortir plusieurs résultats intéressants démontrant le rôle d'une approche holistique à travers le suivi des participants sur un an. Tout d'abord, s'il y a absence de relation entre les modalités d'intervention et le fonctionnement au quotidien de la personne, cela peut affecter l'adaptation du client à sa situation. En effet, les clients peuvent être optimistes au départ, mais si les interventions ne sont pas en lien avec leur quotidien, leur motivation peut diminuer rapidement malgré l'amélioration de leur état parce qu'ils ne sont plus en mesure de réaliser leurs occupations comme travailler, cuisiner, pêcher ou nager. Ensuite, les occupations et les relations sociales sont de grandes sources de motivation. Aussi, les auteurs mentionnent que les stratégies d'adaptation sont différentes selon l'environnement de la personne. Par exemple, une personne solitaire se sent plus dépressive et frustrée qu'une personne avec un conjoint qui peut l'aider. Les auteurs concluent donc qu'il faut considérer non seulement l'aspect physique en thérapie de la main, mais aussi l'aspect psychosocial.

2.5.2 Approche *top-down*

En rapport avec l'approche *top-down* qui est basée sur les activités quotidiennes de la personne (Trombly, 1995), deux études ont fait ressortir des points importants en lien avec l'utilisation de l'occupation comme modalité d'intervention. L'étude de Wilson, Roden,

Taylor et Marston (2008) démontre par ses résultats que l'occupation peut être mise au cœur des interventions en ergothérapie avec la main. Cette étude évaluait les bienfaits de l'introduction d'origami en groupe comme modalité d'intervention durant les séances. Les résultats furent positifs : le groupe ayant bénéficié de l'intervention d'origami a amélioré la fonction de la main atteinte dans chaque sous-test du *Jebsen-Taylor Hand Function Test* (Jebsen, Taylor, Trieschmann, Trotter, et Howard, 1969), et ce, parfois deux à trois fois plus que le groupe bénéficiant de l'intervention habituelle. La rétroaction des participants a fait ressortir plusieurs points positifs tels que l'origami encourage l'utilisation des mains, amène un soutien de l'environnement, l'activité comporte un défi, l'activité est plaisante et l'origami est bon pour la réadaptation. Les auteurs concluent donc que l'occupation utilisée comme modalité d'intervention, par exemple l'origami, permettrait donc une amélioration sur le plan physique, mais aussi sur le plan psychologique.

L'étude de Guzelkucuk, Duman, Taskaynatan et Dincer (2007), quant à elle, comparait l'efficacité d'activités thérapeutiques basées sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestiques (AVD) avec des activités thérapeutiques habituelles. Dans cette étude, comparativement au groupe contrôle, le groupe expérimental a augmenté significativement la force de préhension et des pinces après trois semaines d'intervention et encore plus après deux mois. Même chose pour l'opposition du pouce et pour l'évaluation de la fonction de la main avec le *Jebsen-Taylor Hand Function Test* (Jebsen et coll., 1969) et le *Disabilities of Arm, Shoulder and Hand* (Hudak, Amadio et Bombardier, 1996) qui se sont améliorées après le traitement chez le groupe expérimental et non le groupe contrôle. La conclusion des auteurs est donc que l'anatomie de la main est complexe et qu'il est difficile de trouver les traitements les plus efficaces pour ce genre de blessure. Cependant, les résultats de l'étude ont démontré qu'il serait bénéfique d'inclure plus d'activités basées sur les activités de la vie quotidienne étant donné leur efficacité.

2.5.3 Approche *bottom-up*

Malgré le fait que les fondements en ergothérapie prônent l'approche holistique, l'approche *bottom-up*, qui inclut les approches biomédicales, n'est pas à négliger tout dépendant de la clientèle et des situations. Une étude de Law (1998) fait ressortir deux forces principales de cette approche : elle s'utilise peu importe le type de clientèle, par exemple ceux qui ne peuvent exprimer leurs besoins occupationnels et elle est complémentaire avec l'approche biomédicale utilisées auprès de certaines clientèles comme les atteintes à la main. Weinstock-Zlotnick et Hinojosa (2004) ajoutent que l'approche *bottom-up* est nécessaire pour des cas de déficit sensitif ou physique où la personne requiert des interventions immédiates sur la blessure (par exemple une fracture ou une cicatrice). Ainsi, si une personne présente une difficulté avec ses habiletés de manipulation, elle travaillera avec des exercices spécifiques qui utilisent les mêmes muscles ou mouvements afin de finalement récupérer ces habiletés (Kennedy, Brown et Stagnitti, 2013). Aussi, les tests standardisés sont des outils précieux pour les professionnels et plusieurs sont reliés avec l'approche *bottom-up* puisqu'ils mettent l'accent sur les habiletés spécifiques (Weinstock-Zlotnick et Hinojosa). Toutefois, toujours selon Weinstock-Zlotnick et Hinojosa, les tests standardisés permettent d'évaluer les changements de ces habiletés à performer dans une tâche, peu importe l'approche utilisée. Ces mêmes auteurs mentionnent également que cette approche établit tout de même des liens avec l'occupation par exemple lorsqu'une personne présente de l'œdème, celui-ci va être observé, mesuré, noté et ensuite il sera possible de vérifier si la présence d'œdème nuit au fonctionnement quotidien. Le risque en utilisant cette approche est toutefois de ne pas faire le lien avec la performance occupationnelle (Weinstock-Zlotnick et Hinojosa).

Dans le même ordre d'idée, Brown et Chien (2010) font ressortir qu'avec l'approche *bottom-up*, le professionnel va séparer les composantes requises pour que la personne puisse accomplir ses occupations, mais ces interventions sont souvent réalisées dans des environnements standardisés ou qui n'ont aucun lien avec le quotidien de la personne et sont donc non ou peu significantes pour elle.

Contrairement à la majorité des études qui mentionnent l'importance d'avoir une approche holistique, Fitzpatrick et Presnell, (2004) mentionnent que les ergothérapeutes qui travaillent dans le domaine de la thérapie de la main tendent à suivre une approche réductionniste biomédicale dans leur pratique, faisant en sorte qu'ils perdent le « focus sur l'occupation » dans leurs interventions. Cependant, cette approche holistique est maintenant enseignée aux futurs ergothérapeutes et doit être utilisée par ceux-ci lorsqu'ils sont sur le marché du travail, et ce, malgré le caractère plus spécifique de cette clientèle. Toutefois, étant donné que relativement peu d'études ont été effectuées sur le sujet, et que ces études demeurent peu explicites sur la manière dont les thérapies sont effectuées concrètement, il est difficile pour les ergothérapeutes d'adopter une pratique basée sur des résultats probants et de certifier que l'approche holistique est plus pertinente à utiliser que l'approche *bottom-up*.

3. QUESTION DE RECHERCHE

Cet état des connaissances par rapport à la problématique démontre que les évidences scientifiques soulignent l'importance d'utiliser une approche holistique en thérapie de la main, peu importe le diagnostic que présente la personne. Cependant, les études consultées ne décrivent pas explicitement la façon d'adopter une approche holistique avec cette clientèle, ni si elle est vraiment utilisée en clinique. Il est donc important de se questionner sur le type d'approche utilisé en thérapie de la main dans la réalité des milieux puisque ce sont ces approches qui influencent les modalités d'interventions utilisées et qui influencent donc l'atteinte des objectifs thérapeutiques, la satisfaction du client et plusieurs autres aspects en thérapie. L'absence d'information et de consensus de la littérature scientifique a donc mené à une question précise pour cette étude ainsi qu'un objectif à atteindre.

3.1 Question

Quelle est la pertinence d'utiliser une approche holistique (qui tient compte de toutes les dimensions de l'individu soit la personne, ses occupations principales et son environnement) incluant une occupation signifiante dans le traitement des troubles à la main?

3.2 Objectif

Explorer si l'occupation est utilisée comme modalité d'intervention dans la réalité des milieux et décrire de quelle manière.

4. CADRE CONCEPTUEL

Cette section présente la définition des termes centraux et des modèles théoriques pertinents à la compréhension de la réadaptation de la main pour un ergothérapeute. Le modèle de base utilisé par les ergothérapeutes est décrit puis les différentes approches utilisées en ergothérapie et pertinentes pour ce projet sont détaillées.

4.1 Modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation (MCRO-P)

En ergothérapie, de nombreux modèles conceptuels sur lesquels baser sa pratique sont disponibles. Ceux-ci permettent de classer les informations et de fournir un langage commun à tous les professionnels. Dans la présente étude, le cadre conceptuel utilisé est le Modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation (MCRO-P) (Townsend et Polatajko, 2008). Ce dernier est une nouvelle représentation du MCRO (ACE, 1997) qui cible davantage le rendement et la participation. Ce modèle conceptualise le rendement occupationnel en tant qu'interaction entre une personne, une occupation et l'environnement (Townsend et Polatajko, 2008). La personne comprend trois dimensions principales, soient : physique, cognitive et affective. Il y a aussi la dimension spirituelle qui influence le modèle sans faire partie d'une catégorie précise. L'environnement dans lequel chaque individu vit est divisé en environnement physique, social, culturel et institutionnel. L'occupation, quant à elle, est composée des soins personnels, de la productivité et des loisirs. Selon l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE):

“L'occupation fait référence à l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et signification. L'occupation comprend tout ce qu'une personne fait pour s'occuper; c'est-à-dire pour prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la communauté (productivité).” (ACE, 1997, p.38-39).

Une particularité de l'occupation est qu'elle peut être utilisée autant comme objectif de réadaptation que comme modalité d'intervention. Par exemple, un couturier peut avoir comme objectif de reprendre son travail, mais il est aussi possible d'utiliser des tâches de son travail comme modalités d'intervention. Il pourrait alors coudre à la main divers tissus pour retrouver de la dextérité et de la force dans ses doigts. Ce modèle démontre l'importance de l'occupation pour la profession d'ergothérapie. Cependant, la préoccupation pour l'occupation humaine ne concerne pas seulement le rendement, mais aussi le degré d'importance qui lui est accordée ou le degré de satisfaction qu'elle apporte à l'individu lorsqu'il la réalise (Townsend et Polatajko, 2008).

En analysant ce modèle, on constate qu'il est possible d'agir pour améliorer des aspects relatifs aux dimensions de la personne, pour réduire des barrières environnementales ou encore d'agir directement sur l'occupation afin de favoriser un rendement occupationnel optimal. Ce modèle cadre avec le sujet de cette recherche puisqu'il s'agit d'un modèle qui permet d'avoir une vision holistique d'une situation tout en permettant de placer dans la dimension physique de la personne le côté plus biomédical de la thérapie de la main. De plus, le MCRO-P est connu par tous les ergothérapeutes, alors considérant que cet essai est destiné aux ergothérapeutes, il est d'autant plus important de choisir un modèle qui leur est connu.

4.2 Approches holistique et *top-down*

L'approche holistique met l'accent sur la personne, son environnement et ses occupations dans la vie de tous les jours. Pederson et Emmers-Sommer (2012) définissent l'approche holistique comme des services réunissant des réponses aux besoins physiques, psychologiques, émotionnels et spirituels du patient. Benor (1999) mentionne également qu'en santé, une approche holistique permet d'offrir des thérapies complémentaires permettant des soins prenant en considération la personne dans sa globalité. Cette approche est de plus en plus privilégiée dans le domaine de la réadaptation. Le site Web de la revue « Psychologies.com » (2009) présente une définition intéressante de l'approche holistique :

« Du grec holos, " le tout ", ce terme désigne toutes les approches de la vie, ou toutes les techniques thérapeutiques qui prennent en compte la globalité de l'individu. Par exemple, une vision **holistique** de l'être humain tient compte de ses dimensions physique, mentale, émotionnelle, familiale, sociale, culturelle, spirituelle ».

