

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

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

PAR

GENEVIÈVE PINARD

RÉSULTATS DE L'IMPLANTATION DU « SAC D'OUTILS ERGO » DANS LA
PRATIQUE DES ERGOTHÉRAPEUTES

AOÛT 2015

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

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 cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier le personnel du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (CRDITED MCQ-IU), et plus particulièrement Mesdames Catherine Bergeron, Yolaine Bolduc et Jacinthe Cloutier, pour leur soutien dans le démarrage et la conduite de ce projet. Dans un deuxième temps, je désire exprimer ma gratitude à tous les participants qui se sont joints à cette étude ainsi qu'à leurs établissements respectifs qui ont confirmé leur intérêt envers ce projet en permettant à leur personnel d'y prendre part (CRDITED de l'Estrie, CRDITED de Laval, CRDITED de Montréal, CRDI de Québec, CRDITED du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Centre le Florès, Centre de réadaptation la Myriade, Centre montérégien de réadaptation, Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord, Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort). Je remercie également les membres du comité de coordination de la recherche du CRDITED MCQ-IU pour le soutien financier octroyé dans le cadre de ce projet.

Je désire aussi offrir mes plus sincères remerciements à ma directrice de recherche, Mme Claire Dumont, pour son soutien et ses précieux conseils tout au long de la réalisation de ce projet. En plus d'avoir généreusement accepté de superviser ce projet, vous m'avez fait bénéficier de votre expertise et de votre passion pour la recherche.

Finalement, ce projet n'aurait pas été le même sans le support de ma famille et de mes proches que je remercie chaleureusement. Votre soutien inconditionnel tout au long de cette aventure m'aura été très précieux. Un merci tout spécial à mon fils Édouard et à son papa pour leur patience et leur collaboration.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vi
RÉSUMÉ	viii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1. Trouble du spectre de l'autisme	3
2.1.1 Description du trouble et prévalence.....	3
2.1.2 Diagnostic	4
2.1.3 Impacts occupationnels	5
2.1.4 Meilleures pratiques en intervention.....	6
2.2. Déficience intellectuelle	11
2.2.1 Description de la déficience et prévalence.....	11
2.2.2 Diagnostic	12
2.2.3 Impacts occupationnels	13
2.2.4 Meilleures pratiques en intervention.....	14
2.3. SAC d'outils ergo	18
2.3.1 Littéracie en santé	20
2.4. Objectifs	21
3. CADRE CONCEPTUEL.....	22
3.1 Évaluation d'implantation	22
3.2 Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels	23
4. MÉTHODE.....	25
4.1 Devis	25

4.2 Participants	25
4.3 Collecte de données	25
4.4 Analyse de données	26
4.5 Considérations éthiques	27
5. RÉSULTATS	28
5.1 Description des participantes et de leur pratique	28
5.2 Utilisation du « SAC d'outils ergo »	29
5.3 Contribution à la pratique des ergothérapeutes	33
5.4 Facilitateurs et obstacles à l'implantation du « SAC d'outils ergo »	36
5.5 Autres commentaires	38
6. DISCUSSION	40
6.1 Implantation du « SAC d'outils ergo »	40
6.1.1 Contribution à la pratique des ergothérapeutes	40
6.1.2 Facilitateurs et obstacles à l'implantation	44
6.2 Retombées pour la pratique et recommandations	48
6.3 Pistes futures	49
6.4 Limites et forces de l'étude	49
7. CONCLUSION	51
RÉFÉRENCES	52
ANNEXE A QUESTIONNAIRES SOUMIS AUX PARTICIPANTS	62
ANNEXE B CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÉTRES HUMAINS DE L'UQTR – CER 14-204-07.23	73
ANNEXE C CERTIFICAT DE CONFORMITÉ AUX NORMES ÉTIQUES DU CÉRC/CRDITED - CÉRC-0195	75
ANNEXE D CERTIFICAT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES ÉTABLISSEMENTS DU CRIR – CRIR-1010-1014	78
ANNEXE E LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	82

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Nombre d'années de pratique des participantes.....	29
Tableau 2.	Raisons ayant mené les ergothérapeutes à suivre la formation du « SAC d'outils ergo »	30
Tableau 3.	Fréquence et motifs d'utilisation du « SAC d'outils ergo »	31
Tableau 4.	Raisons ayant mené les participantes à utiliser le « SAC d'outils ergo » moins fréquemment que prévu	32
Tableau 5.	Consultation des résumés des articles scientifiques.....	32
Tableau 6.	Raisons ayant amené les participantes à recommander à un collègue d'utiliser le « SAC d'outils ergo »	33
Tableau 7.	Contribution du « SAC d'outils ergo » à la pratique des ergothérapeutes.....	35
Tableau 8.	Facilitateurs et obstacles à l'implantation du « SAC d'outils ergo » identifiés avant de débuter l'utilisation de l'outil	36
Tableau 9.	Facilitateurs et obstacles à l'implantation du « SAC d'outils ergo » identifiés deux mois post-formation	37
Tableau 10.	Autres facilitateurs et obstacles à l'implantation du « SAC d'outils ergo » identifiés deux mois post-formation	38
Tableau 11.	Modifications suggérées pour l'amélioration de l'outil.....	39

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO).....	24
Figure 2.	Âge et type de clientèles actuellement desservies par les participantes	29

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CER	Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR
CÉRC/CRDITED	Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux CRDITED
CIM	Classification internationale des maladies
CISSS	Centre intégré de santé et services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CPE	Centre de la petite enfance
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CRDITED MCQ-IU	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire
CRIR	Centre de recherche en réadaptation du Montréal métropolitain
DI	Déficience intellectuelle
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
FQCRDITED	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
ICD-10	<i>International Classification of Diseases</i>
ICF	<i>International Classification of Functioning, Disability, and Health</i>

INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
MCREO	Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
RGD	Retard global de développement
SAC	Solutions, activités, conseils
TED	Troubles envahissants du développement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Problématique : La pratique auprès de la clientèle présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une déficience intellectuelle (DI) représente de nombreux défis pour l'ergothérapeute. D'abord, ces professionnels se sentent parfois peu outillés pour intervenir auprès des personnes présentant un TSA de par la complexité et la diversité des problématiques qui les touchent. Quant à la clientèle DI, elle les confronte de plus en plus à de nouvelles problématiques occupationnelles en raison de leur espérance de vie qui ne cesse d'augmenter, ce qui nécessite leur implication à différentes étapes de la vie. Afin de partager leurs savoirs et expériences avec leurs collègues, les ergothérapeutes du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire ont créé et récemment diffusé le « SAC d'outils ergo - Solutions, Activités, Conseils », un répertoire de fiches d'intervention illustrées destinées à ces clientèles.

Objectifs : Cette étude vise deux objectifs principaux. D'abord, elle consiste à évaluer certains éléments de l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans la pratique des ergothérapeutes. Dans un deuxième temps, elle vise à formuler des recommandations pour la poursuite du développement de l'outil basé sur les facilitateurs et obstacles relevés lors de l'évaluation de son implantation.

Cadre conceptuel : Bien que ce projet n'ait pas la prétention de se vouloir une évaluation d'implantation complète, il n'en demeure pas moins qu'il s'inspire de certains de ses fondements théoriques, dont les changements de pratique liés à l'implantation ainsi que les facteurs contextuels expliquant ces changements. De plus, il s'appuie sur le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels, un cadre théorique développé par des ergothérapeutes et qui a été employé pour structurer le développement du « SAC d'outils ergo ».

Méthode : Une étude descriptive mixte de type longitudinal abordant certains aspects de l'évaluation d'implantation a été employée. Un total de 26 ergothérapeutes ayant suivi la formation leur permettant d'utiliser le « SAC d'outils ergo » a pris part à l'étude. Elles ont rempli un premier questionnaire avant d'utiliser l'outil et un second deux mois post-formation.

Résultats : Le taux d'utilisation de l'outil de 84,0% deux mois post-formation et le fait que toutes les participantes recommanderaient à un collègue d'utiliser l'outil suggèrent une implantation adéquate dans la pratique des ergothérapeutes œuvrant auprès de la clientèle présentant un TSA ou une DI. Des améliorations des pratiques ont été décelées en lien avec l'efficacité de rédaction de plans d'intervention et la transmission de modalités d'intervention auprès des clientèles cibles.

Discussion : Considérant que la majorité des participantes utilisent l'outil à une fréquence plus basse que celle initialement estimée, cela justifie la pertinence de s'attarder aux recommandations formulées selon les facilitateurs et obstacles identifiés lors de l'évaluation d'implantation. Ces recommandations touchent la formation et le soutien post-formation, le contenu des fiches d'intervention, de même que les compléments d'information aux fiches. Une étude de plus longue durée sera nécessaire afin de confirmer l'impact de l'outil sur l'utilisation de modalités d'intervention mieux ciblées.

Conclusion : L'étude démontre la

pertinence de cet outil novateur et rassembleur et justifie la poursuite de son développement. Les changements positifs observés dans les pratiques ergothérapeutiques peuvent amener à considérer un déploiement à plus grande échelle dans la francophonie afin qu'un plus grand nombre d'ergothérapeutes puissent bénéficier de cet outil.

Mots clés :

Ergothérapie, interventions, implantation, trouble du spectre de l'autisme, déficience intellectuelle.

Occupational therapy, interventions, implementation, autism spectrum disorder, intellectual disability.

1. INTRODUCTION

La pratique de l’ergothérapie auprès d’une clientèle présentant un trouble du spectre de l’autisme (TSA) ou une déficience intellectuelle (DI) est présentement en pleine évolution. Avec l’augmentation de la prévalence du trouble du spectre de l’autisme au Canada (Ouellette-Kuntz et al., 2014), la demande de services spécialisés pour cette clientèle ne cesse de croître (Anagnostou et al., 2014). Considérant que les impacts fonctionnels de ce trouble peuvent être aussi diversifiés qu’il peut y avoir de cas, se tenir à jour par rapport aux meilleures pratiques représente un défi pour les ergothérapeutes travaillant auprès de cette clientèle (Ashburner, Rodger, Ziviani, & Jones, 2014). Chez les personnes présentant une DI, l’augmentation constante de l’espérance de vie au cours des dernières décennies a induit une augmentation de la demande de services pour la clientèle adulte et aînée et a amené de nouveaux défis occupationnels auxquels l’ergothérapeute doit être en mesure de répondre (Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2005; St-Laurent, 2014; Vermeltfoort et al., 2014). L’intensification et la spécialisation des services en bas âge, reconnue comme une approche à préconiser tant en TSA qu’en DI (FQCREDITED, 2010a, 2010b, 2015), amène également les ergothérapeutes à revoir leurs stratégies d’intervention. Les ergothérapeutes travaillant avec les clientèles présentant un TSA ou une DI doivent donc être constamment à l’affût des meilleures pratiques dans leur champ de compétence afin de proposer des stratégies d’intervention qui s’arriment de manière adéquate avec l’évolution des demandes reçues pour les usagers.

Dans un souci de maintenir des services d’intervention axés sur les meilleures pratiques et les besoins du milieu, les ergothérapeutes du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CRDITED MCQ-IU) en sont venus à la conclusion que la création du « SAC d’outils ergo - Solutions, Activités, Conseils » devenait une avenue à privilégier (CRDITED MCQ-IU, 2014)¹. Le « SAC d’outils ergo » consiste en une série de fiches illustrées proposant des

¹ Depuis l’adoption de la loi 10 en avril 2015, tous les CRDI et CRDITED font maintenant partie de Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS) ou de Centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS). Considérant que la majeure partie de cette étude a eu lieu avant la création de ces nouveaux regroupements, les dénominations CRDI et CRDITED ont été conservées dans ce rapport.

stratégies d'intervention spécialisées en ergothérapie pour une clientèle présentant un TSA ou une DI (Bergeron, Bolduc, & Cloutier, 2014). Cet outil, disponible via un site électronique de partage, permet aux ergothérapeutes de bonifier leurs connaissances en interventions axées sur les plus récents faits scientifiques, sur l'expérience clinique ainsi que sur les préférences des usagers. Il permet également, grâce aux nombreuses photos insérées dans les fiches, de transmettre de manière plus efficace les détails du plan d'intervention à l'usager ou à ses proches (Levasseur & Carrier, 2012). L'outil a été lancé en avril 2014 et depuis, plusieurs sessions de formation ont été offertes à de nombreux d'ergothérapeutes travaillant auprès de personnes présentant un TSA ou une DI. En plus de leur permettre de se familiariser avec les fiches d'intervention, la formation leur donne également l'opportunité d'implanter l'outil dans leur pratique. Il devenait donc essentiel de s'attarder à la manière dont les ergothérapeutes intègrent le « SAC d'outils ergo » à leur quotidien ainsi qu'aux facilitateurs et aux obstacles liés à son implantation (Brousselle, Champagne, Constandriopoulos, & Hartz, 2011; Fortin, 2010). Comme l'outil demeure en constant développement et que de nouvelles fiches y sont ajoutées sur une base régulière, la rétroaction provenant des utilisateurs permettra de s'assurer que le « SAC d'outils ergo » répond à la réalité de pratique de l'ergothérapie auprès des clientèles présentant un TSA ou une DI.

Dans le cadre de cet essai, la problématique de laquelle découle cette étude sera d'abord exposée en faisant état des connaissances actuelles sur les meilleures pratiques d'intervention avec les clientèles présentant un TSA ou une DI et de leurs liens avec le « SAC d'outils ergo ». Par la suite, les principaux concepts théoriques permettant d'établir les fondements de cette étude seront présentés dans la section du cadre conceptuel. La description de la méthode suivra avec le devis employé, la population à l'étude ainsi que les stratégies de collecte et d'analyse de données. Finalement les résultats répondant aux objectifs de recherche seront présentés avant de terminer avec la discussion et la conclusion qui viendront mettre en perspective les différents éléments soulevés par cette étude.

2. PROBLÉMATIQUE

Comme ce projet concerne principalement deux clientèles bien distinctes, en l'occurrence les personnes présentant un TSA et celles avec une DI, la problématique sera abordée séparément pour chacune de ces clientèles. La description du trouble, sa prévalence et son diagnostic seront d'abord abordés. Ensuite, les impacts occupationnels ainsi que les meilleures pratiques d'intervention seront discutés. Finalement, la présentation du « SAC d'outils ergo » et ses liens avec les meilleures pratiques d'intervention seront démontrés. À la lumière de la problématique établie, les objectifs de l'étude seront énoncés pour clore cette section.

2.1. Trouble du spectre de l'autisme

2.1.1 Description du trouble et prévalence

Le terme « autisme » est dérivé du mot grec *autos* qui signifie « soi ». L'autisme est un trouble neurodéveloppemental dont les premières manifestations apparaissent généralement avant l'âge de trois ans. Bien que son étiologie n'ait toujours pas été clairement établie, ses caractéristiques, elles, ont été documentées abondamment. Les personnes présentant un TSA éprouvent des difficultés sur le plan de l'interaction sociale ainsi que de la communication et présentent des patrons de comportements restreints, répétitifs et stéréotypés. Des atteintes sur le plan de l'intégration sensorielle, de la régulation des émotions, des habiletés motrices et des praxies peuvent également être présentes (American Psychiatric Association, 2013; Tomchek & Case-Smith, 2009). Le degré et la diversité des atteintes varient grandement d'une personne à l'autre rendant chaque individu autiste en quelque sorte unique du point de vue de son trouble (Collège des médecins du Québec & Ordre des psychologues du Québec, 2012). De plus, les personnes ayant un TSA ont fréquemment des comorbidités qui viennent moduler l'approche d'intervention (Autisme Canada, 2014). Parmi celles présentant les fréquences les plus élevées se trouvent les troubles du sommeil à 86%, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité qui oscille entre 15 à 80%, et la DI présente chez 17 à 69 % de la clientèle TSA en fonction des études (Poirier, Des Rivières-Pigeon, & Dorismond, 2014).

Dans les pays industrialisés, la prévalence du TSA est en progression importante depuis plusieurs années et se situe actuellement à un taux d'environ 50-70 cas sur 10000 avec un taux significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Fombonne, 2009). De leur côté, le Canada et le Québec ne font pas exception à la règle et suivent cette tendance mondiale (Fombonne, Zakarian, Bennett, Meng, & McLean-Heywood, 2006; Ouellette-Kuntz et al., 2014; Poirier et al., 2014). Cette augmentation de la prévalence de l'autisme, qui peut représenter une progression réelle de la maladie, peut aussi s'expliquer par plusieurs facteurs extrinsèques. L'évolution des pratiques diagnostiques découlant d'une meilleure connaissance du trouble, une plus grande disponibilité d'outils de diagnostic standardisés, une sensibilisation accrue du public et des professionnels aux manifestations du TSA, ainsi qu'une meilleure disponibilité des services sont des éléments pouvant avoir contribué à l'explosion du nombre de cas recensés dans les dernières années (Collège des médecins du Québec & Ordre des psychologues du Québec, 2012; King & Bearman, 2009; Nassar et al., 2009).

2.1.2 Diagnostic

Le pédopsychiatre Leo Kanner est le premier à avoir scientifiquement établi les bases modernes de l'autisme en 1943 (Kanner 1943 dans Lehman & Klaw, 2003). Depuis cette époque, la conceptualisation de l'autisme ne cesse d'évoluer. D'ailleurs la publication de la 5e édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) en 2013 est venue encore une fois remodeler la manière de percevoir la maladie en simplifiant le diagnostic (American Psychiatric Association, 2013). En effet, sous le DSM-IV, la catégorie des troubles envahissants du développement (TED) incluait cinq pathologies distinctes soit l'autisme, le syndrome de Rett, le syndrome d'Asperger, le trouble désintératif de l'enfance, et le trouble envahissant du développement non spécifié (American Psychiatric Association, 2011). Après avoir utilisé ce profil diagnostic pendant plusieurs années, il a été démontré qu'établir des différences entre les cinq sous-groupes des TED devenait tout aussi difficile du point de vue de la recherche que de celui de la pratique (Garcin & Moxness, 2013). Ainsi, sous le DSM-5, le TSA regroupe en une seule catégorie inclusive toutes les catégories du DSM-IV, à l'exception du syndrome de Rett qui en a été dissocié, en plus d'inclure trois niveaux de sévérité soit : (1) requérant un soutien; (2) requérant un soutien important; (3) requérant un

soutien très important (American Psychiatric Association, 2013). Ce nouveau système de classification reflète de manière plus adéquate les connaissances actuelles sur les TSA en plus de fournir des informations appropriées sur le niveau de fonctionnement de l'individu (Garcin & Moxness, 2013), ce qui s'avère très pertinent d'un point de vue ergothérapeutique.

Au Québec, le diagnostic du TSA doit être posé par un médecin, un psychiatre ou un psychologue, mais le processus d'évaluation menant au diagnostic est généralement multidisciplinaire afin de fournir un tableau fonctionnel global pour soutenir ce diagnostic. Dans cette perspective, le rôle de l'ergothérapeute consiste à évaluer spécifiquement la motricité fine et globale ainsi que les difficultés sensorielles de la personne afin de comprendre leur impact sur les occupations (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec, 2014; Nachshen et al., 2008).

2.1.3 Impacts occupationnels

Comme le profil d'atteintes varie considérablement entre les personnes présentant un TSA, les impacts occupationnels sont eux aussi conséquemment diversifiés (Tomchek & Case-Smith, 2009). De manière générale, toutes les occupations intégrées à une routine (ex. : routine du sommeil, routine d'habillage, séquence d'activités en classe) peuvent être affectées en raison de la rigidité dont peuvent faire preuve les personnes autistes. Toute dérogation à une routine ou toute transition imprévue entre deux activités peuvent devenir source d'anxiété et ainsi affecter de manière significative la participation de l'individu aux occupations impliquées (Boyd, McCarty, & Sethi, 2014; Case-Smith & O'Brien, 2010; Rodger & Umaibalan, 2011). Les difficultés de communication peuvent quant à elles rendre ardue toute activité de productivité impliquant une composante sociale. En effet, les personnes présentant un TSA peuvent avoir de la difficulté à entrer en contact avec autrui en ce sens où certaines d'entre elles établissent peu ou pas de contact visuel, ont de la difficulté à formuler des demandes ou gèrent mal leurs émotions, ce qui peut amener des comportements perturbateurs (Case-Smith & O'Brien; Hébert, Kehayia, Prelock, Wood-Dauphinee, & Snider, 2014; Watling, Tomchek, & LaVesser, 2005). L'absence de pensée abstraite, la difficulté à faire des choix, les intérêts restreints et la difficulté à généraliser un apprentissage hors de son contexte sont des obstacles supplémentaires qui peuvent rendre complexe la participation de ces

personnes aux occupations quotidiennes (Tomchek & Case-Smith, 2009). De leur côté, les difficultés sur le plan sensoriel peuvent amener une intolérance à certaines textures, ce qui peut perturber les soins personnels comme l'alimentation, l'habillage ou l'hygiène. Elles peuvent également affecter toute occupation si l'activité réalisée représente une surcharge sensorielle pour une personne hypersensible ou au contraire, ne permet pas de combler les besoins sensoriels de la personne hyposensible (Case-Smith & O'Brien; Tomchek & Case-Smith; Watling et al., 2005). Finalement, chez la clientèle ayant un TSA, un retard de développement des habiletés de motricité fine et globale, un contrôle postural moins efficace, une coordination œil-main moins précise ainsi qu'une plus grande difficulté à planifier et à organiser les gestes moteurs peuvent être observés (dyspraxie), et ce particulièrement chez les enfants (Downey & Rapport, 2012; Lane, Harpster, & Heathcock, 2012; Ming, Brimacombe, & Wagner, 2007). Ces limitations viennent affecter la performance dans les occupations qui comportent une composante motrice, comme l'habillage, l'écriture ou la participation à une activité sportive (Case-Smith & O'Brien).

2.1.4 Meilleures pratiques en intervention

Selon une étude pilote conduite au Canada, les services d'ergothérapie arrivent au deuxième rang des services professionnels d'intervention reçus par les enfants autistes, confirmant ainsi l'impact de ce trouble sur les occupations (McLennan, Huculak, & Sheehan, 2008). À la lumière de la diversité des impacts que peuvent avoir les TSA sur la réalisation des occupations, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) en est venue à prendre officiellement position quant au rôle que doit jouer l'ergothérapie auprès de cette clientèle (Canadian Association of Occupational Therapists, 2008). Elle valorise d'abord un partenariat professionnel afin de définir les meilleures pratiques en évaluation ainsi qu'en intervention. Ces pratiques se doivent d'être centrées sur les valeurs du client et doivent valoriser sa participation aux activités quotidiennes. Elle recommande ensuite des actions sur le plan de l'éducation afin que ces meilleures pratiques puissent être diffusées aux ergothérapeutes concernés. Elle préconise également de plaidoyer auprès des instances gouvernementales pour les amener à contribuer davantage au développement d'un plan national de l'autisme et à la bonification de l'offre de services auprès de la clientèle adulte. Finalement, elle valorise la

pratique interdisciplinaire qui utilise un vocabulaire simplifié la rendant ainsi accessible au grand public.

Plusieurs guides de pratiques et documents présentant les lignes directrices en lien avec les approches d'intervention à préconiser avec les personnes ayant un TSA ont été élaborés par différents organismes (FQCRDITED, 2010a, 2010b, 2012; INESSS, 2014a, 2014b; NICE, 2013; Poirier et al., 2014). Ces guides, qui présentent les meilleures pratiques de réadaptation de manière générale, recommandent une intervention spécialisée, individualisée et précoce. Considérant qu'ils élaborent très peu sur les interventions spécifiques à l'ergothérapie, il est de mise de consulter les articles scientifiques de manière complémentaire afin d'identifier plus précisément les outils permettant à l'ergothérapeute d'intervenir efficacement auprès de cette clientèle.

À la lumière de la multitude d'impacts occupationnels que peuvent avoir les TSA, il serait irréaliste de prétendre couvrir toutes les meilleures pratiques d'intervention dans le cadre de cet essai. Ainsi, la priorité a été accordée à certaines interventions qui faisaient partie des fiches publiées au moment où les formations sur l'utilisation du « SAC d'outils ergo » ont eu lieu, soit à l'automne 2014. Ces fiches, qui reflètent les pratiques actuelles en CRDITED au Québec, s'adressaient principalement à une clientèle enfant. Comme la classification des fiches du « SAC d'outils ergo » se base sur le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) (Townsend & Polatajko, 2013), la même structure sera employée afin de décrire les meilleures pratiques d'intervention s'y rattachant.

2.1.4.1 Sphère de l'occupation

Les soins personnels, tels que l'alimentation, l'habillage et l'hygiène, représentent un défi quotidien pour les enfants vivant avec un TSA ainsi que pour leur entourage. De manière générale, les approches d'intervention recommandées par les guides de pratique pour favoriser le développement de l'autonomie dans ces occupations incluent l'utilisation de l'imitation, de l'enseignement microgradué, du soutien visuel et de l'analyse de tâches (FQCRDITED, 2010a, 2012). De manière plus spécifique, les résultats probants viennent supporter l'utilisation de ces approches et en proposent d'autres qui leur sont complémentaires.

D'abord, sur le plan de l'alimentation, les enjeux sont souvent reliés à la présence de difficultés sensorielles de type hypersensibilité qui amènent l'enfant à avoir un répertoire alimentaire limité (Bandini et al., 2010). Afin d'arriver à augmenter le nombre d'aliments acceptés, des activités orales motrices, telles que le massage des gencives ou l'utilisation de la vibration, peuvent être pratiquées afin de normaliser la sensibilité de la bouche (Yack, Sutton, & Aquilla, 2002). Il est également possible d'introduire graduellement de nouvelles textures alimentaires selon une séquence bien précise (ex. liquides, purées lisses, purées texturées, solides mous et autres) et de permettre à l'enfant d'interagir de manière graduelle avec un nouvel aliment afin d'en favoriser l'acceptation (ex. regarder, sentir, toucher, goûter) (Boyd, 2008; Bruns & Thompson, 2011). De plus, il a également été démontré que l'exposition précoce et répétée à un aliment favorise l'acceptation de nourriture lorsque l'enfant vieillit. De huit à quinze expositions peuvent être nécessaires avant de juger si l'enfant accepte un nouvel aliment ou non (Carruth, Ziegler, Gordon, & Barr, 2004).

En ce qui a trait au développement des habiletés à l'habillage, il faut d'abord porter une attention particulière aux caractéristiques des vêtements lorsque l'enfant présente des difficultés sensorielles (étiquettes, coutures, textures des tissus). Il est également possible d'apprendre à l'enfant la séquence d'habillage en utilisant des rappels indicés, dont les pictogrammes, ou d'employer la méthode d'apprentissage rétrograde qui consiste à laisser d'abord l'enfant compléter de manière indépendante les dernières étapes de la tâche afin de lui faire vivre du succès (Case-Smith & O'Brien, 2010; Kurtz, 2008; Sewell, Collins, Hemmeter, & Schuster, 1998).

Pour l'hygiène, une attention particulière devra une fois de plus être portée aux difficultés d'ordre sensoriel. Par exemple, pour le brossage des dents, une désensibilisation de la bouche à réaliser au préalable, l'utilisation d'un dentifrice au goût de l'enfant et l'emploi d'un type de brosse qui convient à ses besoins sensoriels sont gages de réussite pour la réalisation de cette occupation. Similairement à l'habillage, l'apprentissage de la séquence de brossage s'effectuera de manière plus efficace en utilisant des photos ou des pictogrammes pour illustrer chacune des étapes, en favorisant le brossage main-sur-main, ou en utilisant un sablier pour visualiser le temps que dure cette activité (Autism Speaks Inc., 2010; Pilebro & Bäckman, 2005; Stein, Polido, & Cermak, 2013).

Finalement pour le sommeil, l'importance d'implanter une routine a été démontrée comme étant un facilitateur pour la réalisation de cette occupation. En plus de créer un sentiment de sécurité pour l'enfant, elle lui permet de s'engager dans certaines étapes et elle permet également aux parents de passer des moments privilégiés avec l'enfant. L'ergothérapeute possède les compétences pour travailler de concert avec les familles afin de leur permettre de développer des routines qui répondent aux besoins de l'enfant et qui minimisent les répercussions des troubles du sommeil sur l'entourage (Marquenie, Rodger, Mangohig, & Cronin, 2011; Poirier et al., 2014).

Du côté de la productivité et des loisirs, les habiletés au jeu ainsi que les habiletés préscolaires et scolaires font régulièrement partie des plans d'intervention chez les enfants présentant un TSA. La contribution de l'ergothérapeute en lien avec le développement de ces habiletés découle de sa capacité à analyser le rendement occupationnel de l'enfant en fonction de son niveau développemental, de ses forces et de ses défis, des caractéristiques de son environnement ainsi que de celles de l'occupation à réaliser. Les interventions pour les enfants présentant un TSA sont axées principalement sur l'approche développementale, le développement d'habiletés à travers le jeu est donc grandement favorisé. Bien que l'objectif ultime vise à développer des habiletés, il n'en demeure pas moins que l'ergothérapeute doit proposer à l'enfant des jeux ou activités qui attirent et maintiennent son intérêt, qui le motivent à s'engager dans l'action et qui permettent de développer son sentiment d'auto-efficacité. Ces interventions peuvent et devraient être réalisées dans un cadre structuré ainsi que dans l'environnement naturel de l'enfant afin d'en faciliter la généralisation par la suite (Crevier, 2014; Tomchek & Case-Smith, 2009).

2.1.4.2 Sphère de la personne

Sur le plan de la dimension physique de la personne, les enfants avec un TSA présentent généralement un retard de développement de leurs habiletés de motricité fine et globale pouvant limiter leur engagement dans les occupations (Lloyd, MacDonald, & Lord, 2013; Ozonoff et al., 2008). Les problématiques praxiques peuvent être un des facteurs expliquant ce retard de développement (Downey & Rapport, 2012; MacNeil & Mostofsky, 2012). Afin d'aider le client à planifier puis réaliser adéquatement une séquence d'actions

motrices, l'apprentissage rétrograde ou les rappels indicés peuvent s'avérer être des avenues intéressantes à explorer parmi les recommandations énumérées dans les fiches du « SAC d'outils ergo » (Case-Smith & O'Brien, 2010; Tempest & Roden, 2008). De plus, comme les habiletés motrices s'acquièrent beaucoup via le jeu avec les pairs et que les enfants autistes peuvent aussi présenter des problématiques sur le plan des interactions sociales, de faibles habiletés sociales amènent l'enfant à moins s'engager dans le jeu et conséquemment à diminuer ses opportunités de développer ses habiletés motrices (Lloyd et al., 2013). Il devient donc primordial d'intervenir de manière précoce en favorisant le jeu actif via l'utilisation de différentes modalités afin de maintenir l'intérêt de l'enfant. Par exemple, il est possible de réaliser les interventions dans un contexte tout à fait ludique qui plaira à l'enfant que ce soit en sautant, en grimpant, en courant, en rampant, en pratiquant le yoga ou en réalisant des activités avec un ballon pour développer la motricité globale ou encore en utilisant des pinces, un compte-gouttes, des billes à enfiler, de la peinture à doigts, ou de la pâte à modeler pour développer les habiletés de préhension et de manipulation en motricité fine (Case-Smith, 1996; Kurtz, 2008; Wuang, Wang, Huang, & Su, 2009).

Sur le plan de la dimension cognitive de la personne, plusieurs habiletés d'autorégulation visant à contrôler ses pensées, ses comportements et ses émotions peuvent être travaillées avec la clientèle ayant un TSA afin de favoriser l'engagement dans les occupations significatives. Parmi les pistes d'intervention pouvant être explorées, les stimulations sensorielles telles que la stimulation tactile, proprioceptive ou vestibulaire peuvent être de bonnes options, particulièrement chez les individus présentant une difficulté d'intégration sensorielle (Watling, Davies, Koenig, & Schaaf, 2011). Même si selon les revues systématiques (Case-Smith, Weaver, & Fristad, 2015; Lang et al., 2012), l'efficacité de ces interventions varie grandement d'une personne à l'autre, il n'en demeure pas moins pertinent de réaliser plusieurs essais avec l'enfant pour tenter d'identifier une modalité convenable et pertinente à sa situation (Case-Smith et al., 2015; Watling et al., 2011). Par exemple, l'emploi de la veste lestée ou l'enroulement dans une couverture qui stimulent le système proprioceptif peuvent permettre de diminuer la stéréotypie, d'augmenter la concentration et de réduire les problèmes de comportement chez certains enfants (Case-Smith et al., 2015; Lang et al., 2012). Sur le plan de la stimulation vestibulaire, l'utilisation d'une chaise ballon en classe a permis à

certains élèves en recherche sensorielle et présentant un bon contrôle postural de demeurer assis plus longtemps, augmentant ainsi la durée de leur attention (Bagatell, Mirigliani, Patterson, Reyes, & Test, 2010). De plus, l'intégration de mouvements de balancement à la routine de certains élèves autistes leur a permis d'améliorer leur performance académique (Van Rie & Heflin, 2009). Il est par contre important de garder en tête que les stimulations vestibulaires se doivent d'être appliquées dans un environnement contrôlé et sous surveillance constante, car elles peuvent entraîner des surcharges sensorielles se traduisant par des symptômes physiologiques pouvant avoir des conséquences sérieuses (Yack et al., 2002).

2.1.4.3 Sphère de l'environnement

Le lien entre les problématiques sensorielles et la présence de comportements perturbateurs a clairement été démontré chez les personnes présentant un TSA (Chuang, Tseng, Lu, & Shieh, 2012). Lorsque des indices d'agitation interne se présentent, comme par exemple de l'agitation psychomotrice, des comportements d'autostimulation intense ou des signes d'agressivité, il est possible d'offrir un environnement apaisant adapté à l'état sensoriel de l'usager afin de prévenir une escalade de l'agitation (Fava & Strauss, 2010; Fowler, 2008). En effet, une salle d'apaisement proposant divers équipements sensoriels (visuel, tactile, auditif, olfactif et vestibulaire) réduit la fréquence de comportements perturbateurs en plus de permettre à l'usager de se calmer par lui-même au lieu de devoir subir un retrait thérapeutique.

De manière plus générale, l'aménagement physique d'une salle de jeu pour les jeunes enfants, qu'ils présentent un TSA ou non, aura un impact important sur l'engagement de ces derniers dans le jeu qui s'avère être leur occupation première. Selon l'étude de Lessard Dufresne (2012), les principaux aménagements physiques qui ont démontré une amélioration de l'attitude ludique des enfants de 0-5 ans lors du jeu étaient l'épuration des lieux, l'accessibilité des jouets, la disposition des zones de jeu, la catégorisation des jouets et la visibilité du matériel.

2.2. Déficience intellectuelle

2.2.1 Description de la déficience et prévalence

Selon l'American Psychiatric Association (2013), la déficience intellectuelle se définit comme étant un trouble caractérisé par des limitations des fonctions intellectuelles et du

comportement adaptatif dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques, et qui débutent durant la période développementale. Les habiletés conceptuelles regroupent, par exemple, la lecture, l'écriture et le langage. Les habiletés sociales ont rapport aux évènements sociaux, au respect des normes, à l'interaction et à l'empathie. Finalement, les habiletés pratiques concernent les tâches de la vie quotidienne comme la préparation et la prise de repas, l'entretien ménager, les soins personnels et les déplacements. Plusieurs causes peuvent expliquer la présence d'une DI. Elle peut être une conséquence de maladies génétiques (ex. trisomie 21, syndrome du Cri du Chat ou syndrome du X fragile), d'une exposition prénatale ou postnatale à des agents toxiques ou infectieux, d'un problème périnatal comme un manque d'oxygène ou de la prématuroté (Harris, 2006). Selon l'*Institut de la statistique du Québec* (2013), environ 1% de la population québécoise présente une déficience intellectuelle.

2.2.2 Diagnostic

Plusieurs outils diagnostics reconnus sont disponibles pour définir les critères de la DI. Parmi ceux-ci se trouvent l'*International Classification of Diseases* (ICD-10), le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), l'*American Association of Mental Retardation Definition, Classification, and Systems of Supports*, et l'*International Classification of Functioning, Disability, and Health* (ICF) (Harris, 2006). Comme les CRDITED utilisent le DSM (Association du Québec pour l'intégration sociale, 2014), cet outil sera celui discuté dans le cadre de cet essai.

Avec la venue du DSM-5, quelques modifications ont été apportées au diagnostic de la DI. D'abord, d'un point de vue terminologique, le terme « retard mental » a été remplacé par celui de « déficience intellectuelle », ce qui confirme un arrimage avec la terminologie employée depuis plusieurs années par l'*American Association on Intellectual and Developmental Disability* (Garcin & Moxness, 2013; Girouard, 2014). De plus, anciennement sous l'axe II, les déficiences intellectuelles sont maintenant une sous-catégorie des troubles neurodéveloppementaux au même titre que les TSA et les troubles de la communication. La sous-catégorie des déficiences intellectuelles regroupe la déficience intellectuelle non spécifiée de même qu'un nouveau trouble, soit le retard global de développement (RGD) (American Psychiatric Association, 2013; Girouard, 2014).

Trois critères doivent être présents pour confirmer le diagnostic de déficience intellectuelle selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013; Garcin & Moxness, 2013) :

- présence de déficits touchant des fonctions intellectuelles telles que le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, la pensée abstraite, le jugement, l'apprentissage académique et l'apprentissage par expérience. Ces déficits sont confirmés par une évaluation clinique ainsi qu'une évaluation intellectuelle individualisée et standardisée;
- présence de déficits du fonctionnement adaptatif qui entraînent une incapacité pour l'individu à répondre aux exigences développementales et socioculturelles d'indépendance personnelle et de responsabilité sociale. Sans soutien, les déficits d'adaptation limitent le fonctionnement dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne tels que la communication, la participation sociale, les habiletés de vie autonome dans divers environnements à domicile, dans le milieu scolaire, au travail ou dans la communauté;
- les déficits touchant les habiletés intellectuelles et adaptatives doivent apparaître pendant la période développementale.

Avec la publication du DSM-5, l'ancienne classification qui définissait les sous-types (déficience intellectuelle légère, moyenne, sévère et profonde) exclusivement en fonction du quotient intellectuel y ajoute maintenant un niveau de sévérité axée sur le niveau du fonctionnement adaptatif en considérant chacune des habiletés, soit conceptuelle, sociale et pratique. Évidemment, cette nouvelle catégorisation est plus pertinente dans le cadre d'une pratique ergothérapique, car elle renseigne sur le niveau d'autonomie de la personne ainsi que sur ses besoins réels.

2.2.3 Impacts occupationnels

En 2013-2014, plus de 76% de la clientèle du CRDITED MCQ-IU bénéficiant des divers programmes et services présentait une DI (CRDITED MCQ-IU, 2014), ce qui confirme l'ampleur des services d'intervention pour ce groupe d'individus. Les personnes présentant une DI démontrent certaines limitations affectant à différents degrés les fonctions de la sphère cognitive dont le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, la compréhension d'idées complexes et de pensées abstraites, la mémorisation et l'attention (Lachapelle, Lussier-Desrochers, & Pigot, 2007). Selon le niveau d'atteinte, la DI peut ainsi avoir de nombreuses répercussions lors de la réalisation d'occupations. L'autonomie peut être compromise lorsque des tâches comportant une série d'étapes doivent être réalisées. Par

exemple, l'apprentissage de l'habillage ou du brossage des dents peut poser problème chez l'enfant alors que chez l'adulte la préparation de repas, la lessive, les transferts ou le travail peuvent ne pas être réalisés de manière satisfaisante par l'individu (Channon, 2014).

Comme la déficience intellectuelle peut être une conséquence de divers troubles et affections, il n'est pas rare que certains facteurs de comorbidité liés au trouble ou à l'affection viennent également perturber la réalisation des occupations. Par exemple, dans le cas de la trisomie 21, la présence d'hypotonie peut amener un retard important du développement des habiletés de motricité globale et de motricité fine chez ces enfants qui présentent une DI (Morris, Vaughan, & Vaccaro, 1982; Pereira, Basso, Lindquist, da Silva, & Tudella, 2013). Ainsi, toutes les occupations nécessitant ces habiletés s'en retrouvent affectées. Par exemple, un retard de motricité peut entraîner des difficultés au plan des déplacements, particulièrement chez les jeunes enfants, ou au plan du développement des habiletés au jeu. L'alimentation, qui nécessite des habiletés orales-motrices influencées par la présence d'hypotonie, peut aussi représenter un défi chez la clientèle ayant une DI (Eckman, Williams, Riegel, & Paul, 2008; Gisel, Lange, & Niman, 1984; Gisel, Schwaab, Lange-Stemmler, Niman, & Schwartz, 1986).

Selon le niveau de sévérité de la DI, la présence de comportements perturbateurs peut également venir affecter la participation dans les activités signifiantes en diminuant les opportunités d'engagement occupationnel lorsque des mesures de contention sont appliquées afin de les contrôler (Heyvaert, Saenen, Maes, & Onghena, 2014, 2015; Jones, Allen, Moore, Phillips, & Lowe, 2007). Ces comportements peuvent découler de facteurs biologiques, sociaux ou environnementaux. Par exemple ils peuvent être une réaction à un inconfort physique, à une provocation d'un autre usager ou à un environnement bruyant.