L'approche *top-down* peut être considérée comme une approche holistique. Elle se veut une approche qui prend d'abord en considération l'occupation pour ensuite déterminer les habiletés requises pour effectuer la tâche. Elle s'intéresse aux occupations significatives pour le client tout en considérant le contexte dans lequel il les réalise. Les interventions des professionnels en utilisant cette approche sont davantage centrées sur la vie quotidienne de la personne, les tâches qu'elle désire réaliser et ce qu'elle veut ou a besoin de travailler pour accomplir ses tâches de façon satisfaisante (Trombly, 1995).

4.3 Approches *bottom-up* et biomédicale

L'approche *bottom-up* est centrée sur les dimensions de la personne qui sont requises pour effectuer une tâche particulière. Elle considère les dimensions de la personne pour obtenir une compréhension des limitations fonctionnelles du client (Weinstock-Zlotnick et Hinojosa, 2004). Avec celle-ci, les interventions des ergothérapeutes sont davantage concentrées sur la récupération d'éléments spécifiques que sur le retour aux occupations antérieures. En effet, cette approche accorde de l'importance aux composantes physiques telles que : la force, l'amplitude de mouvement, l'équilibre ainsi que toutes les autres composantes qui sont en fait, des prérequis pour un rendement occupationnel optimal (Trombly, 1993). L'approche *bottom-up* peut être considérée une approche biomédicale, qui a été longtemps utilisée systématiquement dans les thérapies en réadaptation. Il s'agit d'une approche où l'individu est traité pour un problème spécifique (un trouble à la main par exemple). Elle s'intéresse particulièrement à la réparation des organes lésés (muscles, tendons, ligaments) par des protocoles spécifiques et à la récupération de la dimension physique de la personne (force, amplitude articulaire, dextérité). L'accent est donc placé sur les capacités de la personne en lien avec son diagnostic. Par exemple, chez une personne atteinte de sclérose

en plaques, l'approche biomédicale voit la fatigue comme un signe de sévérité de la maladie alors qu'une autre approche peut la voir comme la propre interprétation du client de ses symptômes (Bol et coll., 2012).

5 MÉTHODE

Cette section expose le processus menant cette recherche soit : le devis de recherche, les sources de données, les critères de sélection des participants, les outils de collecte de données, l'analyse des données et les considérations éthiques.

5.1 Devis et sources de données

Afin de répondre à la question de recherche, une approche constructiviste est utilisée (Mucchielli, 2009). Le devis est de type qualitatif. Trois sources de données sont triangulées afin de répondre à la question de recherche : les études scientifiques recensées sur le sujet, l'opinion des ergothérapeutes experts qui travaillent en thérapie de la main ainsi que les observations en milieu clinique, ceci permettant la corroboration des différentes données (Mucchielli).

5.2 Participants et critères de sélection

5.2.1 Critères de sélection des ergothérapeutes experts

L'opinion d'expert est recueillie auprès d'ergothérapeutes travaillant en thérapie de la main dans différentes cliniques de la main en Mauricie. Un échantillonnage par choix raisonné est préconisé pour ces participants. Cette méthode d'échantillonnage non probabiliste consiste à sélectionner des participants sur la base de critères précis afin que les éléments soient représentatifs du phénomène à l'étude (Fortin, 2010). Le recrutement est effectué en Mauricie jusqu'à l'obtention du nombre souhaité, soit de cinq ergothérapeutes. Ceux-ci peuvent travailler autant dans le secteur public que privé. Ils doivent être employés dans le domaine de la main depuis au minimum six mois.

5.2.1.1 Procédure

La procédure de recrutement utilisée consiste en l'envoi de courriels à différents établissements où travaillent des ergothérapeutes dans le domaine de la main. Les ergothérapeutes intéressés sont alors sélectionnés et retenus s'ils répondent aux critères de sélection. Suite à leur sélection, une entrevue est par la suite organisée à la convenance du professionnel.

5.2.2 Critères de sélection des usagers observés en milieu clinique

Les critères de sélection des usagers observés en milieu clinique sont : avoir une blessure ou une maladie à une ou aux deux mains et débiter ou avoir débuté un programme de réadaptation dans une clinique de la main depuis moins de deux ans. Les traitements devaient permettre une observation sur une base régulière par l'étudiant chercheur soit au moins trois fois par semaine pendant au moins quatre semaines. Les clients sont ainsi simplement recrutés sur la base de leur arrivée ou leur présence en thérapie à la clinique où sont effectuées les interventions et les observations. Il s'agit donc d'un échantillon de convenance. Un nombre d'au moins 10 clients est souhaité.

5.2.2.1 Procédure

L'étudiant chercheur a participé à un stage dans une clinique de la main d'une durée de huit semaines à l'automne 2012 et cette situation a permis de recruter des sujets pour l'étude parmi les usagers qui recevaient des services pendant cette période. Ceux qui répondaient aux critères de sélection étaient directement sollicités pour participer à la recherche, soit accepter qu'ils fassent l'objet d'observations et de prise de renseignements pour la recherche. Cela ne modifiait pas les interventions dont ils bénéficiaient.

5.3 Outils de collecte de données

5.3.1 Consultation des experts

L'outil de collecte de donnée pour la consultation des ergothérapeutes experts est un questionnaire maison comprenant dix questions. Ce questionnaire constitue la structure d'une entrevue semi-dirigée servant à recueillir l'opinion du professionnel expert quant au sujet de recherche (se référer à l'annexe 1). Comme il s'agit d'un questionnaire semi-structuré, l'ordre des questions peut varier selon ce que mentionne la personne interrogée. L'important est d'obtenir une réponse à toutes les questions, d'avoir le plus d'information possible et surtout que l'entretien se déroule de façon informelle où la personne se sent à l'aise de discuter ouvertement (Fortin, 2010). Cette entrevue est effectuée en personne ou par téléphone et celle-ci est enregistrée (si le consentement est obtenu) afin de faciliter la transcription des verbatim suite à l'entrevue. Cette dernière est effectuée à un temps et un lieu à la convenance des professionnels par l'étudiant chercheur. Le temps estimé pour une entrevue est de 30 minutes.

5.3.2 Observations cliniques

Les observations cliniques sont recueillies grâce à une grille d'observation des usagers. Celle-ci est disponible à l'annexe 2. Cette grille a été remplie par l'étudiant chercheur qui effectuait des observations lors des séances d'intervention en milieu clinique auquel il a participé.

5.4 Analyse des données

L'analyse des données s'est effectuée de la même manière pour les deux sources de données.

Avec ce devis de recherche qualitatif, il s'agit d'analyser l'utilisation d'une approche holistique sur la pratique, ainsi que l'utilisation de l'occupation en thérapie, par une méthode d'analyse qualitative (Huberman et Miles, 2003). L'analyse qualitative est un processus

d'organisation, de catégorisation, de synthèse et d'interprétation des données afin d'expliquer le phénomène à l'étude (Fortin, 2010). Les données recueillies par les entrevues et par les observations sont transcrites dans le logiciel de traitement de texte WORD. Par la suite, l'élaboration de catégories est effectuée pour ensuite établir une codification thématique des catégories précédemment ressorties. Le regroupement par thèmes permet ensuite l'analyse des données par différentes stratégies, par exemple compter le nombre de fois qu'une idée est mentionnée par les personnes consultées ou la recherche de points de convergence et de divergence entre les sources de données (Huberman et Miles). Le MCRO-P aide à structurer l'information par catégorie lors de cette analyse. Finalement, une matrice regroupant les informations acquises lors des entrevues, de l'observation en milieu clinique ainsi que lors de la recherche de données probantes est construite afin d'effectuer une triangulation des données.

5.5. Considérations éthiques

Sur le plan éthique, chaque établissement doit normalement donner son consentement à la participation des ergothérapeutes au projet de recherche. Toutefois, étant donné qu'il s'agit de consultations d'experts, plusieurs comités d'éthique ne jugent pas nécessaire d'obtenir un certificat d'éthique. Dans le cadre de cette étude, un seul établissement a demandé la procédure de demande d'autorisation au comité d'éthique. En ce qui concerne l'observation des usagers, leur consentement est requis selon les règles éthiques et la responsable de l'établissement doit autoriser la collecte de donnée préalablement. Les documents sont joints en annexe, soit : le certificat d'éthique obtenu (se référer à l'annexe 3), le formulaire de consentement utilisé pour les participants (se référer à l'annexe 4) et le formulaire de consentement utilisé pour les experts (se référer à l'annexe 5). Pour la consultation des experts ergothérapeutes, le formulaire de consentement est signé par l'ergothérapeute participant et par le chercheur. Pour l'observation des usagers, les formulaires de consentement sont signés par l'usager et par l'étudiant chercheur lors d'une des séances d'interventions.

6. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats obtenus auprès des experts et lors des observations en milieu clinique. Elle est divisée en trois volets : les résultats concernant la question sur la pertinence d'utiliser l'approche holistique, les résultats concernant l'objectif secondaire (l'occupation comme modalité d'intervention) et finalement une triangulation de l'information des sources de données. S'en suit la réponse à la question et à l'objectif de recherche.

6.1 Description des participants experts

Cinq ergothérapeutes travaillant en thérapie de la main dans différents établissements de la région de la Mauricie ont participé au projet de recherche. Les cinq experts sont des femmes alors le reste du texte utilisera le genre féminin pour les désigner. Les entrevues ont été effectuées entre le 8 février et le 20 mars 2013. Le Tableau 1 présente la description des répondantes, en termes de région d'origine, du type d'établissement où elles exerçaient et du nombre d'années de pratique en thérapie de la main.

Tableau 1
Description des répondantes

Répondantes	Région	Type d'établissement	Années de pratique en clinique de la main
Ergothérapeute 1	Trois-Rivières	Privé	16 ans
Ergothérapeute 2	Trois-Rivières	Public	2 ans
Ergothérapeute 3	Trois-Rivières	Public	9 mois
Ergothérapeute 4	Trois-Rivières	Public	6 ans
Ergothérapeute 5	Shawinigan	Public	19 ans

6.2 Résultats concernant la pertinence de l'approche holistique en thérapie de la main

6.2.1 Résultats des entrevues avec les expertes ergothérapeutes

Les prochains paragraphes présentent les renseignements obtenus lors des entrevues qui sont regroupés en fonction des thèmes suivants : les clientèles desservies, les types d'évaluations, les objectifs du plan d'intervention, la place de l'occupation en thérapie de la main, la place des loisirs en thérapie de la main, l'importance de l'environnement physique et social, la vision holistique ou biomédicale, la modification du type d'approche au fil du temps et les améliorations possibles sur le plan de la pratique professionnelle.

6.2.1.1 Clientèle desservie

La majorité de la clientèle pour toutes les expertes consultées (allant de 60 à 80%) est celle des blessures traumatiques avec ou non une chirurgie. Cela inclut : les sutures de tendons, les amputations, les fractures, les luxations, les entorses, les arthroplasties, etc. Les blessures neurologiques (compression nerveuse, hyper/hypo sensibilité) accompagnent souvent les blessures traumatiques et constituent donc une problématique pour une bonne partie de la clientèle. Pour les expertes #2 et #5, les atteintes aux coudes ou à l'épaule ne sont pas prises en charge sauf si cela a provoqué une atteinte nerveuse jusqu'à la main. Par contre, l'experte #1 prend en charge des cas de coudes et d'épaules en plus de ceux à la main pour des problématiques d'épicondylites, de tendinites ou autres. Pour les quatre premières expertes, les maladies ou problématiques comme les déformations en col de cygne, les doigts Mallet, la maladie de Dupuytren et le tunnel carpien sont également vus en thérapie. Ensuite, différentes sortes d'arthrites constituent de 10 à 20% de la clientèle des expertes #1 à #4. Finalement, les personnes atteintes du SRDC ou autres douleurs chroniques constituent également une mince partie de la clientèle en clinique de la main auprès des expertes rencontrées. Le Tableau #2 ci-dessous présente une synthèse de la clientèle desservie.