2.2.4 Meilleures pratiques en intervention

Similairement à la section sur les TSA, les meilleures pratiques d'intervention présentées ont été priorisées afin de correspondre au contenu des fiches d'intervention disponibles au moment où les formations du « SAC d'outils ergo » ont eu lieu soit à l'automne 2014. Elles se basent sur les recommandations générales de guides de pratiques, qui soutiennent l'utilisation d'approches neurodéveloppementales et d'intégration sensorielle (FQCRDITED, 2015), ainsi que sur plusieurs résultats probants qui définissent plus

spécifiquement les modalités d'intervention à employer. Une fois de plus, les meilleures pratiques d'intervention seront présentées selon la structure du MCREO (Townsend & Polatajko, 2013).

2.2.4.1 Sphère de l'occupation

Dans le domaine des soins personnels, que ce soit au plan de l'hygiène ou de l'habillage, l'apprentissage des séquences d'une tâche peut représenter un défi majeur pour les personnes présentant une DI. Afin de faciliter le développement d'habiletés reliées à ces activités, plusieurs stratégies d'intervention s'offrent à l'ergothérapeute (Case-Smith & O'Brien, 2010; Hughes, Schuster, & Nelson, 1993; Jackson & Arbesman, 2005). Il est possible d'enseigner une tâche en utilisant la technique du main-sur-main, de l'imitation ou de l'apprentissage antérograde ou rétrograde. Cette dernière consiste à laisser la personne réaliser d'abord par elle-même les toutes premières ou les toutes dernières étapes d'une tâche pour graduellement la laisser réaliser de plus en plus d'étapes de manière autonome. Il est également possible d'employer les rappels indicés, qu'ils soient visuels, verbaux, gestuels ou physiques, et d'éliminer graduellement la quantité d'indices fournis au fur et à mesure qu'il y a progression dans ses apprentissages. Les stratégies sélectionnées doivent s'arrimer au niveau développemental de l'enfant en ce sens où elles doivent lui offrir un défi qu'il pourra surmonter afin de vivre un succès. Sur le plan de l'alimentation, plusieurs interventions ciblent le développement des habiletés orales-motrices pour la clientèle DI. En effet, en raison de la présence d'hypotonie ou de difficultés sensorielles, il peut être problématique pour eux de mastiquer ou croquer de manière efficace, ce qui amène des problèmes en lien avec la prise de repas (Gisel et al., 1984; Gisel et al., 1986; Kumin & Bahr, 1999). Les approches comportementales, qui visent à fournir de la rétroaction positive et des récompenses suite à un bon comportement, ainsi que les approches orales-motrices qui visent à travailler au plan de la musculature et de la sensibilité de la cavité buccale, se sont montrées efficaces pour améliorer l'efficacité de la mastication (Case-Smith & O'Brien, 2010; Eckman et al., 2008). En ce qui a trait à la routine du sommeil, l'approche comportementale combinée à l'approche psychoéducative, se sont avérées être des interventions efficaces auprès de cette clientèle (Thackeray & Richdale, 2002). L'utilisation de renforcement positif, l'enseignement aux parents pour leur apprendre à intégrer une routine et l'utilisation de l'extinction qui vise à

ignorer toutes demandes une fois la routine du dodo complétée, ont amené les enfants à s'endormir de manière indépendante, plus rapidement, à dormir plus longtemps et à bénéficier d'un sommeil de meilleure qualité. De plus, ces acquis ont été maintenus après un suivi de trois mois. Finalement sur le plan des déplacements, il est recommandé de travailler d'abord les sous-composantes du déplacement visé pour en faciliter l'apprentissage (Winders, 1997). Par exemple, pour la marche, il faut d'abord acquérir la dissociation et la coordination des jambes avant de pouvoir marcher comme tel en utilisant, entre autres, un jouet trotteur assis. Ensuite, il est possible de fournir un support adéquat à l'enfant et de graduellement retirer ce support au fur et à mesure qu'il progresse en utilisant par exemple nos mains ou un foulard tendu comme point d'appui pour ses mains. En décortiquant et en travaillant chacun des mouvements de manière ludique, l'ergothérapeute lui permet non seulement de développer les habiletés de motricité globale, mais également de vivre du succès à chacune des étapes.

Sur le plan de la productivité, différentes pistes d'intervention s'offrent aux ergothérapeutes pour leur permettre d'amener les adultes présentant une DI à réaliser des activités de la vie domestiques telles que faire la lessive ou préparer un repas simple (Hällgren & Kottorp, 2005; Lussier-Desrochers, Lachapelle, & Caouette, 2014). Il est ainsi possible d'adapter la tâche selon les capacités de l'usager, de lui enseigner des routines qu'il pourra réaliser de manière efficace, d'utiliser des alternatives simplifiées ou d'adapter l'environnement à l'aide, par exemple de séquences visuelles. Ces approches ont permis non seulement d'améliorer les habiletés motrices et procédurales, mais elles ont également permis de maintenir les acquis lors du suivi réalisé six mois post-intervention. Chez les plus petits, la productivité s'oriente davantage vers le jeu et les activités préscolaires ou scolaires. D'ailleurs lors du jeu, les enfants présentant une DI ont généralement plus de difficulté à faire preuve de sens de l'humour, apprécient peu les défis et exploitent peu l'imitation (Messier, Ferland, & Majnemer, 2008). Il devient ainsi essentiel de fournir un modèle approprié et d'adapter le jeu aux capacités de l'enfant pour l'amener à vivre de la réussite afin qu'il puisse apprécier les défis stimulants au lieu de les percevoir comme une barrière. Similairement lors du développement des habiletés préscolaires et scolaires, tel que le découpage ou l'écriture, il est important de réaliser des activités préparatoires, d'adapter le matériel et l'environnement, et de

graduer l'activité afin de favoriser l'apprentissage chez cette clientèle (Bruni, 2006; Joseph & Konrad, 2009).

2.2.4.2 Sphère de la personne

Sur le plan de la dimension physique, les habiletés motrices font partie des composantes clés permettant une participation satisfaisante dans les occupations. Tel que mentionné précédemment, la présence d'hypotonie chez les enfants présentant une DI vient compromettre leur niveau de rendement et d'engagement dans leurs activités significatives. L'étude de Wuang et ses collaborateurs (2009) a comparé, entre autres, l'efficacité des thérapies de type intégration sensorielle, perceptuelle-motrice et neurodéveloppementale sur le développement moteur chez la clientèle présentant une DI légère. L'approche perceptuelle-motrice, qui proposait des activités graphiques et de bricolage ainsi que de l'exercice physique, a permis d'améliorer de manière significative la motricité globale et la coordination motrice. La thérapie de type intégration sensorielle, qui visait à explorer différentes textures, à favoriser l'intégration bilatérale et à développer les réactions d'équilibre et de suspension a, quant à elle, permis une amélioration sur le plan de la motricité fine et de la coordination du membre supérieur. L'acquisition d'habiletés de motricité fine peut également s'effectuer en travaillant la stabilité du poignet, la dissociation des doigts ou la flexibilité des arches palmaires en utilisant les pinces, les compte-gouttes ou la pâte à modeler dans un contexte ludique (Case-Smith, 1996).

Sur le plan de la dimension cognitive, les difficultés en lien avec le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification ou tout autre déficit opératoire (Lachapelle et al., 2007) peuvent être travaillées avec les stratégies d'intervention décrites ci-haut pour l'apprentissage des occupations (ex. main-sur-main, imitation, apprentissage antérograde ou rétrograde, rappels indicés, séquences visuelles, adaptation de la tâche).

2.2.4.3 Sphère de l'environnement

Les troubles de comportements observés chez les personnes présentant une DI peuvent les amener à se placer dans des situations où leur sécurité ou celle d'autrui se trouve menacée. Le vieillissement de la clientèle ayant une DI ainsi que le risque de chutes qui en découle peuvent également mettre leur sécurité en jeu (Agence de développement des réseaux locaux

de services de santé et de services sociaux, 2005; Smulders, Enkelaar, Weerdesteyn, Geurts, & Schrojenstein Lantman-de Valk, 2013). Afin de gérer ces risques, l'ergothérapeute peut être appelé à considérer l'utilisation de mesures de contrôle ou de mesures alternatives après discussion avec l'usager, ses proches et l'équipe d'intervenants. Il est maintenant clairement établi que les mesures de contrôle se doivent d'être utilisées en derniers recours après que les mesures alternatives se soient montrées inefficaces ou dans l'impossibilité de gérer le risque élevé que représente une situation (Jones et al., 2007; Matson & Boisjoli, 2009). Fournir à l'usager un environnement stimulant au plan des possibilités d'engagement occupationnel s'est avéré être une mesure alternative efficace pour réduire les comportements perturbateurs et conséquemment l'utilisation de mesures de contrôle (Ball & Fazil, 2013). Advenant le cas où l'emploi de mesures de contrôle soit nécessaire, il incombe de les implanter selon un protocole bien défini et sous la supervision de personnel qualifié (Jones et al., 2007; Matson & Boisjoli, 2009).

2.3. SAC d'outils ergo

La pratique de l'ergothérapie auprès des clientèles présentant un TSA ou une DI représente de nombreux défis. Les clients rencontrés présentent des problématiques complexes qui requièrent une collaboration interdisciplinaire, mais le rôle de l'ergothérapeute dans ce partenariat n'est pas toujours clairement établi. Selon les guides de pratique traitant de réadaptation auprès de la clientèle ayant un TSA (FQCRDITED, 2010b; INESSS, 2014a, 2014b; NICE, 2013; Poirier et al., 2014), la plupart des jeunes enfants ayant reçu ce diagnostic nécessitent une intervention spécialisée, ciblée et précoce en raison de leur profil de développement unique et de leurs besoins d'intégration dans divers contextes. Ces interventions peuvent permettre, dans certains cas, un développement dans les limites normales ainsi qu'une intégration scolaire en milieu régulier. Par contre, selon l'étude d'Ashburner et ses collaborateurs (2014), les ergothérapeutes se sentent peu outillés pour intervenir auprès de cette clientèle en raison, notamment, de la complexité du trouble. Les participants mentionnent que le facteur principal pouvant contribuer à augmenter leur sentiment de compétence avec cette clientèle serait d'enrichir leurs connaissances en intervention, ce que vise directement à faire le « SAC d'outils ergo ». Similairement pour la clientèle ayant une DI, bien que les besoins soient toujours grands à l'enfance, les

ergothérapeutes se sentent souvent mal outillés pour intervenir lorsque survient la transition vers l’adolescence, l’âge adulte et le troisième âge (Barnhart, 2002; Herge & Campbell, 1998; St-Laurent, 2014; Vermeltfoort et al., 2014).

L’objectif principal du « SAC d’outils ergo » étant de fournir un répertoire des meilleures pratiques d’intervention ergothérapique pour la clientèle présentant un TSA ou une DI, il devenait pertinent de les choisir selon des critères bien précis. Selon Fawcett (2007), les approches d’intervention optimales se devraient d’être sélectionnées selon trois critères spécifiques que sont les faits scientifiques, l’expérience des professionnels, ainsi que les préférences du client. Les ressources disponibles dans le milieu d’intervention se doivent également d’être prises en compte afin de maximiser les chances de réussite de l’intervention (Case-Smith & O’Brien, 2010). Le « SAC d’outils ergo » a été développé en considérant tous ces aspects. En effet, une recherche a été effectuée dans les écrits afin d’identifier les pistes d’intervention qui se sont montrées efficaces à la lumière de résultats probants et des plus récents guides de pratique mentionnés précédemment. Ensuite, l’équipe de plus d’une douzaine d’ergothérapeutes qui a participé au développement de l’outil a mis en commun ses expériences afin de sélectionner les interventions pertinentes selon leur expertise. Les ergothérapeutes assistant aux sessions de formation du « SAC d’outils ergo » sont également invités à proposer des bonifications aux fiches à la lumière de leurs expériences professionnelles afin d’enrichir l’outil davantage. Finalement, les préférences des clients et les ressources des différents milieux auprès desquels les ergothérapeutes interviennent ont également été prises en compte, car elles maximisent l’adhérence aux approches d’intervention proposées dans le contexte de la réalité de la pratique. D’ailleurs, les fiches du « SAC d’outils ergo » ont été développées en format Microsoft Word™ afin de permettre aux ergothérapeutes de pouvoir personnaliser chacune d’entre elles pour tenir compte de ces préférences. Les ergothérapeutes du CRDITED MCQ-IU ayant contribué au développement et à la mise sur pied du projet du « SAC d’outils ergo » ont donc actualisé leur compétence d’experts en habilitation de l’occupation en mettant sur pied un outil qui fait état des plus récentes connaissances visant à favoriser le rendement et l’engagement occupationnel de leurs clients présentant un TSA ou une DI (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012).

2.3.1 Littéracie en santé

Afin de favoriser un engagement optimal de l'usager au plan d'intervention ergothérapique, l'information transmise en lien avec ce plan doit être dans un langage accessible à ce dernier ou à ses proches. Au Canada, il est estimé qu'environ 60% des personnes de plus de seize ans n'ont pas les compétences pour obtenir, comprendre ou suivre des instructions en matière de santé (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008). Ces compétences peuvent faire référence autant aux habiletés de lecture, d'écriture, d'écoute, de communication, de calcul, d'analyse critique ou d'interaction. Le concept de littéracie en santé a été défini comme étant la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer ou de communiquer l'information relative à la santé. Afin de permettre au client ou à ses proches de développer sa littéracie en santé, l'information transmise se doit d'être adaptée à l'interlocuteur (Rootman & Gordon-El-Bihbety). Un aspect central autour duquel le développement du « SAC d'outils ergo » a été articulé est l'inclusion de plusieurs photos illustrant le propos des pistes d'intervention suggérées. Cette approche visait à faciliter le transfert de l'information en lien avec le plan d'intervention en la rendant davantage accessible au client peu importe son niveau de littéracie. Ainsi, en promouvant la littéracie dans le cadre de sa pratique, l'ergothérapeute s'assure de demeurer centré sur le client, de lui permettre de prendre des décisions éclairées et de favoriser l'adhérence au plan d'intervention. D'ailleurs, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) reconnaît que la littéracie en santé influence la manière dont les occupations sont réalisées en ce sens où elle permet au client de prendre des décisions et de réaliser des actions éclairées. Elle recommande également à ses membres de favoriser des moyens de communication efficaces qui permettent d'habiliter le client à mieux comprendre les informations qui lui sont transmises relativement à sa situation (Canadian Association of Occupational Therapists, 2013). De plus, l'étude de Levasseur et Carrier (2012), qui a répertorié plus d'une quarantaine de documents portant sur l'intégration de la littéracie en santé dans le cadre de la pratique ergothérapique, abonde également en ce sens. Elle soutient aussi le fait que les ergothérapeutes doivent rendre l'information intelligible pour le client et qu'ils doivent interagir de manière optimale avec eux que ce soit, entre autres, en illustrant le propos ou en adaptant le vocabulaire utilisé. Ainsi, l'ajout de photos aux fiches d'intervention vient renforcer la portée que peut avoir le « SAC d'outils ergo » tant pour l'ergothérapeute que pour son client.

2.4. Objectifs

Le premier objectif de ce projet de recherche consiste à s'inspirer de certains principes de l'évaluation d'implantation afin d'étudier l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans la pratique des ergothérapeutes. Plus précisément, il vise à étudier les changements de pratique découlant de l'intégration de cet outil ainsi qu'à identifier les facteurs contextuels jouant le rôle de facilitateurs ou d'obstacles à l'implantation. Les changements anticipés incluent la préparation de plans d'intervention proposant des modalités mieux ciblées et plus diversifiées, une rédaction plus efficace de ces plans d'intervention, ainsi qu'une intégration plus systématique des données probantes à la pratique. Dans un deuxième temps, ce projet vise à formuler des recommandations pour la poursuite du développement de l'outil à la lumière des éléments ayant ralenti ou freiné son implantation. Ainsi, ce projet permettra d'évaluer si le « SAC d'outils ergo » répond aux attentes, c'est-à-dire s'il permet aux ergothérapeutes d'identifier efficacement des stratégies d'intervention plus spécifiques qui s'appuient sur les données probantes. Il permettra également d'identifier si des ajustements sont nécessaires pour les phases futures de son développement afin que cet outil d'intervention cadre le mieux possible avec la réalité de la pratique de l'ergothérapie auprès des clientèles présentant un TSA ou une DI.

3. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel servant de base théorique à cette étude est présenté en deux volets. D'abord, les fondements méthodologiques en évaluation de programme qui soutiennent cette étude seront exposés. Ils seront suivis du modèle théorique ergothérapeutique servant d'assise à l'élaboration de l'outil d'intervention qu'est le « SAC d'outils ergo ».

3.1 Évaluation d'implantation

D'abord, l'objectif premier de cette étude étant d'évaluer l'implantation d'un outil d'intervention ergothérapeutique, certaines bases conceptuelles de la méthode d'évaluation de type implantation seront employées. Bien que ce projet n'ait pas la prétention d'être une évaluation de programme accomplie dans le sens strict du terme, il n'en demeure pas moins qu'il s'inspire de certains de ces éléments. À l'heure actuelle, il n'y a pas de définition consensuelle de l'analyse d'implantation; certains auteurs y vont selon une approche globale, d'autres beaucoup plus spécifique (Brousselle et al., 2011). L'approche définie par Brousselle et ses collaborateurs (2011) a été sélectionnée pour servir de base théorique au projet, car elle rejoint le contexte de pratique dans lequel l'étude a été réalisée. Les éléments pertinents pour cette étude y sont présentés ci-dessous.

Selon ces auteurs, l'évaluation d'implantation comporte un volet explicatif important, car il vise à comprendre la dynamique d'implantation et à en cerner les facteurs critiques. Plus précisément, elle vise à définir des relations entre l'intervention et son contexte durant sa mise en œuvre. L'évaluation d'implantation est généralement réalisée lorsqu'un programme est nouvellement implanté, comme dans le cas de cette étude, ou lorsque les effets escomptés ne sont pas ceux obtenus suite à l'implantation.

Toujours selon ces auteurs, il existe quatre types d'évaluation d'implantation. Deux d'entre eux s'appliquent à ce projet. D'abord, le type 1a, identifié comme l'analyse de la transformation de l'intervention, permet d'évaluer si l'intervention induit les changements escomptés. Dans le cadre du projet, l'implantation du « SAC d'outils ergo » devait amener les ergothérapeutes à mettre en place des plans d'intervention proposant des modalités mieux ciblées, plus diversifiées et reposant sur les données probantes ainsi qu'à améliorer l'efficacité en rédaction de plan d'intervention. Ensuite le type 1b, identifié comme l'analyse des

déterminants contextuels du degré de mise en œuvre de l'intervention, permet d'identifier les facteurs contextuels qui facilitent ou nuisent à l'implantation du programme. Ces facteurs deviennent la source d'explication des changements observés. Les facteurs contextuels à considérer peuvent être décrits selon trois dimensions. Ils peuvent être de nature symbolique, organisationnelle ou physique. Dans le cadre de ce projet de recherche, les facteurs organisationnels et physiques seront davantage investigués. L'analyse d'implantation de type 1b permettra donc de proposer des modalités permettant d'améliorer le programme après avoir sciemment analysé ce qui se passe sur le terrain lors de l'implantation. Ainsi, il sera possible de formuler des recommandations qui viseront à favoriser l'utilisation du « SAC d'outils ergo » dans la pratique des ergothérapeutes à la lumière des données collectées auprès des participants.

3.2 Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels

Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) de Townsend & Polatajko (2013) constitue la deuxième partie du cadre conceptuel de cette étude. En effet, le développement et la classification de chacune des fiches du « SAC d'outils ergo » reposent sur le MCREO. Ainsi, les stratégies d'intervention proposées couvrent chacune des grandes sphères de ce modèle, en l'occurrence la personne, l'environnement et les occupations. La sphère de la personne comprend les dimensions physique, cognitive, affective et spirituelle. La sphère de l'environnement, quant à elle, considère les domaines physique, social, culturel et institutionnel. Finalement, l'occupation inclut les soins personnels, la productivité et les loisirs. Selon ce modèle théorique, c'est l'interaction entre chacune des trois grandes sphères (personne, environnement, occupation) qui influence le rendement et l'engagement occupationnel du client. Le rendement occupationnel est défini comme étant la capacité d'une personne à choisir, organiser et s'adonner à des occupations significatives. De son côté l'engagement représente l'implication avec laquelle une personne s'investit dans une ou des occupations.

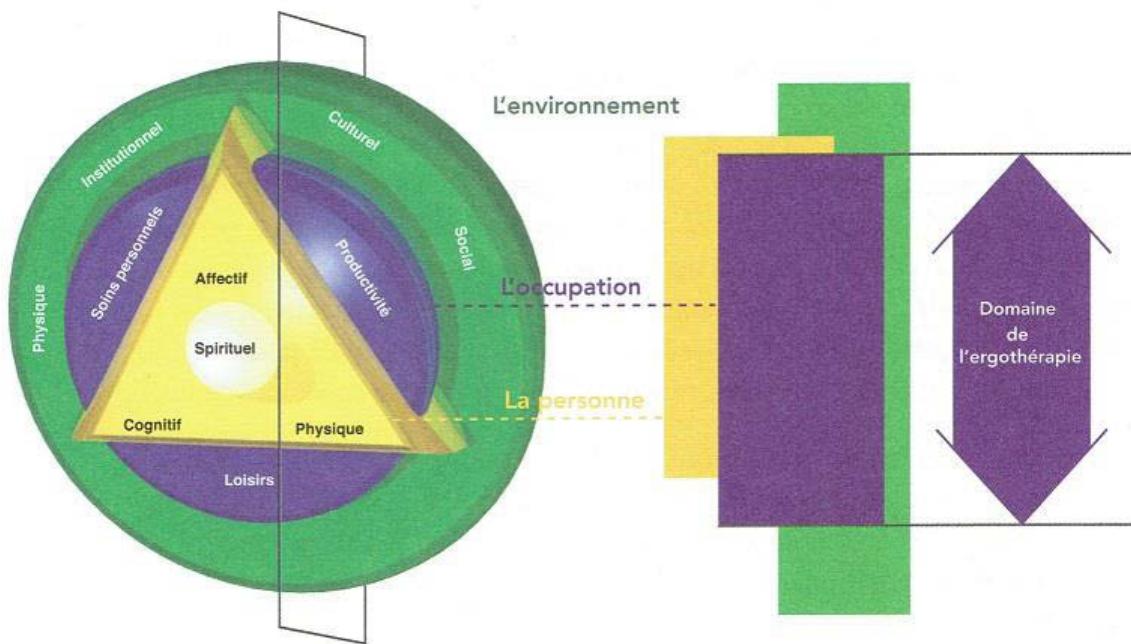


Figure 1. Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) vu de face et de profil

Tiré de Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation – Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e ed. version française N. Cantin). Ottawa : CAOT Publications ACE. p. 27. Reproduit avec l'accord de CAOT Publications ACE.

Ce modèle holistique, qui prône une pratique centrée sur le client, a été développé par des ergothérapeutes et est également utilisé comme cadre théorique par les ergothérapeutes du CRDITED MCQ-IU qui ont développé l'outil d'intervention. Il devenait ainsi pertinent d'utiliser ce modèle dans le cadre de cette étude pour présenter les stratégies d'intervention.

4. MÉTHODE

4.1 Devis

Le devis consiste en une étude descriptive mixte de type longitudinal « avant-après » abordant certains aspects de l'évaluation d'implantation (Brousselle et al., 2011; Carpenter & Suto, 2008). La recherche est dite descriptive, car elle amène à définir les caractéristiques contextuelles ayant influencé l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans la pratique des ergothérapeutes en fonction du point de vue des utilisateurs de l'outil (Fortin, 2010).

4.2 Participants

Les participants au projet de recherche ont été recrutés parmi les ergothérapeutes ayant assisté aux sessions de formation du « SAC d'outils ergo » offertes par le CRDITED MCQ-IU à l'automne 2014, soit le 18 septembre, le 6 novembre et le 11 décembre 2014. Une brève présentation orale exposant le contenu de l'étude a alors été effectuée par l'étudiante responsable du projet de recherche lors de ces sessions. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les suivants :

Critères d'inclusion :

- pratiquer à titre d'ergothérapeute membre d'un ordre professionnel;
- avoir suivi la formation du « SAC d'outils ergo » offerte par le CRDITED MCQ-IU;
- prévoir utiliser le « SAC d'outils ergo » dans les 2 mois suivant la formation.

Critère d'exclusion :

- avoir participé de près ou de loin au développement et la mise en place du « SAC d'outils ergo ».

Dans le cadre de cette étude, aucun nombre minimal ni maximal de participants n'avait été ciblé, la taille de l'échantillon ayant été prise en compte lors de l'analyse des résultats. Un total de 27 ergothérapeutes a assisté aux formations et a été sollicité afin de participer au projet de recherche.

4.3 Collecte de données

Un questionnaire a été élaboré comme outil de collecte de données. Contenant à la fois des questions ouvertes et fermées, le questionnaire a été préféré à l'entrevue, car il a comme

avantage de pouvoir rejoindre plus facilement une vaste clientèle, d'être économique à administrer, de permettre un anonymat complet au participant et de minimiser la possibilité de biais de la part du chercheur, car il est autoadministré. Par contre, le questionnaire présente certaines limitations en ce sens où il ne permet pas de clarifier une réponse et il force parfois le participant à choisir parmi une liste de réponses prédéterminées (Andrew & Halcomb, 2009). Ces restrictions doivent être prises en considération lors de l'interprétation des données.

Les questionnaires ont été validés par deux personnes n'étant pas directement liées au projet de recherche; l'une d'elles était familière avec le « SAC d'outils ergo », l'autre pas. Des modifications ont été apportées à leur contenu à la lumière de leurs commentaires. Les versions révisées des questionnaires ont ensuite été utilisées avec les participants. Ils sont présentés dans l'annexe A.

Les personnes acceptant, sur une base volontaire, de participer à l'étude ont été invitées à remplir un premier questionnaire avant de commencer à utiliser le « SAC d'outils ergo » dans leur pratique ainsi qu'un deuxième questionnaire deux mois après avoir suivi la formation. Environ 15 à 20 minutes étaient nécessaires pour compléter chacun des questionnaires. Une fois complétés, les questionnaires anonymisés ont été retournés à l'étudiante responsable du projet de recherche. Les ergothérapeutes participant à ce projet ont été appelés à remplir les questionnaires sur leur temps personnel et non sur leurs heures de travail.

4.4 Analyse de données

La capture des données, effectuée de manière manuelle à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2010™, a été réalisée par l'étudiante responsable du projet de recherche. Une vérification complète de toutes les entrées a par la suite été effectuée par personne indépendante du projet de recherche. Les réponses aux questions ouvertes ont de plus été compilées dans le logiciel Microsoft Word 2010™ afin d'en faciliter le codage (voir ci-dessous).

L'approche d'analyse qualitative inductive, qui vise à développer des connaissances à partir des données collectées, a été employée (Carpenter & Suto, 2008). Les données provenant des questions ouvertes ont été analysées par codage selon la méthode décrite par Miles et Huberman (2003). Cette méthode consiste, entre autres, à identifier des thèmes

émergents, à regrouper les thèmes convergents puis à comptabiliser la fréquence d'apparition de chaque thème. Le codage été réalisé à l'aide du logiciel QSR NVivo™ version 10. Quant aux données ordinaires et nominales, une compilation de fréquence a été réalisée. Finalement, pour les données de nature quantitative servant à décrire la population, la moyenne, l'écart type, le minimum et le maximum ont été calculés. L'analyse des données ordinaires, nominales et quantitatives a été effectuée à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2010™.

4.5 Considérations éthiques

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER UQTR), par le Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux CRDITED (CERC/CRDITED) ainsi que par le Comité d'éthique de la recherche des établissements du Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR). Les certifications éthiques sont présentées dans les annexes B, C et D, respectivement. De plus, une convenance institutionnelle a été mise en place avec chacun des établissements dont les employés ont pris part au projet de recherche. Tous les participants ayant participé à l'étude ont été invités à lire la lettre d'information décrivant le projet de recherche et les considérations éthiques s'y rattachant. Ils ont également été appelés à signer le formulaire de consentement. La lettre d'information ainsi que le formulaire de consentement peuvent être consultés dans l'annexe E.

5. RÉSULTATS

Les résultats collectés via les questionnaires soumis aux participantes sont présentés ci-dessous. La description des participantes et de leur pratique sera d'abord exposée. Par la suite l'utilisation prévue et réelle du « SAC d'outils ergo » seront comparées. Finalement, la contribution de l'outil dans la pratique des ergothérapeutes sera présentée avant de terminer avec les facilitateurs et obstacles à l'implantation.

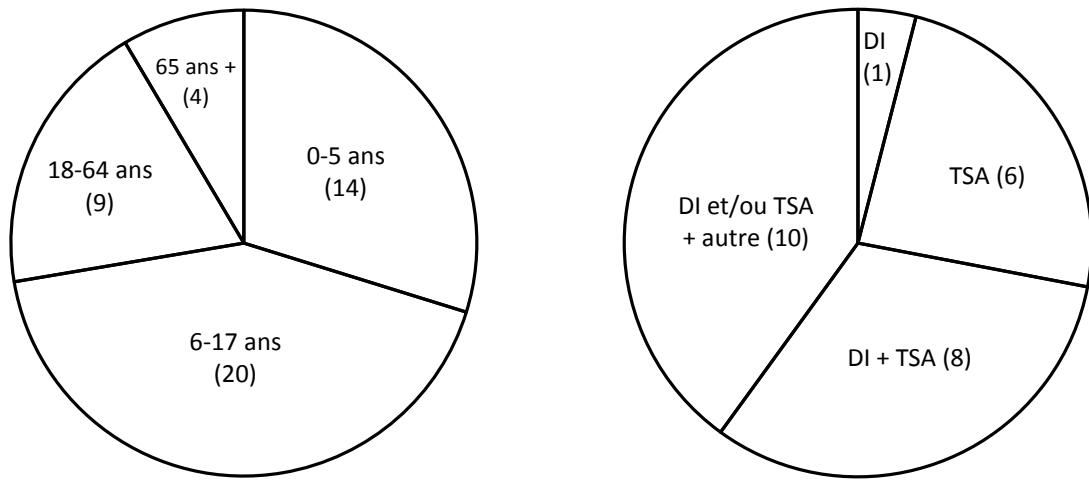
5.1 Description des participantes et de leur pratique

Sur les 27 participantes sollicitées, 26 ont accepté de prendre part au projet de recherche, ce qui représente un taux de participation de plus de 96%. Ces participantes, exclusivement des femmes, provenaient de dix établissements différents répartis à la grandeur du Québec. Huit de ces établissements font partie du regroupement des CRDITED (CRDITED de l'Estrie, CRDITED de Laval, CRDITED de Montréal, CRDI de Québec, CRDITED du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Centre le Florès, Centre de réadaptation la Myriade, Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort). Les deux autres en sont indépendants (Centre montérégien de réadaptation, Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord), mais ils comptent parmi leurs clientèles des usagers présentant un TSA ou une DI parfois en concomitance avec d'autres déficiences.

Les participantes au projet de recherche comptent en moyenne 9,1 années de pratique comme ergothérapeute dont 5,1 ans avec leur(s) clientèle(s) actuelle(s) (Tableau 1). La majorité œuvre à l'enfance et 26,9% réalisent des évaluations et des interventions à la fois à l'enfance et à l'adulte (Figure 2). Il est également intéressant de noter que 72,0% des participantes côtoient plus d'un type de clientèle, que ce soit la clientèle présentant un TSA, une DI ou un autre type de trouble ou déficience.

Tableau 1.
Nombre d'années de pratique des participantes

	Moyenne	Écart type	Minimum	Maximum	n
Nombre d'années de pratique comme ergothérapeute	9,1	6,07	1	24	26
Nombre d'années de pratique avec clientèle(s) actuelle(s)	5,1	3,93	1	14	26



Âge de la clientèle (n)
Travaillant avec plus d'un groupe d'âge : 17/26 (65,4%)
Travaillant à l'enfance et à l'adulte : 7/26 (26,9%)

Type de clientèle (n)
Travaillant avec plus d'une clientèle : 18/25 (72,0%)
Autres : retard global de développement, déficience physique, déficience du langage.

Figure 2. Âge et type de clientèles actuellement desservies par les participantes

5.2 Utilisation du « SAC d'outils ergo »

Les principales raisons ayant mené les ergothérapeutes à suivre la formation du « SAC d'outils ergo » sont présentées dans le Tableau 2. Le besoin d'être davantage outillé pour la pratique, celui d'augmenter la productivité et la recommandation d'un collègue ou d'un patron viennent en tête de liste avec des fréquences de citation de 17, 7 et 5, respectivement. Il est d'ailleurs intéressant de noter que plus de 42% des participantes avaient des collègues de leur établissement qui avaient précédemment suivi la formation du « SAC d'outils ergo ». Arrive ensuite le fait que la formation soit adaptée aux besoins des participantes ($n = 3$), qu'elle soit offerte gratuitement ($n = 2$) et qu'elle offre une opportunité d'échanger entre ergothérapeutes de pratique similaire ($n = 2$). Suite à la formation, toutes les participantes prévoient utiliser

l'outil dans les deux mois suivants. Soixante-dix-sept pourcent d'entre elles planifiaient l'utiliser d'une à cinq fois par semaine alors que 23,1% pensaient s'en servir moins d'une fois par semaine (Tableau 3).

Tableau 2.
Raisons ayant mené les ergothérapeutes à suivre la formation du « SAC d'outils ergo »

Thèmes	Fréquences de citation (n)
Bonifier de ma pratique	17
Augmenter de ma productivité	7
Recommandé par une collègue ou patron ^a	5
Formation adaptée à mes besoins	3
Gratuité de la formation	2
Opportunité d'échange entre collègues	2

^a = 42% des participantes avaient une collègue ayant déjà suivi la formation

Après deux mois d'utilisation, 84,0% des ergothérapeutes avaient utilisé le « SAC d'outils ergo » bien que la majorité d'entre elles s'en soient servis à une fréquence plus basse que celle attendue suite à la formation, c'est-à-dire moins d'une fois par semaine pour 81,0% des répondantes (Tableau 3). Les raisons expliquant cette baisse par rapport au taux d'utilisation initialement prévu sont le faible taux d'implication dans de nouveaux plans d'intervention pendant la durée de l'étude ($n = 9$), la non-disponibilité des thèmes d'intérêt parmi les fiches disponibles ($n = 5$), suivi du manque de temps pour explorer l'outil ($n = 1$) et de difficultés à accéder au site ($n = 1$) (Tableau 4). Bien que la majorité des répondantes croyait initialement se servir de l'outil principalement pour réduire leur temps de rédaction, il s'est avéré que son utilisation principale aura été pour personnaliser davantage les plans d'interventions et les recommandations afin d'améliorer les services offerts aux clients (Tableau 3). Avant de commencer à utiliser le « SAC d'outils ergo », les participantes prévoyaient remettre les fiches principalement à la famille et aux proches des usagers ainsi qu'au personnel non-ergothérapeute, ce qui s'est concrétisé deux mois post-formation.

Tableau 3.
Fréquence et motifs d'utilisation du « SAC d'outils ergo »

Fréquence d'utilisation des fiches (n (%))			Motifs d'utilisation (n (%))			Remise des fiches (n (%))		
	Prévue (avant utilisation)	Réelle (2 mois post- formation)		Prévue (avant utilisation)	Réelle (2 mois post- formation)		Prévue (avant utilisation)	Réelle (2 mois post- formation)
> 5 fois/semaine	0 (0,0)	0 (0,0)	Valider ou approfondir mes connaissances	14 (53,8)	7 (33,3)	Clients	14 (53,8)	5 (23,8)
1 à 5 fois/semaine	20 (76,9)	4 (19,0)	Personnaliser les recommandations/améliorer les services	20 (76,9)	16 (76,2)	Familles ou proches	23 (88,5)	14 (66,7)
< 1 fois/semaine	6 (23,1)	17 (81,0)	Gagner du temps lors de la rédaction	24 (92,3)	13 (61,9)	Personnel non-ergothérapeute	23 (88,5)	14 (66,7)
Taux d'utilisation	26 (100,0)	21 (84,0)	Autres ^a	5 (19,2)	1 (4,8)	Autres ^b	10 (38,5)	3 (14,3)

^a= la catégorie « Autres » fait référence à l'utilisation des photos pour illustrer les recommandations.

^b= la catégorie « Autres » fait référence au personnel en Centre de la petite enfance (CPE), en milieu scolaire et en ressource d'hébergement.

Tableau 4.

Raisons ayant mené les participantes à utiliser le « SAC d'outils ergo » moins fréquemment que prévu

Thèmes	Fréquences de citation (n)
Réduction du nombre de plans d'intervention réalisés pendant l'étude	9
Absence de fiches sur le(s) thème(s) d'intérêt	5
Manque de temps pour explorer l'outil	1
Accès au site bloqué au travail	1

Parmi les ergothérapeutes ayant utilisé le « SAC d'outils ergo » dans les deux mois suivant la formation, 61,9% d'entre elles ont consulté la section présentant les résumés des articles scientifiques à la fin des fiches. Leur motif était principalement de valider ou de justifier le bien-fondé de leurs recommandations que ce soit au client ou à un gestionnaire (n = 7). Parmi celles ne les ayant pas consultées, le manque de temps semble être le principal facteur explicatif (n = 4). Par contre, elles planifient les consulter prochainement et ne remettent pas en cause la pertinence de cette section (Tableau 5).

*Tableau 5.
Consultation des résumés des articles scientifiques*

	Thème	Fréquences de citation (n)
Ergothérapeutes ayant consulté la section des données probantes (61,9%)	Valider ou justifier le bien-fondé de mes recommandations	7
	Prendre connaissance des sources utilisées	2
	Élaborer des formations	2
Ergothérapeutes n'ayant pas consulté la section des données probantes (38,1%)	Par manque de temps	4
	Planifie le faire prochainement	3
	Considère malgré tout la section pertinente	1

Finalement, suite à l'utilisation du « SAC d'outils ergo » toutes les participantes en recommanderaient l'utilisation à un collègue. Parmi les raisons qui justifient l'engouement pour cet outil se trouve, par ordre d'importance, la qualité de son contenu et sa crédibilité scientifique (n = 10), l'augmentation de l'efficacité en intervention et en rédaction que son utilisation génère (n = 7), la facilité d'enseignement des modalités d'intervention qu'il apporte

grâce, entre autres, aux photos (n = 7), sa facilité d'utilisation et d'accès (n = 6), ainsi que son utilité en tant que source d'information (n = 6) (Tableau 6).

Tableau 6.

Raisons ayant amené les participantes à recommander à un collègue d'utiliser le « SAC d'outils ergo »

Thèmes	Fréquences de citation (n)
Qualité du contenu et crédibilité scientifique	10
Augmentation de l'efficacité en intervention et en rédaction	7
Facilité d'enseignement des modalités d'intervention	7
Facilité d'utilisation et d'accès	6
Source utile d'informations	6

5.3 Contribution à la pratique des ergothérapeutes

Les participantes ont été questionnées sur la contribution attendue du « SAC d'outils ergo » dans leur pratique avant de commencer à utiliser l'outil puis elles ont été questionnées de nouveau sur la contribution réelle deux mois post-formation (Tableau 7). Cette comparaison pré- et post-utilisation permet de déterminer si des changements en lien avec l'amélioration de leur pratique sont survenus. Chacun des éléments évoqués en lien avec la contribution à la pratique est présenté de manière descriptive. En effet, compte tenu de la taille de l'échantillon, il n'a pas été jugé pertinent de réaliser des analyses sur une base statistique.

Avant même de s'attarder à l'implantation du « SAC d'outils ergo », il importait d'abord de vérifier si la session de formation avait permis aux participantes de cumuler suffisamment de connaissances afin d'utiliser adéquatement l'outil (Tableau 7, énoncé #1). De façon unanime, elles ont répondu favorablement à cet énoncé. En effet, 96,0% d'entre elles étaient tout à fait d'accord ou d'accord avec l'énoncé alors que 4,0% étaient partiellement d'accord.