Tableau 2
Clientèle desservie selon chaque experte

	Blessures traumatiques	Maladies/ déformations	Différents types d'arthrites	Douleurs chroniques	Atteintes autres qu'à la main (coude, épaule)
Experte 1	X	X	X	X	X
Experte 2	X	X	X	X	Ø
Experte 3	X	X	X	X	Ø
Experte 4	X	X	X	X	Ø
Experte 5	X	Ø	Ø	X	Ø

L'âge des clients varie généralement entre 30 et 50 ans. Cependant, pour les diagnostics d'arthrite, la clientèle est plus âgée (souvent plus de 60 ans). En général, la clientèle est constituée de 60% d'hommes et 40% de femmes, tout dépendant des problématiques. Par ailleurs, les clients couverts par la CSST constituent une grande part de la clientèle (30 à 75% environ selon le milieu). Pour l'experte #1, la clientèle est constituée de 5 à 10% de clients de la SAAQ alors que pour les autres milieux, cette clientèle est encore moins abondante.

6.2.1.2 Types d'évaluations

Pour toutes les expertes, la première étape de l'évaluation est l'évaluation fonctionnelle de la personne par un questionnaire maison basé sur le MCRO-P. Cette étape permet de connaître davantage la personne, ses occupations significatives ainsi que les détails sur la nature de la blessure. Par la suite, des évaluations plus subjectives où les ergothérapeutes questionnent la personne en lien avec la douleur et les problèmes de sensation

(engourdissements, insensibilité) sont réalisées, suivies des évaluations objectives comprenant en général, une évaluation de l'aspect physique de la blessure (cicatrice, adhérences, œdème, rougeurs, température) et des amplitudes articulaires actives et passives. Finalement, les évaluations standardisées sont utilisées pour évaluer la force (dynamomètre JAMAR (Sammons Preston Rolyan, 2003)), la dextérité (*Purdue Pegboard* (Tiffin, 1987) et la sensibilité (le test de sensibilité par les monofilaments de Semmes et Weinstein (Shaffer, Harrison, Brown et Brennan, 2005)) ou le test de discrimination deux points (Dinse, Ragert, Burkhard, Schwenkreis et Tegenthoff, 2003)) et autres.

Toutes les expertes ont mentionné que l'évaluation dépend du diagnostic de la personne. En effet, s'il s'agit d'un SRDC, il va y avoir davantage de questions sur la douleur et un test comme le *Quick DASH* (Hudak, Amadio et Bombardier, 1996) est alors effectué pour aller plus en profondeur sur cet aspect. Également, s'il s'agit d'une problématique d'arthrite, les évaluations de la force et de la dextérité seront effectuées surtout afin de constater si la personne se maintient dans le temps et non pour un but d'amélioration comme cela serait le cas avec une lésion traumatique à la main chez un travailleur.

6.2.1.3 Les objectifs du plan d'intervention

Cet aspect du travail des ergothérapeutes est celui qui, à l'unanimité, a le plus changé avec le temps. La thérapie de la main est un domaine spécialisé, alors les objectifs étaient autrefois souvent reliés directement au retour de la condition physique comme l'amplitude articulaire ou la force de préhension par exemple. Cependant, les ergothérapeutes rencontrés mentionnent que cela a beaucoup évolué depuis quelques années. Dorénavant, elles utilisent toutes un canevas d'objectifs où l'objectif général est en lien avec les occupations directement (ex : retournera au travail d'ici X semaines). Les objectifs spécifiques eux, rejoignent généralement une dimension physique de la personne à une occupation (ex : présentera des amplitudes articulaires de sa main atteinte comparables à celles de la main saine, de façon à permettre la réalisation d'au moins deux AVD). Cependant, elles ont toutes mentionné également que les objectifs seulement en lien avec une dimension physique (ex : respectera les contre-indications de la chirurgie) sont nécessaires dans ce milieu. D'un autre côté, il est

toujours possible de choisir un objectif spécifique que la personne veut vraiment travailler, par exemple, la pratique d'un sport.

6.2.1.4 La place de l'occupation comme vision holistique en thérapie de la main

Les réponses à cette question sont variées d'un professionnel à l'autre, mais une chose ressort parmi toutes les explications. Il s'agit du fait que l'occupation en thérapie de la main sert à guider l'évaluation initiale, les objectifs et les interventions au quotidien, mais cela ne transparaît pas nécessairement dans les modalités d'interventions. Ceci dans le sens où les professionnels se basent sur les occupations principales du client (travail, vie familiale, loisirs) pour décider des aspects à travailler et des interventions à effectuer pour réussir, sans toutefois utiliser ces occupations comme modalité. Quatre des ergothérapeutes ont indiqué que même si les modalités ne sont pas occupationnelles, les bénéfices des interventions se répercutent tout de même au quotidien et c'est souvent les clients qui vont mentionner les impacts à la maison (j'ai réussi à ouvrir un pot, etc.). Une des expertes rencontrées a également mentionné qu'il est très important d'avoir cette préoccupation de l'occupation puisque deux personnes avec le même diagnostic n'ont pas les mêmes occupations significatives à reprendre et donc les interventions doivent être ajustées. Aussi, elles ont ajouté que plus le client récupère en terme de fonction, plus il récupère dans la réalisation des occupations. Donc, peu importe la modalité et la dimension physique travaillée, c'est l'occupation qu'il faut avoir en tête selon toutes les expertes consultées. Pourtant, une des ergothérapeutes a souligné que l'utilisation de l'occupation dans les modalités permettrait de se différencier des autres professions exerçant la nôtre qui est basée sur l'occupation. Autrement, les clients ont parfois de la difficulté à voir la différence entre les professions qu'ils consultent et les exercices qu'ils font.

Deux des ergothérapeutes ont mentionné que la place de l'occupation dépend également de la clientèle. Avec les gens atteints d'arthrite par exemple, ils mentionnent qu'il est plus facile d'être centré sur les occupations puisqu'il ne s'agit pas de regagner une amplitude ou de la force, mais de maintenir leur fonctionnement. De plus, cette clientèle va davantage rapporter des exemples de difficultés au quotidien (douleur en ouvrant un pot,

difficulté à couper des aliments et autres). Le lien avec les occupations est donc plus facile à faire dans ces situations selon les expertes consultées.

6.2.1.5 La place des loisirs comme composante de l'occupation en thérapie de la main

Les ergothérapeutes rencontrées sont toutes unanimes, les loisirs sont importants en thérapie de la main. Effectivement, c'est souvent en lien avec les loisirs que les patients déterminent leurs objectifs de thérapie. Ils désirent parfois retrouver leurs loisirs en premier, car cela leur permet de maintenir un équilibre occupationnel adéquat alors qu'ils sont en arrêt de travail. Aussi, il se peut qu'une personne n'ait pas besoin d'une amplitude articulaire au poignet de 100% pour son travail, mais pour jouer au hockey oui. Cela guidera donc les interventions du plan de traitement. Un autre aspect rapporté pour les loisirs est l'enseignement à effectuer par rapport aux contre-indications et aux limites à ne pas dépasser lors de leurs activités. Également, les orthèses sont souvent adaptées aux loisirs de la personne afin de lui permettre de les poursuivre dans la mesure du possible. Des aides techniques peuvent également être recommandées telles que des gants chauffants pour faire de la motoneige pour une personne ayant un problème de sensibilité.

6.2.1.6 Importance de l'environnement physique et social

Des commentaires équivalents ont été recueillis auprès de toutes les expertes. L'environnement physique serait moins considéré en thérapie de la main étant donné que la majorité des clients sont toujours fonctionnels à domicile malgré leur déficit. Cet aspect est moins pris en compte puisque les professionnels vont se limiter à recommander des aides techniques ou des orthèses. Il y a donc, en général, seulement une brève évaluation lors de l'entrevue initiale. Toutefois, deux des expertes ont relevé l'importance des lieux physiques au travail même si elles n'ont pas l'occasion de se rendre sur les lieux de travail. Cet aspect est seulement évalué sous forme de questions en temps et lieu.

Du côté de l'environnement social, les expertes mentionnent qu'il est très important. En effet, la personne qui ne peut utiliser une main est limitée au quotidien pour certains AVD

et AVQ. Le soutien fourni par les proches de la personne est donc primordial. Ceux-ci peuvent également aider la personne avec ses activités à domicile. De l'enseignement est également donné aux proches afin qu'ils soient à l'affût des contre-indications et ainsi de suite. Au contraire, si la personne n'a pas de soutien, il peut être requis de la référer au CLSC pour qu'elle obtienne des services pour demeurer à domicile durant sa réadaptation.

Une répondante a également mentionné l'importance de l'environnement social concernant la préservation du lien avec l'employeur pour le retour au travail. Cela facilite grandement le retour si la personne conserve un lien pendant sa réadaptation, surtout si l'arrêt de travail est prolongé.

6.2.1.7 Vision holistique ou biomédicale

Les avis par rapport à cette question sont partagés. Une des ergothérapeutes a mentionné qu'elle se considère plus biomédicale alors que les quatre autres croient avoir une vision complémentaire entre holistique et biomédicale. Pour la première, elle mentionne qu'elle croit avoir une vision de la main étant donné que la problématique est très spécifique à la main et que c'est le service attendu des ergothérapeutes dans le milieu. Pour les quatre autres, elles mentionnent avoir une approche biomédicale en raison des protocoles précis à suivre et des caractéristiques à travailler sur le plan de la main. Cependant, en raison du lien avec le quotidien qui est effectué par rapport aux interventions, du questionnement au quotidien sur leur fonctionnement, du fait que la main affecte tout le quotidien d'une personne, ils considèrent également avoir une vision holistique.

6.2.1.8 Type d'approche au début de la pratique versus aujourd'hui

Quatre des cinq ergothérapeutes ont indiqué qu'en début de pratique, l'approche est plus biomédicale en raison des protocoles et de l'apprentissage de toutes les caractéristiques spécifiques reliés à la thérapie de la main. Ensuite, une fois que ces notions sont maîtrisées, il est plus aisé d'avoir une meilleure vision d'ensemble. Ils ont donc une vision plus holistique et font le lien entre les problématiques physiques et le quotidien. De plus, une de ces

professionnelles a ajouté que la profession d'ergothérapeute a changé au fil du temps, se veut plus holistique et se concentre plus sur les occupations qu'auparavant. Ce qui a influencé le changement dans la présentation des objectifs du plan d'intervention décrit précédemment. Cela permet, selon elle, de moins perdre de temps en interventions puisque celles-ci sont centrées sur les besoins ciblés par la personne.

Une autre experte ergothérapeute mentionne ne pas avoir vraiment changé son approche et d'avoir toujours eu une vision holistique de la personne étant donné que c'est son rôle d'ergothérapeute d'avoir une telle vision. Elle affirme également que la tenue de dossier demande d'expliquer davantage les interventions et de voir le lien avec les occupations, ce qui permet de garder cette approche quotidiennement.