Par la suite, les participantes ont été questionnées quant à leur perception sur divers facteurs pouvant être reliés à l'implantation de l'outil. À la lumière des résultats obtenus, il est intéressant de noter qu'il est relativement facile, pour la majorité des participantes, de consulter un collègue pour échanger sur les connaissances en intervention (Tableau 7, énoncé

#2). Malgré cela, pour certaines d'entre elles, les opportunités d'échanges avec un collègue demeurent rares. En effet, 11,5% des répondantes se disent partiellement en désaccord ou en désaccord avec l'énoncé. Quant à la possibilité de consulter les données probantes (Tableau 7, énoncé #3), la majorité des participantes, soit 65,4%, se disent partiellement d'accord avec cet énoncé, ce qui laisse supposer que l'accès n'y soit pas optimal. De plus, près de 20% d'entre elles se disent partiellement en désaccord ou en désaccord avec l'énoncé. Lorsque questionnées sur l'intégration des données probantes à leur pratique (Tableau 7, énoncé #4), le niveau d'accord des participantes avec l'énoncé demeure relativement similaire avant et après avoir utilisé l'outil en ce sens où la majorité des répondantes demeure partiellement d'accord bien qu'un certain niveau de désaccord demeure présent. Ainsi, l'utilisation du « SAC d'outils ergo » n'a pas nécessairement augmenté l'intégration des données probantes à la pratique des participantes selon leur perception. En ce qui a trait à la variété et à la précision des modalités d'intervention utilisées en pratique (Tableau 7, énoncés 5 et 6), la perception favorable que dénotent les participantes avant l'utilisation de l'outil demeure relativement stable post-formation. Par contre, il est intéressant de signaler qu'aucune participante n'était en désaccord avec ces deux énoncés avant d'utiliser l'outil alors qu'un certain désaccord est noté par rapport ceux-ci post-utilisation. Par la suite, une tendance vers l'amélioration des pratiques est notée en lien avec l'énoncé portant sur une transmission plus claire et efficace des modalités d'intervention que ce soit avec le client, sa famille ou le personnel non-ergothérapeute (Tableau 7, énoncé 7). Similairement, une amélioration des pratiques est également notée en lien avec l'optimisation du temps de rédaction (Tableau 7, énoncé 8). En effet, une tendance vers un niveau d'accord plus élevé est observée envers ces énoncés deux mois post-formation comparativement aux niveaux notés avant l'utilisation de l'outil. Finalement, suite à l'utilisation du « SAC d'outils ergo », les participantes semblent s'accorder pour dire qu'en grande majorité, elles appuient l'énoncé indiquant qu'une meilleure adhérence du client, de sa famille ou du personnel non-ergothérapeute au plan d'intervention a été observé (énoncé 9).

Tableau 7.
Contribution du « SAC d'outils ergo » à la pratique des ergothérapeutes

Énoncé	n = 26											
	Avant l'utilisation du « SAC d'outils ergo » (%)						Deux mois post-formation du « SAC d'outils ergo » (%)					
	Tout à fait d'accord	D'accord	Partiellement d'accord	Partiellement en désaccord	En désaccord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	D'accord	Partiellement d'accord	Partiellement en désaccord	En désaccord	Tout à fait en désaccord
(1) Suite à la formation, je possède suffisamment de connaissances pour utiliser adéquatement l'outil.	48,0	48,0	4,0	0,0	0,0	0,0						
(2) Je peux facilement consulter un collègue lorsque je désire approfondir ou valider mes connaissances en intervention avec une clientèle DI/TSA.	23,1	50,0	15,4	7,7	3,8	0,0	-	-	-	-	-	-
(3) Je peux facilement consulter les données probantes lorsque je désire approfondir ou valider mes connaissances en intervention avec une clientèle DI/TSA.	0,0	15,4	65,4	7,7	11,5	0,0	-	-	-	-	-	-
(4) J'intègre les données probantes à ma pratique.	0,0	23,1	50,0	19,2	7,7	0,0	9,5	28,6	47,6	9,5	0,0	4,8
(5) Mes connaissances me permettent de cibler précisément les modalités d'intervention ou recommandations appropriées pour une clientèle DI/TSA.	15,4	53,8	30,8	0,0	0,0	0,0	23,8	42,9	23,8	4,8	4,8	0,0
(6) Mes connaissances me permettent de proposer une variété de modalités d'intervention ou recommandations pour une clientèle DI/TSA.	11,5	46,2	42,3	0,0	0,0	0,0	19,0	61,9	9,5	9,5	0,0	0,0
(7) J'arrive à transmettre de manière claire et efficace les modalités d'intervention ou recommandations au client, à sa famille ou au personnel non-ergothérapeute.	0,0	61,5	30,8	7,7	0,0	0,0	52,4	33,3	14,3	0,0	0,0	0,0
(8) J'arrive à optimiser mon temps de rédaction en lien avec les plans d'intervention ou recommandations.	0,0	19,2	42,3	34,6	3,8	0,0	33,3	28,6	28,6	4,8	4,8	0,0
(9) J'observe une meilleure adhérence du client, de sa famille ou du personnel non-ergothérapeute au plan d'intervention.	-	-	-	-	-	-	15,0	40,0	40,0	0,0	5,0	0,0

5.4 Facilitateurs et obstacles à l'implantation du « SAC d'outils ergo »

Avant de débuter l'utilisation de l'outil, il a été demandé aux participantes, sous forme de questions ouvertes, d'identifier les facilitateurs et obstacles qu'elles entrevoyaient en lien avec l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans leur pratique. Plusieurs facilitateurs ont été identifiés (Tableau 8). Par ordre de fréquence de citation, la facilité d'accès et d'utilisation de l'outil ainsi que la qualité du contenu et des photos arrivent en tête de liste ($n = 19$), suivi de la possibilité d'amélioration du rendement en lien avec l'élaboration du plan d'intervention, de la rédaction du rapport et de la transmission d'informations auprès de communautés culturelles ($n = 18$), de la flexibilité d'utilisation du contenu ($n = 10$), de la qualité de la formation ($n = 5$), de la présence d'assises théoriques et de données probantes ($n = 4$), de la possibilité d'échanger avec un collègue ayant suivi la formation ($n = 3$), de la rétroaction positive du personnel non-ergothérapeute envers l'outil ($n = 1$) et finalement de la possibilité de contribuer à l'outil ($n = 1$).

Du côté des obstacles anticipés se trouvaient, toujours par ordre de fréquence de citation, les limites informatiques ($n = 8$), l'absence de sujet ou de clientèle d'intérêt ($n = 4$), le manque de temps pour se familiariser avec l'outil ($n = 4$), la lourdeur de l'outil ($n = 4$), ainsi que le manque de compatibilité avec les pratiques locales ou régionales actuelles ($n = 2$).

Tableau 8.

Facilitateurs et obstacles à l'implantation du « SAC d'outils ergo » identifiés avant de débuter l'utilisation de l'outil

	Thèmes	Fréquences de citation (n)
Facilitateurs	Facilité d'accès et d'utilisation de l'outil	19
	Qualité des photos et du contenu	19
	Amélioration du rendement	18
	Flexibilité d'utilisation du contenu	10
	Qualité de la formation	5
	Présence d'assises théoriques et de données probantes	4
	Partage avec des collègues ayant suivi la formation	3
	Rétroaction positive du personnel non-ergothérapeute envers l'outil	1
	Possibilité de contribuer à l'outil	1
Obstacles	Limites informatiques	8
	Sujet ou clientèle d'intérêt peu ou pas représentés	4
	Manque de temps pour se familiariser avec le contenu ou utiliser l'outil	4
	Lourdeur de l'outil	2
	Manque de compatibilité avec les pratiques internes	2

Deux mois après avoir suivi la formation, une liste de facilitateurs et d'obstacles potentiels à l'implantation du « SAC d'outils ergo » a été fournie aux participantes qui devaient classer chacun des éléments à la lumière de leur expérience avec l'outil. Les résultats sont présentés dans le Tableau 9.

Tableau 9.
Facilitateurs et obstacles à l'implantation du « SAC d'outils ergo » identifiés deux mois post-formation

	Facilitateur	Obstacle	N/A ou incapable de répondre
Contenu de la formation	21	0	0
Soutien post-formation	8	0	13
Accès à la plate-forme informatique	18	3	0
Navigation à travers la plate-forme informatique pour le repérage des fiches	17	4	0
Rapidité d'utilisation de la plate-forme informatique	20	1	0
Type de fichier (document Word)	20	0	1
Nombre de fiches disponibles	16	5	0
Thématiques des fiches disponibles	17	4	0
Système de classification des fiches (table des matières)	18	2	1
Organisation des informations selon les modèles théoriques	18	0	3
Niveau de détails dans la description des interventions suggérées	19	2	0
Présence de données probantes et autres références	17	0	4
Qualité des photos	20	1	0
Quantité de photos	20	1	0

À part le soutien post-formation qui semble avoir été peu utilisé, possiblement en raison de la qualité de la formation que les participantes ont jugé satisfaisante tel qu'indiqué dans le Tableau 7, tous les éléments sont identifiés par la grande majorité des participantes comme étant des facilitateurs à l'implantation. Les obstacles avec la plus haute fréquence de citation sont le nombre de fiches disponibles ainsi que les thématiques disponibles ($n = 5$ et $n = 4$, respectivement). La navigation et l'accès à la plate-forme informatique ressortent également en tête de liste des obstacles à l'implantation de l'outil ($n = 4$ et $n = 3$, respectivement). Ces obstacles faisaient également partie des raisons mentionnées pour expliquer la plus faible utilisation de l'outil par certaines participantes (Tableau 4). Le système de classification des fiches ($n = 2$), le niveau de détails présents dans les fiches ($n = 2$), la

rapidité d'utilisation de la plate-forme informatique ($n = 1$), la quantité et la qualité des photos ($n = 1$) sont les autres obstacles identifiés, mais avec une fréquence de citation plus basse.

Finalement, des facilitateurs et obstacles à l'implantation autres que ceux proposés dans le Tableau 9 ont été identifiés par les participantes deux mois post-formation (Tableau 10). Le fait que d'autres collègues aient suivi la formation semble avoir facilité l'implantation de l'outil dans certains milieux ($n = 3$). L'implantation de l'outil semble également avoir été facilité par le fait qu'il favorise le partenariat avec le personnel non-ergothérapeute ($n = 1$), qu'il facilite la transmission d'informations auprès de clientèles multiculturelles ou moins instruites ($n = 1$) et qu'il permette d'améliorer les pratiques professionnelles ($n = 1$). Quant aux autres obstacles identifiés, le manque de temps pour se familiariser avec l'outil ou pour l'utiliser ($n = 5$), les limites informatiques liées à l'accès et à la mise en page ($n = 2$), le besoin de se déplacer à Trois-Rivières pour suivre la formation ($n = 1$) et les pratiques prônées par l'Ordre des ergothérapeutes concernant l'envoi du contenu des fiches par courriel ($n = 1$) ont été cités par les répondantes.

Tableau 10.
Autres facilitateurs et obstacles à l'implantation du « SAC d'outils ergo » identifiés deux mois post-formation

	Thèmes	Fréquences de citation (n)
Facilitateurs	Formation suivie par d'autres collègues	3
	Outil facilitant le partenariat avec le personnel non-ergo	1
	Outil facilitant la transmission d'informations auprès de clientèles multiculturelle ou moins instruite	1
	Outil permettant d'améliorer les pratiques professionnelles	1
Obstacles	Manque de temps	5
	Limites informatiques	2
	Distance pour suivre la formation	1
	Règles d'envoi du contenu des fiches par courriel	1

5.5 Autres commentaires

De manière générale, les participantes ont exprimé leur reconnaissance aux auteures pour le développement de cet outil. Certaines ont d'ailleurs mentionné que cet outil était très rassembleur pour les ergothérapeutes travaillant en CRDITED, surtout dans un contexte de

pratique en région où les professionnels pratiquent souvent en solo. Sa diffusion gratuite a d'ailleurs été un élément apprécié en ces temps où les budgets de formation sont limités. Elles ont également suggéré quelques modifications pour l'amélioration de l'outil qui sont présentées dans le Tableau 11.

Tableau 11.
Modifications suggérées pour l'amélioration de l'outil

Thèmes	Fréquences de citation (n)
Augmenter le nombre de fiches disponibles	11
Améliorer le repérage des thématiques	4
Recevoir une notification courriel lors de l'ajout de fiches	2
Ajouter des photos représentant des communautés multiculturelles	2
Fournir un document explicatif pour le formatage des fiches modifiées	1

Tel qu'indiqué dans certaines sections précédentes, les participantes apprécieraient avoir accès à une plus grande diversité de fiches, tant sur le plan des thèmes que des clientèles ($n = 11$). Certaines recommandaient d'améliorer le repérage des thématiques, via entre autres, l'utilisation de mots-clés ($n = 4$). Afin d'être informées rapidement de l'ajout de nouvelles fiches, certaines participantes proposaient l'envoi d'une notification par courriel ($n = 2$). L'ajout de photos représentant diverses communautés culturelles faisait également partie des recommandations ($n = 2$). Finalement, comme le format de chaque fiche permet de personnaliser le contenu afin de n'y conserver que l'information jugée pertinente pour chaque client, la création d'un document expliquant comment modifier les fiches tout en maintenant le formatage de la fiche serait également apprécié ($n = 1$).

6. DISCUSSION

Cette étude ciblait deux objectifs principaux. D'abord, elle visait à étudier l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans la pratique des ergothérapeutes. Plus concrètement, elle visait à évaluer l'utilisation de cet outil afin d'identifier les changements que cette utilisation a amenés dans la pratique des participantes selon leur propre point de vue. Les changements escomptés incluaient la préparation de plans d'intervention proposant des modalités mieux ciblées et plus diversifiées, l'intégration plus systématique des données probantes à la pratique ainsi que la rédaction plus efficace de plan d'intervention. Elle visait également à explorer les facilitateurs et obstacles à l'implantation. Dans un deuxième temps, cette étude se voulait une opportunité de formuler des recommandations visant l'amélioration de cet outil qui demeure en constant développement. Afin d'atteindre ces objectifs, des questionnaires ont été distribués aux ergothérapeutes ayant suivi la formation portant sur l'utilisation du « SAC d'outils ergo ». Les réponses reçues ont permis de déterminer la manière dont les ergothérapeutes ont intégré l'outil à leur pratique. Elles ont également permis de faire le lien entre les changements observés suite à l'implantation du « SAC d'outils ergo » (évaluation d'implantation de type 1a) et les facteurs contextuels expliquant ces changements (évaluation d'implantation de type 1b). Finalement, elles auront permis de formuler des recommandations à la lumière des facilitateurs et obstacles ayant été identifiés par les participantes lors de l'implantation de l'outil dans leur pratique.

6.1 Implantation du « SAC d'outils ergo »

6.1.1 Contribution à la pratique des ergothérapeutes

Afin de contribuer de manière significative à la réalité de pratique de l'ergothérapie, le « SAC d'outils ergo » se devait de combler un besoin rencontré sur le terrain par les participantes. À cet effet, deux éléments principaux ressortent en s'attardant au profil des participantes et aux raisons les ayant menées à suivre la formation. D'abord, la diversité des clientèles et des groupes d'âge desservis par les participantes travaillant auprès des clientèles présentant un TSA ou une DI confirme qu'elles sont appelées à intervenir sur de multiples plans. En effet, 26,9% d'entre elles travaillent à la fois à l'enfance et à l'adulte et 72,0% travaillent avec plus d'un type de clientèle que ce soit la DI, le TSA ou autre. Alors qu'elles doivent couvrir une kyrielle de problématiques occupationnelles, leur nombre d'années de

pratique avec leur(s) clientèle(s) actuelle(s) est relativement faible, soit 5,1 ans en moyenne. Considérant que le niveau d'expérience s'avère être un prédicteur du niveau de confiance des ergothérapeutes envers leur pratique (Ashburner et al., 2014), le « SAC d'outils ergo » vient ainsi répondre à un premier besoin, soit celui d'enrichir leur répertoire d'interventions en diffusant les meilleures pratiques à cet égard. D'ailleurs, la principale raison ayant amené les ergothérapeutes à s'inscrire à la formation portant sur le « SAC d'outils ergo » était de bonifier leur pratique. Deux mois post-formation, il s'agit également du principal motif les ayant amenées à utiliser le « SAC d'outils ergo ». Cette préoccupation de vouloir être davantage outillées pour les interventions concorde d'ailleurs avec les propos relevés dans l'étude d'Ashburner et ses collaborateurs qui s'intéressaient aux pratiques ainsi qu'aux besoins de formation chez les ergothérapeutes dispensant des services de réadaptation aux personnes présentant un TSA. Outre le besoin de vouloir se sentir davantage outillé en intervention, le besoin de maximiser la productivité semble être un autre élément faisant partie de la réalité de pratique des participantes. En effet plusieurs d'entre-elles ont indiqué que la seconde raison les ayant menées à s'inscrire à la formation du « SAC d'outils ergo » et le second motif justifiant l'utilisation de l'outil deux mois post-formation était la possibilité d'augmenter leur productivité en lien avec la rédaction de plans d'intervention. Ces deux éléments viennent donc témoigner de la pertinence de déployer un tel outil. Mais encore faut-il que l'implantation de l'outil soit jugée convenable et qu'elle ait pu générer les changements appropriés afin de répondre à ces besoins.

À cet égard, le taux d'utilisation de l'outil par les participantes deux mois post-formation, soit 84,0%, ainsi que le fait que l'ensemble des participantes recommanderait l'utilisation de l'outil à un collègue suggèrent une intégration satisfaisante à la pratique. En s'attardant plus spécifiquement aux changements apportés aux pratiques, il est intéressant de noter que la perception relativement favorable des participantes observée pré-implantation quant à l'emploi de modalités d'intervention ciblées et diversifiées demeure relativement stable après utilisation du « SAC d'outils ergo » alors qu'une tendance à l'amélioration aurait été attendue. Cela pourrait être lié au fait que la durée de l'étude n'ait pas été suffisamment longue pour permettre de bien cerner les effets complets de l'implantation. En effet, une des limites possibles de l'évaluation d'implantation est l'erreur de 3^e type (Brousselle et al., 2011).

Elle consiste à réaliser une évaluation de l'implantation sur les effets alors que l'intervention n'est pas totalement implantée. Dans ce cas, le délai de deux mois alloué pour l'utilisation de l'outil, qui a été défini en tenant compte des échéanciers à respecter pour ce projet, pourrait ne pas avoir été optimal pour permettre une implantation complète. Plusieurs participantes ont d'ailleurs mentionné avoir utilisé l'outil moins souvent que prévu ou ne pas l'avoir utilisé du tout par manque de temps ou parce qu'elles avaient eu moins de plans d'intervention à formuler que prévu pendant la durée de l'étude. Il est également intéressant de noter que bien que chez la majorité des participantes leur perception quant à l'utilisation de modalités d'intervention ciblées et diversifiées soit demeuré stable pré- et post-intervention, il n'en demeure pas moins que chez certaines d'entre elles, une perception plutôt défavorable s'est installée post-utilisation. Cela pourrait s'expliquer par une prise de conscience, suite à la consultation des nombreuses fiches, de la variété de modalités d'intervention disponibles comparativement à celles utilisées préalablement dans leur pratique. Il reste à espérer que cette prise de conscience n'aura induit cet effet qu'à court terme et qu'à force d'utiliser l'outil, les participantes considéreront incessamment leurs interventions mieux ciblées et plus diversifiées.

Pour ce qui est du changement en lien avec l'optimisation du temps de rédaction, une amélioration a été notée par les participantes en comparant leur perception pré- et post-utilisation. Cette amélioration dénote la pertinence de cet outil dans un contexte de rationalisation où l'équilibre entre les ressources et les services à offrir demeure précaire et où tout outil novateur permettant d'améliorer le processus d'intervention est accueilli favorablement. Un autre changement favorable observé suite à l'étude est en lien avec la capacité à transmettre de manière claire et efficace les modalités d'intervention au client, à ses proches ainsi qu'au personnel non-ergothérapeute. En effet, une amélioration sur ce plan est notée par les participantes deux mois post-utilisation du « SAC d'outil ergo ». Tel que relevé spécifiquement par certaines d'entre elles, la présence de nombreuses photos de qualité illustrant les pistes d'intervention proposées est définitivement un des facteurs ayant contribué à ce changement. En effet, Levasseur et Carrier (2012), qui ont réalisé une recension des écrits sur l'intégration de la littéracie dans les pratiques ergothérapiques, ont relevé l'importance d'illustrer les propos afin de les rendre accessibles à tous types de clientèles. L'ACE abonde

également en ce sens en recommandant l'utilisation des stratégies de communication adaptées aux clients (Canadian Association of Occupational Therapists, 2013). Ainsi, avec ses multiples photos, le « SAC d'outils ergo » vient satisfaire une préoccupation actuelle qui est de pouvoir transmettre efficacement les modalités d'intervention au client de manière à ce que leur niveau de connaissances ne soit pas un obstacle à leur participation active au plan d'intervention. D'ailleurs certaines participantes ont suggéré l'ajout de photos représentant des sujets provenant de diverses communautés culturelles afin qu'une plus large clientèle s'y identifie. Cette suggestion dénote une grande sensibilité à la compétence culturelle qui doit faire partie intégrante de la pratique de l'ergothérapie (Canadian Association of Occupational Therapy, 2011).

Lorsque questionnées sur les changements de pratique en lien avec l'intégration des données probantes, environ la moitié des répondantes considérait en faire partiellement l'intégration avant de commencer à utiliser le « SAC d'outils ergo » et cette perception est demeurée la même deux mois post-formation. Ainsi aucun changement notable n'est identifié à cet égard. Bien qu'il soit recommandé de définir les meilleures pratiques en se basant, entre autres, sur les données probantes (Fawcett, 2007; Taylor, 2007), l'accès aux bases de données offrant un accès aux publications scientifiques demeure limité pour plusieurs participantes. Le résumé des références scientifiques utilisées pour supporter chacune des fiches et présenté à la fin de chacune d'entre elles prend donc ici toute sa pertinence. Il permet non seulement de justifier le choix des modalités d'intervention proposées, mais également de rendre facilement accessible aux utilisateurs de l'outil un sommaire des conclusions des plus récentes études. Certaines participantes ont d'ailleurs mentionné avoir utilisé les données probantes des fiches du « SAC d'outils ergo » afin de justifier le bien-fondé de leurs recommandations que ce soit à un client, un collègue ou un gestionnaire comme le recommande Taylor. Il pourrait être pertinent de considérer offrir aux usagers du « SAC d'outils ergo » un accès au texte intégral des articles utilisés, mais pour des raisons de droits d'auteur, cette solution pourrait s'avérer difficile à implémenter et le repérage de l'information pertinente beaucoup plus long à réaliser. Bien que l'accès aux articles publiés dans les revues scientifiques ainsi qu'aux livres ne puisse pas facilement être partagé, il n'en demeure pas moins que les guides de pratique, qui donnent les grandes lignes des meilleures pratiques d'intervention, sont du domaine public. Par

exemple, la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED) a élaboré un guide de pratique s'adressant aux professionnels œuvrant auprès des personnes présentant un RGD alors que l’Institut national d’excellence en santé et services sociaux (INESSS) en a développé un exposant l’efficacité des interventions de réadaptation chez les jeunes ayant un TSA (FQCRDITED, 2015; INESSS, 2014a, 2014b). Une liste de ceux-ci, avec les hyperliens y donnant accès, pourrait donc être rendue disponible sur la même plate-forme que celle présentant les fiches. De plus, les sections pertinentes à l’ergothérapie pourraient être identifiées afin d’en permettre une consultation facilitée.

Finalement, le dernier changement noté porte sur l’adhérence du client, de la famille ou du personnel non-ergothérapeute au plan d’intervention. Deux mois post-formation, plus de 95% des participantes disent en effet observer une meilleure adhérence. Bien que ces réponses se doivent d’être analysées avec prudence, car elles ne tiennent compte pour le moment que du point de vue de la personne offrant les services et non de celle qui les reçoit, il n’en demeure pas moins qu’il suggère une réception positive des usagers envers cet outil d’intervention.

6.1.2 Facilitateurs et obstacles à l’implantation

Même si le taux d’utilisation du « SAC d’outils ergo » est jugé plus que satisfaisant, cela ne change pas le fait que la grande majorité des participantes l’ait employé à une fréquence plus basse que celle initialement projetée, ce qui amène le besoin de départager les facteurs contextuels ayant œuvré à titre de facilitateurs ou d’obstacles à l’implantation. Selon la terminologie de Brousselle et ses collaborateurs (2011), les deux types de facteurs contextuels retenus dans le cadre de ce projet sont organisationnel et physique. Ainsi les facilitateurs puis les obstacles seront regroupés en fonction de cette classification. Il est intéressant de noter que les principaux facilitateurs et obstacles anticipés par les participantes avant de débuter l’utilisation du « SAC d’outils ergo » sont demeurés relativement constants deux mois post-formation.

D’abord, d’un point de vue organisationnel, l’ensemble des réponses obtenues dans le cadre de cette étude a permis de faire ressortir les principaux facilitateurs à l’implantation du

« SAC d'outils ergo ». Premièrement, la formation a permis aux participantes de se sentir préparées avant de débuter l'utilisation de l'outil. Cette formation leur a également permis d'échanger sur leurs besoins et leur réalité entre elles ainsi qu'avec les formatrices et auteures de l'outil. L'étude d'Eriksson, Tham et Guidetti (2013) a d'ailleurs démontré l'importance de créer cet échange entre les personnes développant un outil d'intervention et celles qui seront appelées à l'intégrer à leur pratique afin d'en faciliter l'implantation. Deuxièmement, la communauté de pratique créée autour du « SAC d'outils ergo » est un facilitateur majeur. La possibilité d'échanger entre collègues pendant et après la formation du « SAC d'outils ergo » est un élément non négligeable de la pratique. En effet, il a été démontré que les ergothérapeutes prennent leurs décisions cliniques non seulement basées sur leur expérience et leur formation, mais également basées sur des discussions entre collègues (Bennett et al., 2003). La communauté de pratique créée avec les ergothérapeutes utilisant le « SAC d'outils ergo » permettant d'offrir du soutien et d'échanger post-formation vient donc appuyer cet élément. La création d'une plate-forme d'échange devient d'ailleurs un outil important pour la pratique en région où les équipes sont habituellement en nombre plus restreint. Troisièmement, la gratuité de la formation a également été un facteur facilitant l'implantation de l'outil. Certaines participantes ont mentionné que les budgets alloués à la formation dans leur établissement étaient limités et qu'elles appréciaient avoir l'opportunité d'être formées sans frais.

En ce qui a trait aux facteurs physiques, la qualité des fiches disponibles a été sans contredit un facilitateur à l'implantation de l'outil dans la pratique des ergothérapeutes. Que ce soit au plan du contenu des fiches orienté sur les données probantes (Bennett et al., 2003; Fawcett, 2007; Taylor, 2007), des photos qui permettent de transmettre efficacement l'information à toutes les clientèles (Canadian Association of Occupational Therapists, 2013; Levasseur & Carrier, 2012), ou du cadre théorique employé pour l'organisation de l'information (Fawcett, 2007), tous ces éléments ont été appréciés par les participantes. Le format des fiches, qui permet aux ergothérapeutes de sélectionner uniquement l'information jugée pertinente pour chacun des clients afin d'en personnaliser le contenu, offre une flexibilité également appréciée par les répondantes.

Comme l'outil demeure en développement et qu'un des objectifs de cette étude est de formuler des recommandations afin d'en faciliter l'implantation dans la pratique des ergothérapeutes, il est primordial de s'attarder aux obstacles identifiés par les participantes. Du point de vue des facteurs organisationnels, un manque de compatibilité des fiches avec les pratiques locales ou régionales actuelles semble avoir été un frein à l'implantation de l'outil pour certaines participantes, et ce malgré la flexibilité qu'offre le format des fiches. En voulant diffuser l'outil à une vaste gamme de milieux de pratique, il n'est pas surprenant qu'il soit parfois plus laborieux d'arrimer l'outil aux pratiques de chaque établissement. Néanmoins, il demeure possible de communiquer avec les formatrices et auteures de l'outil afin de discuter des modifications qui permettraient de rendre plus fluide l'intégration de l'outil à la réalité de pratique des divers milieux. Considérant que les futures formations s'adressent maintenant à un éventail plus large de milieux de pratique, il serait d'ailleurs intéressant de s'attarder davantage à ce point. Un autre facteur organisationnel ayant freiné l'implantation de l'outil, et ce davantage pour les ergothérapeutes pratiquant en région, est la nécessité de se déplacer à Trois-Rivières pour suivre la formation. Avec les outils technologiques maintenant disponibles, il pourrait être pertinent de considérer offrir la formation en visioconférence afin d'accompagner et de rejoindre un plus grand nombre de participants. Finalement, le manque de temps pour explorer et utiliser l'outil a aussi été identifié comme un obstacle par certaines participantes. Un des avantages du « SAC d'outils ergo » est qu'il permet une implantation graduelle pouvant s'adapter à la disponibilité de l'ergothérapeute car la majorité l'intègre à leur pratique sur une base volontaire et individuelle. Elles peuvent donc suivre la formation pour ensuite explorer puis utiliser l'outil à leur propre rythme. Néanmoins, ce constat vient justifier toute amélioration qui pourrait rendre plus efficace l'utilisation de l'outil. Il est important de noter ici que les participantes devaient remplir le questionnaire deux mois après avoir suivi la formation, ce qui peut expliquer pourquoi certaines peuvent avoir identifié le manque de temps comme obstacle.

Du point de vue des facteurs physiques, le niveau de détails élevé à l'intérieur de certaines fiches a été identifié comme un obstacle par certaines participantes. Afin de favoriser la littéracie en santé au-delà de l'utilisation des photos, il pourrait être intéressant de considérer alléger le texte en utilisant un langage plus simple en préconisant l'utilisation de

phrases courtes tel que recommandé par Levasseur et Carrier (2012). Le repérage des fiches dans la plate-forme web semble également avoir été un frein à l'utilisation de l'outil. Il est important de noter que le système de présentation des fiches a été simplifié depuis que l'étude a débuté et qu'il pourrait donc être pertinent de revalider la perception des usagers en lien avec ce nouvel élément. L'ajout de mots-clés permettant un repérage plus précis des fiches d'intérêt a aussi été proposé par les participantes afin de limiter le temps passé à identifier les fiches appropriées. Cet élément est présentement en cours de développement et devrait être éventuellement intégré à l'outil afin d'en faciliter l'utilisation. Pour certaines, l'accès au site hébergeant les fiches ainsi que la rapidité de navigation à travers ce site s'est avéré être problématique. Évidemment, ces aspects relèvent davantage des systèmes informatiques de chaque institution que de l'outil lui-même bien que ces observations suggèrent l'utilisation d'une plate-forme la plus simplifiée possible afin de minimiser les désagréments liés aux différences technologiques entre établissements. L'impossibilité de pouvoir envoyer aux clients ou au personnel non-ergothérapeute les fiches en format électronique a aussi été un frein à l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans certains milieux. En fait, lors de la formation, il est spécifié que les fiches doivent être imprimées, signées par l'ergothérapeute puis numérisées avant d'être envoyées électroniquement à l'usager. Cette manière de procéder a été mise en place afin de respecter les exigences professionnelles en lien avec la transmission de modalités d'intervention. Finalement, l'absence de fiches portant sur certains sujets ou clientèles d'intérêt a également été perçue de manière récurrente comme un frein à l'utilisation de l'outil. Plusieurs participantes œuvrant auprès de clientèles adolescente et adulte n'ont pu trouver de modalités d'intervention adéquates parmi les fiches disponibles qui s'adressent principalement à une clientèle enfant. Évidemment, les pistes d'interventions liées aux défis occupationnels vécus par les personnes présentant un TSA ou une DI sont nombreuses et variées (Banda, Griffin-Shirley, Okungu, Ogot, & Meeks, 2014; Case-Smith et al., 2015; Hällgren & Kottorp, 2005; Kadar, McDonald, & Lentini, 2012). Malgré son envergure, le « SAC d'outils ergo » n'a pas la prétention de couvrir l'ensemble des modalités d'intervention pour tous les groupes d'âge pour le moment. Il demeure en constant développement et de nouvelles fiches s'ajoutent périodiquement à la banque dont plusieurs fiches pour la clientèle adulte qui ont été complétées depuis l'automne 2014. Lors de la formation, les participantes sont d'ailleurs invitées à contacter les formatrices pour leur faire

part de leur(s) sujet(s) d'intérêt(s) afin que les fiches à développer puissent être priorisées selon leurs besoins. Il n'en demeure pas moins qu'il pourrait être pertinent de communiquer périodiquement avec les personnes ayant suivi la formation afin de s'enquérir de leurs attentes envers les thématiques ou clientèles à prioriser.

6.2 Retombées pour la pratique et recommandations

Ce projet aura donc permis de confirmer l'appréciation des ergothérapeutes pour cet outil d'intervention novateur et rassembleur qui permet de proposer des modalités d'intervention ciblées et basées sur les meilleures pratiques. L'étude de son implantation sous certaines facettes indique un arrimage avec la réalité de pratique de la profession, confirme la pertinence de poursuivre son développement et permet de proposer des pistes d'amélioration pour les phases futures de son développement. D'ailleurs, à la lumière des facteurs contextuels analysés dans cette étude et des améliorations proposées par les participantes, les recommandations suivantes sont suggérées afin de bonifier l'outil et d'en faciliter l'implantation dans la pratique des ergothérapeutes dans le futur.

Formation et soutien post-formation :

- offrir la formation en visioconférence afin d'en faciliter l'accès pour les ergothérapeutes travaillant en région;
- faire parvenir une notification courriel aux membres de la communauté de pratique lors de l'ajout de nouvelles fiches afin de les tenir informés.

Contenu des fiches :

- lors de la rédaction du texte accompagnant les photos, utiliser un langage simple et des phrases courtes;
- dans un souci de compétence culturelle, intégrer aux photos des sujets provenant de diverses communautés culturelles;
- prioriser les clientèles adolescente et adulte qui sont présentement sous-représentées dans les fiches disponibles. Au besoin, consulter les membres de la communauté de pratique afin d'identifier les thématiques à prioriser.

Compléments d'information aux fiches :

- intégrer à la plate-forme web un répertoire de mots-clés afin de faciliter le repérage des fiches pertinentes;

- ajouter une section répertoriant les guides de pratiques appropriés et identifier leurs sections pertinentes;
- créer un document expliquant la procédure à suivre pour modifier le contenu d'une fiche afin de la personnaliser pour un usager tout en conservant son formatage initial.

6.3 Pistes futures

Pour faire suite à cette étude et afin de la complémenter, il pourrait être intéressant d'explorer certaines pistes pour des projets futurs. D'abord, il serait approprié d'évaluer l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans la pratique des ergothérapeutes sur une période de plus de deux mois afin d'allouer davantage de temps pour l'intégration de l'outil. Ensuite, il pourrait être justifié de s'intéresser à la perspective des personnes recevant les fiches de la part des ergothérapeutes, en l'occurrence les usagers, leurs proches ainsi que le personnel non-ergothérapeute. Leur rétroaction précieuse permettrait d'obtenir un point de vue différent et complémentaire sur l'utilisation du « SAC d'outils ergo » en plus d'évaluer de manière plus globale l'impact de ce dernier sur l'adhérence au plan d'intervention. Finalement, il pourrait être pertinent de comparer l'implantation de l'outil dans les CRDITED à celle dans les autres types de milieux de pratique maintenant que la formation est ouverte à tous. En effet, dans un contexte de réorganisation des pratiques et d'harmonisation des services, il pourrait être intéressant de s'attarder aux changements de pratiques ainsi qu'aux facteurs contextuels reliés à ces changements dans les différents milieux où œuvrent les ergothérapeutes. Une telle étude pourrait être réalisée à partir de données objectives sur les pratiques.

6.4 Limites et forces de l'étude

Comme tout projet de recherche, cette étude comporte des limites et des forces liées à sa méthode. Il importe de les prendre en considération afin de relativiser les résultats présentés. D'abord au plan des limites, il incombe de garder en mémoire que ce projet n'a pas la prétention d'être une évaluation d'implantation complète. En fait, il s'inspire de certains de ses fondements afin de répondre aux objectifs de l'étude. Dans un deuxième temps, une erreur de 3^e type pourrait avoir influencé les résultats. En effet, l'évaluation de l'implantation pourrait avoir été réalisée alors que l'intervention n'était pas été complètement implantée. La période de deux mois post-formation pourrait ne pas avoir laissé suffisamment de temps aux participantes pour se familiariser adéquatement avec l'outil. Conséquemment, il se pourrait que la portée des effets reliés à l'intégration de ce nouvel outil d'intervention n'ait pas été

complètement tracée. Troisièmement, l'utilisation de questionnaires ne permet pas aux participants de demander des clarifications à propos des questions, au besoin. Ils y répondent donc selon leur propre interprétation. De manière similaire, il n'est pas possible pour le chercheur de demander aux participants de clarifier leurs réponses. Ainsi, les résultats aux questions ouvertes peuvent être analysés avec un certain biais provenant de l'interprétation de ces réponses par le chercheur. Finalement, il est primordial de souligner que cette étude ne tient compte que du point de vue des ergothérapeutes qui utilisent le « SAC d'outils ergo ». Bien que certaines questions fassent référence au client, à ses proches ou au personnel non-ergothérapeute, ils n'ont en aucun temps été consultés dans le cadre de ce projet.

Sur le plan des forces de cette étude, il est intéressant de noter que bien qu'une collecte de donnée par saturation n'ait pas été initialement sélectionnée dans la méthode, la convergence des propos relevés tout au long de l'étude indique qu'une saturation a tout de même été obtenue, tel qu'illustré par les fréquences de citation relevées. De plus, le nombre d'ergothérapeutes ayant participé au projet ainsi que leur diversité de provenance à travers le Québec permet de supposer que les résultats reflètent autant la réalité de pratique en CRDITED en milieu urbain qu'en région. Par contre, le faible nombre d'établissements hors CRDITED représentés dans cette étude ne permet pas de tirer de conclusion quant aux différences d'implantation entre les CRDITED et les autres milieux de pratique oeuvrant auprès de la clientèle présentant un TSA ou une DI.

7. CONCLUSION

Cette étude visait principalement à évaluer certains aspects de l'implantation du « SAC d'outils ergo » soit les changements de pratiques ergothérapiques découlant de son utilisation ainsi que les facteurs contextuels pouvant expliquer ces changements. Elle visait également à formuler des recommandations pour la poursuite du développement de l'outil à la lumière des facilitateurs et obstacles à son implantation. De manière générale, ce projet aura permis de démontrer des améliorations en ce qui a trait à l'efficacité de la rédaction de plan d'intervention et de la transmission de modalités d'intervention au client, à ses proches et au personnel non-ergothérapeute. Il pourrait être pertinent de réaliser une étude sur une plus longue période, auprès d'autres professionnels et d'usagers, en recueillant des données sur les pratiques de plusieurs sources, afin d'évaluer adéquatement l'impact de cet outil sur l'utilisation de modalités d'intervention plus ciblées et mieux diversifiées par les ergothérapeutes. L'étude des facteurs contextuels aura permis de formuler plusieurs recommandations en lien avec la formation et le soutien post-formation, le contenu de l'outil ainsi que les compléments s'y rattachant. Les résultats confirment la pertinence de cet outil et témoignent de la nécessité de poursuivre son développement.

Globalement, ce projet aura démontré que la mise en commun du savoir via l'utilisation d'outils technologiques contribue grandement à l'amélioration des pratiques ergothérapiques en plus d'avoir un effet rassembleur auprès des professionnels. Le « SAC d'outils ergo » ouvre ainsi une toute nouvelle dimension du partage du savoir. Après avoir initialement ouvert l'accès à l'outil aux ergothérapeutes de CRDITED, il est maintenant possible pour les ergothérapeutes provenant d'autres milieux de pratique du Québec de prendre part à la formation. Considérant l'enthousiasme envers l'outil ainsi que les retombées positives qui en découlent, il pourrait être intéressant de considérer le diffuser auprès d'autres communautés francophones à l'échelle internationale afin d'en faire bénéficier le plus grand nombre d'ergothérapeutes possible. Cette diffusion amènerait un rayonnement encore plus important du travail colossal réalisé par les ergothérapeutes du CRDITED MCQ-IU.

RÉFÉRENCES

- Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2005). *Le continuum d'intervention - perte d'autonomie liée au vieillissement*. Montréal : ADRLSSS. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs78748>.
- American Psychiatric Association (2011). *Mini DSM-IV-TR : critères diagnostiques : version française complétée des codes CIM-10* (2e éd.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5e éd.). Arlington, Virg.: American Psychiatric Association.
- Anagnostou, E., Zwaigenbaum, L., Szatmari, P., Fombonne, E., Fernandez, B. A., Woodbury-Smith, M., . . . Scherer, S. W. (2014). Autism spectrum disorder: advances in evidence-based practice. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*, 186(7), 509-519. doi: 10.1503/cmaj.121756
- Andrew, S., & Halcomb, E. (2009). *Mixed methods research for nursing and the health sciences*. Chichester, Angl.: Wiley-Blackwell Pub.
- Ashburner, J., Rodger, S., Ziviani, J., & Jones, J. (2014). Occupational therapy services for people with autism spectrum disorders: Current state of play, use of evidence and future learning priorities. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(2), 110-120.
- Association canadienne des ergothérapeutes (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Association du Québec pour l'intégration sociale (2014). *Les principaux changements apportés par le DSM-5 en lien avec la déficience intellectuelle*. Repéré à http://colloque2011.aqis-iqdi.qc.ca/f/nf729di/dsm5_di_0114.pdf.
- Autism Speaks Inc. (2010). *Dental guide*. Repéré à <https://www.autismspeaks.org/sites/default/files/documents/dentalguide.pdf>.
- Autisme Canada (2014). *Comorbidités relatives au trouble du spectre de l'autisme : une introduction à l'intention des professionnels de la santé et des décideurs politiques*. Repéré à <http://autismcanada.org/fr/pdfs/MedicalComorbidities.pdf>.
- Bagatell, N., Mirigliani, G., Patterson, C., Reyes, Y., & Test, L. (2010). Effectiveness of therapy ball chairs on classroom participation in children with autism spectrum disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(6), 895-903.
- Ball, J., & Fazil, Q. (2013). Does engagement in meaningful occupation reduce challenging behaviour in people with intellectual disabilities? A systematic review of the literature. *Journal of Intellectual Disabilities*, 17(1), 64-77.