6.2.1.9 Améliorations possibles de la pratique personnelle

Les façons d'améliorer sa pratique selon les expertes consultées sont: se concentrer davantage sur l'occupation en allant dans le milieu de vie si cela est possible; parfaire ses connaissances par rapport au membre supérieur; apprendre de nouvelles approches de réadaptation efficaces; avoir une meilleure connaissance des protocoles établis et finalement être plus centré sur les occupations dans les modalités d'interventions.

6.3 Résultats pour l'objectif d'exploration de l'utilisation de l'occupation comme modalité d'intervention dans les milieux

6.3.1 Résultats des entrevues auprès des expertes

Cette section présente les principaux résultats obtenus lors de l'entrevue auprès des ergothérapeutes : les types d'interventions, l'utilisation de l'occupation et des mises en situation ainsi que les obstacles à l'utilisation de l'occupation comme modalité d'intervention.

6.3.1.1 Types d'interventions

Le Tableau #3 présente les différentes interventions biomédicales ou *bottom-up*, effectuées selon le type de clientèle, rapportées par les expertes consultées. Puis, le Tableau #4 présente les interventions holistiques ou *top-down*. Suite à ces tableaux, une description de l'utilisation de l'occupation comme modalité et de certaines particularités des interventions est effectuée.

Tableau 3
Types d'interventions biomédicales ou bottom-up selon la clientèle

Phase aiguë blessures traumatiques	Suivi blessure orthopédique	Arthrite	Douleur
-Protocoles spécifiques selon le diagnostic ou la chirurgie effectuée.	-Orthèses de repos/mobilisation, statique progressif, etc.	-Orthèses de repos/ mobilisation.	-Orthèse de protection.
-Orthèse de protection/ repos/ mobilisation.	-Exercices variés de renforcement pour la force, dextérité, motricité fine (ex : <i>ramasser différents petits objets</i>).	- Modalités antalgiques comme la chaleur (paraffine).	-Programme par imagerie motrice.
-Enseignement contre-indications			-Exercices de désensibilisation (vibration, bain avec différentes textures).
-Contrôle cicatrice/œdème/douleur.	-Modalité d'assouplissement (paraffine, chaleur).		- Modalités antalgiques selon la tolérance au froid/chaud.
- Modalités antalgique comme la chaleur ou le froid : paraffine, glace.	-Désensibilisation, stimulation pour le retour sensitif.		-Massage thérapeutique.
-Exercices de glissement de nerfs et de tendons.	-Massage thérapeutique (une experte).		

Tableau 4
Types d'interventions holistiques ou top-down selon la clientèle

Phase aiguë blessures traumatiques	Suivi blessure orthopédique	Arthrite	Douleur
-Enseignement des contre-indications.	-Programme d'entraînement à la maison selon diverses activités quotidiennes : vider le lave-vaisselle, plier du linge. Loisirs utilisant l'écriture (Sudoku ^{MC} par exemple) afin de travailler la force et la dextérité.	-Enseignement : protection articulaire, principe de conservation énergie.	-Éducation pour qu'ils continuent à utiliser leur main.
-Adaptation de la réalisation des activités quotidiennes.	-Enseignement de l'hygiène posturale.	-Recommandation d'aides techniques.	-Enseignement de l'hygiène posturale.
	-Orthèses de repos/mobilisation, statique progressif, etc.	-Enseignement de l'hygiène posturale.	-Programme d'entraînement à la maison selon les activités quotidiennes.
		-Programme d'entraînement à la maison selon les activités quotidiennes.	

6.3.1.2 Utilisation de l'occupation et des mises en situation

Les occupations et les mises en situation relativement aux occupations sont très peu utilisées lors des évaluations ou des interventions selon les expertes rencontrées. En général, si les clients ont besoin de reprendre une occupation particulière, les ergothérapeutes vont tenter de trouver des activités ressemblant à cette occupation en thérapie. Toutefois, il est facilitant pour le professionnel de simuler une occupation lorsque le client amène des outils de chez lui par exemple, afin de pratiquer une occupation directement en thérapie. La majorité des expertes ont rapporté certains cas spécifiques où elles utilisaient directement l'occupation, mais elles mentionnent que c'est plutôt rare.

Un exemple est celui d'une hygiéniste dentaire qui avait de la difficulté de stabilisation lors des mouvements répétés avec force. L'ergothérapeute a donc pris une boule de paraffine et la cliente avait amené ses outils de travail afin de se pratiquer avec de la résistance. Une des ergothérapeutes indique que c'est plus fréquent lors d'un retour progressif au travail par exemple où une personne a le temps d'expérimenter les activités difficiles et elle les rapporte en thérapie afin de pouvoir travailler pour reprendre ces activités ou trouver des façons compensatoires temporaires ou permanentes de les réaliser. Cependant, certaines expertes ergothérapeutes ont indiqué que les occupations sont utilisées par l'entremise, par exemple, du programme d'entraînement à domicile ou encore via les conseils pour continuer les occupations à la maison pendant la récupération.

Une particularité des interventions en thérapie de la main dans les milieux participants à cette recherche est qu'elles se situent dans une salle où il y a plusieurs clients à la fois. Un effet de groupe est donc présent. Les ergothérapeutes ont relevé l'importance de cette particularité puisque cela permet de pouvoir discuter avec les autres de l'évolution de différents types de blessures, de côtoyer des gens ayant vécu une situation semblable ou encore de pouvoir constater qu'un retour au travail malgré une grave blessure est possible, car d'autres en sont rendus à ce point. Selon les expertes, cette situation peut être bénéfique sur le plan du bien-être psychologique pour plusieurs personnes. Cela procure un soutien et maintient une sorte d'équilibre occupationnel en compensant la rupture du travail et du réseau social par celui du groupe lors des thérapies.

Une autre particularité rapportée par une experte ergothérapeute est l'utilisation du massage thérapeutique. Celui-ci permet de soulager les tensions musculaires par exemple, mais il s'agit entre autre d'un moment en individuel avec le client. Cela permet d'échanger notamment sur des sujets plus spécifiques au client qui ne ressortiraient peut-être pas en groupe.

6.3.1.3 Obstacles à l'utilisation de l'occupation comme modalité d'intervention

Les expertes ergothérapeutes rencontrées étaient d'accord sur le point que l'utilisation de l'occupation comme modalité d'intervention rencontre plusieurs obstacles dans la réalité clinique et que cela limite la possibilité d'opter pour ce type d'intervention. Premièrement, les lieux physiques ne sont pas nécessairement adéquats pour pouvoir effectuer des mises en situation sur les occupations réelles du quotidien des gens, par exemple, ils ne disposent pas d'une cuisine. Deuxièmement, pour être vraiment centré sur l'occupation, le mieux serait de pouvoir se rendre dans le milieu de vie, mais les limites administratives ou de ressources humaines ne le permettent pas (temps de déplacement des thérapeutes diminue l'efficacité). Troisièmement, le temps pour adapter chacune des interventions à chaque personne est limité. Quatrièmement, les ressources limitées ne permettent pas d'interventions individuelles pendant une heure. Finalement, une experte ergothérapeute a aussi indiqué que les habitudes prises avec les modalités d'intervention disponibles dans le milieu peuvent être un facteur limitatif face à des modalités occupationnelles.

6.3.2 Résultats de la collecte de données en milieu clinique sur l'utilisation de l'occupation comme modalité d'intervention

Cette section expose les principaux résultats obtenus lors du stage en milieu clinique où une grille d'observation a été remplie. Pour débiter, une description des participants sélectionnés est effectuée. Par la suite, les évaluations et les interventions reçues par les participants sont relevées principalement sous forme de tableau.

6.3.2.1 Description du milieu clinique et des participants

Le milieu dans lequel la collecte de données a été effectuée est une clinique privée en thérapie de la main. Les clients sont suivis de deux à trois fois par semaine et la majorité bénéficie du régime de protection de la CSST. Les interventions sont effectuées en groupe de trois ou quatre personnes en même temps. Pour cette recherche, douze participants ont été recrutés afin de noter les observations effectuées par rapport aux interventions spécifiques à

chacun. La grille d'observation a été remplie lors des mois de septembre et octobre 2012. Le Tableau #5 présente un tableau descriptif des participants en termes d'âge, de sexe, de dominance latérale, de diagnostics, de délai depuis le traumatisme, du type de couverture d'assurance, du type d'emploi, des principaux loisirs et de situation familiale.

Tableau 5
Description des participants

	Effectif (%)		Minimum-maximum	Moyenne	Écart type	Étendue				
Âge (année)			31-54	41,8	7,76	23				
Sexe	Homme	11 (91,6%)	N/A							
	Femme	1 (8,4%)								
Dominance latérale	Droitier	10 (83%)								
	Gaucher	2 (17%)								
Diagnostics	Blessures traumatiques	10 (83%)								
	Douleurs chroniques	2 (17%)								
Délai depuis le traumatisme (mois)							1-18	7,7	5,4	17
Couverture d'assurance	CSST	10 (83%)					N/A			
	SAAQ	2 (17%)								
Type d'emploi	Construction	5 (42%)								
	Aucun emploi	1 (8%)								
	Autres	6 (50%)								
Situation familiale	Célibataire	3 (25%)								
	En couple	2 (17%)								
	En couple avec enfants	7 (58%)								

6.3.2.2 Évaluations effectuées

Pour ce qui est des évaluations réalisées avec les participants, ils ont tous été évalués selon le même processus. Tout d'abord, l'évaluation fonctionnelle est effectuée et ensuite les évaluations plus spécifiques à la problématique de la personne. Le Tableau #6 présente les évaluations holistiques ou biomédicales effectuées auprès des participants.

Tableau 6
Évaluations auprès des participants

	Évaluation générale pour tous	Évaluations spécifiques à chacun selon le type de blessure.
Évaluations holistiques	Entrevue initiale fonctionnelle	
Évaluations biomédicales	Observation subjective de la blessure (douleur, engourdissement, température, couleur, oedème) -Palpation anatomique -Bilan articulaire et musculaire fonctionnel	-Force préhension et pince : dynamomètre JAMAR (Sammons Preston Rolyan, 2003). -Amplitudes articulaires spécifiques : goniomètre. -Dextérité : <i>Purdue Pegboard</i> (Tiffin, 1987). -Douleur : échelle visuelle analogue et schéma corporel de la douleur. -Discrimination deux points (tactile) : Dinse et coll., 2003) -Sensibilité : Monofilaments de Semmes et Weinstein (Shaffer et coll., 2005). -Évaluation de la cicatrice : présence d'adhérence, couleur. -Bilan articulaire complet.

6.3.2.3 Interventions auprès des usagers

En ce qui concerne les interventions effectuées avec les participants, chacun avait ses exercices à faire afin de travailler un aspect de la dimension physique correspondant à son besoin actuel. Le Tableau #7 décrit les interventions biomédicales ou *bottom-up* et le Tableau #8 les interventions holistiques, *top-down* ou utilisant l'occupation auprès des usagers.

Tableau 7
Interventions biomédicales ou bottom-up auprès des usagers en milieu clinique

Interventions générales	Interventions spécifiques selon le type d'atteinte
-Massage thérapeutique.	-Traitement cicatrice / contrôle œdème.
-Assouplissement: paraffine, bain contraste (tremper le membre eau chaude puis froide selon un protocole), gant chaud.	-Désensibilisation (différentes textures, vibrations).
-Exercices de dextérité (mini-peg, jeu Mastermind ^{MC} , boulons, etc.).	-MicroZ (TENS à haut voltage).
-Exercices d'étirement/glisement des nerfs radial/médian/ulnaire.	-Programme d'imagerie motrice.
-Exercices renforcement musculaire : module de Flexion-extension-pronation-supination, Powerball ^{MC} , barre de caoutchouc de différentes tensions, étirement d'élastiques, pince et tige, épingle à linge, balle jaune, Therapy Puty ^{MC} , rouleaux de velcro.	- Orthèse : de repos, statique, dynamique.
-Exercices d'amplitude articulaire : roue à tourner, mobilisation passive.	-Exercice sur bouteille pour la stabilité pouce.
	-Joint Active System ^{MC} (JAS).
	-Recommandation : bracelet épicondylien.