- Banda, D. R., Griffin-Shirley, N., Okungu, P. A., Ogot, O. P., & Meeks, M. K. (2014). A Review of Intervention Studies Conducted with Individuals with Autism and Sensory Impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 108(4), 299-309.
- Bandini, L. G., Anderson, S. E., Curtin, C., Cermak, S., Evans, E. W., Scampini, R., . . . Must, A. (2010). Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *Journal of Pediatrics*, 157(2), 259-264.
- Barnhart, R. C. (2002). Aging adult children with developmental disabilities and their families: challenges for occupational therapists and physical therapists. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 21(4), 69-81.
- Bennett, S., Tooth, L., McKenna, K., Rodger, S., Strong, J., Ziviani, J., . . . Gibson, L. (2003). Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(1), 13-22.
- Bergeron, C., Bolduc, Y., & Cloutier, J. (2014). SAC d'outils ergo – Solutions, Activités, Conseils. CRDITED MCQ-IU.
- Boyd, B. A., McCarty, C. H., & Sethi, C. (2014). Families of children with autism: A synthesis of family routines literature. *Journal of Occupational Science*, 21(3), 322-333.
- Boyd, K. (2008). *The effectiveness of the sequential oral sensory approach group feeding program*. Ann Arbor: Colorado School of Professional Psychology.
- Brousselle, A., Champagne, F., Constandriopoulos, A.-P., & Hartz, Z. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes* (2e éd.). Montréal, QC: Presses de l'Université de Montréal.
- Bruni, M. (2006). *Fine motor skills in children with Down syndrome : a guide for parents and professionals* (2e éd.). Bethesda, Mar.: Woodbine House.
- Bruns, D. A., & Thompson, S. (2011). Time to Eat: Improving Mealtimes of Young Children with Autism. *Young Exceptional Children*, 14(4), 3-18.
- Canadian Association of Occupational Therapists (2008). CAOT position statement: autism spectrum disorders and occupational therapy. *Occupational Therapy Now*, 10(6), 16.
- Canadian Association of Occupational Therapists (2013). CAOT Position Statement: Enabling Health Literacy in Occupational Therapy. Repéré à http://www.caot.ca/pdfs/positionstate/PS_HealthLiteracy.pdf.
- Canadian Association of Occupational Therapists (2011). CAOT position statement: occupational therapy and cultural safety. Repéré à http://www.caot.ca/pdfs/positionstate/PS_Cultural.pdf.

- Carpenter, C., & Suto, M. (2008). *Qualitative research for occupational and physical therapists : a practical guide*. Oxford: Blackwell Pub.
- Carruth, B. R., Ziegler, P. J., Gordon, A., & Barr, S. I. (2004). Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *Journal Of The American Dietetic Association*, 104(1 Suppl 1), s57-s64.
- Case-Smith, J. (1996). Fine motor outcomes in preschool children who receive occupational therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*, 50(1), 52-61.
- Case-Smith, J., & O'Brien, J. C. (2010). *Occupational therapy for children* (6th ed. éd.). Maryland Heights, Missouri: Mosby/Elsevier.
- Case-Smith, J., Weaver, L. L., & Fristad, M. A. (2015). A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism*, 19(2), 133-148.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (2014). *Avis professionnel - évaluation du trouble du spectre de l'autisme, du retard global de développement et de la déficience intellectuelle*. Repéré à http://www.crдиq.qc.ca/images/crdiq/documentation/avis_professionnel_evaluation_crdiq_2014-10-02.pdf.
- CRDITED MCQ-IU (2014). *Rapport annuel de gestion 2013-2014*. Repéré à <http://www.crditedmcq.qc.ca/fr/outils/recherche.asp?s=rapport+annuel>.
- Channon, A. (2014). Intellectual disability and activity engagement: exploring the literature from an occupational perspective. *Journal of Occupational Science*, 21(4), 443-458.
- Chuang, I. C., Tseng, M.-H., Lu, L., & Shieh, J.-Y. (2012). Sensory correlates of difficult temperament characteristics in preschool children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(3), 988-995.
- Collège des médecins du Québec, & Ordre des psychologues du Québec (2012). *Lignes directrices - les troubles du spectre de l'autisme, l'évaluation clinique du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec*. Montréal: Collège des médecins du Québec et ordre des psychologues du Québec. Repéré à <http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2012/2012-02-23/~/media/Files/Lignes/Lignes-autisme-2012.ashx?41223>.
- Crevier, L. (2014). *L'activité physique pour les enfants et adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme*. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Downey, R., & Rapport, M. J. (2012). Motor activity in children with autism: a review of current literature. *Pediatric Physical Therapy*, 24(1), 2-20.

- Eckman, N., Williams, K. E., Riegel, K., & Paul, C. (2008). Teaching chewing: A structured approach. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 514-521.
- Eriksson, C., Tham, K., & Guidetti, S. (2013). Occupational therapists' experiences in integrating a new intervention in collaboration with a researcher. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(4), 253-263.
- Fava, L., & Strauss, K. (2010). Multi-sensory rooms: comparing effects of the Snoezelen and the stimulus preference environment on the behavior of adults with profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, 31(1), 160-171.
- Fawcett, A. J. L. (2007). *Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists*. Chichester, England: John Wiley and Sons Ltd.
- FQCRDITED (2010a). *Guide de pratique du Service d'adaptation et de réadaptation à la personne enfance-adolescence en troubles envahissants du développement*. Repéré à <http://fqcrdited.org/wp-content/uploads/2013/04/Adapt-r%C3%A9adapt-Enfance-adolescence-TED-version-finale.pdf>.
- FQCRDITED (2010b). *Guide de pratique du Service d'adaptation et de réadaptation à l'enfance 0-5 ans en troubles envahissants du développement*. Repéré à <http://fqcrdited.org/wp-content/uploads/2013/01/GUIDE-TED-0-5.pdf>.
- FQCRDITED (2012). *Guide de pratique du Service d'adaptation et de réadaptation à la personne adulte-TED*. Repéré à <http://fqcrdited.org/wp-content/uploads/2013/04/Adapt-r%C3%A9adapt-ADULTE-TEDversion-finale.pdf>.
- FQCRDITED (2015). *L'intervention précoce auprès des enfants de 2 à 5 ans présentant un retard global de développement*. Repéré à http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Webinaires/Juin_2015/Guide-RGD-Version-abr%C3%A9g%C3%A9_FINA_L.pdf.
- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65(6), 591-598.
- Fombonne, E., Zakarian, R., Bennett, A., Meng, L., & McLean-Heywood, D. (2006). Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: prevalence and links with immunizations. *Pediatrics*, 118(1), e139-e150.
- Fortin, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd. éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Fowler, S. (2008). *Multisensory rooms and environments controlled sensory experiences for people with profound and multiple disabilities*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

- Garcin, N., & Moxness, K. (2013). Le DSM-5 : l'impact de la recherche sur l'évolution des concepts et des définitions du trouble du spectre de l'autisme, du trouble de la communication sociale, de la déficience intellectuelle et des retards globaux du développement. *Revue CNRIS*, 5(1).
- Girouard, N. (2014). Mise à jour des Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental – première partie. *Psychologie Québec / Pratique professionnelle*, 31(5), 17-19.
- Gisel, E. G., Lange, L. J., & Niman, C. W. (1984). Chewing cycles in 4- and 5-year-old Down's syndrome children: A comparison of eating efficacy with normals. *American Journal of Occupational Therapy*, 38(10), 666-670.
- Gisel, E. G., Schwaab, L., Lange-Stemmler, L., Niman, C. W., & Schwartz, J. L. (1986). Lateralization of tongue movements during eating in children 2 to 5 years old. *American Journal of Occupational Therapy*, 40(4), 265-270.
- Hällgren, M., & Kottorp, A. (2005). Effects of occupational therapy intervention on activities of daily living and awareness of disability in persons with intellectual disabilities. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 350-359.
- Harris, J. C. (2006). *Intellectual disability understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Hébert, M. L. J., Kehayia, E., Prelock, P., Wood-Dauphinee, S., & Snider, L. (2014). Does occupational therapy play a role for communication in children with autism spectrum disorders? *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(6), 594-602.
- Herge, E. A., & Campbell, J. E. (1998). The role of the occupational and physical therapist in the rehabilitation of the older adult with mental retardation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 13(4), 12-21.
- Heyvaert, M., Saenen, L., Maes, B., & Onghena, P. (2014). Systematic review of restraint interventions for challenging behaviour among persons with intellectual disabilities: Focus on effectiveness in single-case experiments. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(6), 493-510.
- Heyvaert, M., Saenen, L., Maes, B., & Onghena, P. (2015). Systematic review of restraint interventions for challenging behaviour among persons with intellectual disabilities: Focus on experiences. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28(2), 61-80.
- Hughes, M. W., Schuster, J. W., & Nelson, C. M. (1993). The acquisition of independent dressing skills by students with multiple disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 5(3), 233-252.

INESSS (2014a). *Addenda - L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Addenda_TSA.pdf.

INESSS (2014b). *L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) - édition révisée*. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_InterventionsReadap_TraitementPharmac_o_EnfantsAut.pdf.

Institut de la statistique du Québec (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : méthodologie et description de la population visée – Volume 1*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/limitations-maladies-chroniques-metho.html>.

Jackson, L. L., & Arbesman, M. (2005). *Occupational therapy practice guidelines for children with behavioral and psychosocial needs*. Bethesda, Mar.: American Occupational Therapy Association.

Jones, E., Allen, D., Moore, K., Phillips, B., & Lowe, K. (2007). Restraint and self-injury in people with intellectual disabilities: a review. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11(1), 105-118.

Joseph, L. M., & Konrad, M. (2009). Teaching students with intellectual or developmental disabilities to write: a review of the literature. *Research In Developmental Disabilities*, 30(1), 1-19.

Kadar, M., McDonald, R., & Lentin, P. (2012). Evidence-based practice in occupational therapy services for children with autism spectrum disorders in Victoria, Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(4), 284-293.

King, M., & Bearman, P. (2009). Diagnostic change and the increased prevalence of autism. *International Journal Of Epidemiology*, 38(5), 1224-1234.

Kumin, L., & Bahr, D. C. (1999). Patterns of feeding, eating and drinking in young children with Down syndrome with oral motor concerns. *Down Syndrome Quarterly*, 4(2), 1-8.

Kurtz, L. A. (2008). *Understanding motor skills in children with dyspraxia, ADHD, autism, and other learning disabilities a guide to improving coordination*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Lachapelle, Y., Lussier-Desrochers, D., & Pigot, H. (2007). Des TIC en soutien à l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle. *Revue québécoise de psychologie*, 28(2), 1-12.

- Lane, A., Harpster, K., & Heathcock, J. (2012). Motor characteristics of young children referred for possible autism spectrum disorder. *Pediatric Physical Therapy*, 24(1), 21-29.
- Lang, R., O'Reilly, M., Healy, O., Rispoli, M., Lydon, H., Streusand, W., . . . Giesbers, S. (2012). Sensory integration therapy for autism spectrum disorders: a systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(3), 1004-1018.
- Lehman, J. F., & Klaw, R. (2003). *From goals to data and back again : adding backbone to developmental intervention for children with autism*. London: J. Kingsley.
- Lessard Dufresne, É. (2012). *L'appui de l'environnement pour développer le jeu libre chez l'enfant une étude expérimentale sur l'aménagement d'une salle de jeu multi-âge au niveau préscolaire*. (Maîtrise), Université du Québec à Trois-Rivières. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/5164/1/030350137.pdf>.
- Levasseur, M., & Carrier, A. (2012). Integrating health literacy into occupational therapy: Findings from a scoping review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 305-314.
- Lloyd, M., MacDonald, M., & Lord, C. (2013). Motor skills of toddlers with autism spectrum disorders. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 17(2), 133-146.
- Lussier-Desrochers, D., Lachapelle, Y., & Caouette, M. (2014). Challenges in the completion of daily living activities in residential settings. *Journal on Developmental Disabilities*, 20(1), 16-24.
- MacNeil, L. K., & Mostofsky, S. H. (2012). Specificity of dyspraxia in children with autism. *Neuropsychology*, 26(2), 165-171.
- Marquenie, K., Rodger, S., Mangohig, K., & Cronin, A. (2011). Dinnertime and bedtime routines and rituals in families with a young child with an autism spectrum disorder. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 145-154.
- Matson, J. L., & Boisjoli, J. A. (2009). Restraint procedures and challenging behaviours in intellectual disability: an analysis of causative factors. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 111-117.
- McLennan, J. D., Herculak, S., & Sheehan, D. (2008). Brief report: pilot investigation of service receipt by young children with autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(6), 1192-1196.
- Messier, J., Ferland, F., & Majnemer, A. (2008). Play behavior of school age children with intellectual disability: Their capacities, interests and attitude. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20(2), 193-207.

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). Paris: De Boeck.
- Ming, X., Brimacombe, M., & Wagner, G. C. (2007). Prevalence of motor impairment in autism spectrum disorders. *Brain & Development*, 29(9), 565-570.
- Morris, A. F., Vaughan, S. E., & Vaccaro, P. (1982). Measurements of neuromuscular tone and strength in Down's syndrome children. *Journal of Mental Deficiency Research*, 26(Pt 1), 41-46.
- Nachshen, J., Garcin, N., Moxness, K., Tremblay, Y., Hutchinson, P., Lachance, A., . . . Ruttle, P. L. (2008). *Dépistage, évaluation et diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez es enfants en bas âge - guide des pratiques exemplaires canadiennes. Miriam Foundation*. Repéré à <http://www.miriamfoundation.ca/DATA/TEXTEDOC/Handbook-french-webFINAL.pdf>
- Nassar, N., Dixon, G., Bourke, J., Bower, C., Glasson, E., de Klerk, N., & Leonard, H. (2009). Autism spectrum disorders in young children: effect of changes in diagnostic practices. *International Journal Of Epidemiology*, 38(5), 1245-1254.
- NICE (2013). *Autism: The management and support of children and young people on the autism spectrum*. Repéré à <http://guidance.nice.org.uk/cg170>.
- Ouellette-Kuntz, H., Coo, H., Lam, M., Breitenbach, M., Hennessey, P., Jackman, P., . . . Chung, A. (2014). The changing prevalence of autism in three regions of Canada. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 44(1), 120-136.
- Ozonoff, S., Young, G. S., Goldring, S., Greiss-Hess, L., Herrera, A. M., Steele, J., . . . Rogers, S. J. (2008). Gross motor development, movement abnormalities, and early identification of autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 38(4), 644-656.
- Pereira, K., Basso, R. P., Lindquist, A. R. R., da Silva, L. G. P., & Tudella, E. (2013). Infants with Down syndrome: percentage and age for acquisition of gross motor skills. *Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, 34(3), 894-901.
- Pilebro, C., & Bäckman, B. (2005). Teaching oral hygiene to children with autism. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 15(1), 1-9.
- Poirier, N., Des Rivières-Pigeon, C., & Dorismond, M. (2014). *L'état de la connaissance et de la reconnaissance de la personne présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) au Québec*. Repéré à http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_PoirierN_rapport+2014_TSA/97c7a699-efb7-42c1-b861-85cc839a7cd9.

- Rodger, S., & Umaibalan, V. (2011). The routines and rituals of families of typically developing children compared with families of children with autism spectrum disorder: An exploratory study. *The British Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 20-26.
- Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada. Rapport du groupe d'experts sur la littératie en matière de santé*. Ottawa: Association canadienne de santé publique. Repéré à http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_f.pdf.
- Sewell, T. J., Collins, B. C., Hemmeter, M. L., & Schuster, J. W. (1998). Using simultaneous prompting within an activity-based format to teach dressing skills to preschoolers with developmental delay. *Journal of Early Intervention*, 21(2), 132-145.
- Smulders, E., Enkelaar, L., Weerdesteyn, V., Geurts, A. C. H., & Schrojenstein Lantman-de Valk, H. (2013). Falls in older persons with intellectual disabilities: fall rate, circumstances and consequences. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(12), 1173-1182.
- St-Laurent, P. (2014). *Le rôle de l'ergothérapie au Québec dans la transition à la vie adulte de jeunes présentant une déficience intellectuelle*. (Maîtrise), Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/7460/1/030817975.pdf>.
- Stein, L. I., Polido, J. C., & Cermak, S. A. (2013). Oral care and sensory over-responsivity in children with autism spectrum disorders. *Pediatric Dentistry*, 35(3), 230-235.
- Taylor, M. (2007). *Evidence-based practice for occupational therapists*. Oxford: Blackwell.
- Tempest, S., & Roden, P. (2008). Exploring evidence-based practice by occupational therapists when working with people with apraxia. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(1), 33-37.
- Thackeray, E. J., & Richdale, A. L. (2002). The behavioral treatment of sleep difficulties in children with an intellectual disability. *Behavioral Interventions*, 17(4), 211-231.
- Tomchek, S. D., & Case-Smith, J. (2009). *Occupational therapy practice guidelines for children and adolescents with autism*. Bethesda, Mar.: American Occupational Therapy Association.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation – Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e ed. version française N. Cantin). Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Van Rie, G. L., & Heflin, L. J. (2009). The effect of sensory activities on correct responding for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(3), 783-796.

- Vermeltfoort, K., Staruszkiewicz, A., Anselm, K., Badnjevic, A., Burton, K., Switzer-McIntyre, S., . . . Balogh, R. (2014). Attitudes toward adults with intellectual disability: a survey of Ontario occupational and physical therapy students. *Physiotherapy Canada*, 66(2), 133-140.
- Watling, R., Davies, P. L., Koenig, K. P., & Schaaf, R. C. (2011). *Occupational therapy practice guidelines for children and adolescents with challenges in sensory processing and sensory integration*. Bethesda, Mar.: AOTA Press.
- Watling, R., Tomchek, S., & LaVesser, P. (2005). The scope of occupational therapy services for individuals with autism spectrum disorders across the lifespan. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(6), 680-683.
- Winders, P. C. (1997). *Gross motor skills in children with Down syndrome : a guide for parents and professionals*. Bethesda, Mar.: Woodbine House.
- Wuang, Y.-P., Wang, C.-C., Huang, M.-H., & Su, C.-Y. (2009). Prospective study of the effect of sensory integration, neurodevelopmental treatment, and perceptual-motor therapy on the sensorimotor performance in children with mild mental retardation. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(4), 441-452.
- Yack, E., Sutton, S., & Aquilla, P. (2002). *Building bridges through sensory integration* (2nd ed.). Arlington, Tex.: Future Horizons.

ANNEXE A
QUESTIONNAIRES SOUMIS AUX PARTICIPANTS



Projet de recherche - « Résultats de l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans la pratique des ergothérapeutes »

Nom : _____ Numéro de participant* : _____

Établissement : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone : _____

Afin de confirmer que vous rencontrez les critères d'éligibilité de cette étude, veuillez répondre aux questions suivantes :

	OUI	NON
Je pratique en tant qu'ergothérapeute membre d'un ordre professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai suivi la formation sur l'utilisation du « SAC d'outils ergo »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prévois utiliser le « SAC d'outils ergo » au cours des 2 prochains mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai collaboré directement à l'élaboration du « SAC d'outils ergo »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature : _____ Date : _____

*Le numéro de participant est assigné par l'équipe de recherche

Numéro du certificat (UQTR) : CER-14-204-07.23, certificat émis le 04 septembre 2014
 Numéro de certificat (CERC/CRDITED) : CERC-0195, certificat émis le 03 novembre 2014

Questionnaire #1 – à compléter avant de commencer à utiliser le « SAC d'outils ergo » dans votre pratique



Numéro de participant : _____

Renseignements généraux

1. Nombre d'années de pratique en tant qu'ergothérapeute : _____

2. Clientèle(s) avec laquelle/lesquelles vous travaillez actuellement :

Groupe(s) d'âge
 0-5 ans
 6-17 ans
 18-64 ans
 65 ans et plus

Type(s) de clientèle
 DI
 TSA
 Autre (préciser) : _____

3. Depuis combien d'années travaillez-vous avec cette/ces clientèle(s) : _____

4. Pourquoi avez-vous décidé de suivre la formation du « SAC d'outils ergo »

5. Y a-t-il des ergothérapeutes de votre établissement qui utilisent déjà le « SAC d'outils ergo »?

Oui Non

Numéro du certificat (UQTR) : CER-14-204-07.23, certificat émis le 04 septembre 2014

Numéro de certificat (CÉRC/CRDITED) : CÉRC-0195, certificat émis le 03 novembre 2014

Utilisation du « SAC d'outils ergo » dans votre pratique**6. Prévoyez-vous utiliser le « SAC d'outils ergo » dans le cadre de votre pratique :** Oui**À quelle fréquence :**

- Plus de 5 fois par semaine
- 1 à 5 fois par semaine
- Moins d'une fois par semaine

Pour quel(s) motif(s) :

- Valider ou approfondir mes connaissances en intervention
- Personnaliser davantage les plans d'intervention/recommandations afin d'améliorer les services offerts aux clients
- Gagner du temps lors de la rédaction de rapports
- Autre (préciser) : _____

 Non**Pour quel(s) motif(s) :** _____**7. Je prévois remettre ces fiches en format papier (indiquer toutes les possibilités) :**

Aux clients



À leur famille ou à leurs proches



Au personnel non-ergothérapeute

Autre (préciser) : _____

Sentiment de compétence et d'efficacité

8. Veuillez indiquer votre degré de perception en lien avec les énoncés ci-dessous :

	Tout à fait d'accord (1)	D'accord (2)	Partiellement d'accord (3)	Partiellement en désaccord (4)	En désaccord (5)	Tout à fait en désaccord (6)
Avant de commencer à utiliser le « SAC d'outils ergo » dans ma pratique ...						
Mes connaissances me permettent de cibler précisément les modalités d'intervention ou recommandations appropriées pour une clientèle DI/TSA.						
Mes connaissances me permettent de proposer une variété de modalités d'intervention ou recommandations pour une clientèle DI/TSA.						
Je peux facilement consulter un collègue lorsque je désire approfondir ou valider mes connaissances en intervention avec une clientèle DI/TSA.						
Je peux facilement consulter les données probantes lorsque je désire approfondir ou valider mes connaissances en intervention avec une clientèle DI/TSA.						
J'intègre les données probantes à ma pratique.						
J'arrive à transmettre de manière claire et efficace les modalités d'intervention ou recommandations au client, à sa famille ou au personnel non-ergothérapeute.						
J'arrive à optimiser mon temps de rédaction en lien avec les plans d'intervention ou recommandations.						
Suite à la formation, je possède suffisamment de connaissances pour utiliser adéquatement l'outil.						

Numéro du certificat (UQTR) : CER-14-204-07.23, certificat émis le 04 septembre 2014

Numéro de certificat (CERC/CRDITED) : CERC-0195, certificat émis le 03 novembre 2014

Facilitateurs et obstacles à l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans votre pratique

9. Suite à la formation, quelles seraient selon vous les forces ou les avantages du « SAC d'outils ergo » en fonction de votre pratique?

10. Suite à la formation, entrevoyez-vous déjà certains défis qui pourraient rendre plus difficile l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans votre pratique?

11. Entrevoyez-vous déjà certains éléments qui pourraient faciliter son implantation dans votre pratique?

Autres

12. Avez-vous d'autres commentaires en lien avec l'utilisation du « SAC d'outils ergo »?

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire!

Numéro du certificat (UQTR) : CER-14-204-07.23, certificat émis le 04 septembre 2014
Numéro de certificat (CÉRC/CRDITED) : CÉRC-0195, certificat émis le 03 novembre 2014

Numéro de participant : _____



Projet de recherche - « Résultats de l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans la pratique des ergothérapeutes »

Questionnaire #2 – à compléter deux mois après avoir suivi la formation sur le « SAC d'outils ergo »

Utilisation du « SAC d'outils ergo » dans votre pratique

1. Avez-vous utilisé le « SAC d'outils ergo » dans le cadre de votre pratique :

- Oui À quelle fréquence :
- Plus de 5 fois par semaine
 - 1 à 5 fois par semaine
 - Moins d'une fois par semaine

Pour quel(s) motif(s) :

- Valider ou approfondir mes connaissances en intervention
- Personnaliser davantage les plans d'intervention/recommandations afin d'améliorer les services offerts aux clients
- Gagner du temps lors de la rédaction de rapports
- Autre (préciser) : _____

Non Pour quel(s) motif(s) : _____

2. Si vous avez utilisé le « SAC d'outils ergo » à une fréquence plus haute ou plus basse que celle à laquelle vous vous attendiez suite à la formation, quels en seraient les principales raisons?

- J'ai utilisé le « SAC d'outils ergo » aussi souvent que ce à quoi je m'attendais (passez à la prochaine question).
- J'ai utilisé le « SAC d'outils ergo » plus souvent que ce à quoi je m'attendais.
- J'ai utilisé le « SAC d'outils ergo » moins souvent que ce à quoi je m'attendais.

Numéro du certificat (UQTR) : CER-14-204-07.23, certificat émis le 04 septembre 2014

Numéro de certificat (CERC/CRDITED) : CERC-0195, certificat émis le 03 novembre 2014

Pourquoi :

3. J'ai remis des fiches en format papier :

- À des clients
- À leur famille ou à leurs proches
- Au personnel non-ergothérapeute
- Autre (préciser) : _____

4. Vous êtes-vous référé à la section présentant les données probantes à la fin de chacune des fiches et pourquoi?

5. Recommanderiez-vous à un collègue d'utiliser le « SAC d'outils ergo » et pourquoi?

Numéro du certificat (UQTR) : CER-14-204-07.23, certificat émis le 04 septembre 2014

Numéro de certificat (CÉRC/CRDITED) : CÉRC-0195, certificat émis le 03 novembre 2014

Sentiment de compétence et d'efficacité

6. Veuillez indiquer votre degré de perception en lien avec les énoncés ci-dessous :

	Tout à fait d'accord (1)	D'accord (2)	Partiellement d'accord (3)	Partiellement en désaccord (4)	En désaccord (5)	Tout à fait en désaccord (6)
Depuis l'utilisation du « SAC d'outils ergo » dans ma pratique...						
Mes connaissances me permettent de cibler plus précisément les modalités d'intervention ou recommandations appropriées pour une clientèle DI/TSA.						
Mes connaissances me permettent de proposer une plus grande variété de modalités d'intervention ou recommandations pour une clientèle DI/TSA.						
J'intègre davantage les données probantes à ma pratique.						
J'arrive à transmettre de manière plus claire et efficace les modalités d'intervention ou recommandations au client, à sa famille ou au personnel non-ergothérapeute.						
J'observe une meilleure adhérence du client, de sa famille ou du personnel non-ergothérapeute au plan d'intervention.						
J'arrive à optimiser davantage mon temps de rédaction en lien avec les plans d'intervention ou recommandations.						

Numéro du certificat (UQTR) : CER-14-204-07.23, certificat émis le 04 septembre 2014

Numéro de certificat (CÉRC/CRDITED) : CERC-0195, certificat émis le 03 novembre 2014

Facilitateurs et obstacles à l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans votre pratique

Parmi les facteurs suivants, identifiez ceux qui ont facilité l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans votre pratique et ceux qui ont été des obstacles. Justifiez au besoin.

	Facilitateur	Obstacle	Incapable de répondre / ne s'applique pas	Justification
Contenu de la formation				
Soutien post-formation				
Accès à la plate-forme informatique				
Navigation à travers la plate-forme informatique pour le repérage des fiches				
Rapidité d'utilisation de la plate-forme informatique				
Type de fichier (document Word)				
Nombre de fiches disponibles				
Thématisques des fiches disponibles				
Système de classification des fiches (table des matières)				
Organisation des informations selon les modèles théoriques				
Niveau de détails dans la description des interventions suggérées				
Présence de données probantes et autres références				
Qualité des photos				
Quantité de photos				

Numéro du certificat (UQTR) : CER-14-204-07.23, certificat émis le 04 septembre 2014

Numéro de certificat (CÉRC/CRDITED) : CÉRC-0195, certificat émis le 03 novembre 2014

Y a-t-il eu d'autres facteurs qui ont favorisé l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans votre pratique?

Y a-t-il eu d'autres facteurs qui ont freiné ou ralenti l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans votre pratique?

Autres

Y a-t-il des ajouts ou modifications que vous aimeriez suggérer afin d'améliorer le « SAC d'outils ergo »?

Avez-vous d'autres commentaires en lien avec l'utilisation du « SAC d'outils ergo »?

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire. Votre participation est grandement appréciée!

Veuillez retourner ce formulaire par courrier ou par courriel à l'attention de Geneviève Pinard (a/s Claire Dumont), Université du Québec à Trois-Rivières, Département d'ergothérapie, 3351, boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières (Québec), G9A 5H7, genevieve.pinard@uqtr.ca

Numéro du certificat (UQTR) : CER-14-204-07.23, certificat émis le 04 septembre 2014

Numéro de certificat (CÉRC/CRDITED) : CÉRC-0195, certificat émis le 03 novembre 2014

ANNEXE B

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÉTRES HUMAINS DE
L'UQTR – CER 14-204-07.23**



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÉTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Résultats de l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans la pratique des ergothérapeutes

Chercheurs : Geneviève Pinard
Département d'ergothérapie

Organismes : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-14-204-07.23

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 04 septembre 2014 au 04 septembre 2015

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminé;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématuré de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell

Président du comité

Fanny Longpré

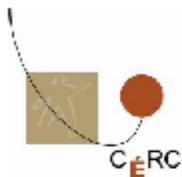
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 04 septembre 2014

ANNEXE C

**CERTIFICAT DE CONFORMITÉ AUX NORMES ÉTHIQUES DU CÉRC/CRDITED -
CÉRC-0195**



Trois-Rivières, 3 novembre 2014
(mise à jour le 19 mars 2015)

Madame Geneviève Pinard
Université du Québec à Trois-Rivières
Département d'ergothérapie (a/s Claire Dumont)
3351, boul. des Forges, C.P. 500
Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7

PAR COURRIER ELECTRONIQUE

Objet : Certificat de conformité aux normes éthiques du projet de recherche CÉRC-0195 :
« Résultats de l'implantation du "SAC d'outils ergo" dans la pratique des ergothérapeutes».

Certificat éthique valide pour :

CR La Myriade
CRDITED du Saguenay-Lac-Saint-Jean
CRDITED de Montréal
CRDITED Estrie
SRSOR
Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord.

Centre du Florès
CRDI de Québec
CRDITED MCQ-Institut universitaire
CRDITED de Chaudière-Appalaches
CRDITED de Laval

Madame,

Les modifications apportées au protocole de recherche, de même qu'aux formulaires d'information et de consentement, tel que demandé dans notre lettre datée du 15 octobre dernier, répondent à nos attentes. C'est donc avec plaisir que le Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux CRDI (CÉRC/CRDITED) vous délivre ce certificat de conformité aux règles éthiques pour le projet précité.

Cette approbation suppose que vous vous engagiez à respecter les conditions et les modalités de recherche telles que présentées au CÉRC-CRDITED.

Cette approbation suppose que vous vous engagiez à :

- respecter la décision du CÉRC/CRDITED;
- respecter les moyens relatifs au suivi continu figurant au point 6 de la seconde section du *Guide de rédaction d'une demande d'évaluation d'un nouveau projet de recherche et*

Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux
Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en
troubles envahissants du développement (CÉRC-CRDITED)
Site Web : www.cerc-crdited.ca

1025, rue Marguerite-Bourgeoys
Trois-Rivières (Québec) G8Z 3T1
Téléphone : 819 376-3984, poste 347
Télécopie : 819 376-6957
karoline.girard.csdi@ssss.gouv.qc.ca

... 2

modalités d'évaluation à l'intention des chercheurs (CÉRC/CRDITED) et à utiliser les formulaires préparés à cette fin;

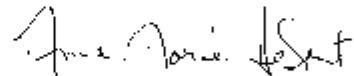
- conserver les dossiers de recherche pour une période couvrant minimalement la période de publication qui découlera de la recherche (voir le *Guide*, section II, point 5);
- respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des participants à la recherche des établissements concernés par le projet, à savoir, la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des participants recrutés pour les CRDI qui pourront l'obtenir sur demande.

Les modifications que vous avez apportées aux différents documents doivent être acheminées aux établissements concernés par votre projet de recherche, si ce n'est pas déjà fait (tel que mentionné dans la précédente lettre du CÉRC/CRDITED).

La présente décision vaut pour une année (date d'échéance : **3 novembre 2015**) et peut être suspendue ou révoquée en cas de non respect de ces conditions. Je profite de cette occasion pour vous rappeler que le *Formulaire de demande de renouvellement* doit être rempli et expédié au CÉRC/CRDITED, 30 jours avant la date d'échéance du présent certificat d'éthique.

Pour toute question relative à ce certificat, n'hésitez pas à contacter M^{me} Karoline Girard, au bureau de coordination du CÉRC/CRDITED, au numéro 819 376-3984, poste 347.

Veuillez recevoir, madame, mes salutations distinguées.



Anne-Marie Hébert
Présidente du CÉRC/CRDITED

ANNEXE D
CERTIFICAT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES
ÉTABLISSEMENTS DU CRIR – CRIR-1010-1014



Montréal, le 2 décembre 2014

Madame Geneviève Pinard
A/S Mme Claire Dumont, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières
Département d'ergothérapie
3351, boulevard des Forges
C.P. 500
Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7

- o Centre de réadaptation Constant-Gagné
- o Centre de réadaptation Luc-Bourassa
- o Hôpital juif de Montréal
- o Institut de réadaptation Gingras-Morin
- o Institut Farnaud et Lavoie
- o Institut Sainte-Élisabeth

- o Institut de
- o Centre de réadaptation en réadaptation physique et motrice
- o Centre de réadaptation Estrie
- o Centre de réadaptation MAB-Mosley

Objet : Émission de votre certificat d'éthique
Notre dossier : CRIR-1010-1014

Madame,

Veuillez trouver, ci-joint, une copie du certificat d'éthique qui a été décerné pour votre projet de recherche intitulé « Résultats de l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans la pratique des ergothérapeutes ». Ce certificat, ainsi que les documents approuvés, sont également disponibles sur la plateforme de soumission des projets de recherche.

Accès : <http://ethique.crir.ca/acceschercheur/>

Ce certificat est valable pour un an. Le CER demande à être informé de toute modification qui pourrait être apportée au projet de recherche mentionné ci-dessus (Formulaire M à compléter via la plateforme).

De plus, nous vous demandons de contacter la personne suivante afin de l'aviser du début de votre projet de recherche :

- Centre montréalais de réadaptation
Dr Gaétan Fillion (450) 676-7447, poste 2403

Veuillez recevoir, Madame Pinard, mes cordiales salutations.

Me Anik Noyer
Couronnatrice à l'éthique de la recherche
des établissements du CRIR
■ (514) 527-4527, poste 2649
■ anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca

AN/rcl

Pièces jointes : certificat d'éthique et copie des documents approuvés

c.c. : Gaétan Fillion, CMR



Certificat d'éthique

Par la présente, le comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR (CÉR) atteste qu'il a évalué, par voie accélérée, le projet de recherche CRIR-1010-1014 intitulé :

.. Résultats de l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans la pratique des ergothérapeutes ..

Présenté par : Geneviève Pinard, étudiante à la maîtrise en ergothérapie
Claire Dumont, Ph.D.

Le présent projet répond aux exigences éthiques de notre CÉR. Le Comité autorise donc sa mise en œuvre sur la foi des documents suivants :

- Lettre d'introduction du 4 septembre 2014 ;
- Formulaire A ;
- Certificat d'éthique de l'UQTR (1 septembre 2014 au 4 septembre 2015) ;
- Certificat d'éthique du Comité d'éthique de la recherche conjoint aux Centres de réadaptation en déficiences intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CERC-CRDITED) daté du 3 novembre 2014 ;
- Formulaire d'évaluation du Centre montérégien de réadaptation attestant que l'établissement accueille favorablement le projet sur le plan de la convenance institutionnelle ;
- Protocole de recherche (version 2 du 29 octobre 2014) ;
- Questionnaire 1 ;
- Questionnaire 2 ;
- Lettre d'information ;
- Formulaire de consentement.

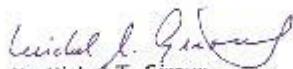
Ce projet se déroulera dans le site du CRIR suivant :

- Centre montérégien de réadaptation.

Ce certificat est valable pour un an. En acceptant le présent certificat d'éthique, le chercheur s'engage à :

1. Informer, dès que possible, le CÉR de tout changement qui pourrait être apporté à la présente recherche ou aux documents qui en découlent (Formulaire M) ;
2. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout incident ou accident lié à la procédure du projet ;

3. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, ou encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet ;
4. Notifier, dès que possible, le CÉR de toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme de subvention ou de réglementation ;
5. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet ainsi que la décision du CÉR ;
6. Notifier, dès que possible, le CÉR de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet. Cette modification doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions sur celles-ci sur les sujets de recherche ;
7. Fournir annuellement au CÉR un rapport d'étape l'informant de l'avancement des travaux de recherche (formulaire R) ;
8. Demander le renouvellement annuel de son certificat d'éthicité ;
9. Tenir et conserver, selon la procédure prévue dans la *Politique portant sur la conservation d'une liste des sujets de recherche*, incluse dans le cadre réglementaire des établissements du CRIR, une liste des personnes qui ont accepté de prendre part à la présente étude ;
10. Envoyer au CÉR une copie de son rapport de fin de projet / publication.


Dr. Michel T. Giroux
Président du CÉR



Date d'émission
2 décembre 2014

ANNEXE E
LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



LETTRE D'INFORMATION

*Invitation à participer au projet de recherche
« Résultats de l'implantation du « SAC d'outils ergo » dans la pratique des ergothérapeutes »*

**Geneviève Pinard, étudiante à la maîtrise en ergothérapie
Directrice de recherche : Claire Dumont, professeure au département
d'ergothérapie**

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les résultats de l'implantation du « SAC d'outils ergo » (Solutions, Activités, Conseils) dans la pratique des ergothérapeutes, serait grandement appréciée.

Objectifs

Le premier objectif de ce projet de recherche consiste à déterminer si l'utilisation du « SAC d'outils ergo » a contribué à la pratique des ergothérapeutes et de quelle manière. Dans un deuxième temps, ce projet vise à identifier les éléments qui peuvent ralentir ou freiner son implantation en vue de pouvoir formuler des recommandations pour la poursuite du développement de l'outil. Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement et n'hésitez pas à poser toute question que vous jugerez utile. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à remplir 2 questionnaires soit un avant de débuter l'utilisation du « SAC d'outils ergo » et l'autre 2 mois après avoir suivi la formation. Environ 20 minutes seront requises pour compléter chacun des questionnaires. Il est important de noter que les questionnaires doivent être remplis sur votre temps personnel et non sur vos heures de travail.

Numéro du certificat (UQTR) : CER-14-204-07.23, certificat émis le 04 septembre 2014
Numéro de certificat (CERC/CRDITED) : CERC-0195, certificat émis le 03 novembre 2014

Risques, inconvénients, inconforts

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

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'implantation du « SAC d'outils ergo » représente le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée via l'utilisation d'un code numérique associé à chacun des participants. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai, d'article ou de communication à un congrès ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé au local 3834 du pavillon de la Santé. Ce local est verrouillé, les ordinateurs ont un accès réservé et les classeurs sont verrouillés. Les seules personnes qui y auront accès seront Geneviève Pinard, l'étudiante responsable du projet de recherche ainsi que Claire Dumont, la directrice de recherche. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites suite à l'obtention du diplôme de maîtrise par l'étudiante responsable du projet de recherche (formulaires format papier déchiquetés et fichiers électroniques supprimés) et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explication. Le refus de participer au projet n'affecte en rien votre accès au « SAC d'outils ergo ». Advenant le retrait d'un participant au cours du projet, toutes données recueillies en lien avec ce participant seront immédiatement détruites. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Remerciement

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

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Geneviève Pinard à l'adresse courriel suivante : genevieve.pinard@ugtr.ca. La responsable de la recherche répondra au meilleur de sa connaissance à toutes les questions des participants à propos du projet de recherche.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-204-07.23 a été émis le 4 septembre 2014. 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, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@ugtr.ca.

Cette recherche est également approuvée par le comité d'éthique de la recherche conjointe du CRDITED et un certificat portant le numéro CERC-0195 a été émis le 3 novembre 2014. Pour toute question relative à vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Karoline Girard, coordonnatrice à l'éthique de la recherche pour le CERC/CRDITED au numéro suivant : 819 376-3984, poste 235 ou par courrier électronique : info@cerc-crdited.ca. Pour toute plainte relative au projet de recherche, veuillez contacter le commissaire local à la qualité des services et aux plaintes du CRDITED MCQ-IU au numéro suivant : 819-379-6868, poste 238.

Numéro du certificat (UQTR) : CER-14-204-07.23, certificat émis le 04 septembre 2014
Numéro de certificat (CERC/CRDITED) : CERC-0195, certificat émis le 03 novembre 2014



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Geneviève Pinard, 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 «Résultats de l'implantation du «SAC d'outils ergo» dans la pratique des ergothérapeutes». 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

Participant:	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Numéro du certificat (UQTR) : CER-14-204-07.23, certificat émis le 04 septembre 2014
 Numéro de certificat (CERC/CRDITED) : CERC-0195, certificat émis le 03 novembre 2014