Tableau 8
Interventions holistiques, top-down ou utilisant l'occupation auprès des usagers en milieu clinique

Interventions générales	Interventions spécifiques selon le type de blessure
-Simulations tâches de travail.	-Orthèse spécifique adaptée pour une occupation ou un loisir.
-Technique de protection (contre-indication) et de stratégies compensatoires au quotidien.	-Recommandations : ustensiles adaptés, gants chauffants pour pouvoir travailler ou s'occuper à l'extérieur par temps froid, etc.
-Exercices à la maison.	-Console de jeu Wii ^{MC} .
-Exercice renforcement musculaire : transvider eau, transport caisse avec charge, tournevis.	
-Exercices de dextérité : ramasser différents objets de la vie quotidienne.	

6.3.2.4 Observations générales

Les observations tout au long des huit semaines de stage ont permis de constater que la vision holistique est présente au quotidien, et ce, même si les évaluations ou les interventions ne sont pas nécessairement holistiques. En effet, l'ergothérapeute en clinique utilise d'autres façons d'être axé sur le quotidien, par exemple en faisant des liens entre les interventions et les bénéfices que cela apporte au quotidien, par des questionnements au quotidien sur leur fonctionnement, par des exemples que les clients rapportent par rapport aux tâches qu'ils sont en mesure de reprendre de plus en plus à la maison, etc.

Ensuite, la majorité des clients désirait retourner au travail le plus rapidement possible, ce qui aidait à ne pas seulement se concentrer sur la main, mais sur cette occupation signifiante pour les personnes. Le retour progressif au travail permettait aussi de s'adapter à la nouvelle réalité des clients. Parfois, des tâches devaient être effectuées d'une façon différente alors l'ergothérapeute devait questionner la personne sur les détails de cette tâche pour ensuite pouvoir lui proposer des aides techniques ou de nouvelles techniques pour la réaliser.

Aussi, l'effet de groupe dans ce milieu apportait beaucoup d'information permettant d'utiliser l'approche holistique. Effectivement, en plus des effets bénéfiques mentionnés précédemment, le groupe amenait des discussions entre les participants qui faisaient souvent relever des points importants concernant des habitudes de vie au quotidien par exemple. Parfois, les clients se répondaient entre eux, mais sinon, l'ergothérapeute pouvait donner des conseils à un ou tous les clients concernant une habitude de vie à éviter ou à entreprendre par exemple. Cela permettait d'avoir un impact sur plusieurs dimensions et non seulement sur la main. Toutes ces observations ont permis de constater que l'approche holistique doit toujours être prise en considération peu importe le type d'évaluations ou d'interventions utilisées.

6.4 Triangulation des informations

Cette section présente la triangulation entre les données tirées des études scientifiques, celles obtenues des expertes ergothérapeutes ainsi que celles obtenues lors de l'observation en milieu clinique en termes de points de convergence et de divergence.

6.4.1 Convergence

D'un côté, les écrits scientifiques mentionnent l'importance de prioriser une approche holistique en thérapie de la main et ce, peu importe le type de diagnostic rencontré. En effet, les études et les guides de pratique font ressortir que les interventions visant toutes les sphères de l'individu permettent un meilleur retour fonctionnel (Bowering et coll., 2013; Cabral et coll., 2010; Chan et Spencer, 2004; Hannah, 2011; Harden et coll., 2013; Hochberg et coll., 2012; Kjeken et coll., 2005; Opsteegh et coll., 2009). Cette approche est également ressortie comme primordiale auprès des ergothérapeutes rencontrées. Ces expertes indiquent clairement qu'il est nécessaire de tenir compte de toutes les sphères de l'individu, soit son environnement (surtout social), ses occupations (incluant les loisirs) et la personne (dimension physique et psychologique) afin d'améliorer les résultats sur le plan fonctionnel. Les observations dans le milieu abordent également dans ce sens puisque la philosophie holistique transparait tout au long du processus même si les évaluations ou les modalités d'intervention sont plus de nature *bottom-up*.

De l'autre côté, les écrits scientifiques soulignent la pertinence d'utiliser une approche *bottom-up* avec la possibilité de faire le lien avec les occupations malgré son caractère plus biomédical (Kennedy, Brown et Stagnitti, 2013; Law, 1998; Weinstock-Zlotnick et Hinojosa, 2004). En effet, pour des clientèles comme les blessures aux mains où la personne nécessite des interventions immédiates ou des protocoles spécifiques en lien avec la blessure, il importe d'utiliser cette approche et d'être axé sur la main et non sur les occupations (Skirven et coll., (2011). Comme le mentionnent Weinstock-Zlotnick et Hinojosa, l'important c'est que même avec les particularités de cette approche (approches de réadaptation spécifiques, modalités biomédicales), le professionnel doit toutefois garder en tête le lien avec la performance dans

les occupations. Ces informations sont corroborées par les expertes qui mentionnent la nécessité d'utiliser cette approche étant donné la clientèle qui présente avant tout une problématique précise à la main ou au membre supérieur. Cependant, les expertes ergothérapeutes rencontrées ont également mentionné que la préoccupation de l'occupation et que l'approche holistique doivent toujours être prises en considération afin d'offrir des services globaux adéquats. Les observations dans le milieu abordent dans le même sens. Effectivement, même si une approche holistique est présente tout au long du processus, l'approche biomédicale fait partie intégrante de la pratique avec cette clientèle avec toutes les particularités anatomiques présentes et différentes pour chacun. Cela se reflète lors de l'évaluation et des interventions. De plus, la majorité des modalités d'interventions dans les guides de pratique font ressortir des interventions efficaces qui sont présentement utilisées par les expertes rencontrées et qui peuvent être associées à l'une ou l'autre des deux approches telles que : l'utilisation d'orthèse fonctionnelle, la recommandation d'aides techniques, l'enseignement sur les techniques de protection articulaire, l'utilisation d'agents thermiques pour contrôler la douleur et la rigidité, la désensibilisation profonde et superficielle, les protocoles spécifiques pour les blessures traumatiques et encore plus.

6.4.2 Divergence

Pour ce qui est de l'utilisation de l'occupation comme modalité d'intervention, les écrits scientifiques ne concordent pas avec ce qu'ont rapporté les expertes et les observations dans le milieu. Peu d'études font mention de cette modalité d'intervention, mais les deux études répertoriées soulignent l'apport bénéfique qu'amène une telle modalité (Guzelkucuk et coll., 2007; Wilson et coll., 2008). Les deux études ont comme conclusion que l'occupation doit être davantage utilisée lors des interventions, car elles obtiennent de meilleurs résultats que des interventions conventionnelles. De l'autre côté, les observations cliniques et les réponses obtenues par les professionnels indiquent que l'occupation n'est pas très utilisée en clinique en raison des nombreuses limites sur des aspects organisationnels mentionnés précédemment. De plus, les expertes affirment que même si les modalités ne sont pas directement basées sur les occupations, les clients (avec l'aide des thérapeutes) font le lien

avec le quotidien et ils voient leur amélioration dans les activités de la vie quotidienne. Également, étant donné que les guides de pratique présentent une quantité importante de modalités biomédicales comme efficaces, les experts peuvent s'y référer plus facilement qu'avec une modalité basée sur l'occupation qui n'a pas ou peu fait l'objet d'études scientifiques.

Par ailleurs, une des études mentionne également que les ergothérapeutes pratiquant en thérapie de la main tendent à perdre leur focus sur les occupations. Cependant, les expertes rencontrées et les observations cliniques ont fait ressortir que cette préoccupation des occupations est toujours présente au contraire, et ce, même si les modalités ne sont pas occupationnelles. En effet, c'est au travers de l'évaluation et du processus général au quotidien que cette préoccupation va ressortir.

6.5 Réponse à la question et à l'objectif de recherche

Cet essai a permis d'une part de recenser les écrits scientifiques portant sur la thérapie de la main, d'obtenir des informations de la part d'ergothérapeutes pratiquant dans ce domaine ainsi que d'obtenir des observations de la réalité d'un milieu clinique. Ces trois sources d'informations permettent d'affirmer qu'il est pertinent d'utiliser une approche holistique en thérapie de la main, mais que cela ne doit en aucune façon éliminer les préoccupations de nature biomédicale. Les deux approches doivent être utilisées de manière complémentaire pour assurer les meilleurs résultats possibles de l'intervention. Comme il a été rapporté par les professionnels, tous les concepts de base de nature plus biomédicale (système anatomique, protocoles spécifiques d'intervention) doivent être maîtrisés avant de pouvoir avoir une approche holistique efficace. Les guides de pratique, quant à eux, font ressortir majoritairement l'aspect biomédical dans les interventions. Cependant, sans mentionner l'utilisation de l'occupation en thérapie, ils indiquent clairement qu'il faut tenir compte de tous les aspects de la personne (occupation, environnement et personne) afin de pouvoir dispenser des soins de qualité.

En ce qui a trait à l'objectif visé, ces trois sources d'informations sont partagées. Certains écrits ont démontré qu'il serait bénéfique d'utiliser l'occupation comme modalité d'intervention. Cependant, les guides de pratiques soulignent que les interventions de type plus *bottom-up* sont efficaces et nécessaires avec certaines clientèles comme celle de thérapie de la main. Cela est également partagé par les expertes rencontrées et les observations cliniques qui ont démontré que l'utilisation d'interventions biomédicales ne brime pas les bénéfices auprès des usagers. De plus, même si les professionnelles aimeraient davantage utiliser l'occupation, plusieurs limites administratives et de ressources les en empêchent.

7. DISCUSSION

Le but de cette étude était d'explorer la pertinence d'utiliser une approche holistique incluant les occupations significatives en thérapie de la main ainsi que d'explorer si les occupations sont utilisées comme modalités d'intervention en milieu de pratique. Pour ce faire, une recherche sur le sujet a été effectuée dans la documentation scientifique, des entrevues ont été réalisées avec des ergothérapeutes travaillant en thérapie de la main et finalement, des observations en milieu clinique ont été effectuées. Par la suite, les informations obtenues ont été triangulées afin de voir si l'approche holistique et l'occupation ont leur place dans un milieu spécialisé comme la thérapie de la main.

7.1 La pertinence de l'approche holistique en thérapie de la main

Les résultats obtenus font ressortir la pertinence et l'importance d'utiliser une approche holistique incluant l'occupation en thérapie de la main. En effet, selon les réponses des ergothérapeutes lors de l'entrevue, il est possible d'établir qu'une vision uniquement biomédicale ne serait pas bénéfique pour le client. Les expertes ont toutes mentionné l'importance d'évaluer toutes les sphères du fonctionnement de la personne afin de pouvoir adapter les interventions aux besoins spécifiques du client. Cela va de pair avec le fait que la clientèle soit variée, mais même si deux personnes sont en thérapie de la main avec le même diagnostic, chaque personne est différente et désire reprendre des occupations uniques qui vont influencer le processus de réadaptation. Ces réponses correspondent à ce qui est ressorti dans les divers écrits scientifiques et les guides de pratique qui soulignent l'importance de l'approche holistique en réadaptation, c'est-à-dire de considérer la personne, son environnement et ses occupations (Bowering et coll., 2013; Cabral et coll., 2010; Chan et Chan, 2004; Hannah, 2011; Harden et coll., 2013; Hochberg et coll., 2012; Kjekken et coll., 2005; Opsteegh et coll., 2009; Weinstock-Zlotnick et Hinojosa, 2004).

Les expertes ont ajouté que l'approche holistique est d'autant plus essentielle puisque deux des aspects primordiaux à considérer lors de l'évaluation sont les loisirs et l'environnement social de la personne. Effectivement, avec une approche biomédicale, ces deux facteurs ne sont pas nécessairement pris en compte alors que cela peut jouer un rôle majeur dans la reprise des occupations significatives. Le soutien des proches pour demeurer autonome à domicile est évidemment nécessaire si la blessure à la main empêche l'utilisation du membre pour un bon laps de temps. Les loisirs, eux, peuvent être les premiers objectifs pour la personne et non le retour au travail. Ils permettent entre autres de demeurer actif tout au long du processus de réadaptation et de maintenir un bon équilibre occupationnel.

Également, dans les dimensions de la personne, la dimension psychologique est ressortie comme importante autant dans les études qu'auprès des expertes. En effet, cela a été mentionné principalement par les expertes en lien avec les interventions de groupe qui permettent à la personne de rencontrer des gens, de discuter de différents diagnostics et de façons de réaliser des occupations sans une main par exemple. Cela permet aussi de maintenir un équilibre occupationnel qui est majoritairement diminué en raison de l'arrêt de travail. Aussi, comme l'ont indiqué les ergothérapeutes, lorsqu'une personne en voit une autre avec une situation problématique semblable à la sienne et que celle-ci désire retrouver son autonomie, cela peut être une source de motivation. De plus, les expertes ont indiqué, tout comme les études scientifiques, que cette approche holistique permet d'être à l'affût de problèmes secondaires importants comme le syndrome de stress post-traumatique (Grunert et coll., 1992; Grunert et coll., 1988) ou le risque de développer de la douleur chronique (Meldrum, 2007; Robinson, Kennedy et Harmon, 2011; Sanders, Harden et Vicente, 2005; Shannon, 2002; Strong et Unruh, 2002).

Par ailleurs, à la question concernant le type d'approche utilisée par chacune des expertes, la majorité a répondu avoir une approche double, soit holistique et biomédicale. Ils jumèlent donc le côté biomédical d'une blessure à la main ainsi que la partie davantage propre à la profession d'ergothérapeute qui met l'accent sur le fonctionnement au quotidien et les occupations significatives. Cela va de pair avec les études recensées sur l'approche *bottom-up* qui soulignent la pertinence d'utiliser des exercices en relation avec l'approche biomédicale

avec cette clientèle (Kennedy, Brown et Stagnitti, 2013; Law, 1998; Weinstock-Zlotnick et Hinojosa, 2004). Weinstock-Zlotnick et Hinojosa indiquent cependant qu'il ne faut pas que les professionnels oublient de faire le lien avec les occupations de la personne.

Ces résultats concordent donc avec l'état des connaissances décrit dans la problématique qui prône une pratique multidimensionnelle afin d'obtenir un portrait global de la personne (AQDC, 2011; Cabral et coll., 2010; Chan et Spencer, 2004; Hannah, 2011; Hunter et coll., 2002; Kjekken et coll., 2005; Opsteegh et coll., 2009; Sanders et coll., 2005; Schier et Chan, 2007; Société de l'arthrite, 2013; Turk et Swanson, 2007; Zhang et coll., 2009) tout en ne négligeant pas l'aspect spécialisé de cette clientèle (Kennedy, Brown et Stagnitti, 2013; Law, 1998; Weinstock-Zlotnick et Hinojosa, 2004). Ce qui permet ensuite de fournir un processus de soin adapté aux besoins réels de la personne.

7.2 L'utilisation de l'occupation comme modalité dans les milieux

Cette étude avait également comme objectif d'explorer l'utilisation de l'occupation comme modalité d'intervention dans les milieux cliniques. Les résultats obtenus autant lors de l'observation pendant un stage en thérapie de la main que des réponses obtenues lors des entrevues indiquent que cette modalité est très peu utilisée dans la réalité. En effet, comme il est possible de le constater dans les tableaux des interventions (#3, #4, #7, #8) auprès des usagers, peu d'occupations ont été utilisées comme modalité d'intervention. Cela va également de pair avec les réponses obtenues lors des entrevues où les professionnelles s'entendent pour dire que l'occupation est rarement utilisée comme modalité d'intervention principalement en raison des limites organisationnelles évoquées précédemment. Cet élément n'est pas non plus mentionné dans les guides de pratique interdisciplinaires, car il s'agit d'une dimension propre à l'ergothérapie et peu d'études sont actuellement effectuées sur le sujet.

Pourtant, comme mentionné par une experte ergothérapeute rencontrée, l'utilisation de l'occupation permettrait de se différencier des autres professions en exerçant la nôtre basée sur l'occupation. En plus, certaines études (Guzelkucuk et coll., 2007; Wilson et coll., 2008) ont relevé la possibilité et l'efficacité d'utiliser cette modalité en thérapie. Cependant, malgré les

résultats obtenus dans ces deux études, les expertes ergothérapeutes rencontrées mentionnent que le lien avec l'occupation est tout de même présent lors des interventions en ergothérapie. En effet, les occupations significatives de la personne guident le processus d'évaluation, des objectifs de traitement et des interventions. De plus, même si l'exercice en thérapie n'est pas l'occupation, le lien avec les occupations quotidiennes est présent à toutes les séances par le questionnement sur les activités plus difficiles à la maison, celles qui peuvent exacerber les symptômes, etc. La majorité des expertes a mentionné que souvent, c'est la personne elle-même qui va arriver en thérapie en mentionnant des réussites comme de pouvoir utiliser un tournevis. La personne peut également indiquer des difficultés comme par exemple si elle a tenté d'utiliser une perceuse, mais qu'elle en a été incapable et qu'elle aimerait travailler cet aspect en thérapie. Aussi, toutes les activités utilisées comme modalité lors des séances de traitement sont reliées à une composante physique spécifique qui permettra de reprendre les activités du quotidien. C'est ce lien qu'il est important de faire selon les expertes. Les clients ne seraient donc pas moins motivés en effectuant des modalités plus de nature *bottom-up*.

7.3 Pistes de recherche

Dans une recherche future, il serait intéressant d'évaluer et de comparer l'efficacité et les coûts reliés à ces deux modalités (occupations comparativement aux modalités *bottom-up*). Cela permettrait de voir s'il valait la peine de consacrer plus de temps aux interventions basées sur les occupations. Il serait également intéressant de comparer l'efficacité d'une approche holistique incluant l'occupation autant du point de vue de l'amélioration des caractéristiques de la main (force de préhension, fonction de la main, etc.) que du point de vue des patients (satisfaction, bien-être psychologique, etc.). Recueillir le point de vue des clients amènerait donc une autre dimension aux résultats obtenus lors de cette présente étude.

7.4 Forces de l'étude

L'état des connaissances de cette étude a démontré que plusieurs études mentionnent l'importance d'avoir une approche holistique en thérapie de la main, mais sans en faire

ressortir les caractéristiques principales alors que d'autres études démontrent l'importance de garder une approche plus *bottom-up* avec ce type de clientèle plus spécialisé. Cette étude a donc permis de faire ressortir les différents points de vue, de la part des expertes ergothérapeutes, en plus de relever les points importants par rapport à la pertinence d'utiliser une approche holistique incluant l'occupation en thérapie de la main. Puis, la cueillette d'observations en milieu clinique a permis de démontrer que l'occupation est peu utilisée comme modalité d'intervention et que c'est plutôt les interventions biomédicales, tirés en majorité des guides de pratique, qui sont les plus utilisées. Cependant, en analysant les informations des trois sources de données, cela permet de relever les aspects complémentaires et non opposés des deux approches (holistique et *bottom-up*) ainsi que l'avantage de posséder les deux approches et de pouvoir en tenir compte en thérapie en fonction des besoins de la personne. Cette étude a donc fait ressortir la congruence entre les trois sources de données qui ont démontré que l'utilisation des meilleures pratiques biomédicales combinée à une approche globale holistique permet de donner des soins complets et de qualité au client.

7.5 Limites de l'étude

Les résultats de cette étude ont fait ressortir des éléments clés quant à la pertinence d'utiliser une approche holistique en thérapie de la main. Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec précaution. En effet, une généralisation de ces résultats est limitée principalement parce que l'échantillon d'expertes rencontrées est restreint à la région de la Mauricie et trois de ces expertes proviennent du même milieu. Également, bien que des observations aient été effectuées en milieu clinique, cela n'a été fait que dans un seul milieu alors cela limite la généralisation. En effet, dans un centre hospitalier, les modalités peuvent être différentes (plus de soins de plaies) et certaines modalités peuvent être réservées à la physiothérapie (ex : électrothérapie). Il serait donc davantage bénéfique de faire des observations dans différents milieux. Cela a malgré tout permis de faire des liens entre les observations et les informations obtenues par les expertes ayant réalisé l'entrevue. Par ailleurs, la méthode d'échantillonnage pour sélectionner les participants aux observations présente un

risque de biais étant donné qu'il s'agit d'un échantillon de convenance et est donc difficilement représentatif de la population générale.

Malgré ces limites, cette étude a permis de faire une synthèse de points à considérer dans la pratique de l'ergothérapie en thérapie de la main. Cela pourra donc servir de base pour les professionnels ainsi que pour de futures recherches.

7.6 Recommandations aux ergothérapeutes

Cette étude a permis de faire ressortir certains points à ne pas négliger en thérapie de la main. Premièrement, il ne faut pas nécessairement se limiter à une seule approche en réadaptation. L'approche holistique ne doit pas limiter l'importance de considérer les aspects physiques de cette clientèle et vice versa. Les professionnels devraient donc tenter de combiner l'approche holistique avec une approche biomédicale afin de pouvoir offrir le meilleur service possible. Deuxièmement, pour réussir à combiner ces deux approches, il faut bien maîtriser les connaissances de base en thérapie de la main. Donc au départ, cela ne doit pas être considéré comme une mauvaise approche, mais bien un processus d'apprentissage pour pouvoir adopter conjointement les deux approches par la suite. Troisièmement, Les ergothérapeutes pourraient également user de créativité et rechercher des moyens d'utiliser des occupations en milieu clinique, comme Wilson, Roden, Taylor et Marston (2008) l'ont fait avec succès dans leur étude qui utilisait l'origami comme modalité d'intervention. Quatrièmement, bien que l'occupation soit un élément déterminant en ergothérapie, il n'est pas nécessaire d'utiliser cette modalité au quotidien pour avoir une approche basée sur l'occupation. En effet, différentes techniques indiquées précédemment (questionner sur le quotidien, donner des exercices à la maison en lien avec des occupations) permettent d'être centré sur l'occupation indirectement lors des thérapies. En réalité, ce n'est pas la modalité qui détermine l'approche, mais bien la perspective du thérapeute et le sens qu'il donne à cette modalité. Si le lien avec le quotidien est effectué régulièrement et que le client comprend pourquoi il fait cet exercice, l'approche n'est plus seulement biomédicale. Donc, il est possible d'avoir une approche holistique malgré les limites organisationnelles des milieux.

8. CONCLUSION

Dans le contexte de la pratique en ergothérapie, il est clairement établi qu'à la base, il faut avoir une vision centrée sur le client, sur les occupations et donc une vision holistique d'une situation. Cependant, en thérapie de la main, ces visions ne peuvent d'aucune manière éliminer les connaissances de base sur le plan physique qui sont essentielles avec cette clientèle pour un retour moteur ou sensitif le plus complet possible au niveau de la main. Ce projet d'intégration avait donc pour but d'explorer la pertinence d'utiliser une approche holistique dans le traitement des troubles à la main. Les résultats obtenus auprès des expertes et des observations dans le milieu ont fait ressortir la pertinence d'avoir une approche complémentaire entre holistique et biomédicale afin de pouvoir donner une réadaptation adéquate au client. Cela vient donc compléter les informations obtenues dans les études scientifiques qui faisaient ressortir les points importants de chacune des approches.

Également, ce projet d'intégration tentait d'explorer si l'occupation est utilisée comme modalité d'intervention dans la réalité des milieux et de quelle façon. Les résultats obtenus démontrent que ce n'est pas nécessaire d'utiliser l'occupation comme modalité pour être efficace et pour être holistique. Cela dépend du sens que le thérapeute donne à la modalité et du lien avec le quotidien qu'il fait.

Considérant les résultats obtenus, il paraît évident que l'utilisation d'une seule approche ne peut être adéquate pour donner les meilleurs soins possibles. Le type d'approche utilisé est aussi important pour la réadaptation que la main l'est pour fonctionner au quotidien. Il est donc primordial de se questionner à savoir si l'approche qui guide notre pratique est adéquate pour la clientèle. De plus, il est toujours possible de se demander si l'ergothérapeute se démarque assez des autres professions en utilisant des modalités reliées à l'approche *bottom-up* dans les interventions même si des liens sont faits avec les occupations. Une recherche de modalités occupationnelles utilisables dans les milieux pourrait être faite en ce sens. Le point de vue des clients serait donc un atout afin de connaître leur satisfaction et leur idée par rapport à ce sujet.

Les mains sont davantage que des outils pour accomplir nos occupations quotidiennes. Elles peuvent communiquer, exprimer, créer, réconforter, aimer. Elles utilisent un grande part des neurones de notre cerveau et ont contribué au développement de l'intelligence humaine. Elles ont construit le monde dans lequel nous vivons. Elles méritent ainsi toute notre attention.

RÉFÉRENCES

- Association québécoise de la douleur chronique (2011). Récupéré du site de l'AQDC : http://www.douleurchronique.org/content_new.asp?node=160&lang=fr
- Amick, B. C., Habeck, R. V., Ossmann, J., Fossel, A. H., Keller, R., & Katz, J. N. (2004). Predictors of successful work role functioning after carpal tunnel release surgery. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46:490–500. doi:10.1097/01.jom.0000126029.07223.a0.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (1997) *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa ON, CAOT Publications ACE.
- Bagis, S., Sahin, G., Yapici, Y., Cimen, O. B., & Erdogan, C. (2003). The effect of hand osteoarthritis on grip and pinch strength and hand function in postmenopausal women. *Clinical Rheumatology*, 22(6), 420-424.
- Benor, D. J. (1999). *Wholistic integrative care*. Récupéré du site: <http://www.wholistichealingresearch.com/wholisticintegrativecare.html>
- Blaes, F., Tschernatsch, M., Braeu, M. E.; Matz, O., Schmitz, K., Nascimento, D., Kaps, M., & Birklein, F. (2007) *Autoimmunity in complex-regional pain syndrome*. New York, Academy of sciences.
- Bol, Y., Duits, A. A., Lousberg, R., Hupperts, R. M. M., Lacroix, M. H. P., Verhey, F. R. J., & Vlaeyen, J. W. S. (2010). Fatigue and physical disability in patients with multiple sclerosis: A structural equation modeling approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(5), 355-363. doi: 10.1007/s10865-010-9266-8
- Bowering, K. J., O'Connell, N. E., Tabor, A., Catley, M. J., Leake, H. B., Moseley, G. L., & Stanton, T. R. (2013). The effects of graded motor imagery and its components on chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain*, 14(1), 3-13. doi: 10.1016/j.jpain.2012.09.007
- Brown, T., & Chien, C. (2010). Top-down or bottom-up occupational therapy assessment: which way do we go?. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 95-95. doi: 10.4276/030802210x12682330090334

- Cabral, L. H. A., Sampaio, R. F., Figueiredo, I. M., & Mancini, M. C. (2010). Factors associated with return to work following a hand injury: A qualitative/quantitative approach. *Revista Brasileira De Fisioterapia*, 14(2), 149-157.
- Case-Smith, J. (2003). Outcomes in hand rehabilitation using occupation therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 499-506.
- Cederlund, R. I., Ramel, E., Rosberg, H.-E., & Dahlin, L. B. (2010). Outcome and clinical changes in patients 3, 6, 12 months after a severe or major hand injury--can sense of coherence be an indicator for rehabilitation focus? *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 286-286.
- Chan, J., & Spencer, J. (2004). Adaptation to Hand Injury: An Evolving Experience. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(2), 128-139. doi: 10.5014/ajot.58.2.128
- Dictionnaire Larousse (2013). Récupéré du site :
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/traumatisme/79279>
- Dinse, H. R., Ragert, P., Burkhard, P., Schwenkreis, P., & Tegenthoff, M. (2003) Pharmacological modulation of perceptual learning and associated cortical reorganization. *Science*, 301, 91-94.
- Fitzpatrick, N., & Presnell, S. (2004). Can occupational therapists be hand therapists? *British Journal of Occupational Therapy*, 67(11), 508-510.
- Fortin, M-F. (2010) *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e ed). Chenelière Éducation.
- Groth, G. N. (2005). Current practice patterns of flexor tendon rehabilitation. *Journal of Hand Therapy*, 18(2), 169-174.
- Grunert, B. I. C., Devine, C. A., Matloub, H. S., Sanger, J. R., Yousif, N. J., Anderson, R. C., & Roell, S. M. (1992). Psychological adjustment following work-related hand injury: 18-month follow-up. *Ann. Plastician. Surgery*, 29, 537-542.
- Grunert, B. I. C, Smith, C. J., Devine, C. A., Fehring, B. A., Matloub, H. S., Sanger, J. R., & Yousif, N. J. (1988). Early psychological aspects of severe hand injury. *Journal of Hand Surgery*, 13B, 177-180.
- Guzelkucuk, U., Duman, I., Taskaynatan, M. A., & Dincer, K. (2007). Comparison of therapeutic activities with therapeutic exercises in the rehabilitation of young adult patients with hand injuries. *Journal of Hand Surgery*, 32(9), 1429-1435.
- Hannah, S. D. (2011). Psychosocial issues after a traumatic hand injury: Facilitating adjustment. *Journal of Hand Therapy*, 24(2), 95-102.

- Harden, R. N., Oaklander, A. L., Burton, A. W., Perez, R. S. G. M., Richardson, K., Swan, M., & Bruehl, S. (2013). Complex Regional Pain Syndrome: Practical Diagnostic and Treatment Guidelines, 4th Edition. *Pain Medicine*, 14(2), 180-229.
- Hochberg, M. C., Altman, R. D., April, K. T., Benkhalti, M., Guyatt, G., McGowan, J., & Tugwell, P. (2012). Recommendations for the use of nonpharmacologic and the pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care & Research*, 64(4), 465-474. doi: 10.1002/acr.21596
- Huberman A., & Miles, M. (2003). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles, Belgique : De Boeck University.
- Hudak P, Amadio P. C., & Bombardier C. (1996). Development of an Upper Extremity Outcome Measure: The DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand). *American Journal of Industrial Medicine*, 29, 602-608.
- Hunter, J., Mackin, E., & Callahan. (2002). *Rehabilitation of the hand and the upper extremity*. (5th ed). Philadelphia: Mosby.
- Jebsen, R. H., Taylor, N., Trieschmann, R. B., Trotter, M. J., & Howard, L. A. (1969). An objective and standardized test of hand function. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 50(6), 311-9.
- Kennedy, J., Brown, T., & Stagnitti, K. (2013). *Top-down and bottom-up approaches to motor skill assessment of children: Are child-report and parent-report perceptions predictive of children's performance-based assessment results? Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(1), 45-53. doi: 10.3109/11038128.2012.693944
- Kingston, G., Tanner, B., & Gray, M. A. (2010). The functional impact of a traumatic hand injury on people who live in rural and remote locations. *Disability & Rehabilitation*, 32(4), 326-335. doi: 10.3109/09638280903114410
- Kjeken, I., Dagfinrud, H., Slatkowsky-Christensen, B., Mowinckel, P., Uhlig, T., Kvien, T. K., & Finset, A. (2005). *Activity limitations and participation restrictions in women with hand osteoarthritis: Patients' descriptions and associations between dimensions of functioning. Annals of the Rheumatic Diseases*, 64(11), 1633-1638.
- Koninck, Y. (2010) *Réseau québécois de recherche sur la douleur chronique : «La douleur a toujours été le parent pauvre des hôpitaux»*. Montréal, Québec, Journal Le Devoir. Récupéré du site : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/295107/reseau-quebecois-de-recherche-sur-la-douleur-chronique-la-douleur-a-toujours-ete-le-parent-pauvre-des-hopitaux>.
- Lacerte, M., & Shah, R. V. (2003). Interventions in chronic pain management. Pain concepts, assessment, and medicolegal issues. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(1), S35–S38.

- Law, M. (1998). *Client-centered occupational therapy*. Thorofare, NJ: Slack.
- Mackin, E. (2002). *Rehabilitation of the hand and upper extremity* (5th ed.). St. Louis, United States: Mosby.
- Maihofner, C., Baron, R., DeCol, R., Binder, A., Birklein, F., Deuschl, G., Handwerker, H. O., & Schattschneider, J. (2007). The motor system shows adaptive changes in complex regional pain syndrome, *Brain: A Journal of Neurology*, 130(10), 2671–87.
- Meldrum, M. L. (2007). *Brief history of multidisciplinary management of chronic pain*. New York: Informa Healthcare USA, Inc.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain*. Seattle: International Association for the Study of Pain Press.
- Meyer, T. M. (2003). Psychological aspects of mutilating hand injuries. *Hand Clinics*, 19, 41–49.
- Montgomery, L. (2006). *Le syndrome douloureux régional complexe*. Récupéré du site de l'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC): http://douleurchronique.org/content_new.asp?node=189
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (3e ed.). Armand Colin.
- Opsteegh, L., Reinders-Messelink, H. A., Schollier, D., Groothoff, J. W., Postema, K., Dijkstra, P. U., & van der Sluis, C. K. (2009). Determinants of return to work in patients with hand disorders and hand injuries. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(3), 245-255.
- Psychologies.com (2009). *Holistique*. Récupéré du site de la revue Psychologies.com : <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Holistique>
- Pederson, S., & Emmers-Sommer, T. M. (2012). “I'm Not Trying to Be Cured, So There's Not Much He Can Do for Me”: Hospice Patients' Constructions of Hospice's Holistic Care Approach in a Biomedical Culture. *Death Studies*, 36(5), 419-446. doi: 10.1080/07481187.2011.584024
- Pendleton, H. M., & Schultz-Krohn, W. (2005). *Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction*. 6e edition, Mosby.
- Robinson, K., Kennedy, N., & Harmon, D. (2011). Is occupational therapy adequately meeting the needs of people with chronic pain? *American Journal of Occupational Therapy*, 65 (1), 106–113.

- Sammons Preston Rolyan (2003). *JAMAR, Hydraulic Hand Dynamometer Owner's Manual*. Récupéré du site : http://www.mobilityworld.co.uk/pdf/4_user%20instruction.pdf
- Sanders, S. H., Harden, R. N., & Vicente, P. J. (2005). Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients. *Pain Practice*, 5(4), 303–315.
- Sandroni, P., Benrud-Larson, L. M., McClelland, R. L., & Low, P. A. (2003). *Complex regional pain syndrome type I: incidence and prevalence in Olmsted county, a population-based study*. International Association for the Study of Pain. Elsevier Science B.V.
- Schier, J. S., & Chan, J. (2007). Changes in life roles after hand injury. *Journal of Hand Therapy*, 20(1), 57-69.
- Shaffer, S., Harrison, A., Brown, K., & Brennan, K. (2005). Reliability and Validity of Semmes-Weinstein Monofilament Testing in Older Community-Dwelling Adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 28(1), 112-113.
- Shannon, E. (2002). Reflections on clinical practice by occupational therapist working in multidisciplinary pain management programmes in the UK and the USA. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 49, 48–52.
- Skirven, T. M., Osterman, A. L., Fedorczyk, J., & Amadio, P. C. (2011). *Rehabilitation of the hand and upper extremity*, 2nd edition.
- Skov, O., Jeune, B., Lauritsen, J. M., & Barfred, T. (1999). Time off work after occupational hand injuries. *Journal of Hand Surgery*, 24(2), 187-9
- Société de l'arthrite (2013). *L'Arthrose*. Récupéré du site: <http://www.arthrite.ca/types%20of%20arthritis/osteoarthritis/default.asp?s=1&province=ns>
- Statistique Canada. (2010). *Les blessures au Canada : un aperçu des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* Statistique Canada. Récupéré du site : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11506-fra.htm#a1>
- Strong, J., & Unruh, A. M. (2002). *Psychologically based pain management strategies* (pp. 169–186). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Tiffin, J. (1987). *Purdue Pegboard examiner's manual*. Chicago: Science Research Associates
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2008). *Facilité l'occupation. L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa (ON): CAOT Publications ACE.

- Trombly, C. (1993). Anticipating the future: Assessment of occupational function. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 253–257.
- Trombly, C. A., (1995). *Occupational therapy for physical dysfunction*. (4th ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Trybus, M., Lorkowski, J., Brongel, L., & Hladki, W. (2006). *Causes and consequences of hand injuries*, 192, 52–57.
- Turk, D. C., & Swanson, K. (2007). *Efficacy and costeffectiveness treatment for chronic pain: An analysis and evidence-based synthesis*. New York: Informa Healthcare.
- Van Kaam, A. L. (1984). *Existential foundations of psychology with a new forward*. New York: University Press of America.
- Veizi, I. E., Chelimsky, T. C., & Janata, J. W. (2012). Complex regional pain syndrome: What specialized rehabilitation services do patients require? *Current Pain and Headache Reports*, 16(2), 139-146. doi: 10.1007/s11916-012-0253-3
- Weinstock-Zlotnick, G., & Hinojosa, J. (2004). Bottom-up or top-down evaluation: Is one better than the other? *American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 594-599.
- Wilkins, K., & Mackenzie, S. (2003). *Les blessures au travail*. Récupéré sur le site : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2006007/article/injuries-blessures/10191-fra.pdf>
- Wilson, L. M., Roden, P. W., Taylor, Y., & Marston, L. (2008). The effectiveness of origami on overall hand function after injury: A pilot controlled trial. *British Journal of Hand Therapy*, 13(1), 12-20.
- Zhang, W., Doherty, M., Leeb, B. F., Alekseeva, L., Arden, N. K., Bijlsma, J. W., & Zimmermann-Gorska, I. (2009). EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 68(1), 8-17.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE AUX ERGOTHÉRAPEUTES

1. Quelle est la clientèle avec laquelle vous travaillez?
2. Depuis combien de temps travaillez-vous en thérapie de la main?
3. Quelles évaluations utilisez-vous en général? (goniomètres, évaluation fonctionnelle, etc.).
4. Quelles interventions utilisez-vous en général? (activités de table, mises en situation, activités centrées sur les occupations, autres?). Pourquoi?
5. Quelle est la place de l'occupation dans vos thérapies de la main?
6. Quelle est la place de l'environnement physique et social de la personne en thérapie de la main?
7. Quelle est la place des loisirs en thérapie de la main?
8. Quels sont vos objectifs que vous utilisez régulièrement dans vos plans d'intervention? (donnez des exemples)
9. Croyez-vous avoir une approche plus centrée sur la main ou une vision holistique de la personne? Pourquoi?
10. À votre arrivée en thérapie de la main, utilisiez-vous la même approche que celle que vous utilisez maintenant?
11. Qu'est-ce qui influence votre choix d'approche ou a modifié celle-ci (s'il y a lieu) dans votre pratique? Pourquoi?
12. Quelles seraient la/les principale(s) choses que vous feriez pour améliorer votre pratique professionnelle? Expliquez.
13. Avez-vous d'autres commentaires?

ANNEXE 2 : GRILLE D'OBSERVATIONS DES USAGERS

Caractéristiques / usagers	Usager # 1	Usager # 2	Usager # 3	Usager # 4
Âge				
Genre				
Description de la blessure ou maladie				
Occupations antérieures				
Objectifs de réadaptation				
Type d'évaluations réalisées				
Type d'interventions réalisées				
Autres observations pertinentes				

ANNEXE 3: CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

 **Université du Québec à Trois-Rivières**
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : L'approche holistique basée sur l'occupation en thérapie de la main

Chercheurs : Alexandre Roy-Dubois
Département d'ergothérapie

Organismes : Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 12 septembre 2012

Date de fin : 12 septembre 2013

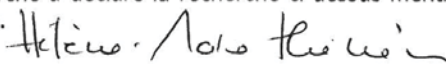
COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

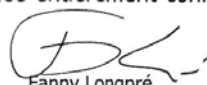
SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.



Hélène-Marie Thérien

Présidente du comité



Fanny Longpré

Secrétaire du comité

Date d'émission : 12 septembre 2012

N° du certificat : CER-12-182-06.32

DECSR

ANNEXE 4: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX ERGOTHÉRAPEUTES

Invitation à participer au projet de recherche : l'utilisation d'une approche holistique basée sur l'occupation en thérapie de la main.

Responsable du projet :

Alexandre Roy-Dubois

Étudiant à la maîtrise en ergothérapie

Université du Québec à Trois-Rivières

Alexandre.rdubois@uqtr.ca

819-690-1125

Dirigée par Mme Claire Dumont, PhD, erg

Département d'ergothérapie

Claire.dumont@uqtr.ca

819-376-5011 #3745

Votre participation à la recherche consiste à répondre à un questionnaire d'une durée de 20 minutes environ, concernant votre opinion sur l'approche privilégiée en réadaptation. Cette participation serait grandement appréciée.

Objectifs

L'objectif de ce projet de recherche est de déterminer qu'elle est l'importance d'une approche holistique incluant l'occupation dans le traitement des troubles à la main.

Les renseignements fournis dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Participants

Pour participer à cette étude, vous devez être ergothérapeute, travailler avec une clientèle souffrant d'un trouble à la main (blessure traumatique ou maladie), d'avoir un minimum d'une année d'expérience auprès de la clientèle en thérapie de la main et pratiquer au Québec.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste en la collaboration lors d'une entrevue téléphonique d'une durée d'environ 20 minutes comprenant des questions ouvertes. Cette entrevue permettra d'obtenir votre perception des types d'approches utilisées en réadaptation de la main. Au début de l'entrevue, le chercheur vous demandera s'il peut enregistrer l'entrevue. Vous avez le choix d'accepter ou de refuser cet enregistrement. Il est à noter que l'enregistrement est seulement utilisé afin de faciliter le déroulement de l'entretien, car il permet au chercheur de prendre moins de notes. Une fois les données recueillies suite à l'entrevue, l'enregistrement sera détruit.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 20 minutes demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances et l'amélioration de la qualité de la pratique en lien avec le type d'approche utilisée en thérapie de la main par les ergothérapeutes sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Afin de permettre au chercheur de communiquer avec vous si la nécessité de clarifier certains points se fait sentir, les données recueillies par cette étude ne seront pas confidentielles. Les résultats de la recherche pourront être diffusés sous forme d'*essai de maîtrise, d'articles, et de communications scientifiques*. Si vous y consentez, votre nom y sera cité à titre d'expert consulté. Dans le cas contraire, votre identité restera anonyme. Aucun nom d'utilisateur ne sera recueilli ou cité.

Toutes les données recueillies dans le cadre de cette étude seront entreposées sous clé et conservées pour une période de cinq (5) ans dans le local 3817 du pavillon de la Santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cependant, l'enregistrement de l'entrevue sera détruit immédiatement après la transcription de la conversation. Pendant cette période, les données seront sous la responsabilité de Claire Dumont, professeur au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explication.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Alexandre Roy-Dubois (alexandre,rdubois@uqtr.ca; 819-690-1125), responsable de recherche ou Claire Dumont (claire.dumont@uqtr.ca; 819-376-5011 #3745), directrice du projet de maîtrise.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières a jugé que le certificat d'éthique est approuvé (CER-12-182-06.32).

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement du chercheur

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

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet l'utilisation d'une approche holistique basée sur l'occupation en thérapie de la main. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante ou participant :	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

ANNEXE 5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX USAGERS

Invitation à participer au projet de recherche : *l'utilisation d'une approche holistique basée sur l'occupation en thérapie de la main.*

Responsable du projet :

Alexandre Roy-Dubois

Étudiant à la maîtrise en ergothérapie

Université du Québec à Trois-Rivières

Alexandre.rdubois@uqtr.ca

819-690-1125

Dirigée par Mme Claire Dumont, PhD, erg

Département d'ergothérapie

Claire.dumont@uqtr.ca

819-376-5011 #3745

Objectifs

L'objectif de ce projet de recherche est de déterminer qu'elle est l'importance d'une approche holistique incluant l'occupation dans le traitement des troubles à la main.

Les renseignements fournis dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement

attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Participants

Pour participer à cette étude, vous devez être client de la clinique d'ergothérapie/thérapie de la main de Trois-Rivières, avoir une blessure ou une maladie à une ou aux deux mains, débiter ou avoir débuté un programme de réadaptation depuis moins de trois mois.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste en la collaboration aux traitements que vous recevez habituellement. Il n'y aura aucune activité reliée au fait que des notes seront prises sur le type d'intervention que vous recevez. Ces observations permettront d'établir les approches utilisées en clinique.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances et l'amélioration de la qualité de la pratique en lien avec le type d'approche utilisée en thérapie de la main par les ergothérapeutes sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude seront confidentielles. Les résultats de la recherche pourront être diffusés sous forme d'*essai de maîtrise, d'articles, et de communications scientifiques*. Cependant, votre nom identité restera anonyme.

Toutes les données recueillies dans le cadre de cette étude seront entreposées sous clé et conservées pour une période de cinq (5) ans dans le local 3817 du pavillon de la Santé de

l'Université du Québec à Trois-Rivières. Pendant cette période, les données seront sous la responsabilité de Claire Dumont, professeur au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explication. Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Alexandre Roy-Dubois (alexandre.rubois@uqtr.ca; 819-690-1125), responsable de recherche ou Claire Dumont (claire.dumont@uqtr.ca; 819-376-5011 #3745), directrice du projet de maîtrise.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières a jugé que le certificat d'éthique est accepté (CER-12-182-06.32).

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement du chercheur

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

Consentement du participant

Je, _____ [nom du participant] _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet l'utilisation d'une approche holistique basée sur l'occupation en thérapie de la main. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante ou participant :	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :