

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

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

PAR
JESSIE QUIRION

LES EFFETS DES INTERVENTIONS EN ERGOTHÉRAPIE POUR AMÉLIORER LA
FONCTION DE LA MAIN CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES D'ARTHROSE : UNE
REVUE RAPIDE.

10 DÉCEMBRE 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou 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 ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
RÉSUMÉ.....	vi
ABSTRACT	vii
1.INTRODUCTION DU SUJET DE L'ÉTUDE.....	8
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES	9
2.1. Définition de l'arthrose de la main	9
2.2. Les facteurs de risque de l'arthrose de la main	10
2.3. Possibles impacts de l'arthrose de la main sur le quotidien.....	11
2.4. Rôles de l'ergothérapeute en thérapie de la main.....	12
2.5. Pertinence de l'étude	13
3. OBJECTIFS ET QUESTION DE RECHERCHE	14
4. CADRE DE RECHERCHE.....	14
4.1. Justification du choix du modèle PEO.....	16
5. MÉTHODOLOGIE	17
Étape 1 : Identifier une question de recherche.	17
Étape 2 : Établir les critères d'inclusion et d'exclusion.	17
Étape 3 : Formulation des mots-clés pertinents.	18
Étape 4 : Identifier les bases de données pertinentes.....	18
Étape 5 : Formuler les équations de recherche.....	19
Étape 6 : La sélection des articles après le processus de dépistage à deux étapes.....	19
Étape 7 : Extraction, cartographie et synthèse des données	21
Étape 8 : Interprétation et communication des résultats (analyse des données).....	22
6. RÉSULTATS	23
6.1. Description des articles retenus.....	23
6.2. Description des interventions	27
6.3 Description des effets des interventions.....	33
6.4. Description des effets de la combinaison des interventions.....	37
6.5. Liens entre les résultats et la qualité des articles	39
7. DISCUSSION	41
7.1. Retour sur les objectifs et la question de recherche.....	41
7.2. Les effets des interventions les plus fréquentes.....	41
7.3. Effets des interventions : qu'en est-il du E et du O ?	43

7.4. Forces et limites de l'étude.....	44
7.6. Avenues de recherche.....	45
7.7. Recommandations cliniques en lien avec les effets des interventions recensées et les rôles de l'ergothérapeute	45
CONCLUSION.....	48
RÉFÉRENCES.....	49
ANNEXES.....	56
ANNEXE A	56
ANNEXE B	76

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier ma superviseuse d'essai Joanie Maclure pour sa disponibilité, ses pistes de réflexion et son écoute. Son soutien tout au long de la rédaction de cet essai de maîtrise m'a permis de rester rigoureuse et structurée, pour produire un travail de qualité.

Je souhaite aussi remercier ma correctrice externe, Audrey Laliberté, avec qui j'ai fait un stage en thérapie de la main, pour son temps et ses commentaires constructifs qui m'ont permis de bonifier cet essai.

Je remercie également ma famille pour leur soutien tout au long de ce parcours universitaire et de ce processus de recherche. Un merci spécial à ma mère, qui a été ma source d'inspiration pour le sujet de mon essai et qui est la preuve vivante que tout est possible, malgré la maladie de l'arthrose de la main.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les mots-clés développés pour la revue rapide	18
Tableau 2. Exemples d'équations de recherche saisies dans la base de données MEDLINE ..	19
Tableau 3. Équation de recherche saisie dans les bases de données.....	19
Tableau 4. Caractéristiques des articles retenus dans la revue rapide	24
Tableau 5. Caractéristiques sociodémographiques des participants dans les articles....	Erreur! Signet non défini.
Tableau 6. Interventions dans la catégorie des soins préventifs	27
Tableau 7. Interventions dans la catégorie des interventions non chirurgicales.	Erreur! Signet non défini.
Tableau 8. Interventions dans la catégorie des stratégies alternatives.....	Erreur! Signet non défini.
Tableau 9. Interventions dans la catégorie mixte.....	Erreur! Signet non défini.
Tableau 10. Effets uniquement sur la personne (P) des interventions recensées.....	33
Tableau 11. Effets sur la personne (P) et l'occupation (O) des interventions recensées.....	36
Tableau 12. Effets de la combinaison des interventions.....	38
Tableau 13. Qualité des articles et leurs interventions respectives.....	40

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO)	15
Figure 2. Diagramme Prisma	20

RÉSUMÉ

Problématique : Les ergothérapeutes sont des professionnels de la santé qualifiés pour travailler en thérapie de la main, auprès de la clientèle souffrant d'arthrose de la main. Cette maladie chronique dégénérative engendre des répercussions physiques et psychologiques dans le quotidien de la personne qui en souffre. Qu'elle soit de type radiographique ou symptomatique, l'ergothérapeute peut recommander diverses interventions dans le but d'atténuer les symptômes de la maladie. Depuis 2010, il y a une pénurie d'études concernant les interventions utilisées dans la pratique clinique en ergothérapie au sujet de l'arthrose de la main (Valdes et Marik, 2010), ce qui fait qu'il est difficile de connaître les réels effets de ces interventions. **Objectifs :** Ce projet de recherche vise donc à documenter les interventions en ergothérapie pour l'arthrose de la main et à décrire les effets de celles-ci sur la fonction de la main. **Cadre conceptuel :** Le modèle « Personne-Environnement-Occupation » (PEO) qui s'intéresse aux liens existants entre la personne, ses environnements et ses occupations est le cadre conceptuel choisi pour guider l'analyse des données recueillies dans cet essai. Il est intéressant pour son approche holistique qui prend en compte non seulement les aspects liés à la personne, mais aussi la signification occupationnelle et l'environnement dans lequel la personne évolue. **Méthode :** Afin de faire une synthèse des connaissances actuelles dans la littérature blanche et grise concernant les interventions faites en ergothérapie chez les adultes ou les personnes âgées qui souffrent d'arthrose de la main et leurs effets, le devis utilisé est une revue rapide, qui est construite selon les huit étapes de Turin et al. (2021). **Résultats :** Ces étapes ont mené à la création de tableaux des résultats, où au total 14 interventions en ergothérapie sont recensées dans la littérature pouvant améliorer la fonction de la main dont les plus fréquentes avec un taux de 50% sont les orthèses fonctionnelles et les programmes d'exercices de la main à domicile. Les interventions sont divisées selon les catégories de Veillette (2019), qui sont les soins préventifs, les interventions non chirurgicales et les stratégies alternatives. Qu'elles soient traitées de manière individuelle ou en combinaison, elles ont toutes des effets sur la personne. Puis, il y en a sept qui ont des effets sur la personne et l'occupation, mais aucune n'a des effets sur l'environnement. **Discussion :** Plusieurs interventions en ergothérapie sont disponibles et visent à atténuer les symptômes de la maladie. Les plus recensées dans la littérature sont les orthèses fonctionnelles, les technologies d'assistance et les programmes d'exercices de la main. Des différences importantes sont présentes entre les auteurs quant aux effets réels de ces interventions. Aussi, les études qui s'intéressent aux effets des interventions portent davantage sur la composante de la personne que sur la composante de l'occupation et de l'environnement, ce qui fait du sens compte tenu que la thérapie de la main serait plutôt une pratique qui est portée et non fondée sur les occupations. **Conclusion :** À la lumière des écrits scientifiques, une absence de consensus demeure entre des auteurs par rapport aux effets de certaines interventions, dont les orthèses fonctionnelles, les programmes d'exercices de la main à domicile et les technologies d'assistance. D'autres recherches sont donc nécessaires dans le futur pour développer des connaissances nouvelles qui cerneraient les effets de ces interventions pour améliorer la fonction de la main des adultes et des personnes âgées qui ont de l'arthrose de la main. D'ailleurs, l'implication de participants atteints de la maladie serait une avenue de recherche intéressante pour corroborer leurs symptômes et leurs changements occupationnels et environnementaux avec les résultats de ce présent essai.

Mots clés : Effets, interventions en ergothérapie, arthrose de la main, adultes, personnes âgées, fonction de la main, douleur, qualité de vie.

ABSTRACT

Problematic: Occupational therapists are qualified health professionals who work in hand therapy with clients suffering from hand osteoarthritis. This chronic degenerative disease has both physical and psychological impacts on the daily life of those affected. Whether radiographic or symptomatic, the occupational therapist can recommend various interventions aimed at alleviating the symptoms of the disease. Since 2010, there has been a shortage of studies on the interventions used in clinical occupational therapy practice concerning hand osteoarthritis (Valdes and Marik, 2010), making it difficult to understand the actual effects of these interventions. **Objectives:** This research project aims to document occupational therapy interventions for hand osteoarthritis and describe their effects on hand function. **Conceptual framework:** The "Person-Environment-Occupation" (PEO) model, which focuses on the relationships between the person, their environments, and their occupations, has been chosen as the conceptual framework to guide the data analysis in this study. Its holistic approach is of interest as it considers not only the person but also the occupational significance and the environment in which the person operates. The absence of a classification system also allows the student-researcher the freedom to interpret the results. **Method:** To synthesize current knowledge in both white and grey literature on occupational therapy interventions for adults or elderly individuals suffering from hand osteoarthritis and their effects, a rapid review design was used, following the eight steps of Turin et al. (2021). **Results:** These steps led to the creation of result tables, identifying a total of 14 occupational therapy interventions found in the literature that can improve hand function. The most common, with a rate of 50%, are functional splints and home hand exercise programs. The interventions are divided according to Veillette's (2019) categories of preventive care, non-surgical interventions, and alternative strategies. Whether treated individually or in combination, all interventions have effects on the person. Additionally, seven have effects on both the person and their occupation, while none affect the environment. **Discussion:** Several occupational therapy interventions are available and aim to alleviate the symptoms of the disease. The most frequently mentioned in the literature include functional orthoses, assistive technologies, and hand exercise programs. Significant differences exist among authors regarding the actual effects of these interventions. Additionally, studies focusing on the effects of these interventions tend to emphasize the person component rather than the occupation and environment components, which makes sense given that hand therapy is more of a practice that is implemented rather than one grounded in occupations. **Conclusion:** Considering the scientific literature, a lack of consensus remains among authors regarding the effects of certain interventions, including functional splints, home hand exercise programs, and assistive technologies. Further research is needed in the future to develop new knowledge that would identify the effects of these interventions to improve hand function in adults and elderly individuals with hand osteoarthritis. Moreover, the involvement of participants suffering from the disease would be an interesting research avenue to corroborate their symptoms and their occupational and environmental changes with the results of this study.

Keywords: Effects, occupational therapy interventions, hand osteoarthritis, adults, elderly, hand function, pain, quality of life.

1.INTRODUCTION DU SUJET DE L'ÉTUDE

« En 2009-2010, 4,27 millions de Canadiens étaient limités dans leurs activités quotidiennes en raison de leurs blessures à la main » (Billette et Janz, 2011, p.1). Les ergothérapeutes sont des professionnels de la santé qualifiés pour travailler en thérapie de la main, ce qui leur confère des rôles importants auprès de ces personnes (Bergeron et al., 2008 ; Melvin, 1985 ; Roll et Hardison, 2017). Ils sont outillés pour aider une personne, à la suite d'une blessure à la main ou d'une maladie affectant la fonction de la main, à récupérer des habiletés fonctionnelles ou à mettre en place des manières compensatoires pour la reprise des occupations significatives (Case-Smith, 2003). Plus précisément, le rôle de l'ergothérapeute en thérapie de la main est de faire une analyse des activités et des tâches qui sont plus difficiles à réaliser dans le quotidien de la personne. Il propose ensuite un plan avec des interventions centrées sur les activités les plus importantes pour elle, afin qu'elle puisse améliorer son fonctionnement (Chan et Spencer, 2004). En d'autres mots, ils s'intéressent au fonctionnement dans les activités quotidiennes tout en évaluant la fonction de la main (Dickson et Bain, 2008).

Les ergothérapeutes peuvent ainsi être interpellés pour travailler auprès de personnes souffrant d'arthrose. D'ailleurs, chez les Canadiens âgés de 20 ans et plus, environ 3,9 millions doivent vivre avec ce diagnostic (Gouvernement du Canada, 2020). Plus précisément, il y a 12% des gens âgés de 65 ans et plus qui sont touchés par l'arthrose de la main (Gomes Carreira et al., 2010). Cette maladie augmente en prévalence avec l'avancement en âge (Brosseau et al., 2018).

Il a été démontré que les personnes souffrant d'arthrose de la main peuvent ressentir des symptômes physiques, tels que des douleurs articulaires, de la raideur, un gonflement des tissus mous, une perte de mobilité et une diminution de la force (Brosseau et al., 2018). Ces symptômes engendrent des répercussions fonctionnelles, ce qui fait que les personnes peuvent être limitées à participer dans leurs activités de la vie quotidienne (Kjeken, 2011).

L'arthrose de la main touche trois fois plus de femmes que d'hommes (Deveza et al., 2017). En effet, elle atteint plus souvent les femmes âgées de 50 ans et plus, et ce, après leur ménopause (Brosseau et al., 2018 ; Deveza et al., 2017). Quoique très fréquente et perçue par la société comme un fardeau économique (Weaver, 1999, cité dans Grant, 2005 ; Deveza et al., 2017), depuis 2010,

il y a une pénurie d'études concernant les interventions utilisées dans la pratique clinique en ergothérapie au sujet de l'arthrose de la main (Valdes et Marik, 2010). Cela fait en sorte qu'il est difficile de connaître les réels effets de ces interventions.

Cet essai portera donc sur les effets des différentes interventions en ergothérapie, celles qui ont déjà été publiées dans la littérature scientifique, pour améliorer la fonction de la main chez les adultes ou les personnes âgées qui ont de l'arthrose de la main. Pour ce faire, la problématique, les objectifs et la question de recherche seront présentés. Puis, le cadre de recherche ayant guidé la réflexion de même que la méthodologie seront détaillés. Les résultats de même que la discussion comprenant les forces et les limites de cet essai suivront, avant de conclure sur les points à retenir pour le futur ainsi que les retombées de l'étude.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Pour présenter l'état des connaissances, cette section exposera le sujet en définissant l'arthrose de la main, puis en présentant les données de la situation, notamment les facteurs de risque associés à cette maladie, les possibles impacts de celle-ci sur le quotidien de même que les différents rôles de l'ergothérapeute en fonction des types d'interventions visant à améliorer la fonction de la main.

2.1. Définition de l'arthrose de la main

L'arthrose de la main est un type d'arthrite dégénérative. Cette maladie chronique se caractérise par une usure progressive du cartilage articulaire (La Rédaction, 2024). Celle-ci peut être en lien avec la dégradation de l'os sous-chondral, des bords articulaires ou des structures périarticulaires (Felson et al., 2000 ; Altman et al., 1990). L'arthrose des mains est « la forme la plus commune des troubles articulaires avec celle des genoux et des hanches » (Lorquet, 2021, p.1).

Dans les faits, entre 44% et 70% des personnes âgées de 55 ans et plus ont de l'arthrose de la main radiologique et ce taux augmente jusqu'à 85% pour les personnes âgées de 75 ans et plus (Grant, 2005). De surcroît, chez les personnes âgées, la prévalence de l'arthrose de la main symptomatique est de 15% (Deveza, 2017). L'arthrose radiographique de la main est caractérisée

par la perte de cartilage, les lésions osseuses et les lésions articulaires visibles à la radiographie (Zhang et al., 2002). L'arthrose symptomatique de la main, quant à elle, se définit par des symptômes décrits par la personne comme de la douleur ou de la raideur articulaire (Zhang et al., 2002). D'ailleurs, selon une étude menée auprès de 1041 personnes âgées de 70 ans et plus, il y avait 88,6% des hommes et 94,4% des femmes qui présentaient une arthrose radiographique de la main. Sur ce pourcentage, 8,9% des hommes et 17% des femmes avaient des symptômes reliés à l'arthrose de la main (Zhang et al., 2002). Il est possible qu'une personne présente une arthrose radiographique de la main sans ressentir de symptômes (Kalichman et Hernandez-Molina, 2010).

Les sites les plus affectés sont les articulations interphalangiennes distales avec un taux de 47,3%, les articulations trapézo-métacarpiennes avec un taux de 35,8%, les articulations interphalangiennes proximales avec un taux de 18,2% et l'articulation métacarpo-phalangienne avec un taux de 8,2% (Dahaghin et al., 2005).

2.2. Les facteurs de risque de l'arthrose de la main

Il existe plusieurs facteurs pouvant mettre un individu plus à risque de développer de l'arthrose de la main. Tout d'abord, il y a une question de prédisposition génétique (Kalichman et Hernandez-Molina, 2010). En effet, les femmes sont plus à risque d'avoir de l'arthrose des doigts, si un de leurs parents en présente une (Expanscience, 2024). De plus, avec l'avancement en âge, la personne est plus à risque de développer de l'arthrose de la main (Kalichman et Hernandez-Molina, 2010). Aussi, le sexe est un facteur de prédisposition (Kalichman et Hernandez-Molina, 2010). Par exemple, les femmes seraient plus à risque, après la période de la ménopause en raison des changements hormonaux. Il n'y a toutefois pas de preuve formelle à ce sujet (Expanscience, 2024).

De plus, les facteurs métaboliques, tels que l'obésité, le diabète et le syndrome métabolique, font en sorte que la personne est plus à risque de développer l'arthrose de la main. De plus, des occupations ou des métiers qui demandent de forcer avec la main de manière prolongée ou récurrente auront un impact sur le développement de l'arthrose de la main (Buitekant, 2023). Finalement, les microtraumatismes, tels que l'exécution de mouvements répétitifs ou la soumission à des vibrations mécaniques répétées, rendent les articulations de la main plus fragiles (Expanscience, 2024).

2.3. Possibles impacts de l'arthrose de la main sur le quotidien

La personne qui souffre d'arthrose de la main peut ressentir de la douleur vive, aiguë, intermittente ou toujours présente (Cedraschi et al., 2013). De plus, la mobilité articulaire et la force de préhension de la personne atteinte d'arthrose de la main diminuent, ce qui affecte la fonction globale de la main (Kjeken et al., 2011). Ainsi, la personne se retrouve avec de plus grandes limitations lors de la réalisation de ses activités de la vie quotidienne, comme des difficultés à prendre un objet, écrire, ouvrir un pot ou même utiliser des outils pour couper des aliments (Silva, 2020). Étant donné que la personne ne peut pas participer pleinement dans des occupations, comme la préparation des repas ou encore l'habillage, car certaines tâches nécessitant de la force de la main sont irréalisables, sans aide, cela peut lui amener de la frustration puisqu'elle n'est plus totalement autonome. Aussi, la personne pourrait décider de ne plus prendre part à des loisirs, puisqu'elle sait qu'avec sa maladie, elle ne pourrait pas les faire avec la même performance qu'avant et choisirait de s'isoler socialement (Bromann Bukhave et al., 2014 ; Société de l'arthrite du Canada, 2024).

Bromann Bukhave et al. (2014) ajoutent quant à eux la notion que les personnes atteintes d'arthrose de la main rencontrent des difficultés à faire leur emploi. Par exemple, l'altération de la fonction de la main nuit à l'exécution de certains mouvements, à la concentration et aux performances dans le cadre de l'emploi (Fanny, 2013). Il arrive également que les personnes avec de l'arthrose de la main soient gênées de l'apparence physique de leurs mains, ce qui fait qu'elles évitent de se retrouver en public. Par exemple, les personnes âgées pourraient décider de ne plus participer à leurs activités sociales par peur d'être vues avec leurs incapacités fonctionnelles de la main (Société de l'arthrite du Canada, 2024).

Ainsi, la douleur, la diminution de la fonction de la main, les limitations fonctionnelles et les restrictions dans la participation aux activités de la vie quotidienne peuvent engendrer une diminution de la qualité de vie et affecter le bien-être psychologique (Stamm et al., 2002). Par exemple, la personne peut vivre de la frustration en lien avec la douleur qu'elle ressent liée à l'arthrose de la main ou encore parce que celle-ci l'empêche de terminer une tâche. Cette douleur peut mener à des conséquences psychologiques, telles que la dépression et l'anxiété face au futur de vivre avec cette maladie (Mathy et al., 2021 ; Cedraschi et al., 2013). Il a d'ailleurs été

documenté que les personnes avec de l'arthrose de la main ont une qualité de vie moindre que celles qui n'ont pas la maladie et que la douleur affecte le sommeil, les loisirs, la vie familiale, les activités sociales et la vie professionnelle (Mathy et al., 2021).

2.4. Rôles de l'ergothérapeute en thérapie de la main

Selon Veillette (2019), il existe une diversité des modalités de traitement visant à améliorer la fonction de la main d'une personne qui souffre d'arthrose de la main et l'ergothérapeute peut jouer plusieurs rôles importants. D'abord, l'ergothérapeute a un rôle à jouer en promotion et en prévention de la santé pour les interventions classées dans la catégorie des soins préventifs, qui ont pour but d'atténuer les symptômes de la maladie et d'éviter les complications possibles. Pour ce faire, il peut faire de l'enseignement sur les principes de protection articulaire pour que la personne adopte un positionnement plus optimal et exécute des mouvements qui sont plus sains pour les articulations. Il peut aussi faire de l'enseignement sur les principes de conservation d'énergie pour que la personne applique ceux-ci dans son quotidien afin que les activités se fassent de manière optimale.

De plus, l'ergothérapeute joue un rôle éducatif pour les interventions classées dans la catégorie des interventions non chirurgicales, qui ont pour but d'améliorer le fonctionnement au quotidien de la personne en l'aidant à maintenir ou retrouver des capacités fonctionnelles afin d'être autonome. Par exemple, il pourrait recommander à la personne des orthèses fonctionnelles pour limiter les déformations, diminuer l'inflammation ou induire un relâchement musculaire. Il pourrait faire de l'entraînement à un transfert de dominance, si l'arthrose de la main est à la main dominante et nuit aux mouvements de précision pour faire une occupation. Il peut aussi enseigner à la personne comment diminuer ses symptômes en intégrant des stratégies de gestion de la douleur lors de la réalisation de ses activités quotidiennes ou encore lui enseigner des exercices à faire pour améliorer ou maintenir ses capacités physiques.

Aussi, l'ergothérapeute joue un rôle d'agent de changement pour les interventions classées dans la catégorie des stratégies alternatives, qui ont pour but de compenser les limitations fonctionnelles des gens qui ont eu recours ou non à une chirurgie dans le passé et qui demeurent avec des difficultés pour réaliser des tâches ou des activités avec la main. Pour ce faire, il peut adapter les environnements de travail et du domicile de la personne afin de faciliter la réalisation

des tâches au quotidien. L'ergothérapeute peut aussi adapter des équipements, comme faire l'ajout d'un manche sur un ustensile pour qu'il soit plus simple de le manipuler.

2.5. Pertinence de l'étude

Deux éléments renforcent la pertinence de cette étude. Un premier concerne le besoin de développer les connaissances sur le plan de la recherche afin de mieux cerner les effets des interventions proposées en ergothérapie. Un second a trait à la problématique sociale liée au nombre important de personnes vivant avec de l'arthrose de la main et des conséquences fonctionnelles que la maladie entraîne.

Au-delà de la pénurie d'études sur les interventions cliniques pour l'arthrose de la main, les études existantes concernent davantage les interventions pour l'arthrose du genou et de la hanche, mais peu pour la main (Valdes et Marik, 2010). En 2005, un auteur nommé Towheed a publié une revue systématique qui s'intéressait aux effets des interventions pour l'arthrose de la main, mais aucunes études n'étaient concluantes. En 2009, un second auteur a refait cette revue systématique pour y inclure davantage d'études contrôlées randomisées. Il en est ressorti que ces études étaient de pauvres qualités et la méthodologie utilisée n'était pas décrite. Dans la même année, Moe et al. (2009), affirment qu'il manque de preuves de haute qualité pour les interventions non pharmacologiques et que de futures recherches seront nécessaires. Dans les années suivantes, les recherches se sont poursuivies, mais les études disponibles sur le sujet de l'arthrose de la main avaient une méthodologie inadéquate ou une taille d'échantillon trop petite pour pouvoir tirer des conclusions (Valdes et Marik., 2010).

Autrement dit, il y a eu des revues systématiques publiées entre 2009 et 2010 qui se sont intéressées aux effets des interventions pour l'arthrose de la main. Toutefois, celles-ci comprenaient des articles qui avaient une faible qualité méthodologique, un fort risque de biais et une absence de consensus quant aux effets de certaines interventions, dont les programmes d'exercices (Nery et al., 2021).

De plus, le nombre de personnes atteintes d'arthrose de la main devrait augmenter dans les prochaines années, ce qui fait que des interventions thérapeutiques efficaces seront nécessaires pour aider les clients à gérer les symptômes de la maladie (Zhang et al., 2002). Compte tenu de

cela et du fait que la prévalence de l'arthrose de la main augmente avec l'âge (Zhang et al, 2009), il est important de bien la comprendre et de connaître les effets des interventions en ergothérapie sur la fonction de la main. En agissant en prévention et en promotion de la santé, il pourrait y avoir un effet bénéfique sur la gestion de l'arthrose de la main, sur la pratique clinique des ergothérapeutes en thérapie de la main et sur la qualité des services offerts aux clients.

Tous ces éléments démontrent la pertinence de faire une revue rapide pour consolider et mettre à jour les connaissances scientifiques sur le sujet de l'arthrose de la main et de faire le point sur les réels effets des différentes interventions en ergothérapie sur la fonction de la main.

3. OBJECTIFS ET QUESTION DE RECHERCHE

Les objectifs principaux de cet essai de maîtrise sont de documenter les interventions en ergothérapie pour l'arthrose de la main et de décrire les effets de celles-ci sur la fonction de la main.

L'essai portera sur la question de recherche suivante : « Quels sont les effets des interventions en ergothérapie pour améliorer la fonction de la main chez les adultes ou les personnes âgées qui ont de l'arthrose de la main ? » Cette question sert à vérifier les effets des interventions en ergothérapie, documentées dans la littérature, qui sont en lien avec l'arthrose de la main, la fonction de la main et les populations visées.

4. CADRE DE RECHERCHE

Le cadre conceptuel choisi pour guider l'ensemble de la recherche dans cet essai est le modèle « Personne-Environnement-Occupation » [PEO] (Polatajko et al., 2013). Ce modèle, axé sur l'occupation, a été créé en 1996 par Law et al. (1996). La Figure 1 représente ce modèle, qui est en fait la résultante d'une interaction entre la personne, l'occupation et l'environnement. Plus précisément, les auteurs le définissent comme étant « l'expérience dynamique d'une personne qui participe à des activités et à des tâches déterminées par des objectifs, dans un environnement » (Townsend et Polatajko, 2013, p.33).



Figure 1. Modèle Personne-Environnement-Occupation
(Law et al., 1996).

Dans le modèle PEO, la personne est perçue comme un être qui est en mesure de faire plusieurs rôles et responsabilités en même temps. La personne peut faire référence à un individu, un groupe, une organisation ou une communauté. Ce modèle permet une vision holistique de la personne, puisqu'il la considère selon toutes ses composantes. La personne a divers attributs, qui peuvent être fixes ou qui peuvent changer avec le temps. Elle a aussi des expériences de vie qui, ajoutées à ces attributs, forment le concept de soi. Cela comprend le style de personnalité, les antécédents culturels, les compétences personnelles qui sont acquises ou innées, les performances motrices, les capacités sensorielles, les habiletés cognitives et l'état général de santé (Townsend et Polatajko, 2013 ; Law et al., 1996).

Dans le modèle PEO, le concept d'occupation comprend les différentes tâches et les activités dans lesquelles la personne participe dans son quotidien et s'engage pour répondre à ses « besoins intrinsèques d'autosuffisance, d'expression de soi et de réalisation » (Townsend et Polatajko, 2013, p.37). Plus précisément, une activité est l'unité de base d'une tâche. Par exemple, l'activité pourrait être la lecture d'un livre en ergothérapie. La tâche, quant à elle, correspond plutôt à l'ensemble d'activités déterminées dans lesquelles la personne s'engage. La tâche pourrait être de lire le chapitre II du livre en ergothérapie. Ainsi, les concepts d'activité et de tâche sont étroitement liés et forment le concept de l'occupation (Law et al., 1996).

Finalement, l'environnement est le milieu dans lequel se produit l'interaction entre la personne et l'occupation. Dans le modèle PEO, il existe divers facteurs de l'environnement. Ils

peuvent être culturels, institutionnels, physiques et sociaux (Townsend et Polatajko, 2013) et une importance égale est accordée à chacun d'entre eux (Law et al., 1996). Les environnements culturels rassemblent les aspects ethniques, raciaux et les valeurs des groupes. Les environnements institutionnels comprennent les aspects politiques, organisationnels et législatifs. Les environnements physiques incluent les environnements naturels et construits. Les environnements sociaux sont les regroupements sociaux et les communautés organisées (Townsend et Polatajko, 2013).

Le modèle PEO s'intéresse donc aux liens existants entre la personne, ses environnements et ses occupations (Townsend et Polatajko, 2013). Dans le cadre de cet essai, la résultante de l'ajustement maximisé entre la personne ciblée, qui a de l'arthrose de la main, ses occupations et ses environnements sera les effets d'une intervention en ergothérapie sur la fonction de la main.

4.1. Justification du choix du modèle PEO

Plusieurs éléments justifient le choix du modèle PEO comme cadre de recherche pour cet essai. Tout d'abord, ce modèle ergothérapique est pertinent en regard de la question de recherche, qui cible les effets des interventions en ergothérapie. Le modèle PEO promeut une approche holistique qui prend en compte non seulement les aspects liés à la personne, mais aussi la complexité des occupations et l'environnement dans lequel la personne évolue. Étant donné qu'il y a une pénurie d'études sur les interventions cliniques pour l'arthrose de la main, il est difficile de se positionner quant aux effets de celles-ci (Valdes et Marik, 2010). Il est donc pertinent d'avoir choisi un cadre de recherche qui reprend les trois concepts centraux de la profession d'ergothérapeute, dont la personne, l'environnement et l'occupation, puisqu'il permet l'interrelation entre ces concepts, ce qui est crucial pour évaluer les effets des interventions.

De plus, étant donné qu'il n'a pas de système de classification, il laisse plus de liberté et de place à l'interprétation des données. Cela est intéressant puisqu'il permet de fournir un vocabulaire qui sera utile lors de l'analyse des résultats. Ainsi, dans l'analyse des résultats, il sera possible de faire ressortir si les effets des interventions en ergothérapie recensées dans la littérature ont une portée qui s'applique à la personne et/ou l'occupation et/ou à l'environnement.

5. MÉTHODOLOGIE

Pour répondre à la question de recherche, le devis utilisé est une revue rapide. Le choix de ce devis repose sur le désir de faire une synthèse des connaissances actuelles dans la littérature blanche et grise concernant les interventions faites en ergothérapie chez les adultes ou les personnes âgées qui souffrent d'arthrose de la main, et ce, afin de documenter leurs réels effets sur la fonction de la main. La revue rapide permet de faire une synthèse des données probantes dans un temps limité, d'examiner la qualité des articles retenus et permet aux ergothérapeutes qui travaillent en thérapie de la main de s'y référer facilement pour prendre une décision clinique. Elle peut aussi servir à l'élaboration de lignes directrices. Pour construire la revue rapide, les huit étapes de Turin et al. (2021), suivant un processus itératif, ont été retenues.

5.2. Construction du devis de l'étude

Étape 1 : Identifier une question de recherche.

La première étape impliquait de déterminer une question de recherche, selon les objectifs de la revue rapide. Afin de formuler une question claire, directe et pertinente, celle-ci suit l'approche PICO. Ainsi, la population visée (P) est les adultes ou les personnes âgées qui ont de l'arthrose de la main, l'intervention (I) concerne les interventions en ergothérapie et le résultat attendu (O) est les effets pour améliorer la fonction de la main de la population cible. Aucune comparaison (C) n'est présente dans la question, puisque celle-ci a un but prédictif et de contrôle (Fortin et Gagnon, 2022).

Étape 2 : Établir les critères d'inclusion et d'exclusion.

L'étudiante-chercheuse a ensuite déterminé les critères pour sélectionner les études répondant à l'objectif de la recherche. Les articles retenus dans la revue rapide devaient inclure les adultes ou les personnes âgées qui ont de l'arthrose de la main, ce qui comprenait aussi les diagnostics des sous-catégories de l'arthrose de la main. De plus, une étude était sélectionnée pour la revue rapide si elle traitait d'une intervention en ergothérapie et si elle analysait les effets de cette intervention par rapport à la fonction de la main. Il est important de mentionner que, dans le cadre de cet essai, la fonction de la main comprenait également les effets sur la douleur et sur la qualité de vie. Aussi, les articles retenus dans la revue rapide devaient être écrits en français ou en anglais. Les études pouvaient être réalisées dans un autre pays que le Canada. La revue rapide ne

comprenait que des études primaires. Elles pouvaient donc avoir un devis expérimental ou un devis quasi expérimental, car l'étudiante-chercheuse souhaitait faire ressortir ce qui a été démontré comme efficace dans la littérature. Elle souhaitait donc inclure que des études avec un haut niveau d'évidence scientifique. Ainsi, les articles devaient avoir une date de publication qui se situait entre les années 2008 à aujourd'hui. Finalement, les articles dont la clientèle était respectée, mais qui avait un trouble musculosquelettique au membre supérieur (poignet, coude, avant-bras) ou une blessure à la main étaient exclus.

Étape 3 : Formulation des mots-clés pertinents.

Après avoir établi les critères d'inclusion et d'exclusion des articles de la revue rapide, plusieurs mots-clés ont été définis en fonction de la question de recherche. Le Tableau I fait référence aux différents concepts clés ressortis en reprenant toutes les composantes de l'approche PICO. Les mots-clés joints dans le Tableau 1 font référence à du vocabulaire libre, étant donné qu'aucun vocabulaire contrôlé n'a été trouvé dans le thésaurus des bases de données ciblées.

Tableau 1. Les mots-clés développés pour la revue rapide

Concepts	Mots-clés associés (vocabulaire libre)
Effets	Effectiveness, effects, efficacy, effective, treatment outcomes, success, benefits, impact
Interventions en ergothérapie	Occupational therapy intervention, occupational therapy treatment, occupational therapy
Arthrose de la main	Hand osteoarthritis, hoa
Adultes	Adults, patients, clients
Fonction de la main	Hand function

Étape 4 : Identifier les bases de données pertinentes.

Pour réaliser la revue rapide, cinq bases de données de la littérature blanche ont été utilisées, telles que Academic Search Complete, Amed, Cinahl, Medline et Scopus. Le processus de recherche dans les bases de données a été fait en février 2023. Le choix de ces bases de données a été fait en fonction du sujet principal de la revue rapide, qui est l'arthrose de la main. Ainsi, des bases de données qui s'appliquent pour les sciences pures et appliquées en santé, les sciences biomédicales et l'ergothérapie étaient pertinentes. Pour la littérature grise, Google Scholar a été utilisé.

Étape 5 : Formuler les équations de recherche.

La stratégie de recherche a été élaborée avec l'aide de la bibliothécaire Mylène Lavoie, qui travaille à l'Université du Québec à Trois-Rivières, au campus de Drummondville. Après avoir identifié les mots-clés et les bases de données pertinentes en regard de la question de recherche, différentes équations de recherches ont été élaborées pour trouver des articles à inclure dans la revue rapide. Pour ce faire, les opérateurs booléens OU et ET ont été combinés aux mots-clés et saisis dans les différentes bases de données. Le Tableau 2 présente des exemples de stratégies de recherche saisies dans une base de données comme MEDLINE. Puis, le Tableau 3 présente la stratégie de recherche saisie par l'étudiante-chercheuse, qui a généré le plus grand nombre d'articles, et ce, dans toutes les bases de données.

Tableau 2. Exemples d'équations de recherche saisies dans la base de données MEDLINE

(hand osteoarthritis OR hoa) AND (occupational therapy intervention OR occupational therapy OR occupational therapy treatment)
--

(hand osteoarthritis OR hoa) AND (occupational therapy intervention OR occupational therapy OR occupational therapy treatment) AND (treatment outcomes or efficacy or effectiveness)
--

(hand osteoarthritis OR hoa) AND (occupational therapy intervention OR occupational therapy OR occupational therapy treatment) AND (outcomes or benefits or effects or impact or effectiveness)

Tableau 3. Équation de recherche saisie dans les bases de données

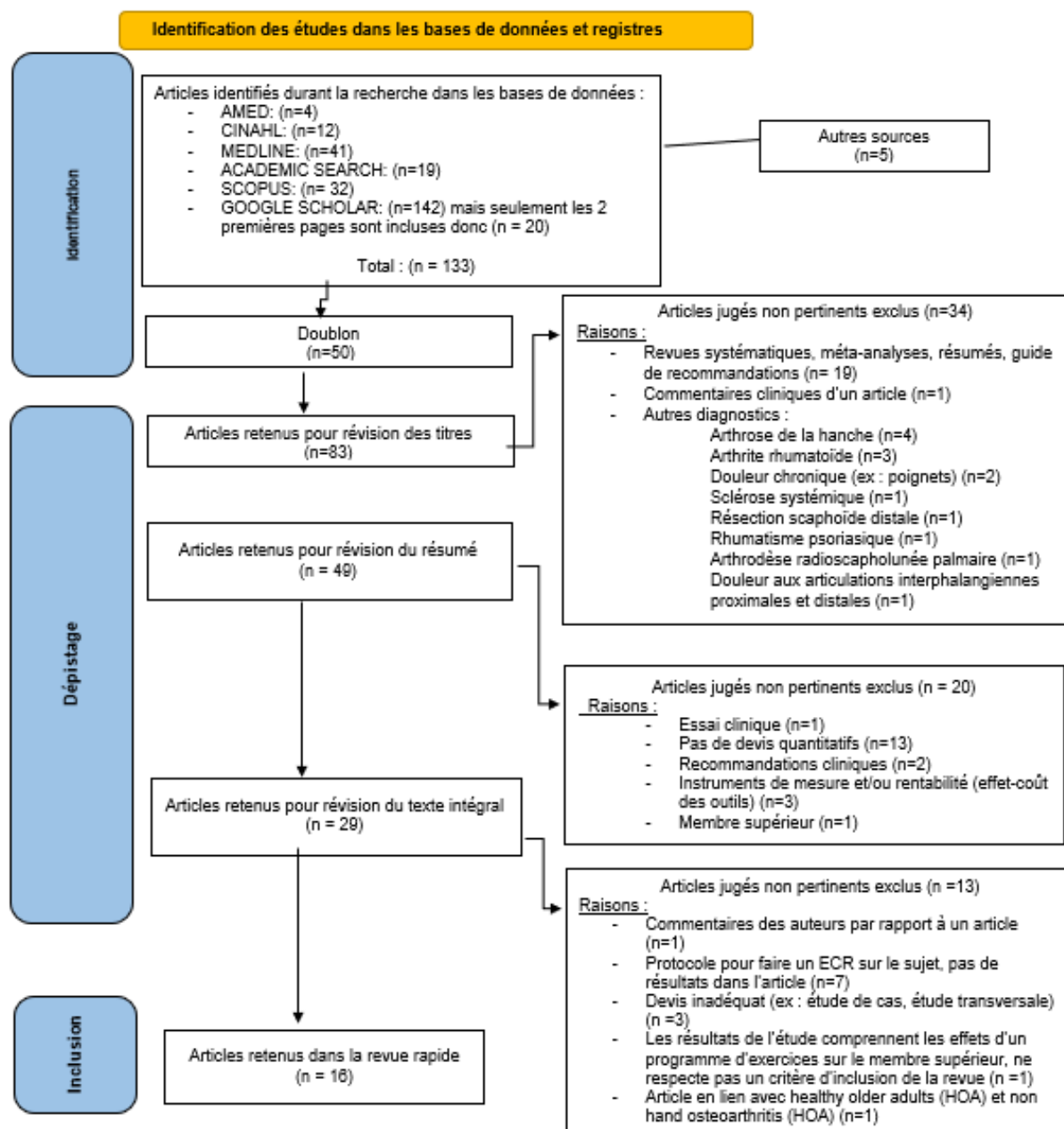
(effectiveness OR efficacy OR effective OR success OR outcome) AND (hand osteoarthritis OR hoa) AND (occupational therapy intervention OR occupational therapy OR occupational therapy treatment)

Étape 6 : La sélection des articles après le processus de dépistage à deux étapes

À la suite de la saisie du vocabulaire libre, 108 articles sont ressortis dans les cinq bases de données. Plus précisément, il y avait quatre articles dans AMED, 12 articles dans CINAHL, 41 articles dans MEDLINE, 19 articles dans ACADEMIC SEARCH et 32 articles dans SCOPUS. Puis, il y avait cinq articles identifiés provenant d'autres sources. Dans Google Scholar, il y avait 142 articles qui sont ressortis, mais seulement ceux des deux premières pages sont inclus dans la sélection (n=20). À la suite du retrait des doublons (n=50), la première étape du processus de dépistage consistait à faire le tri des articles qui correspondaient aux critères d'inclusion de la revue

rapide, en fonction de leurs titres et de leurs résumés. Puis, si l'article était sélectionné, il était analysé selon l'entièreté du texte. Ainsi, 83 articles ont été retenus pour la révision des titres et, parmi ceux-ci, 34 articles ont été exclus. Il y a 49 articles qui ont été retenus pour la révision du résumé et, parmi ceux-ci, 20 articles ont été exclus. Après le processus de dépistage, il y a donc 29 articles qui ont été retenus pour la révision du texte intégral. Après avoir lu l'entièreté des articles et complété la grille d'extraction des données, 16 articles ont été inclus dans la revue rapide. La Figure 2 présente d'ailleurs le diagramme Prisma utilisé par l'étudiante-chercheuse pour identifier les études dans les bases de données avec les raisons d'exclusion.

Figure 2. Diagramme Prisma



Étape 7 : Extraction, cartographie et synthèse des données

À la suite du processus de dépistage à deux étapes, les articles à inclure dans la revue rapide ont été sélectionnés (n=16). Ainsi, à cette étape-ci, il importait d'extraire les informations clés de ces articles en regard de la question de recherche. Pour ce faire, un tableau d'extraction et de synthèse des données a été réalisé, en s'inspirant de Martin et Renaud (2013), les auteurs d'un guide méthodologique de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Dans

celui-ci, pour chaque article compris dans la revue rapide, il a été présenté le titre, les auteurs, le lieu, l'année du document, les objectifs de recherche, le devis méthodologique, la méthode de collecte des données, les caractéristiques des participants, les caractéristiques de l'intervention et les résultats de l'étude en lien avec les effets sur la fonction de la main (voir ANNEXE A).

Dans le cadre de cet essai, l'échelle PEDro de Brosseau et al., (2015), a été utilisée, puisqu'elle permet d'évaluer la qualité d'articles qui ont un devis expérimental ou quasi expérimental. Cela était donc cohérent avec un des critères d'inclusion de la revue rapide. Cette échelle comprend 11 critères dont chacun se répond par oui ou non. Un score d'un point est accordé à une réponse oui et un score de zéro point est accordé à une réponse non. Le score total de l'échelle PEDro est sur dix. Plus le score d'un article se rapproche de dix, plus sa qualité est grande. Le premier critère de l'échelle PEDro est en lien avec la validité externe, mais il n'est pas comptabilisé pour calculer le score PEDro. Les critères deux à neuf sont en lien avec la validité interne et les critères dix et onze servent à déterminer si l'article a suffisamment d'informations statistiques pour rendre ses résultats interprétables. Un deuxième tableau fait ainsi ressortir l'analyse de la qualité des articles inclus dans la revue rapide (voir ANNEXE B).

Étape 8 : Interprétation et communication des résultats (analyse des données)

L'analyse des données a été faite en regard de la question de recherche et des objectifs de la revue rapide. Plus précisément, l'étudiante-chercheuse a classé les interventions selon différentes catégories proposées par Veillette (2019), qui sont les soins préventifs, les interventions non chirurgicales et les stratégies alternatives. Quant aux effets des interventions recensées dans la littérature blanche et grise, ils ont été présentés en regard du modèle PEO. Ainsi, l'étudiante-chercheuse a communiqué les résultats des études dans différents tableaux et interprété si les effets des interventions visaient la personne et/ou l'occupation et/ou l'environnement. Elle a également présenté un tableau avec les différentes interventions, leurs auteurs et leur niveau respectif de qualité, selon la grille PEDro.

6. RÉSULTATS

La présente section décrira les résultats obtenus à la suite de l'analyse descriptive des données. D'abord, une description des articles retenus dans la revue rapide de même qu'une description des participants dans les articles retenus seront présentées. Puis, les résultats en lien avec les objectifs de recherches qui sont de documenter les interventions en ergothérapie pour l'arthrose de la main et de décrire les effets des interventions en ergothérapie sur la fonction de la main seront mis de l'avant. De plus, les résultats en lien avec les mêmes objectifs de recherches, mais dans le cas d'une combinaison d'interventions seront exposés.

6.1. Description des articles retenus

Dans la sélection des articles retenus dans la revue rapide, il y a six articles qui ont été publiés entre 2008 et 2013, six articles qui ont été publiés entre 2014 et 2019 et quatre articles qui ont été publiés entre 2020 à 2024, pour un total de 16 articles. Ces études se sont déroulées dans divers pays, dont le Brésil à 25%, la Norvège et le Canada à 18,75%. La revue rapide recense différentes interventions possibles en ergothérapie pour l'arthrose de la main, dont les plus fréquentes sont les appareils fonctionnels à 43,75%, les orthèses fonctionnelles à 50%, les programmes d'exercices de la main à domicile à 50%, les brochures informatives sur la maladie à 43,75% et l'enseignement sur la maladie et/ou les principes de protection articulaire et/ou de conservation d'énergie à 37,5%. Parmi les articles recensés dans la revue rapide, 87,50 % ont une excellente qualité avec une cote supérieure à six sur dix sur l'échelle PEDro.

Tableau 4. Caractéristiques des articles retenus dans la revue rapide

Dates de publication	N	%
2008 à 2013	6	37,50
2014 à 2019	6	37,50
2020 à aujourd'hui	4	25,00
Lieux (Pays et villes)	N	%
Brésil		
Recife	1	6,25
São Paulo	3	18,75
États-Unis		
Floride	1	6,25
Turquie		
Bursa	1	6,25
Hongrie		
Dombóvár	1	6,25
Norvège	2	12,50
Trondheim	1	6,25
Canada		
Ontario	1	6,25
Ottawa	1	6,25
Vancouver	1	6,25
Royaume-Uni		
North Staffordshire	1	6,25
Cheshire	1	6,25
Autriche		
Vienne	1	6,25
Espagne		
Málaga	1	6,25
Interventions recensées	N	%

(Groupe intervention et groupe contrôle)		
Appareils fonctionnels /technologies d'assistances	7	43,75
Programme d'autogestion	1	6,25
Orthèses fonctionnelles	8	50,00
Programme d'exercices de la main à domicile	8	50,00
Programme d'exercices de renforcement progressif pour la main	1	6,25
Programme d'exercices proprioceptifs pour l'arthrose du pouce	1	6,25
Programme de protection articulaire	1	6,25
Brochure d'informations sur la maladie et/ou les principes de protection articulaire et/ou de conservation d'énergie	7	43,75
Enseignement /conseils sur la maladie, les principes de protection articulaire et/ou de conservation d'énergie	6	37,50
Thérapie à la paraffine	1	6,25
Balnéothérapie	1	6,25
Magnétothérapie	1	6,25
Programme de tricot	1	6,25
Intervention combinée interdisciplinaire	1	6,25
Qualité des articles selon l'échelle PEDro	N	%
4/10	2	12,50
6/10	5	31,25
7/10	2	12,50
8/10	7	43,75

Concernant les caractéristiques sociodémographiques des participants dans les articles retenus dans la revue rapide, il est à noter que tous les articles inclus des femmes et 68,75% des articles inclus des hommes. Avec un taux de 81,25%, les participants dans les études sont âgés entre de 46 à 66 ans alors qu'avec un taux de 18,75%, les participants sont âgés de 67 à 87 ans. La majorité des participants ont un diagnostic d'arthrose de la main depuis au moins six ans et allant jusqu'à 11 ans. Parmi ceux-ci, 75% souffrent d'arthrose de la main et 43,75% souffrent d'arthrose de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce. Tous les participants dans les études recensées rapportent des symptômes de la maladie et 31,25% ont une preuve radiographique de la maladie. Aussi, 38,50% des participants ont de l'arthrose à leur main dominante, 18,75% ont de l'arthrose à leur main non dominante et 18,75% ont de l'arthrose bilatérale. Plus de la moitié des participants ne consommait pas de médication avant, pendant et/ou après l'étude.

Tableau 5. Caractéristiques sociodémographiques des participants dans les articles

Genre		N	%
	Femmes	16	100
	Hommes	11	68,75
Groupe d'âge moyen	25-45	0	0
	46-66	13	81,25
	67-87	3	18,75
	88-108	0	0
Temps écoulé depuis le diagnostic			
-	0-5 ans	4	25,00
-	6-11 ans	8	50,00
-	11-16 ans	1	6,25
Diagnostics			
-	Arthrose de la main	12	75,00
-	Arthrose de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce (rhizarthrose)	7	43,75
Type d'arthrose			
-	Radiographique	5	31,25
-	Symptomatique	16	100,00
Main(s)			
-	Dominante	6	37,50
-	Non dominante	3	18,75
-	Bilatérale(s)	3	18,75
Prise de médication durant l'étude			
-	Oui	11	68,75
-	Non	1	6,25

6.2. Description des interventions

Plusieurs interventions ont été recensées dans la littérature blanche et grise concernant l'arthrose de la main. En effet, pour réduire les symptômes associés à l'arthrose de la main et améliorer le fonctionnement global de l'individu, Veillette (2019) propose trois catégories qui sont les soins préventifs, les interventions non chirurgicales et les stratégies alternatives. L'étudiante-chercheuse reprend ces catégories dans cet essai pour classer les interventions dans différents tableaux (6,7,8) et ajoute une quatrième catégorie, qui est mixte (tableau 9).

Dans les soins préventifs, il est possible de retrouver la brochure d'informations sur la maladie et/ou les principes de protection articulaire et/ou de conservation d'énergie et le programme de tricot. Tout d'abord, le professionnel de la santé remet une brochure aux participants pour leur transmettre des informations sur l'arthrose de la main, leur apprendre comment prendre soin de leurs articulations et leur proposer des méthodes de travail plus efficaces. Tout cela est fait dans l'optique de prévenir les déformations articulaires et l'aggravation des symptômes (Amaral et al., 2018, Masterson et al., 2010, Dziedziz et al., 2015, Hennig et al., 2015 et Leonard et al., 2021). Puis, durant le programme de tricot de huit semaines, les participantes font des couvertures en laine et documentent leurs symptômes dans un journal de bord. Cela permet de mieux comprendre les effets d'une activité fonctionnelle et signifiante, comme le tricot sur les symptômes ressentis chez les femmes âgées qui ont de l'arthrose de la main, ce qui pourrait aider le physiothérapeute et l'ergothérapeute à adapter leurs futures séances (Leonard et al., 2021). Les détails sur les interventions dans la catégorie des soins préventifs se retrouvent dans le tableau 6.

Tableau 6. Interventions dans la catégorie des soins préventifs

Nom de l'intervention	C'est quoi l'intervention/buts	Auteurs
Soins préventifs		
Brochure d'informations sur la maladie et/ou les principes de protection articulaire et/ou de conservation d'énergie	Les participants reçoivent un dépliant détaillant les informations sur l'arthrose de la main, ses effets sur les articulations et les mesures à prendre pour en prendre soin. Certaines brochures comprennent aussi des informations sur des principes ergonomiques en proposant des alternatives dans les méthodes de travail : utiliser les deux mains, transférer du poids d'une petite à une plus grosse articulation, utiliser des équipements plus légers, utiliser des méthodes alternatives pour prendre les objets, avoir un équilibre entre les activités et le repos.	(Amaral et al., 2018) (Masterson et al., 2010) (Dziedziz et al., 2015) (Hennig et al., 2015) (Leonard et al., 2021)
Programme de tricot	Les participantes doivent faire 56 séances de tricot, réparties sur huit semaines. Ils ont le choix de faire des séances de groupe dans un club pour aînés deux fois par semaine ou des séances individuelles à domicile tous les jours. Les participants tricotent des couvertures en laine, en utilisant le style de tricot anglais. Chaque semaine, les participants tricotent un carré de laine et organisent des séances de tricot à la maison. Ils complètent un journal de bord, où ils notent leurs raideurs, leurs niveaux de douleur et leurs activités manuelles.	(Leonard et al., 2021)

Dans les interventions non chirurgicales, il est possible de retrouver 1) des orthèses fonctionnelles ; 2) de l'enseignement sur la maladie et/ou sur les principes de protection articulaire et/ou conservation d'énergie ; 3) des programmes d'exercices de la main réalisés à domicile ou en séance d'ergothérapie, dont des programmes de mobilité articulaire, de renforcement progressif de la main, de protection articulaire et d'exercices proprioceptifs pour l'arthrose du pouce et 4) des techniques particulières, incluant la thérapie à la paraffine, la balnéothérapie et la magnétothérapie.

Tout d'abord, l'orthèse fonctionnelle proposée par Gomes Carreira et al. (2020) est un type de traitement conservateur, puisqu'il a pour but de « préserver le premier espace interdigital, soulager la douleur, maintenir la fonction du pouce, intégrer des principes de protection articulaire de même que des principes de conservation de l'énergie et d'utiliser des adaptations ». D'autres auteurs proposent également des orthèses de repos ou fonctionnelles, qui sont considérées comme des interventions non chirurgicales, car elles optimisent la récupération des muscles, des tendons et des articulations, sans avoir recours à une chirurgie (Kjeken et al., 2011 ; Gravås et al., 2019 ; Masterson et al., 2010 ; Cantero-Tellez et al., 2022 ; Stoffer-Marx et al., 2018 ; Sillem et al., 2011 et Silva et al., 2020).

Aussi, dans certaines études, les participants reçoivent des conseils par un ergothérapeute sur la maladie, les principes de protection articulaire ou encore de conservation d'énergie. Ces derniers peuvent ensuite être intégrés dans leur quotidien lors de la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique (Kjeken et al., 2011 ; Nery et al., 2021 ; Gravås et al., 2019 ; Masterson et al., 2010 ; Dziedziz et al., 2015 et Silva et al., 2020). Comme elles comprennent de l'enseignement de la part de l'ergothérapeute, elles se distinguent de la remise de brochures d'informations sur les mêmes principes de la section précédente sur les soins préventifs. En effet, les interventions non chirurgicales recensées dans cet essai comprennent celles qui impliquent une interaction entre les participants et l'ergothérapeute.

En plus de l'enseignement sur les techniques de protection articulaire, des auteurs se sont intéressés à leur intégration dans un programme d'exercices. Ils ont offert ce programme qui permet aux participants d'intégrer des principes de protection articulaire tout en faisant des activités de cuisine supervisées par un ergothérapeute (Dziedziz et al., 2015). Les programmes d'exercices de la main sont des interventions non chirurgicales qui reviennent très souvent dans la littérature scientifique. Certains programmes comprennent un nombre précis d'exercices à

faire, avec une fréquence et une intensité à respecter. De manière générale, les buts des programmes d'exercices de la main sont de maximiser la mobilité, renforcer les muscles et améliorer la force de préhension et/ou des pinces (Rogers et Wilder, 2009 ; Kasapoğlu Aksoy et Altan, 2017 ; Masterson et al., 2010 ; Dziedziz et al., 2015 ; Hennig et al., 2015 et Stoffer-Marx et al., 2018). Parmi ces programmes, certains visent des groupes musculaires précis de la main. C'est pourquoi les exercices doivent être faits en respectant une certaine progression dans les résistances utilisées (Nery et al., 2021). D'autres programmes auront une vocation plus spécifique. Par exemple, un programme d'exercices proprioceptifs est aussi offert pour les participants qui ont de l'arthrose du pouce, où ces derniers reproduisent des positions articulaires actives du pouce, préalablement enseignées par le thérapeute (Cantero-Tellez et al., 2022).

Dans les interventions non chirurgicales, il est également possible de retrouver la thérapie à la paraffine. Cette intervention consiste à faire entrer la main de l'individu dans une cire, avec les doigts écartés et le poignet en position neutre (Kasapoğlu Aksoy et Altan, 2017). Aussi, la balnéothérapie est une intervention qui comprend l'immersion du corps dans l'eau minérale thermique à 36°C ou 38°C alors que la magnétothérapie est l'utilisation d'ondes magnétiques pulsées (Horvath et al., 2012). Les détails sur les interventions dans la catégorie des interventions non chirurgicales se retrouvent dans le tableau 7.

Tableau 7. Interventions dans la catégorie des interventions non-chirurgicales

Nom de l'intervention	C'est quoi l'intervention/buts	Auteurs
Interventions non chirurgicales		
Orthèses fonctionnelles	<p>L'orthèse fonctionnelle est un type de traitement conservateur. Elle est utilisée en réadaptation pour que le client puisse avoir un potentiel de récupération maximal. « Le but de l'orthèse fonctionnelle est de stabiliser l'articulation trapézo-métacarpienne, en maintenant la pulpe de la phalange distale de l'index libre pour la préhension avec les autres doigts et en laissant le pouce dans une position fonctionnelle » (Gomes Carreira et al., 2010, p. 470). L'orthèse doit être portée de jour et/ou de nuit, selon le diagnostic. Elle laisse le poignet libre.</p> <p>Pour l'arthrose du pouce, il existe une orthèse préfabriquée en néoprène qui se nomme <i>Confort Cool Splint</i> et une orthèse faite sur mesure qui se nomme <i>Hybrid Splint</i>. Les participants doivent porter l'orthèse lorsqu'ils ont des symptômes, comme de la douleur, dans les tâches manuelles lourdes et au coucher, si désiré.</p> <p>Il existe également une orthèse de nuit pour les clients qui ont de l'arthrose de l'articulation interphalangienne proximale et distale du deuxième et/ou troisième doigt de la main dominante. Une orthèse du doigt est fabriquée en thermoplastique en</p>	<p>(Gomes Carreira et al., 2010) (Kjeken et al., 2011) (Gravås et al., 2019) (Masterson et al., 2010) (Cantero-Tellez et al., 2022) (Stoffer-Marx et al., 2018)</p> <p>(Sillem et al., 2011)</p> <p>(Silva et al., 2020)</p>

	moulant la face palmaire du doigt et en alignant les articulations avec un positionnement neutre.	
Enseignement /conseils sur la maladie, les principes de protection articulaire et/ou de conservation d'énergie	<p>Les participants qui participent à l'activité bénéficient de conseils d'un ergothérapeute sur la manière de protéger leurs articulations. Ces conseils incluent des méthodes spécifiques pour préserver les articulations, comme prendre des pauses lorsque les tâches deviennent douloureuses, répartir le poids sur plusieurs articulations et utiliser des articulations plus robustes. Des conseils sont fournis sur le rythme des activités, comme prendre des pauses régulières et alterner entre des exercices physiques intenses et légers à intervalles réguliers. Les participants qui participent à l'activité bénéficient de conseils d'un ergothérapeute sur la manière de protéger leurs articulations. Ces conseils incluent des méthodes spécifiques pour préserver les articulations, comme prendre des pauses lorsque les tâches deviennent douloureuses, répartir le poids sur plusieurs articulations et utiliser des articulations plus robustes. Le participant reçoit des conseils pour intégrer ces changements dans sa routine quotidienne, pour modifier progressivement ses habitudes et pour pratiquer régulièrement les techniques de protection articulaire, jusqu'à ce que celles-ci deviennent automatiques.</p>	<p>(Kjeken et al., 2011) (Nery et al., 2021) (Gravås et al., 2019) (Masterson et al., 2010) (Dziedziz et al., 2015) (Silva et al., 2020)</p>
Programme d'exercices de la main à domicile	<p>Un programme de neuf exercices de la main que les participants font tous les jours, pendant 16 semaines, à la maison. Le programme comprend six exercices d'amplitudes actives de mouvements pour améliorer la mobilité des articulations et trois exercices pour améliorer la force de préhension et des pinces. Après chaque quatre semaines, les participants doivent augmenter le nombre des répétitions pour les exercices.</p> <p>Le programme d'exercices comprend le renforcement de la prise de la main, des exercices isométriques et de l'entraînement actif en résistance. Les participants doivent effectuer les exercices deux fois par jour, pendant 15 minutes.</p> <p>Le programme d'exercices de la main comprend des étirements actifs et des exercices d'amplitudes de mouvements pour les mains.</p> <p>Le programme a pour but de renforcer les muscles et mobiliser les articulations. Il comprend des exercices d'étirement, de glissement des tendons, faire un O avec le pouce et l'index, faire l'extension du pouce, l'abduction et l'opposition jusqu'à la base du cinquième doigt, une bande élastique pour faire la résistance des doigts, serrer une balle entre le pouce et les doigts. Il y a quatre sessions d'une heure chacune.</p> <p>Le but du programme d'exercices de la main au domicile est de maximiser l'amplitude des mouvements et, sans douleur dans les articulations des doigts, augmenter la force de préhension, de maintenir la stabilité des articulations, prévenir ou retarder le développement de déformations fixes. Une balle de caoutchouc est utilisée pour la résistance dans les exercices de force et une bande élastique pour la résistance dans les exercices d'abduction/extension du pouce. Les participants doivent faire trois sessions d'exercices par semaine en répétant dix fois chaque exercice durant les deux premières semaines, puis augmenter à 12 répétitions pour les deux semaines suivantes et</p>	<p>(Rogers et Wilder, 2009)</p> <p>(Kasapoğlu Aksoy et Altan, 2017)</p> <p>(Masterson et al., 2010)</p> <p>(Dziedziz et al., 2015)</p> <p>(Hennig et al., 2015)</p>

	<p>augmenter à 15 répétitions pour le reste de la période de trois mois. Le programme dure une heure et demie, ce qui comprend une évaluation de 20 minutes, des instructions de 30 minutes et huit appels de cinq minutes pour faire un suivi.</p> <p>Chaque exercice du programme est expliqué avec des images sur un papier ou accessibles en ligne (ex : construire un toit, faire des signes de O, écarter les doigts, pincement latéral, exercices avec plasticine). Les participants doivent effectuer les exercices chaque jour pendant huit semaines en répétant 10 fois chaque exercice durant les deux premières semaines, puis augmenter à 12 répétitions pour les deux semaines suivantes et augmenter à 15 répétitions pour les quatre semaines.</p>	(Stoffer-Marx et al., 2018)
Programme d'exercices de renforcement progressif de la main	Un programme d'exercices de renforcement progressif pour les muscles de la main, qui dure deux sessions par semaine, pendant 12 semaines. Il couvre plusieurs groupes musculaires, tels que le fléchisseur superficiel, le fléchisseur profond, l'extenseur commun et les interosseux de la main. Chaque session dure 35 minutes. Il y a trois séries de 10 répétitions pour chaque groupe de muscles qui sont effectuées. Les exercices sont faits en alternance des mains pour chaque répétition. La résistance (couleur différente) doit être augmentée toutes les trois semaines en commençant par la couleur jaune et en terminant par la couleur bleue. Pour effectuer les exercices, deux appareils sont utilisés, tels que le Digi-Extend et le Power-Web.	(Nery et al., 2021)
Programme de protection articulaire	L'intervention est adaptée pour l'arthrose au niveau de la main et du pouce. Des activités de cuisine supervisées par un ergothérapeute sont offertes aux participants de ce groupe pour qu'ils pratiquent les nouveaux apprentissages en lien avec la protection articulaire. Il y a quatre sessions d'une heure chacune.	(Dziedzic et al., 2015)
Programme d'exercices proprioceptifs pour l'arthrose du pouce	Les participants doivent reproduire les positions articulaires actives du pouce, préalablement enseignées par le thérapeute. Par exemple, les participants doivent bouger leur pouce dans une position spécifique, faire des mouvements du pouce à différents degrés, s'arrêter aux chiffres indiqués par le thérapeute sur un bâton, passer une bille le long du côté radial de l'index en utilisant uniquement le pouce en suivant une ligne spécifique.	(Cantero-Tellez et al., 2022)
Thérapie à la paraffine	« La thérapie à la paraffine consiste à insérer la main dans la paraffine, avec les doigts écartés et le poignet en position neutre. La main est enveloppée dans du nylon et dans une serviette pendant 20 minutes. Après ce délai, la paraffine est décollée de la main. La température de la paraffine est vérifiée avec un thermomètre et doit toujours se maintenir à 52°C » (Kasapoğlu Aksoy et Altan, 2017). Elle est effectuée pendant deux semaines, à une fréquence de cinq sessions par semaine.	(Kasapoğlu Aksoy et Altan, 2017)
Balnéothérapie	La balnéothérapie est un soin qui comprend l'immersion du corps dans l'eau minérale thermale, c'est-à-dire un hydrogénocarbonate de sodium alcalin qui contient de l'eau douce, avec des quantités importantes de fluorure. Les participants font des séances cinq fois par semaine, pendant trois semaines. Un traitement dure 20 minutes.	(Horvath et al., 2012)
Magnétothérapie	La magnétothérapie est l'utilisation des ondes magnétiques pulsées. Des aimants d'une fréquence de 60Hz sont installés sur les mains des participants, pendant 15 minutes, trois fois par semaine, pendant trois semaines.	(Horvath et al., 2012)

Dans les stratégies alternatives, il est possible de retrouver les technologies d'assistance ou les appareils fonctionnels. En effet, les technologies d'assistance sont des objets utilisés pour augmenter, maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles des personnes qui ont de l'arthrose de la main (Kjeken et al., 2011). Quant aux appareils fonctionnels, ils ont pour but de promouvoir l'alignement et de minimiser le stress sur les articulations pendant la réalisation des activités de la vie quotidienne (Amaral et al., 2018). Ce sont des stratégies alternatives puisqu'elles peuvent être considérées comme des adaptations dans l'environnement ou dans une tâche, visant à optimiser la participation de la personne qui a la maladie. Les détails sur les interventions dans la catégorie des stratégies alternatives se retrouvent dans le tableau 8.

Tableau 8. Interventions dans la catégorie des stratégies alternatives

Nom de l'intervention	C'est quoi l'intervention/buts	Auteurs
Stratégie alternative		
Technologies d'assistance ou appareils fonctionnels	Les technologies d'assistance ou les appareils fonctionnels sont des objets utilisés pour augmenter, maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles des personnes qui ont de l'arthrose de la main. Les appareils fonctionnels sont fabriqués par l'ergothérapeute ou achetés dans un magasin spécialisé pour les équipements de réadaptation. Ils comprennent plusieurs produits, dont des technologies simples et complexes de même que les orthèses. L'ouvre-pot, l'adaptateur à fermeture à glissière et les adaptateurs pour les ustensiles en sont des exemples. Ils permettent de minimiser le stress sur les articulations pendant la réalisation des activités de la vie quotidienne. Elles prennent en considération le client, ses activités et le contexte.	(Amaral et al., 2018) (Kjeken et al., 2011)

Finalement, l'étudiante-chercheuse a ajouté une catégorie mixte au classement, puisque le programme d'autogestion de l'arthrose et l'intervention combinée interdisciplinaire sont à la fois des soins préventifs et/ou des interventions non chirurgicales et/ou des stratégies alternatives. Ainsi, les participants de ces études ont accès à des interventions qui agissent en prévention et promotion de la santé, à de l'éducation et à des adaptations (Gravås et al., 2019, Stoffer-Marx et al., 2018). Les détails sur les interventions de cette catégorie se retrouvent dans le tableau 9.

Tableau 9. Interventions dans la catégorie mixte

Nom de l'intervention	C'est quoi l'intervention/buts	Auteurs
Soins préventifs et/ou interventions non-chirurgicales et/ou stratégie alternative		
Programme d'autogestion de la maladie	Les participants rencontrent un ergothérapeute qui peut les aider à faire une séance d'autogestion de la maladie qui dure trois mois. La séance est basée sur les recommandations internationales pour le traitement non pharmacologique de l'arthrose de la main. Elle comprend de l'enseignement verbal et écrit sur l'arthrose de la main, cinq technologies d'assistances, des orthèses de jour et de	(Gravås et al., 2019)

	nuit pour l'articulation carpo-métacarpienne du pouce (CMCJ) et un programme d'exercices pour la main fait par un ergothérapeute. Le programme est postopératoire.	
Intervention combinée interdisciplinaire	L'intervention combinée est donnée aux clients par un professionnel de la santé qui a de l'expertise clinique dans les soins primaires et/ou spécialisés, tels qu'un ergothérapeute, un physiothérapeute, un infirmier ou un diététicien, selon leur disponibilité et les besoins du client. Elle comprend des informations sur la maladie, les principes de protection articulaire, des technologies d'assistances, une orthèse pour l'articulation carpo-métacarpienne du pouce et un programme d'exercices de la main à domicile.	(Stoffer-Marx et al., 2018)

6.3 Description des effets des interventions

Après avoir documenté les différentes interventions possibles en ergothérapie pour l'arthrose de la main, il est important de s'intéresser aux effets de celles-ci. Pour ce faire, l'étudiante-chercheuse décrit, dans un premier temps, les effets des interventions traitées de manière individuelle et, dans un second temps, les effets de la combinaison des interventions (section 6.4). Le classement des effets des interventions dans les tableaux 10 et 11 est fait selon les composantes du modèle ergothérapique PEO, soient la personne (P), l'occupation (O) et l'environnement (E). Cela permettra de mettre en lumière les composantes les plus visées et de faire des liens plus tard dans la discussion.

Tout d'abord, parmi les 14 interventions recensées dans la littérature scientifique, il y en a quatre qui présentent des effets uniquement sur la personne (P), soient le programme d'autogestion, l'intervention combinée interdisciplinaire, le programme de protection articulaire et la balnéothérapie. Ces interventions sont documentées qu'une seule fois dans la littérature, ce qui fait qu'il n'y a pas de contradiction entre les auteurs. Elles ont toutes des effets positifs sur la fonction de la main. Les détails concernant les effets sur la personne de chacune des interventions sont présentés dans le tableau 10.

Tableau 9. Effets uniquement sur la personne (P) des interventions recensées

Interventions et auteurs	Effets de l'intervention sur la personne (P)
Programme d'autogestion (Gravås et al., 2019)	Personne : Légère tendance pour repousser ou réduire la nécessité d'une chirurgie de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce [CMCJ].
Intervention combinée interdisciplinaire (Stoffer-Marx et al., 2018)	Personne : Amélioration de la force de préhension de la main dominante, amélioration de la satisfaction autodéclarée par rapport au traitement dans les sous-échelles de la fonction de la main non dominante.
Programme de protection articulaire (Dziedzic et al., 2015)	Personne : Amélioration de la douleur et du sentiment d'auto-efficacité.
Balnéothérapie (Horvath et al., 2012)	Personne : Réduction de la douleur de la main, amélioration de la force de préhension, de la force des pinces, de la qualité de vie et de la fonction de la main.

Les auteurs mentionnent des spécificités propres pour chaque effet de ces interventions. D'abord, Gravås et al. (2019) estiment qu'avoir une grande motivation pour la chirurgie de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce et que recevoir un traitement non pharmacologique comme un programme d'autogestion de la maladie en ergothérapie sont des prédicteurs significatifs pour ce type de chirurgie. Puis, Stoffer-Marx et al. (2018) mentionnent que l'intervention combinée interdisciplinaire pourrait être une option pour couvrir toutes les difficultés vécues par le client et lui permettre de définir ses priorités individuelles. En ce qui concerne le programme de protection articulaire, Dziedzic et al. (2015) spécifient que l'amélioration de la douleur et du sentiment d'auto-efficacité est mesurable après trois, six et 12 mois. Les participants qui ont reçu le programme de protection articulaire étaient statistiquement plus susceptibles de mieux répondre au traitement que ceux qui n'avaient pas reçu le programme, à 6 mois. Toutefois, ce résultat ne s'est pas maintenu jusqu'à 12 mois. De plus, entre un programme d'exercices de la main et le programme de protection articulaire, celui sur la protection articulaire était une intervention efficace pour des résultats à moyen terme. Finalement, pour les effets de la balnéothérapie, Horvath et al. (2012) précisent que l'eau thermale à 38°C est plus efficace que celle à 36°C. En effet, le traitement dans l'eau à 38°C améliore de manière significative la fonction de la main et la force des pinces de la main droite, et ce, à long terme.

Parmi les 14 interventions recensées dans la littérature scientifique, il y en a sept qui présentent des effets sur la personne (P) et l'occupation (O) soient la brochure d'informations sur la maladie et/ou les principes de protection articulaire et/ou de conservation d'énergie, le programme de tricot, les orthèses fonctionnelles, les programmes d'exercices de la main à domicile, le programme d'exercices de renforcement progressif de la main, le programme d'exercices proprioceptifs pour l'arthrose du pouce et les technologies d'assistances ou les appareils fonctionnels. Les détails concernant les effets sur la personne et l'occupation de chacune des interventions sont présentés dans le tableau 11.

Certaines interventions, dont les orthèses fonctionnelles, les programmes d'exercices de la main à domicile et les technologies d'assistances ou les appareils fonctionnels reviennent à plusieurs reprises dans les écrits scientifiques, ce qui fait qu'il y a parfois une absence de consensus entre les auteurs par rapport aux effets. Il est donc important de soulever les spécificités selon les différents auteurs par rapport aux effets de ces interventions.

D'abord, selon Gomes Carreira et al. (2010), pour l'arthrose trapézo-métacarpienne de la main dominante, le port de l'orthèse dans les activités de la vie quotidienne est efficace pour réduire la douleur à court et à long terme. Toutefois, l'orthèse n'améliore pas la fonction de la main, la force de préhension, la force des pinces et ni la dextérité. Sillem et al. (2011) mentionnent que l'orthèse préfabriquée *Confort Cool Splint* et l'orthèse faite sur mesure *Hybrid Splint* réduisent la douleur chez les participants qui ont de l'arthrose du pouce. L'orthèse faite sur mesure a des effets statistiquement plus importants. En outre, entre les deux orthèses, aucune différence significative n'a été observée en ce qui concerne la fonction de la main, la force de préhension et la force des pinces. Une plus-value de cette étude est qu'elle s'intéresse aux préférences des participants en ce qui concerne la qualité des orthèses. Parmi les participants de cette étude, 63% préféraient l'orthèse préfabriquée pour sa durabilité alors que 37% préféraient l'orthèse faite sur mesure pour son confort. Les participants rapportent également qu'ils apprécient le port de l'orthèse lorsqu'ils conduisent, écrivent, jardinent, jouent au golf, lisent ou effectuent des travaux à la maison. Aussi, dans l'étude de Silva et al. (2020), il a été démontré que l'orthèse de nuit est une stratégie efficace dans le traitement non pharmacologique de l'arthrose symptomatique de l'articulation interphalangienne proximale et distale du deuxième et/ou troisième doigt de la main dominante. La présence d'un nodule de Bouchard prédit des résultats inférieurs quant à la réduction de la douleur avec l'utilisation d'une orthèse. Ainsi, il est à retenir que, selon le type d'orthèse, les effets peuvent varier. De manière générale, entre les auteurs qui s'intéressent aux orthèses fonctionnelles, les effets semblent irréguliers sur la fonction de la main, sauf pour la réduction de la douleur.

En ce qui concerne le programme d'exercices de la main à domicile, Rogers et Wilder (2009) mentionnent qu'il améliore légèrement la force de préhension de la main et la force des pinces des participants qui ont de l'arthrose de la main. Les participants ne rapportent pas d'amélioration de la fonction de leurs mains, ni de la douleur et de la raideur articulaire. Puis, selon les résultats obtenus au *Perdue Pegboard*, il n'y a aucune amélioration de la dextérité. Le programme d'exercices de la main était comparé à une intervention simulée, soit l'application d'une crème pour les mains. Aucune différence par rapport aux paramètres n'a été observée entre les deux interventions. Selon Kasapoğlu Aksoy et Altan (2017), le programme d'exercices de la main à domicile améliore la fonction de la main et la force de préhension, et ce, après deux et six semaines, alors que, pour Dziedzic et al. (2015), il n'y a pas de différence significative sur les paramètres entre les participants qui ont reçu le programme d'exercices de la main et ceux qui ne l'ont pas reçu. Finalement, Hennig et al. (2015) constatent que le

programme d'exercices de la main améliore la force de préhension, le premier espace interdigital, diminue la douleur et la fatigue chez les femmes qui ont de l'arthrose de la main, en plus d'améliorer leur performance lors de la réalisation de leurs activités. De manière générale, entre les auteurs, il est à retenir qu'un programme d'exercices de la main à domicile améliore la force de préhension de la main et la force des pinces. Toutefois, les effets sur la mobilité et la douleur demeurent mitigés.

En ce qui concerne les appareils fonctionnels, Amaral et al. (2018) mentionnent qu'ils soulagent la douleur et améliorent la qualité de vie des participants qui ont de l'arthrose de la main, après 90 jours. De plus, ils améliorent la fonction de la main et la performance occupationnelle, après 30 jours. L'étude démontre que les activités les plus affectées par l'arthrose de la main sont celles de productivité et de soins personnels. Les auteurs se sont également intéressés au nombre d'années que les participants ont un diagnostic connu d'arthrose. En effet, ils ont constaté une corrélation entre un temps de diagnostic inférieur à huit ans et des résultats moins significatifs quant à la fonction de la main et à la performance occupationnelle. De plus, Kjekken et al. (2011) mentionnent que les technologies d'assistance augmentent la performance occupationnelle et la satisfaction à l'égard de celle-ci. Elles augmentent également significativement la fonction de la main après trois mois. Toutefois, aucun changement n'est mesurable sur l'activité de la maladie, la fatigue et la douleur. Le taux d'utilisation de ces technologies est très grand, soit de 92%, puisque les participants trouvent que celles-ci ont un niveau de confort élevé. Entre les auteurs, il faut retenir que les technologies d'assistance ou les appareils fonctionnels améliorent la qualité de vie, la fonction de la main et la performance dans les occupations. Toutefois, les effets sur la douleur demeurent mitigés entre les auteurs. Ces interventions demeurent des alternatives intéressantes dans les activités de la vie quotidienne pour un traitement non pharmacologique de l'arthrose de la main.

Tableau 10. Effets sur la personne (P) et l'occupation (O) des interventions recensées

Interventions et auteurs	Effets de l'intervention sur la personne (P) et l'occupation (O)
Brochure d'informations sur la maladie et/ou les principes de protection articulaire et/ou de conservation d'énergie (Hennig et al., 2015)	Personne : Augmentation significative du déficit de flexion de la main droite lorsque l'intervention n'est pas combinée à un programme d'exercices Occupation : Diminution de la performance occupationnelle
Programme de tricot (Leonard et al., 2021)	Personne : Réduction significative de la douleur générale pendant la réalisation de l'activité de tricot Occupation : Augmentation du temps passé à faire de l'activité physique avec les mains

Programme d'exercices de renforcement progressif de la main (Nery et al., 2021)	Personne : Amélioration de la fonction de la main, aucune amélioration de la douleur, de la force de préhension et de la force des pinces Occupation : Amélioration de la douleur vécue durant la réalisation des activités
Programme d'exercices proprioceptifs pour l'arthrose du pouce (Cantero-Tellez et al., 2022)	Personne : Amélioration du sens de la position articulaire (JPS) du pouce, ne réduit pas l'intensité de la douleur à long terme Occupation : Le programme pourrait améliorer les performances sensorimotrices des gens qui ont de l'arthrose de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce.
Orthèses fonctionnelles (Gomes Carreira et al., 2010) (Sillem et al., 2011) (Silva et al., 2020)	Personne : Amélioration ou détérioration de la fonction de la main, de la force de préhension et de la force des pinces Occupation : Réduction de la douleur dans les activités de la vie quotidienne
Programme d'exercices de la main à domicile (Rogers et Wilder, 2009) (Kasapoğlu Aksoy et Altan, 2017) (Dziedziz et al., 2015) (Hennig et al., 2015)	Personne : Amélioration de la force de préhension et des pinces, amélioration ou pas d'effet sur la fonction de la main et la douleur Occupation : Amélioration de la performance dans les activités (Hennig et al., 2015)
Technologies d'assistance ou appareils fonctionnels (Amaral et al., 2018) (Kjeken et al., 2011)	Personne : Amélioration de la qualité de vie et de la fonction de la main, soulagement ou non de la douleur Occupation : Amélioration de la performance occupationnelle

Ainsi, en traitant de manière individuelle les interventions recensées dans la littérature scientifique, il est possible de constater que quatre interventions se sont intéressées aux effets uniquement sur la personne (tableau 10) alors que sept interventions portent sur des effets sur la personne et l'occupation (tableau 11). Il en ressort donc qu'aucune intervention n'a des effets sur l'environnement (E)¹, qui est pourtant une composante primordiale en ergothérapie. Toutes les interventions visent d'abord et avant tout la personne (P). De plus, trois interventions, telles que l'enseignement sur la maladie et/ou les principes de protection articulaire et/ou de conservation d'énergie, la thérapie à la paraffine et la magnétothérapie, ne se retrouvent pas dans les tableaux, puisqu'ils ont des effets seulement lorsqu'ils sont combinés avec une autre intervention. Ils seront détaillés dans la section 6.4.

6.4. Description des effets de la combinaison des interventions

Afin de bien couvrir tous les effets des interventions recensées dans la littérature scientifique, en ergothérapie sur la fonction de la main, l'étudiante-chercheuse présente les effets de sept combinaisons des interventions. Les détails sont présentés dans le tableau 12. D'abord, la thérapie à la paraffine combinée à un programme d'exercices de la main à domicile

¹ Il y a seulement un article scientifique qui mentionne un appareil fonctionnel (adaptation pour le bain) qui pourrait possiblement avoir un effet sur l'environnement (E), mais ce n'est pas suffisamment documenté pour le considérer dans les résultats.

améliore la douleur, la fonction de la main, la force de préhension de la main et la qualité de vie, et ce, après deux semaines et six semaines.

Puis, un programme d'exercices de la main combiné à de l'enseignement par l'ergothérapeute sur les principes de protection articulaire est efficace pour les personnes âgées souffrant d'arthrose de la main (Dziedzic et al., 2015). D'autres auteurs soulignent que cette combinaison procure des améliorations plus importantes sur la douleur, l'état de santé, la force de préhension de la main et des pinces lorsque les conseils sur les principes de protection articulaires sont informels plutôt que formels. Toutefois, ils soulignent que cette combinaison n'a aucune amélioration sur la fonction de la main, voire une détérioration de la capacité fonctionnelle de la main (Masterson et al., 2010). Aussi, les participants sont plus satisfaits de faire un programme d'exercices de renforcement progressif de la main combiné à de l'enseignement sur la maladie que d'avoir uniquement de l'enseignement. De plus, ceux qui ont recours à cette combinaison d'interventions utilisent moins d'acétaminophène que ceux qui ont reçu que de l'enseignement sur la maladie (Nery et al., 2021).

De surcroît, l'enseignement sur l'arthrose de la main combiné au port de l'orthèse de nuit pour l'arthrose de l'articulation interphalangienne proximale (PIP) et distale (DIP) du deuxième et/ou troisième doigt de la main dominante améliore la douleur et la fonction de la main, si le participant porte l'orthèse toutes les nuits pendant six mois. Toutefois, il n'y a pas de différence significative au niveau de la force de préhension, de la force des pinces et de la performance manuelle entre cette combinaison d'interventions et le fait de recevoir que de l'enseignement sur la maladie (Silva et al., 2020). Finalement, une orthèse courte pour l'arthrose du pouce combinée à un programme d'exercices de la main de quatre semaines, combiné à un programme d'exercices proprioceptifs, amène des améliorations cliniquement significatives au fil du temps en termes de douleur, de fonction de la main et de satisfaction. Toutefois, les effets sur l'intensité de la douleur diminuent après trois mois (Cantero-Tellez et al., 2022).

Tableau 11. Effets de la combinaison des interventions

Combinaison d'interventions et auteurs	Effets de la combinaison des interventions sur la personne (P)
Thérapie à la paraffine combinée à un programme d'exercices de la main à domicile (Kasapoğlu Aksoy et Altan, 2017)	<i>Personne</i> : Amélioration de la douleur, de la fonction de la main, de la force de préhension et de la qualité de vie.

Programme d'exercices de la main combiné à de l'enseignement/conseils par l'ergothérapeute sur les principes de protection articulaire (Dziedzic et al., 2015). (Masterson et al., 2010)	Personne : Amélioration de la douleur, de l'état de santé, de la force de préhension et des pinces. Aucune amélioration sur la fonction de la main.
La balnéothérapie combinée à la magnétothérapie (Horvath et al., 2012)	Personne : Amélioration de la douleur, de la fonction de la main, de la force de préhension, de la force des pinces et de la qualité de vie.
Programme d'exercices de renforcement progressif de la main combiné à de l'enseignement sur la maladie, les principes de protection articulaire et de conservation d'énergie (Nery et al., 2021)	Personne : Amélioration du niveau de satisfaction par rapport au traitement et réduction de la prise de médication.
Enseignement sur l'arthrose de la main combiné au port de l'orthèse de nuit pour l'arthrose de l'articulation interphalangienne proximale (PIP) et distale (DIP) du 2^e et/ou 3^e doigt de la main dominante (Silva et al., 2020)	Personne : Amélioration de la douleur et de la fonction de la main
Programme de tricot de 8 semaines combiné à une brochure d'informations sur l'arthrose de la main (Leonard et al., 2021)	Personne : N'aide pas à réduire la raideur ni à augmenter l'état fonctionnel, la force de préhension, la qualité de vie et l'auto-efficacité.
Orthèse courte pour l'arthrose du pouce combinée à un programme d'exercices de la main de 4 semaines combiné à un programme d'exercices proprioceptifs (Cantero-Tellez et al., 2022)	Personne : Améliorations cliniquement significatives au fil du temps en termes de douleur, de fonction de la main et de satisfaction.

Ainsi, en s'intéressant aux effets de la combinaison des interventions, il en ressort qu'ils visent tous uniquement la personne (P). Dans le cadre de cet essai, la résultante de l'ajustement maximisé entre la personne qui a de l'arthrose de la main, ses occupations et ses environnements était les effets d'une intervention en ergothérapie sur la fonction de la main. Étant donné que les effets visent uniquement la personne, il est possible de s'interroger sur un ajustement non maximisé entre la personne, ses occupations et ses environnements. La place de l'ergothérapeute en thérapie de la main et de ses rôles prend ainsi toute son importance.

6.5. Liens entre les résultats et la qualité des articles

Cette revue rapide intègre 14 études qui sont d'une excellente qualité sur l'échelle PEDro avec des scores allant de six à huit sur dix et deux études qui sont de mauvaise qualité sur l'échelle PEDro avec un score de quatre sur dix portant sur un programme d'exercices de la main à domicile. Les détails se retrouvent dans le tableau 13.

Malgré le fait que les effets des interventions ne visent pas toutes les composantes du modèle PEO, les études ont une bonne validité interne et suffisamment d'informations statistiques pour rendre leurs résultats interprétables. Les effets sont réels. Toutefois, « les études qui montrent des effets significatifs du traitement et qui ont un score élevé sur l'échelle

PEDro » ne signifient pas nécessairement que le traitement est cliniquement utile. Il faut considérer aussi si la taille de l'effet du traitement est suffisamment grande pour que cela vaille la peine cliniquement d'appliquer le traitement. De même, il faut évaluer si le rapport entre les effets positifs du traitement et ses effets négatifs est favorable. Enfin, la dimension coût/efficacité du traitement est à prendre en compte pour effectuer un choix » (Brosseau et al., 2015).

Tableau 12. Qualité des articles et leurs interventions respectives

Qualité des articles selon l'échelle PEDro	Auteurs	Interventions
4/10	(Rogers et Wilder, 2009). (Masterson et al., 2010)	Programme d'exercices de la main à domicile Programme d'exercices de la main à domicile et enseignements (formels/informels)
6/10	(Amaral et al., 2018) (Kasapoğlu Aksoy et Altan, 2017) (Stoffer-Marx et al., 2018) (Leonard et al., 2021) (Cantero-Tellez et al., 2022)	Appareils fonctionnels Programme d'exercices à domicile +Thérapie à la paraffine Intervention combinée interdisciplinaire Programme de tricot Programme d'exercices proprioceptifs pour la main
7/10	(Kjeken et al., 2011) (Sillem et al., 2011)	Technologies d'assistances Orthèses pour l'arthrose du pouce (une préfabriquée et une faite sur mesure)
8/10	(Gomes Carreira et al., 2010) (Horvath et al., 2012) (Nery et al., 2021) (Gravås et al., 2019) (Dziedziz et al., 2015) (Hennig et al., 2015) (Silva et al., 2020)	Orthèses fonctionnelles pour le pouce Balnéothérapie + Magnétothérapie Programme d'exercices de renforcement progressif pour la main Programme d'autogestion Enseignement, brochure d'informations sur la maladie, programme d'exercices de la main et programme de protection articulaire Programme d'exercices de la main à domicile, brochure d'informations sur la maladie Orthèse de nuit

7. DISCUSSION

Cette section aborde la discussion concernant les résultats de la présente étude, en faisant un retour sur les objectifs et la question de recherche. Puis, une comparaison est faite entre les résultats obtenus de l'étude, issus de la revue de la littérature blanche et grise et d'autres écrits scientifiques, à la lumière de ce qui a été présenté dans la recension des écrits. Les forces et les limites de l'étude sont présentées, de même que les retombées de l'étude (recommandations cliniques basées sur les résultats de cet essai) pour la pratique de l'ergothérapie.

7.1. Retour sur les objectifs et la question de recherche

Les résultats de cet essai répondent aux objectifs et à la question de recherche. En effet, la lecture et l'analyse des articles scientifiques correspondant aux critères de sélection ont permis à l'étudiante-chercheuse de faire des tableaux des interventions et de leurs descriptions et donc de répondre au premier objectif de recherche qui était de documenter les interventions en ergothérapie pour l'arthrose de la main. La lecture et l'analyse des articles scientifiques sur le sujet de recherche ont également permis de faire des tableaux des effets des interventions sur la fonction de la main de même qu'un tableau des effets de la combinaison des interventions et donc de répondre au deuxième objectif de recherche qui était de décrire les effets des interventions en ergothérapie sur la fonction de la main.

Le travail de recherche et d'analyse des articles recensés a permis de produire la globalité des tableaux des résultats, ce qui répond à la question de recherche qui était : « Quels sont les effets des interventions en ergothérapie pour améliorer la fonction de la main chez les adultes ou les personnes âgées qui ont de l'arthrose de la main ? » De plus, les interrelations entre les concepts du cadre de recherche choisi sont mises en lumière dans les résultats, ce qui était important pour évaluer les effets des interventions.

7.2. Les effets des interventions les plus fréquentes

À l'aide des données recueillies dans les résultats, il est possible de démontrer que les adultes et les personnes âgées qui ont de l'arthrose de la main doivent composer avec les impacts de la maladie dans leur quotidien. Plusieurs interventions en ergothérapie sont disponibles et visent à atténuer les symptômes de la maladie. Parmi celles-ci, les plus recensées dans la littérature avec un taux de 50% sont les orthèses fonctionnelles et les programmes

d'exercices de la main. En revanche, malgré leur récurrence dans la littérature scientifique, des différences importantes sont présentes entre les auteurs quant aux effets réels de ces interventions.

En ce qui concerne les orthèses fonctionnelles, les effets semblent irréguliers sur la fonction de la main, sauf pour la réduction de la douleur (Gomes Carreira et al., 2010, Sillem et al., 2011, Silva et al., 2020). Il est à noter que la qualité de ces études sur les orthèses fonctionnelles est excellente. Il serait possible que les effets d'une orthèse soient variables dépendant du site de l'arthrose et du type d'orthèse. De plus, les orthèses n'ont pas toutes les mêmes objectifs. Certaines orthèses visent à restaurer une fonction, par exemple, en diminuant la douleur ou l'œdème et/ou en augmentant la mobilité articulaire, alors que d'autres visent à maintenir une fonction, par exemple, en stabilisant l'articulation et/ou en maintenant la direction des mouvements. Certaines orthèses visent plutôt à prévenir la dysfonction, en limitant le développement des contractures, en favorisant le repos et en prévenant les déformations (Beasley, 2011).

Par exemple, pour traiter l'arthrose du pouce, une orthèse de repos peut être faite sur mesure ou en série, pour corriger ou prévenir les déformations (Dumitrache et al., 2013). Deux études prospectives randomisées contrôlées ont été réalisées pour s'intéresser aux effets des orthèses de repos comme traitement de la rhizarthrose. D'abord, Rannou et al. (2009) rapportent qu'une diminution significative de la douleur est observable après 12 mois du port de l'orthèse et qu'un indice fonctionnel de la main au test de Cochin augmentait après plusieurs mois de port assidu de l'orthèse de repos. Quant à Wajon et Ada. (2005), ils rapportent plutôt une diminution significative de la douleur, après six semaines de port continu de l'orthèse de repos et un score fonctionnel de la main au test de Sollerman qui augmentait significativement. La force des pinces de la main augmentait après six semaines de port d'orthèse. Ce résultat ne ressort toutefois pas dans l'étude de Rannou et al. (2009). Dans les deux études, aucune différence significative sur l'évolution des déformations radiologiques n'est observable.

Aussi, il a été démontré que certaines orthèses fonctionnelles sont efficaces pour réduire la douleur, dont l'orthèse de nuit pour l'arthrose symptomatique de l'articulation interphalangienne proximale et distale du deuxième et/ou troisième doigt de la main dominante, proposée dans l'étude de Silva (2020). Ce résultat corrobore avec une autre étude proposée par Zhang et al. (2002) qui expliquent que les gens qui ont des symptômes d'arthrose de la main

ont une réduction de 10% de leur force de préhension, ce qui nuit à leur contrôle moteur fin, faisant en sorte qu'ils rencontrent des difficultés à écrire et à prendre des petits objets. Ainsi, selon le score obtenu à l'échelle d'incapacité de la fonction de la main de Cochin, les auteurs ont proposé aux participants de porter une orthèse fonctionnelle, puisqu'elle réduit la douleur et améliore la performance dans les activités faites avec la main. La diversité des orthèses et leurs buts expliquent que des effets irréguliers aient été observés.

En ce qui concerne les programmes d'exercices de la main à domicile, les effets sur la mobilité et la douleur demeurent mitigés (Rogers et Wilder, 2009 ; Kasapoğlu Aksoy et Altan, 2017 ; Dziedzic et al., 2015 ; Hennig et al., 2015). Il est à noter que la qualité de ces études sur les programmes d'exercices de la main est excellente, sauf pour deux études moins récentes sur cette intervention. Cela démontre une potentielle amélioration de la qualité des programmes d'exercices de la main et de leurs effets en fonction de l'avancement des connaissances. Toutefois, une revue systématique de Østerås et al. (2017) regroupant les résultats de cinq études ont montré des preuves de faible qualité concernant des effets bénéfiques faibles à modérés des exercices de la main sur la douleur de la main, la fonction et la raideur des articulations des doigts après l'intervention. Ainsi, plus d'études sur les programmes d'exercices de la main sont nécessaires pour connaître les réels effets sur la fonction de la main et la douleur. À la lumière de la littérature scientifique et en cohérence avec la physiologie humaine, les programmes d'exercices de la main sont utilisés pour maintenir l'autonomie du client, voire maximiser sa participation occupationnelle. Toutefois, ce type d'intervention non chirurgicale ne permet pas la guérison de la maladie, puisque celle-ci est dégénérative et évolutive avec le temps.

7.3. Effets des interventions : qu'en est-il du E et du O ?

Les études qui s'intéressent aux effets des interventions portent davantage sur la composante de la personne que sur la composante de l'occupation. Il est donc pertinent de se questionner sur ce qui explique ce constat. En effet, à la lecture de l'article de Baillargeon-Desjardins et Brousseau (2019) qui s'intéresse aux facilitateurs et aux obstacles d'une pratique fondée sur les occupations, l'étudiante-chercheuse constate que, dans le contexte de pratique de l'ergothérapie en thérapie de la main, il demeure difficile pour les ergothérapeutes d'adopter un type de pratique qui est fondée sur les occupations, c'est-à-dire où les occupations servent de finalité et de moyens thérapeutiques. La thérapie de la main serait plutôt une pratique qui est portée sur les occupations, c'est-à-dire qu'elle engage le client dans l'occupation de façon

passive, en s'intéressant davantage à la dimension physique de la personne. Ainsi, pour mieux documenter les effets des interventions sur les occupations, il faudrait que la thérapie de la main change de type de pratique pour en être une qui est fondée sur les occupations et, par le fait même, qui est plus top-down que bottom-up (Genet, 2020). Toutefois, il est difficile d'avoir une pratique fondée sur les occupations en raison de la dominance du modèle biomédical, du manque de temps et de l'environnement non adapté (Baillargeon-Desjardins, 2019).

Aucune intervention recensée n'a des effets sur la composante de l'environnement. Deux éléments expliquent potentiellement ce phénomène. D'abord, l'étudiante-chercheuse constate que le concept de l'environnement n'est pas suffisamment documenté dans la littérature scientifique en lien avec la pratique en thérapie de la main. Ensuite, il est possible de constater que, lors d'une combinaison d'interventions, les effets semblent plus forts sur la personne. À partir de ce principe, ce serait potentiellement aussi le cas pour les effets combinés sur l'environnement, mais, comme aucune ne vise l'environnement, actuellement, les combinaisons sont absentes de la littérature. Toutefois, dans la recherche, il y aurait possibilité d'aller chercher des combinaisons d'interventions qui ont des effets sur l'environnement. Par exemple, en s'intéressant aux impacts que peut avoir la diminution de la douleur à la main d'une personne sur sa participation occupationnelle et aux changements que la personne fait dans son environnement. Il faudrait donc interroger des participants souffrant d'arthrose de la main à ce sujet, dans le futur.

7.4. Forces et limites de l'étude

Cette étude a été réalisée avec rigueur sur le plan méthodologique. En effet, le choix d'une revue rapide comme devis de recherche constitue une force, puisqu'il permet de faire une synthèse des données probantes dans un temps limité et aide pour une prise rapide de décisions cliniques. De plus, le fait d'avoir inclus que des études primaires, c'est-à-dire celles ayant un haut niveau d'évidence scientifique, pour faire ressortir ce qui a été démontré comme efficace dans la littérature scientifique, la renforce également. D'autant plus que l'étudiante-chercheuse a examiné la qualité de tous les articles inclus dans la revue rapide à l'aide de l'échelle PEDro, ce qui ajoute une *plus-value* pour la crédibilité de cet essai.

L'étude comprend également des limites. Tout d'abord, la grille d'extraction des données ne suit pas un modèle de grille conventionnelle. C'est une grille maison, qui a été construite par l'étudiante-chercheuse pour recueillir les informations jugées les plus

pertinentes. En revanche, le cadre de recherche sélectionné a permis d'élaborer une grille en fonction des concepts centraux dans la pratique de l'ergothérapie. Les données recueillies ont permis d'atteindre les objectifs et de répondre à la question de recherche. Finalement, la période de sélection des articles dans la revue rapide est de 15 ans, ce qui représente une limite puisque ce n'est pas récent. Toutefois, c'est ce qui permet de couvrir une plus grande diversité dans les interventions en ergothérapie pour la fonction de la main de la population cible qui a de l'arthrose de la main et les améliorations des interventions en fonction de l'évolution de la science.

7.6. Avenues de recherche

Une avenue de recherche intéressante serait de faire une nouvelle étude qui permettrait de faire des associations entre les types d'interventions possibles en ergothérapie pour améliorer la fonction de la main, les sites de l'arthrose et les types d'arthrose (radiographique ou symptomatique). Une seconde perspective de recherche serait d'en mener une sur le même sujet spécifiquement au Québec, étant donné qu'il n'y a pas de revue rapide ni d'études contrôlées randomisées actuellement dans la littérature scientifique. Il serait pertinent de refaire cette même étude qualitative, mais en incluant, des personnes atteintes d'arthrose de la main, afin de les questionner sur leurs vécus par rapport à la maladie (symptômes, impacts sur leur participation occupationnelle, changement dans leur environnement). De cette façon, il serait possible de corroborer leurs réponses avec les résultats de ce présent essai et ainsi de faire ressortir les impacts de la combinaison d'interventions visant la personne (P), l'occupation (O) et l'environnement (E) sur leur participation occupationnelle.

7.7. Recommandations cliniques en lien avec les effets des interventions recensées et les rôles de l'ergothérapeute

À la lumière de tous les résultats de ce présent essai, l'étudiante-chercheuse a émis plusieurs recommandations cliniques, afin de guider les ergothérapeutes qui travaillent en thérapie de la main dans leurs approches auprès des adultes et des personnes âgées qui ont de l'arthrose de la main. Tout d'abord, il est important que le thérapeute opte pour une approche centrée sur le client, en lui posant des questions sur son histoire de vie en lien avec sa maladie, pour bien la comprendre, mais également de le questionner sur ses occupations et ses environnements. Cela l'aidera à faire le choix d'une intervention qui serait la plus adaptée aux besoins du client et donc susceptible d'être plus efficace pour améliorer la fonction de la main (Shankland et Nedelec, 2018).

En lien avec les résultats, il est aussi important de rappeler que les ergothérapeutes qui travaillent en thérapie de la main n'ont pas seulement un rôle éducatif à faire en lien avec la maladie, mais aussi un rôle d'agent de changement. Pour ce faire, ils peuvent faire la promotion des interventions préventives pour l'arthrose de la main et revendiquer auprès des instances gouvernementales et communautaires pour améliorer l'accessibilité et la complémentarité des services, par exemple en engageant plus d'ergothérapeutes pour accroître l'offre de services (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012). Ces actions pourraient aider les gens qui souffrent d'arthrose de la main et qui sont sur une liste d'attente pour une prise en charge par l'ergothérapeute en thérapie de la main.

Aussi, avant de recommander certaines interventions, comme le choix d'une orthèse pour l'arthrose du pouce, le thérapeute doit se baser sur les symptômes et les préférences du client (Sillem et al., 2011). Puis, l'ergothérapeute ne doit pas sous-estimer le pouvoir thérapeutique de la combinaison des interventions, qui viseraient des dimensions différentes, dont une sur la personne (P) et une sur l'occupation (O) ou l'environnement (E).

Bien souvent les programmes d'exercices de la main sont des interventions intéressantes, car ils sont peu coûteux et facilement reproductibles. Il est recommandé aux ergothérapeutes de les développer, en suivant une méthodologie fondée sur des données probantes pour sélectionner les exercices à inclure dans un programme (Hennig et al., 2015).

À la hauteur des résultats de l'étude de Gravås et al. (2019), il serait pertinent de référer les gens atteints d'arthrose de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce en ergothérapie avant d'envisager une chirurgie. En ce sens, une rencontre préopératoire pourrait être intégrée à la séance d'autogestion de l'arthrose en ergothérapie pour aider le client à bien comprendre en quoi consiste la chirurgie CM CJ. Dans le même ordre d'idées, un client avec de l'arthrose de la CMC du pouce devrait être référé en ergothérapie, dès que des limitations dans la performance occupationnelle sont identifiées. Cela pourrait l'aider à avoir des stratégies pour contrôler sa douleur et à adapter ses occupations selon des principes de protection articulaire (Shankland et Nedelec, 2018).

L'intervention combinée interdisciplinaire, quant à elle, regroupe plusieurs interventions présentées dans les tableaux des résultats. Elle pourrait être une approche efficace, qui permet de gagner du temps en clinique, tant en soins primaires que spécialisés,

qui peut être dispensée par des professionnels de la santé formés en rhumatologie, en complémentarité aux services médicaux (Stoffer-Marx et al., 2018).

Les orthèses, seules ou avec des exercices manuels et de protection articulaire, peuvent être considérées comme une intervention pour réduire les symptômes et améliorer la fonction de la main des personnes qui ont de l'arthrose de la main. En ce sens, il est recommandé aux ergothérapeutes de faire preuve d'autonomisation pour déterminer l'intervention appropriée et efficace pour le client (Silva et al., 2020). Ainsi, utiliser une approche centrée sur le client aidera le thérapeute à considérer les besoins du client lors de la fabrication des orthèses et à adapter leur enseignement (Shankland et Nedelec, 2018). De plus, sachant qu'une intervention précoce est nécessaire pour contrôler l'inflammation des articulations interphalangiennes proximales et distales et que l'immobilisation assurée par une orthèse pourrait diminuer les contraintes mécaniques, des orthèses personnalisées devraient être recommandées aux clients souffrant d'arthrose de la main et utilisées la nuit pour éviter toute interférence dans les activités de la vie quotidienne (Silva et al., 2020).

Finalement, il serait recommandé aux ergothérapeutes qui travaillent en thérapie de la main de miser sur une activité fonctionnelle et signifiante pour le client, afin d'augmenter sa motivation et lui permettre de socialiser avec les autres. Il a d'ailleurs été démontré avec l'étude de Leonard et al. (2021) que le fait de faire une activité de tricot, qui était signifiante pour les participants, a augmenté leur adhérence à l'intervention et le temps passé à faire l'activité. En thérapie de la main, il est facile d'avoir une approche très fonctionnelle, qui est liée aux capacités/incapacités des clients, mais de ramener cette approche sur les activités significatives serait un excellent levier pour engager les clients dans une intervention. D'ailleurs, la place de l'ergothérapeute en thérapie de la main est souvent mise en doute. Pourtant, l'ergothérapeute est l'expert dans l'habilitation aux occupations significatives et connaît les fonctions spécifiques de la main. Pourquoi ne pas combiner ces connaissances et baser le plan de traitement du client sur ces éléments ? Par exemple, il serait intéressant pour le futur en thérapie de la main que la pratique soit davantage fondée sur les occupations et non seulement portée sur les occupations. Pour ce faire, l'ergothérapeute pourrait décider d'offrir un programme dans lequel les participants pourraient faire plusieurs occupations significatives pour eux, à l'intérieur desquelles diverses modalités seraient employées. Ainsi, les occupations seraient une finalité en même temps d'être des moyens thérapeutiques, ce qui est d'ailleurs souhaité pour le futur de la thérapie de la main (Baillargeon-Desjardins et Brousseau, 2019).

CONCLUSION

Depuis 2010, il y a une pénurie d'études concernant les interventions utilisées dans la pratique clinique en ergothérapie au sujet de l'arthrose de la main (Valdes et Marik, 2010), ce qui fait qu'il est difficile de connaître les réels effets de ces interventions. C'est pourquoi le devis de recherche de type revue rapide a été utilisé afin d'en apprendre davantage sur ce sujet et de mettre à jour les connaissances scientifiques. Plus précisément, le présent essai avait pour objectifs de documenter les interventions en ergothérapie pour l'arthrose de la main et de décrire les effets de celles-ci sur la fonction de la main, en faisant des liens avec le modèle ergothérapique PEO. Les résultats de la recherche proposent 14 interventions divisées selon les catégories de Veillette (2019), qui sont les soins préventifs, les interventions non chirurgicales et les stratégies alternatives afin de réduire les symptômes associés à l'arthrose de la main ainsi qu'améliorer le fonctionnement global de l'individu. Toutes les interventions, qu'elles soient traitées de manière individuelle ou en combinaison, ont des effets d'abord et avant tout la personne.

Pour le futur de la pratique, il est important que les ergothérapeutes jouent des rôles dans la prévention/promotion de la santé, dans l'éducation et la revendication comme agent de changement, étant donné que le nombre de personnes atteintes d'arthrose de la main continuera d'augmenter dans les prochaines années (Zhang et al., 2002) et que les conséquences fonctionnelles limitent les personnes qui vivent avec la maladie, et ce, au quotidien. La mise en application des recommandations cliniques émises dans la *discussion*, par les ergothérapeutes qui travaillent en thérapie de la main, pourrait grandement influencer le futur de la pratique ergothérapique, afin qu'elle soit davantage fondée sur les occupations.

À la lumière de la synthèse des écrits scientifiques effectuée pour produire cette revue rapide, des absences de consensus demeurent entre des auteurs par rapport aux effets de certaines interventions, notamment celles concernant les orthèses fonctionnelles, les programmes d'exercices de la main à domicile et les technologies d'assistance. Cela démontre la nécessité de mener d'autres recherches pour développer des connaissances nouvelles qui cerneraient les effets des interventions proposées en ergothérapie et qui incluraient des éléments du vécu des adultes et des personnes âgées qui ont de l'arthrose de la main.

RÉFÉRENCES

- Altman, R., Alarcón, G., Appelrouth, D., Bloch, D., Borenstein, D., Brandt, K., Brown, C., Cooke, T. D., Daniel, W. et Gray, R. (1990). The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. *Arthritis and rheumatism*, 33(11), 1601–1610. <https://doi.org/10.1002/art.1780331101>
- Amaral, D. S., Duarte, A. L. B. P., Barros, S. S., Cavalcanti, S. V., Ranzolin, A., Leite, V. M. M., Dantas, A. T., Oliveira, A. S. C. R. C., Santos, P. S., Silva, J. C. A. et Marques, C. D. L. (2018). Assistive devices: an effective strategy in non-pharmacological treatment for hand osteoarthritis-randomized clinical trial. *Rheumatology international*, 38(3), 343-351. <https://doi.org/10.1007/s00296-017-3892-1>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012, octobre). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. <https://www.caot-ace.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Baillargeon-Desjardins, J. et Brousseau, M. (2019). Les ergothérapeutes francophones européens parviennent-ils à avoir une pratique fondée sur les occupations ? *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 5(1), 81-101.
- Billette, J.-M. et Janz, T. (2011). Les blessures au Canada : Un aperçu des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Statistique Canada*. www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-624-x/2011001/article/11506-fra.pdf?st=RC60FZC7
- Bergeron, Y., Fortin, L. et Leclaire, R. (2008). *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur* (2^e éd.). Edisem.
- Beasley, J. (2011). Therapist's examination and conservative management of arthritis of the upper extremity. Dans T.Skirven, A.Lee Osterman, J. Fedorczyk et P.Amadio (dir.), *Rehabilitation of the hand and upper extremity* (6^e éd., vol.103, p.1330-1343). Elsevier.
- Bromann Bukhave, E., la Cour, K. et Huniche, L. (2014). The meaning of activity and participation in everyday life when living with hand osteoarthritis. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 21(1), 24–30. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.857428>
- Brousseau, L., Laroche, C., Sutton, A., Guitard, P., King, J., Poitras, S., Casimiro, L., ...Vaillancourt, V. (2015). Une version franco-canadienne de la Physiotherapy Evidence Database (PEDro) Scale : L'Échelle PEDro. *Physiothérapie Canada*, 67(3), 232-239. <https://doi.org/10.3138/ptc.2014-37F>
- Brousseau, L., Thevenot, O., MacKiddie, O., Taki, J., Wells, G. A., Guitard, P., Léonard, G., Paquet, N., Aydin, S. Z., Toupin-April, K., Cavallo, S., Moe, R. H., Shaikh, K., Gifford, W., Loew, L., De Angelis, G., Shallwani, S. M., Aburub, A. S., Mizusaki Imoto, A. Rahman, P., ... Longchamp, G. (2018). The Ottawa Panel guidelines on programmes

- involving therapeutic exercise for the management of hand osteoarthritis. *Clinical rehabilitation*, 32(11), 1449–1471. <https://doi.org/10.1177/0269215518780973>
- Buitekant, E. (2023, 11 août). *Arthrose de la main : quels sont les symptômes et les traitements ?* Femme Actuelle. <https://www.femmeactuelle.fr/sante/sante-pratique/arthrose-de-la-main-quels-sont-les-symptomes-et-les-traitements-2165376>
- Case-Smith, J. (2003). Outcomes in hand rehabilitation using occupational therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 499–506. <https://doi.org/10.5014/ajot.57.5.499>
- Cantero-Téllez, R., Pérez-Cruzado, D., Villafañe, J. H., García-Orza, S., Naughton, N. et Valdes, K. (2022). The Effect of Proprioception Training on Pain Intensity in Thumb Basal Joint Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 19(6), 3592. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063592>
- Chan, J. et Spencer, J. (2004). Adaptation to hand injury: an evolving experience. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(2), 128–139. <https://doi.org/10.5014/ajot.58.2.128>
- Cedraschi, C., Delézy, S., Marty, M., Berenbaum, F., Bouhassira, D., Henrotin, Y., Laroche, F. et Perrot, S. (2013). "Let's talk about OA pain": a qualitative analysis of the perceptions of people suffering from OA. Towards the development of a specific pain OA-Related questionnaire, the Osteoarthritis Symptom Inventory Scale (OASIS). *PloS one*, 8(11), e79988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079988>
- Dahaghin, S., Bierma-Zeinstra, S. M., Ginai, A. Z., Pols, H. A., Hazes, J. M. et Koes, B. W. (2005). Prevalence and pattern of radiographic hand osteoarthritis and association with pain and disability (the Rotterdam study). *Annals of the rheumatic diseases*, 64(5), 682–687. <https://doi.org/10.1136/ard.2004.023564>
- Dickson, P. et Bain, L. (2008). Watch your practice. Reflections on the emerging roles of advanced practice occupational therapists. *Occupational Therapy Now*, 10(4), 21-23.
- Deveza, L. A., Hunter, D. J., Wajon, A., Bennell, K. L., Vicenzino, B., Hodges, P., Eyles, J. P., Jongs, R., Riordan, E. A., Duong, V., Min Oo, W., O'Connell, R. et Meneses, S. R. (2017). Efficacy of combined conservative therapies on clinical outcomes in patients with thumb base osteoarthritis: protocol for a randomised, controlled trial (COMBO). *BMJ open*, 7(1), e014498. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014498>
- Dumitrache, A., Sanchez, K., Esnouf, S., Roren, A., Vidal, J., Rannou, F., Poiraudeau, S. et Lefèvre-Colau, M.-M. (2013). Rééducation de la main en pathologies médicale et chirurgicale : ergothérapie, orthèse et kinésithérapie. *La Presse Médicale*, 42(12), 1632-1649. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.lpm.2013.01.074>

- Dziedzic, K. S., Hill, J. C., Porcheret, M. et Croft, P. R. (2009). New models for primary care are needed for osteoarthritis. *Physical therapy*, 89(12), 1371–1378. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090003>
- Dziedzic, K., Nicholls, E., Hill, S., Hammond, A., Handy, J., Thomas, E. et Hay, E. (2015). Self-management approaches for osteoarthritis in the hand: a 2×2 factorial randomised trial. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 74(1), 108–118. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-203938>
- Expanscience. (2024). *L'Arthrose des mains : Les facteurs de risque*. Arthrolink. <https://www.arthrolink.com/fr/diagnostic/patient-virtuel/main-les-facteurs-de-risque>
- Fanny. (2013). *L'arthrose au travail*. La plateforme officielle des solutions anti-arthrose. <https://www.stop-arthrose.org/l-arthrose-au-travail>
- Felson, D. T., Lawrence, R. C., Dieppe, P. A., Hirsch, R., Helmick, C. G., Jordan, J. M., Kington, R. S., Lane, N. E., Nevitt, M. C., Zhang, Y., Sowers, M., McAlindon, T., Spector, T. D., Poole, A. R., Yanovski, S. Z., Ateshian, G., Sharma, L., Buckwalter, J. A., Brandt, K. D. et Fries, J. F. (2000). Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Annals of internal medicine*, 133(8), 635–646. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-8-200010170-00016>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4^e éd.). Chenelière éducation.
- Genet, R. (2020, 6 juillet). *Bottom Up & Top Down: explications et enjeux cliniques en ergothérapie*. Cabinet Ergo Gard-Ardèche. <https://ergo3007.wixsite.com/ergo-gard-ardecche/post/bottom-up-top-down-explications-et-enjeux-cliniques-en-ergoth%C3%A9rapie>
- Grant, M. (2005). Occupational therapy for people with osteoarthritis: Scope of practice and evidence base. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 12(1), 7-13.
- Gomes Carreira, A. C., Jones, A. et Natour, J. (2010). Assessment of the effectiveness of a functional splint for osteoarthritis of the trapeziometacarpal joint on the dominant hand: a randomized controlled study. *Journal of rehabilitation medicine*, 42(5), 469-474. <https://doi.org/10.2340/16501977-0542>
- Gouvernement du Canada. (2020). *L'arthrose au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/arthrose.html>
- Gravås, E. M. H., Østerås, N., Nossun, R., Eide, R. E. M., Klokkeide, Å., Matre, K. H., Olsen, M., Andreassen, O., Haugen, I. K., Tveter, A. T. et Kjekken, I. (2019). Does occupational therapy delay or reduce the proportion of patients that receives thumb carpometacarpal joint surgery? A multicentre randomised controlled trial. *RMD Open*, 5(2), e001046. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2019-001046>

- Hennig, T., Hæhre, L., Hornburg, V. T., Mowinckel, P., Norli, E. S. et Kjekken, I. (2015). Effect of home-based hand exercises in women with hand osteoarthritis: a randomised controlled trial. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 74(8), 1501-1508. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204808>
- Horváth, K., Kulisch, Á., Németh, A. et Bender, T. (2012). Evaluation of the effect of balneotherapy in patients with osteoarthritis of the hands: a randomized controlled single-blind follow-up study. *Clinical rehabilitation*, 26(5), 431-441. <https://doi.org/10.1177/0269215511425961>
- Kjekken, I., Darre, S., Smedslund, G., Hagen, K. B. et Nossun, R. (2011). Effect of assistive technology in hand osteoarthritis: a randomised controlled trial. *Annals of the rheumatic diseases*, 70(8), 1447-1452. <https://doi.org/10.1136/ard.2010.148668>
- Kalichman, L. et Hernández-Molina, G. (2010). Hand osteoarthritis: an epidemiological perspective. *Seminars in arthritis and rheumatism*, 39(6), 465-476. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2009.03.001>
- Kasapoğlu Aksoy, M. et Altan, L. (2017). Short-term efficacy of paraffin therapy and home-based exercise programs in the treatment of symptomatic hand osteoarthritis. *Turkish journal of physical medicine and rehabilitation*, 64(2), 108-113. <https://doi.org/10.5606/tftrd.2018.1535>
- Kjekken, I., Darre, S., Smedslund, G., Hagen, K. B. et Nossun, R. (2011). Effect of assistive technology in hand osteoarthritis: a randomised controlled trial. *Annals of the rheumatic diseases*, 70(8), 1447-1452. <https://doi.org/10.1136/ard.2010.148668>
- Leonard, G., Paquet, N., Guitard, P., Toupin-April, K., Cavallo, S., Paterson, G., Aydin, S. Z., Bakirci, S., Coulombe-Lévêque, A. et Brosseau, L. (2021). The effects of an 8-week knitting program on osteoarthritis symptoms in elderly women: A pilot randomized controlled trial. *Journal of bodywork and movement therapies*, 27, 410-419. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2021.04.001>
- La Rédaction. (2024, 30 mars). *Arthrose fatigue: comment gérer la fatigue liée à l'arthrose*. <https://umvie.com/arthrose-fatigue-comment-gerer-la-fatigue-liee-a-larthrose/>
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. et Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
- Lorquet, V. (2021, 2 septembre). *Tout sur l'arthrose de la main : Causes, symptômes et traitement*. Kinatex Sports Physio. <https://www.kinatex.com/cliniques/beauport/education-et-conseils/larthrose-de-la-main-causes-symptomes-et-traitement/>
- Mathy, C., Grange, L., Alliot-Launois, F., Chalès, G., Seidel, L., Albert, A., et Henrotin, Y. (2021). Impact de l'arthrose sur la qualité de vie des patients : ce que nous apprend

- l'enquête franco-belge « Stop Arthrose » en 2021. *Revue du Rhumatisme*, 88, A146. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rhum.2021.10.229>
- Masterson, S., Bryer, M., Mavrommatis, S., Cook, J. A. et Kolehmainen, N. (2010). Methodological issues arising from a pilot RCT investigating the effectiveness of joint protection. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 17(12), 654-664. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2010.17.12.654>
- Martin, V. et Renaud, J. (2013). *Les normes de production des revues systématiques*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revues_systematiques.pdf?fbclid=IwAR0W59XaB5Zy2a4MxVIXMucZI6-vSJfnmsYhff582LadDcloe5_mgLkcCoQ
- Melvin, J.L. (1985). Roles and Functions of Occupational Therapy in Hand Rehabilitation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 39(12), 795-798.
- Moe, R. H., Kjekken, I., Uhlig, T. et Hagen, K. B. (2009). There is inadequate evidence to determine the effectiveness of nonpharmacological and nonsurgical interventions for hand osteoarthritis: an overview of high-quality systematic reviews. *Physical therapy*, 89(12), 1363–1370. <https://doi.org/10.2522/ptj.20080398>
- Nery, M., Natour, J., Jennings, F., Fernandes, A. d. R. C., Souza, M. C. et Jones, A. (2021). Effects of a progressive resistance exercise program in patients with hand osteoarthritis: A randomized, controlled trial with a blinded assessor. *Clinical rehabilitation*, 35(12), 1757-1767. <https://doi.org/10.1177/02692155211030622>
- Østerås, N., Kjekken, I., Smedslund, G., Moe, R. H., Slatkowsky-Christensen, B., Uhlig, T. et Hagen, K. B. (2017). Exercise for Hand Osteoarthritis: A Cochrane Systematic Review. *The Journal of rheumatology*, 44(12), 1850–1858. <https://doi.org/10.3899/jrheum.170424>
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. et Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., p. 15-44). CAOT Publications ACE.
- Rannou, F., Dimet, J., Boutron, I., Baron, G., Fayad, F., Macé, Y., Beaudreuil, J., Richette, P., Ravaud, P., Revel, M. et Poiraudreau, S. (2009). Splint for base-of-thumb osteoarthritis: a randomized trial. *Annals of internal medicine*, 150(10), 661–669. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-10-200905190-00003>
- Roll, S.C. et Hardison, M.E. (2017). Effectiveness of Occupational Therapy Interventions for Adults with Musculoskeletal Conditions of the Forearm, Wrist, and Hand: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(1), 1-12.

- Rogers, M. W. et Wilder, F. V. (2009). Exercise and hand osteoarthritis symptomatology: a controlled crossover trial. *Journal of hand therapy: official journal of the American Society of Hand Therapists*, 22(1), 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2008.09.002>
- Shankland, B. et Nedelec, B. (2018). A client-centered approach for thumb carpometacarpal joint osteoarthritis pain: Two cases studies. *Journal of hand therapy: official journal of the American Society of Hand Therapists*, 31(2), 265-270. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2018.01.005>
- Sillem, H., Backman, C. L., Miller, W. C. et Li, L. C. (2011). Comparison of two carpometacarpal stabilizing splints for individuals with thumb osteoarthritis. *Journal of hand therapy: official journal of the American Society of Hand Therapists*, 24(3), 216-225. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2010.12.004>
- Silva, P. G., de Carvalho Silva, F., da Rocha Corrêa Fernandes, A. et Natour, J. (2020). Effectiveness of nighttime orthoses in controlling pain for women with hand osteoarthritis: A randomized controlled trial. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(3), 1-10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.033621>
- Société de l'arthrite du Canada. (2024). *L'isolement social et les aînés atteints d'arthrose*. <https://arthrite.ca/bien-vivre/2020/l-isolement-social-et-les-aines-atteints-d-arthrose#:~:text=L%E2%80%99isolement%20social%20peut%20r%C3%A9duire%20la%20long%C3%A9vit%C3%A9%20d%E2%80%99environ%20trois,sant%C3%A9%20comme%20la%20d%C3%A9pression%20ou%20une%20d%C3%A9fiance%20cognitive>.
- Stoffer-Marx, M. A., Klinger, M., Luschin, S., Meriaux-Kratochvila, S., Zettel-Tomenendal, M., Nell-Duxneuner, V., Zwerina, J., Kjekken, I., Hackl, M., Öhlinger, S., Woolf, A., Redlich, K., Smolen, J. S. et Stamm, T. A. (2018). Functional consultation and exercises improve grip strength in osteoarthritis of the hand - a randomised controlled trial. *Arthritis research & therapy*, 20(1), 253. <https://doi.org/10.1186/s13075-018-1747-0>
- Stamm, T. A., Machold, K. P., Smolen, J. S., Fischer, S., Redlich, K., Graninger, W., Ebner, W. et Erlacher, L. (2002). Joint protection and home hand exercises improve hand function in patients with hand osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Arthritis and rheumatism*, 47(1), 44–49. <https://doi.org/10.1002/art1.10246>
- Towheed T. E. (2005). Systematic review of therapies for osteoarthritis of the hand. *Osteoarthritis and cartilage*, 13(6), 455–462. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2005.02.009>
- Townsend, E.A. et Polatajko, H.J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., version française Noémi Cantin). CAOT Publications ACE.

- Turin, T.C., Kazi, M.R., Chowdhury, N. et Chowdhury, M.MZI. (2021). Conducting a rapid review for quick turnaround knowledge synthesis. *Health and Primary Care*, 5, 1-7. <https://doi.org/10.15761/HPC.1000213>
- Veillette, M. (2019). *L'ergothérapeute en thérapie de la main : l'utilisation de méthodes variées pour que vos bras & vos mains retrouvent leurs utilités*. <https://aqepp.com/wp-content/uploads/2019/11/Ergotherapie-et-therapie-de-la-main.pdf>
- Valdes, K. et Marik, T. (2010). A systematic review of conservative interventions for osteoarthritis of the hand. *Journal of hand therapy: official journal of the American Society of Hand Therapists*, 23(4), 334–351. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2010.05.001>
- Wajon, A. et Ada, L. (2005). No difference between two splint and exercise regimens for people with osteoarthritis of the thumb: a randomised controlled trial. *The Australian journal of physiotherapy*, 51(4), 245–249. [https://doi.org/10.1016/s0004-9514\(05\)70005-2](https://doi.org/10.1016/s0004-9514(05)70005-2)
- Zhang, Y., Niu, J., Kelly-Hayes, M., Chaisson, C. E., Aliabadi, P. et Felson, D. T. (2002). Prevalence of symptomatic hand osteoarthritis and its impact on functional status among the elderly: The Framingham Study. *American journal of epidemiology*, 156(11), 1021–1027. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf141>
- Zhang, W., Doherty, M., Leeb, B. F., Alekseeva, L., Arden, N. K., Bijlsma, J. W., Dincer, F., Dziedzic, K., Hauselmann, H. J., Kaklamanis, P., Kloppenburg, M., Lohmander, L. S., Maheu, E., Martin-Mola, E., Pavelka, K., Punzi, L., Reiter, S., Smolen, J., Verbruggen, G., . . . Zimmermann-Gorska, I. (2009). EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 68(1), 8-17. <https://doi.org/10.1136/ard.2007.084772>

ANNEXES

ANNEXE A

TABLEAU D'EXTRACTION ET DE SYNTHÈSE DES DONNÉES RECENSÉES DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Titre, auteurs, lieu et année du document	Objectif de recherche	Devis méthodologique	Méthodes de collecte de données	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Résultats de l'étude (les effets sur la fonction de la main)
Assistive devices: an effective strategy in non-pharmacological treatment for hand osteoarthritis: randomized clinical trial. (Amaral et al., 2018) Clinique externe de rhumatologie de l'hôpital de Pernambuco, à Recife, au Brésil.	L'objectif de l'étude est d'évaluer les effets de l'utilisation d'un appareil fonctionnel sur la performance occupationnelle et sur la fonction de la main chez les individus qui ont de l'arthrose de la main.	Devis expérimental (Essai clinique contrôlé et randomisé)	19 participantes qui ont été assignées au hasard dans le groupe d'intervention (technologies d'assistances pour faire les activités de la vie quotidienne) et 20 participantes qui ont été affectées au groupe contrôle (brochure d'informations sur la maladie, les principes de protection articulaire et les principes de conservation d'énergie). La performance occupationnelle a été mesurée par la mesure canadienne de la performance occupationnelle. L'étude par la fonction de la main a été évaluée par un score pour l'évaluation et la quantification des affections rhumatismales chroniques des mains (SACRAH). La douleur a été mesurée par une	39 participants qui sont des femmes dont l'âge moyen est de 59,59 ± 6, 75 ans. Il y a 21 participantes qui sont des femmes au foyer et 18 participantes qui ont un travail à l'extérieur de la maison. Elles ont un diagnostic d'arthrose de la main, depuis au moins huit ans et rapportent des difficultés à faire leurs activités de la vie quotidienne. La restriction de position qui stimule la déformation, l'utilisation de la plus larges et fortes et une diminution du stress de même que de la force des articulations » (Amaral et al., 2018, p. 349). Il y a 18 types d'appareils fonctionnels qui ont été offerts au groupe d'intervention. Ils devaient être utilisés sur une période de trois mois. Avec un taux d'utilisation de	Le but des appareils fonctionnels est de promouvoir l'alignement et de minimiser le stress sur les articulations pendant la réalisation des activités de la vie quotidienne. Les appareils fonctionnels sont faits de différents matériaux et sont de formes variées. Les appareils fonctionnels peuvent être fabriqués directement par l'ergothérapeute ou achetés dans un magasin spécialisé pour les équipements de réadaptation. « L'appareil fonctionnel est une méthode de mise en œuvre de la protection articulaire qui est basée sur le respect de la douleur, l'équilibre entre l'activité et le repos, un soulagement de la douleur et une restriction de position qui stimule l'amélioration de leur qualité de vie. Après les interventions, l'étude démontre que les participantes qui ont un diagnostic connu d'arthrose depuis moins de huit ans ont des résultats moins significatifs sur la fonction de la main et sur la performance occupationnelle.	L'étude démontre que les activités les plus affectées par l'arthrose de la main sont celles de productivité et de soins personnels. L'utilisation d'appareils fonctionnels dans les activités de la vie quotidienne est une stratégie efficace dans le traitement non pharmacologique de l'arthrose de la main. Après la période de 30 jours des interventions, la performance occupationnelle et la fonction de la main des participantes se sont améliorées au fil du temps avec l'utilisation des appareils fonctionnels au quotidien. Après la période de 90 jours des interventions, les participantes ont eu un soulagement de la douleur et une amélioration de leur qualité de vie. Après les interventions, l'étude démontre que les participantes qui ont un diagnostic connu d'arthrose depuis moins de huit ans ont des résultats moins significatifs sur la fonction de la main et sur la performance occupationnelle.

			échelle visuelle analogique. La qualité de vie a été mesurée par l'échelle de la qualité de vie de l'Organisation mondiale de la santé, forme abrégée (WHOQOL). Les mesures sont prises au début, à 30 jours et à 90 jours post-interventions.		100%, il y a l'ouvre-pot, l'adaptateur à fermeture à glissière et à bouton-poussoir. Avec un taux de 78,9% d'utilisation, il y a les adaptations pour le balai et avec un taux de 63,1%, il y a les adaptateurs de divers ustensiles de même que les adaptations pour le bain.	
Assessment of the effectiveness of a functional splint for osteoarthritis of the trapeziometacarpal joint of the dominant hand: A randomized controlled study. (Gomes Carreira et al., 2010) Université fédérale de São Paulo, au Brésil, dans la division de réadaptation en rhumatologie.	L'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité d'une orthèse fonctionnelle pour le pouce de la main dominante des clients présentant de l'arthrose de l'articulation trapézo-métacarpienne.	Devis expérimental (Essai contrôlé et randomisé)	Les participants sont répartis de manière randomisée en deux groupes de 20 personnes pour former le groupe d'intervention (orthèse) dès le premier jour et celui des participants portés durant les activités de la vie quotidienne pendant 180 jours) et le groupe contrôle (orthèse) seulement durant les évaluations pour les premiers 90 jours et portée durant les activités de la vie quotidienne les 90 jours suivants). La douleur à la base du pouce est évaluée selon l'échelle visuelle analogue de la douleur. La capacité fonctionnelle est évaluée par le questionnaire DASH. La force de préhension est mesurée avec le dynamomètre Jamar. La force des pinces est mesurée par le dynamomètre à jauge de	40 participants, dont 38 sont des femmes. L'âge moyen des participants du groupe contrôle est de $65,1 \pm 10,1$ ans et celui des participants du groupe d'intervention est de $62,8 \pm 8,5$ ans. Les participants ont un diagnostic clinique et radiographique de l'arthrose de l'articulation trapézo-métacarpienne de la main dominante et ressentent de la douleur à la base du pouce de cette main comprise entre trois et sept sur l'échelle visuelle analogue de la douleur. La durée de la maladie du groupe d'intervention est de	L'orthèse fonctionnelle est un type de traitement conservateur. Elle est utilisée en réadaptation pour que le client puisse avoir un potentiel de récupération maximal. L'orthèse fonctionnelle est efficace pour réduire la douleur à court et à long terme. Toutefois, l'orthèse fonctionnelle est de l'intervention n'améliore pas la fonction de la main, la force de préhension, la force des pinces et la dextérité.	Chez les clients qui ont de l'arthrose trapézo-métacarpienne de la main dominante, le port de l'orthèse fonctionnelle lors de la réalisation des activités de la vie quotidienne est efficace pour réduire la douleur à court et à long terme. Toutefois, l'intervention n'améliore pas la fonction de la main, la force de préhension, la force des pinces et la dextérité.

			pincement. La dextérité du membre supérieur est mesurée par le test O'Connor. La douleur, la force, la fonction de la main et la dextérité ont été mesurées chez les participants avec et sans l'orthèse fonctionnelle au début, à 45, 90 et 180 jours.	6,3 ± 3,4 ans et celle du groupe contrôle est de 7,7 ± 6,1 ans.		
Exercise and hand osteoarthritis symptomatology: controlled crossover trial. (Rogers et Wilder, 2009). Institut américain de recherche de l'arthrite, Clearwater, Floride.	Le but de l'étude est d'évaluer les effets d'un programme d'exercices de la main à domicile chez les personnes âgées qui ont de l'arthrose de la main.	Devis expérimental (Essai contrôlé et randomisé)	Les participants reçoivent les interventions dans un ordre aléatoire. Il y a un programme d'exercices de la main d'une durée de 16 semaines et l'application simulée d'une crème pour les mains d'une durée de 16 semaines (placebo). Il y a une période de 16 semaines où les participants ne reçoivent rien, entre les interventions. La durée totale de l'essai clinique est de 48 semaines. La fonction de la main a été mesurée par la sous-échelle de la fonction physique du questionnaire australien et canadien sur l'arthrose de la main (AUSCAN). La douleur, la raideur et la fonction physique de la main ont été évaluées par des sous-échelles du AUSCAN et par l'échelle visuelle analogue. La force de	46 participants. L'échantillon est composé à 87% de femmes qui ont en moyenne 75 ± 6,7 ans. Les participants ont un diagnostic d'arthrose dans au moins une articulation de la main et de l'arthrose de la main. 63% des participants consomment de la médication.	Le programme comporte neuf exercices de la main que les participants doivent faire tous les jours, pendant 16 semaines, à la maison. Le protocole des exercices est basé sur la littérature scientifique et un ergothérapeute spécialisé en thérapie de la main a été consulté. Le programme comprend six exercices d'amplitude active de mouvements pour améliorer la flexibilité des articulations. Il comprend aussi 3 exercices pour améliorer la force de préhension et la force des pinces de la main, où les participants doivent utiliser un exerciceur pour les mains nommé <i>TheraBand</i> , qui est associé à une couleur selon sa résistance. Le programme d'exercices se fait de manière progressive. Après chaque quatre semaines, les participants doivent augmenter le nombre des répétitions pour les exercices.	La série de neuf exercices de la main, faits à la maison, durant 16 semaines, a légèrement amélioré la force de préhension et des pinces de la main des personnes âgées atteintes d'arthrose de la main. Selon les scores obtenus à la sous-échelle de la fonction physique du questionnaire AUSCAN, il n'y a pas des différences significatives entre la réelle intervention, qui est le programme d'exercices et l'intervention simulée, qui est l'application de crème pour les mains. Il n'y a pas d'amélioration autodéclarée par les participants sur le plan de la fonction physique, de la douleur et de la raideur des mains. Selon les résultats obtenus au <i>Perdue Pegboard</i> , le programme d'exercices de la main n'a pas d'effet significatif sur la dextérité de la main.

			préhension et la force des pinces de la main sont mesurées par le dynamomètre Jamar. La dextérité de la main a été mesurée par le test Purdue Pegboard. Les mesures sont prises au début, à la 16 ^e semaine, à la 32 ^e semaine et à la 48 ^e semaine post-interventions.		contenant de plastique avec un code-barre dessus pour donner l'impression qu'elle a des effets thérapeutiques. Durant l'intervention simulée, les participants doivent appliquer la crème pour les mains une fois par jour, selon une technique enseignée. La première application de la crème pour les mains se fait en laboratoire, puis se poursuit à la maison avec l'aide d'instructions écrites et imagées. Les participants notent dans un cahier les jours d'utilisation ou non de la crème pour les mains.	
Short-term efficacy of paraffin therapy and home-based exercise programs in the treatment of symptomatic hand osteoarthritis. (Kasapoğlu Aksoy et Altan, 2017)	Le but de l'étude est d'évaluer les effets d'un programme d'exercices à domicile en combinaison avec la thérapie à la paraffine sur la douleur, l'état fonctionnel de la main, la force de préhension et la qualité de vie des personnes qui ont de l'arthrose symptomatique de la main.	Devis expérimental (Essai contrôlé et randomisé)	De manière aléatoire, 31 participants sont affectés au groupe d'intervention qui reçoit la thérapie à la paraffine combinée au programme d'exercices de la main à domicile et 30 participants au groupe contrôle qui reçoit seulement le programme d'exercices de la main à domicile. La douleur a été mesurée par l'échelle visuelle analogue. La fonction de la main est mesurée par le questionnaire AUSCAN. Le statut fonctionnel est mesuré par le questionnaire d'évaluation de la santé. La force de préhension et la force des pinces de la main sont mesurées par le	61 participants, dont 53 femmes et huit hommes. L'âge moyen des participants est de 57,2 ± 10,6 ans et celui du groupe contrôle est de 61,3 ± 8,4 ans. Ils ont un diagnostic d'arthrose de la main et une fréquence de cinq sessions par semaine. Le programme d'exercices à domicile comprend des exercices isométriques et de renforcement de la prise de la main, ceux-ci ne prennent pas de médicaments durant l'étude.	« La thérapie à la paraffine consiste à insérer la main dans la paraffine, avec les doigts écartés et le poignet en position neutre. La main est enveloppée dans du nylon et dans une serviette pendant 20 minutes. Après ce délai, la paraffine est décollée de la main. La température de la paraffine est vérifiée avec un thermomètre et doit toujours se maintenir à 52°C » (Kasapoğlu Aksoy et Altan, 2017). Elle est effectuée pendant deux semaines, à une fréquence de cinq sessions par semaine. Le programme d'exercices à domicile comprend les exercices deux fois par jour, pendant 15 minutes.	La thérapie à la paraffine combinée à un programme d'exercices à domicile est efficace pour contrôler la douleur des clients qui ont de l'arthrose de la main et pour améliorer la fonction de la main, la force de préhension et la qualité de vie, et ce, après deux semaines et six semaines. Le programme d'exercices de la main à domicile permet d'améliorer la fonction de la main et la force de préhension de la main, après deux semaines et six semaines. Ainsi, en combinant le programme d'exercices à la thérapie à la paraffine, tous les paramètres mesurés dans l'étude sont améliorés significativement (contrôle de la douleur, fonction de la main, force de préhension, qualité de vie).

			dynamomètre Jamar. Toutes les mesures sont faites au départ, à deux semaines, puis six semaines après l'intervention.			
<p>Evaluation of the effect of balneotherapy in clients with osteoarthritis of the hands: a randomized controlled single-blind follow-up study.</p> <p>(Horvath et al., 2012)</p> <p>Clinique spécialisée de rhumatologie des bains de Gunaras, près de Dombóvár, une petite ville en Hongrie.</p>	<p>Le but de l'étude est d'évaluer les effets de la balnéothérapie, qui utilise l'eau minérale thermique, sur la douleur, la fonction de la main et la qualité de vie des clients qui ont de l'arthrose de la main.</p>	<p>Devis expérimental (Essai contrôlé et randomisé)</p>	<p>De manière aléatoire, les participants sont répartis dans les trois groupes. Ils se baignent dans l'eau minérale thermique à 36°C (groupe 1) et à 38°C (groupe 2), puis ils reçoivent de la magnétothérapie aux mains (groupe trois, groupe contrôle). Le groupe trois ne reçoit que la magnétothérapie. La douleur est mesurée par l'échelle analogue visuelle. La force de préhension et la force des pinces sont mesurées par un dynamomètre. La fonction de la main est mesurée par le questionnaire d'évaluation de la santé. La qualité de vie est évaluée par le questionnaire SF-36. Les mesures sont prises au début, immédiatement après un traitement et après 13 semaines de l'intervention.</p>	<p>63 participants, dont 12 sont des hommes et 51 sont des femmes. L'âge moyen des participants du groupe un est de 63,5 ± 4,7 ans, du groupe deux est 62,3 ± 4,8 ans et du groupe contrôle est de 63,8 ± 4,4 ans. Ils ont un diagnostic radiographique d'arthrose de la main et des symptômes de la maladie depuis 16,4 ± 12,7 ans (groupe 1), 10,3 ± 11,6 ans (groupe 2) et 11,7 ± 9,9 ans (groupe contrôle). Le niveau de l'arthrose de la main est modéré ou sévère. Les participants ont de la douleur à la main en lien avec l'arthrose de la main depuis trois mois.</p>	<p>La balnéothérapie est un soin qui comprend l'immersion du corps dans l'eau minérale thermique, c'est-à-dire un hydrogénocarbonate de sodium alcalin qui contient de l'eau douce, avec des quantités importantes de fluorure. Les participants du groupe un et deux ont été dans le bain de Gunaras cinq fois par semaine, pendant trois semaines. Un traitement dure 20 minutes. La magnétothérapie est l'utilisation des ondes magnétiques pulsées. Des aimants d'une fréquence de 60Hz sont installés sur les mains pendant 15 minutes, trois fois par semaine, pendant trois semaines.</p>	<p>La balnéothérapie, qui utilise de l'eau minérale thermique, réduit la douleur de la main, améliore la force de préhension et la force des pinces de même que la qualité de vie des clients qui ont de l'arthrose de la main. De plus, elle améliore la fonction de la main, et ce, même après que le traitement est terminé. L'eau thermique à 38°C est plus efficace que celle à 36°C. En effet, le traitement dans l'eau à 38°C améliore de manière significative la fonction de la main et la force des pinces de la main droite, et ce, à long terme. La combinaison de la balnéothérapie et de la magnétothérapie amène une amélioration significative de tous les paramètres à l'étude.</p>
<p>Effect of assistive technology in hand</p>	<p>Le but de l'étude est d'évaluer les effets de la technologie</p>	<p>Devis expérimental</p>	<p>De manière aléatoire, 35 participants sont affectés au groupe d'intervention</p>	<p>70 participants, dont 68 sont des femmes. L'âge moyen des participants</p>	<p>Dans le groupe d'intervention, 34 participants ont reçu une technologie d'assistance et 26</p>	<p>L'utilisation de la technologie d'assistance augmente la performance occupationnelle et la</p>

<p>osteoarthritis: a randomised controlled trial.</p> <p>(Kjeken et al., 2011)</p> <p>Clinique externe de l'hôpital universitaire Saint-Olav à Trondheim, en Norvège.</p>	<p>d'assistance chez les clients qui ont de l'arthrose de la main.</p>	<p>(Essai contrôlé et randomisé)</p>	<p>(informations sur l'arthrose, technologies d'assistance et orthèses) et 35 participants dans le groupe contrôle (informations sur l'arthrose). La performance occupationnelle et la satisfaction envers celle-ci ont été évaluées par la mesure canadienne de la performance occupationnelle (COPM). L'activité de la maladie, la fatigue et la douleur ont été mesurées par l'échelle analogue visuelle. La fonction de la main est débutée par le questionnaire AUSCAN. Les mesures sont prises au début et à trois mois de suivi par un ergothérapeute.</p>	<p>participants est de 60,5 ± 6,8 ans. 39 participants ont encore un emploi. Les participants doivent avoir un diagnostic d'arthrose de la main, avoir au moins deux limitations dans leurs activités à cause de leur maladie. La durée de la maladie est de 10,8 ± 8,1 ans. Les participants des deux groupes prennent de l'assistance pour les soins personnels, les travaux ménagers et les loisirs, telles que des couteaux et des ciseaux avec une poignée ergonomique, des ouvre-boîtes, des stylos ergonomiques, des attelles préfabriquées semi-rigides pour supporter l'articulation carpo-métacarpienne » (Kjeken et al., 2011). Les technologies d'assistance sont choisies en fonction des limitations dans les activités identifiées par le client dans le COPM. Elles prennent en considération le client, ses activités et le contexte. Elles sont des objets utilisés pour augmenter, maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles des personnes qui ont de l'arthrose de la main.</p>	<p>participants ont reçu une orthèse (huit pour la main droite, cinq pour la main gauche et 13 pour les deux mains). « Les technologies d'assistances fournies aux participants étaient des appareils pour les soins personnels, les travaux ménagers et les loisirs, telles que des couteaux et des ciseaux avec une poignée ergonomique, des ouvre-boîtes, des stylos ergonomiques, des attelles préfabriquées semi-rigides pour supporter l'articulation carpo-métacarpienne » (Kjeken et al., 2011). Les technologies d'assistance sont choisies en fonction des limitations dans les activités identifiées par le client dans le COPM. Elles prennent en considération le client, ses activités et le contexte. Elles sont des objets utilisés pour augmenter, maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles des personnes qui ont de l'arthrose de la main.</p>	<p>satisfaction à l'égard de celle-ci des clients qui ont de l'arthrose de la main. De plus, elle augmente significativement la fonction de la main, après trois mois d'intervention. Il n'y a aucun changement significatif sur l'activité de la maladie, la fatigue et la douleur. 92 % des participants ont déclaré qu'ils utilisent une technologie d'assistance et que le confort de celle-ci est élevé.</p>
<p>Effects of a progressive resistance exercise program in patients with hand osteoarthritis: a randomized, controlled trial with a blinded assessor.</p> <p>(Nery et al., 2021)</p> <p>Clinique externe de l'hôpital universitaire de São Paulo, au Brésil.</p>	<p>Le but de l'étude est d'évaluer les effets d'un programme d'exercices de renforcement progressif sur la douleur, la fonction et la force des mains chez les clients qui ont de l'arthrose de la main.</p>	<p>Devis expérimental (Essai contrôlé et randomisé)</p>	<p>De manière aléatoire, 30 participants sont assignés dans le groupe contrôle (informations sur la maladie et les principes de protection articulaire) et 30 participants sont assignés dans le groupe d'intervention (informations sur la maladie et les principes de protection articulaire, programme d'exercices de</p>	<p>60 participants, dont 59 femmes, qui ont un diagnostic de la maladie depuis au moins un an, de la douleur dans les articulations interphalangiennes entre trois et huit sur l'échelle numérique de la douleur et une médication stable depuis au moins trois mois. L'âge moyen</p>	<p>Les deux groupes reçoivent une séance d'informations sur la maladie, les traitements, les principes de protection articulaire et de conservation d'énergie. Le groupe d'intervention fait en plus un programme d'exercices de renforcement progressif pour les muscles de la main, qui dure deux sessions par semaine, pendant 12 semaines. Il couvre plusieurs groupes musculaires, tels que le</p>	<p>Après 12 semaines d'intervention, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes par rapport à la douleur, la force de préhension et des pinces et la perception de l'amélioration sur l'échelle numérique. Toutefois, des différences significatives sont observables pour le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle à la sous-échelle du questionnaire AUSCAN et au questionnaire Cochin. Le programme d'exercice de renforcement</p>

			renforcement progressif pour la main). La douleur a été mesurée par l'échelle numérique de la douleur. La force de préhension et la force des pinces ont été mesurées par le dynamomètre Jamar. La fonction de la main est mesurée par le questionnaire AUSCAN et l'échelle d'incapacité de la fonction de la main de Cochin. La satisfaction des clients par rapport à leur traitement est mesurée sur une échelle de Likert. Les mesures sont prises au début, à six et 12 semaines.	des participants du groupe d'intervention est de 64,7 ± 8,9 ans et celui dans le groupe contrôle est de 68,9 ± 8,8 ans. La durée de la maladie du groupe des mains pour chaque répétition de contrôle est de 6,9 ± 4,9 ans et celle du groupe d'intervention est de 7,3 ± 5,2 ans. La maladie est dans la main dominante et/ou non dominante. Les participants des deux groupes prennent de la médication durant l'étude.	fléchisseur superficiel, le fléchisseur profond, l'extenseur commun et les interosseux de la main. Chaque session dure 35 minutes. Il y a trois séries de dix répétitions pour chaque groupe de muscles qui sont effectuées. Les exercices sont faits en alternance des mains pour chaque répétition. La résistance (couleur différente) doit être augmentée toutes les trois semaines en commençant par la couleur jaune et en terminant par la couleur bleue. Pour effectuer les exercices, deux appareils sont utilisés, tels que le Digi-Extend et le Power-Web.	progressif de 12 semaines permet donc d'améliorer la fonction de la main, dès la fin du traitement. Il est aussi efficace pour améliorer la douleur vécue durant la réalisation des activités. Les clients qui ont de l'arthrose de la main sont plus satisfaits de faire un programme d'exercices de renforcement progressif de la main et de recevoir des informations éducatives sur la maladie et utilisaient moins d'acétaminophène que ceux qui ont reçu que de l'information éducative.
Does occupational therapy delay or reduce the proportion of patients that receive thumb carpometacarpal joint surgery? A multicentre randomized controlled trial (Gravås et al., 2019) Dans 3 hôpitaux en Norvège	Les buts de l'étude sont d'évaluer si l'ergothérapie, dans la période entre la consultation chirurgicale, pourrait retarder ou réduire la nécessité d'avoir une chirurgie pour l'arthrose dans l'articulation carpo-métacarpienne du pouce (CMCJ) et d'identifier les prédicteurs de la chirurgie de la CMCJ.	Devis expérimental (Essai contrôlé et randomisé)	De manière aléatoire, 901 participants sont assignés dans chaque groupe. Le groupe contrôle reçoit de l'enseignement verbal et écrit sur l'arthrose de la main, tandis que le groupe expérimental (groupe d'ergothérapie) reçoit de l'enseignement sur l'arthrose, des technologies d'assistances, des orthèses pour la CMCJ et des exercices. La proportion de clients dans chaque groupe qui	180 participants, dont 142 sont des femmes. L'âge moyen des participants est de 63 ± 7,6 ans. Les participants ont l'arthrose de la main pour le traitement non pharmacologique de l'arthrose de la main. Elle comprend quatre éléments : enseignement verbal et écrit sur l'arthrose de la main qui est fait dans un journal de traitement, cinq technologies d'assistance, des orthèses de jour et de nuit pour la CMCJ et un	Les participants du groupe d'intervention rencontrent un seul ergothérapeute pour une séance, pour les aider à débiter une intervention d'autogestion en ergothérapie de trois mois. Cette intervention est basée sur les recommandations internationales pharmacologique de l'arthrose de la main. Elle comprend quatre éléments : enseignement verbal et écrit sur l'arthrose de la main qui est fait dans un journal de traitement, cinq technologies d'assistance, des orthèses de jour et de nuit pour la CMCJ et un	L'ergothérapie est une intervention qui a une légère tendance pour repousser ou réduire la nécessité d'une chirurgie CMCJ, mais cela n'est pas significatif. Le fait de recevoir un traitement non pharmacologique avant une consultation chirurgicale et d'avoir une grande motivation pour la chirurgie sont des prédicteurs significatifs de la chirurgie CMCJ.

			<p>reçu la chirurgie CMCJans. Les participants après deux ans estdes deux groupes recueillie à partir desprennent de la dossiers médicaux. Lamédication durantl'étude.</p> <p>classification internationale du fonctionnement (CIF) est utilisée pour catégoriser les données démographiques et les caractéristiques cliniques des participants. La gravité de l'arthrose radiographique CMCJ est classée à l'aide de l'échelle de Kellgren-Lawrence allant de zéro à quatre où zéro est une absence de la maladie. L'absence/la présence d'une subluxation clinique de la CMCJ est mesurée avec un pied à coulisse numérique. Le nombre d'articulations interphalangiennes est mesuré avec les ganglions cliniques (zéro à neuf articulations de chaque main). L'amplitude active des mouvements dans le pouce a été mesurée avec un goniomètre et l'abduction active de la CMCJ a été mesurée avec un Pollexographe. La force de préhension et des pinces a été mesurée avec l'instrument électronique Grippit. L'activité et la</p>	<p>programme d'exercices pour la main fait par un ergothérapeute.</p> <p>Il y a une adhérence aux interventions si le client respecte au moins trois des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - deux sessions d'exercices rapportées/semaine, pour au moins huit semaines dans le journal ; - Utilisation d'une orthèse de jour quatre jours/semaine, pour un minimum de huit semaines, selon le nombre d'heures d'utilisation par jour. - Utilisation d'une orthèse de nuit pour au moins cinq heures/nuit pour un minimum de cinq jours/semaine pour au moins huit semaines. - Utilisation d'au moins trois techniques d'assistance à quatre mois post-randomisation. 	
--	--	--	--	---	--

			participation sont mesurées par le questionnaire de la mesure de la performance de l'activité de la main (MAP-Hand) et par le questionnaire DASH. Les mesures sont prises au début, à quatre mois, à 18 mois et à 24 mois post-intervention.			
Methodological issues arising from a pilot RCT investigating the effectiveness of joint protection. (Masterson et al., 2010) Dans le département d'ergothérapie de l'hôpital générale district, Ontario.	Le but de l'étude est d'examiner les effets de l'ajout de conseils sur la protection articulaire à un programme d'exercices de la main pour le traitement de l'arthrose de la main et d'évaluer les résultats cliniques liés à la fonction de la main.	Devis expérimental (Essai contrôlé et randomisé)	De manière aléatoire, trois participants sont assignés dans chaque groupe. Le groupe contrôle reçoit un programme d'exercices de la main à faire à la maison et des conseils verbaux par l'ergothérapeute, de manière informelle sur les principes de protection articulaire. Le groupe d'intervention reçoit le même programme d'exercices de la main à faire à la maison et des conseils verbaux par l'ergothérapeute, de manière formelle sur les principes de protection articulaire avec un livret et d'informations sur la maladie. Les deux groupes reçoivent aussi un traitement supplémentaire qui comprend des orthèses de la main et/ou des technologies d'assistances, à la suite des résultats de	six participants, dont cinq femmes et un homme. L'âge des participants du groupe contrôle est de 55 ± 2 ans et celui du groupe d'intervention est de 61,3 ans ± 5,5 ans. La durée de la maladie du groupe contrôle est de 9,25 ans et du groupe d'intervention est de onze ans. Les participants doivent avoir un diagnostic d'arthrose de la main et des difficultés dans les activités de la vie quotidienne. La prise de médicaments est permise durant l'étude, mais celle-ci doit être stable depuis au moins 1 mois avant l'étude.	Le programme d'exercices de la main à faire à la maison comprend des étirements actifs et des exercices d'amplitudes de mouvements pour les mains. Un document sur les principes de protection articulaire est remis aux participants du groupe d'intervention comprenant des informations sur l'arthrose de la main et comment elle affecte les articulations. Il est adapté du livret d'informations de la Campagne de recherche sur l'arthrite de 2004. Des conseils en matière de protection articulaire comprennent les techniques spécifiques de protection des articulations, telles que reposer les articulations lorsque les activités deviennent douloureuses, répartir la charge sur plusieurs articulations, utiliser des articulations plus solides. Des conseils sont fournis sur le rythme des activités, comme la prise de pauses régulières ou l'alternance entre des activités plus lourdes et plus légères. Le participant reçoit aussi des conseils sur la manière	Il y a eu des améliorations dans les deux groupes pour les mesures de douleur, d'état de santé, de force de préhension et des pinces, mais les améliorations étaient plus importantes dans le groupe contrôle. Un programme d'exercices de la main et des conseils verbaux, de manière informelle sur la protection articulaire, sont efficaces pour ces mesures. Le seul résultat qui n'a aucune amélioration dans les deux groupes est la fonction de la main, où des scores accrus indiquent une détérioration de la capacité fonctionnelle de la main. Les interventions actives standards comprenant un programme d'exercices pour la main avec des conseils formels ou informels sur la protection articulaire peuvent être bénéfiques dans le traitement de l'arthrose de la main et méritent une enquête plus approfondie (conclusions de l'étude actuelle non généralisable, faible échantillon).

			l'évaluation. La douleur et la fonction de la main sont mesurées par l'échelle visuelle analogue de la douleur à la main et l'échelle d'incapacité fonctionnelle de la main de Cochin. L'amplitude active de mouvement est mesurée par un goniomètre. La force de préhension est mesurée par le dynamomètre de Jamar et la force des pinces par un pincemètre. L'état de santé est mesuré par le questionnaire EuroQol-5D-5L. Les mesures sont prises au début et à 12 semaines après l'intervention.		d'intégrer ces changements dans son mode de vie et de modifier progressivement ses habitudes. Il apprendra à pratiquer régulièrement les techniques de protection articulaire jusqu'à ce qu'elles deviennent automatiques. Les deux groupes reçoivent deux sessions d'une heure avec l'ergothérapeute. Les deux groupes reçoivent aussi un traitement supplémentaire qui comprend des attelles de main et/ou des technologies d'assistances, à la suite des résultats de l'évaluation.	
Self-management approaches for osteoarthritis in the hand: a 2x2 factorial randomized trial. (Dziedzic et al., 2015) 2 centres hospitaliers (North Staffordshire et Cheshire), Royaume-Uni.	Les buts de cette étude sont de déterminer si l'enseignement sur la protection articulaire et/ou si les exercices pour la main, dispensé par un ergothérapeute sont plus efficaces pour réduire la douleur et l'incapacité à la main chez les gens qui ont de l'arthrose de la main et du pouce que ceux qui ne reçoivent pas l'intervention.	Devis expérimental (Essai contrôlé randomisé et factoriel)	Les participants sont répartis aléatoirement dans un des quatre groupes : programme de protection articulaire (enseignement brochure), programme d'exercices de la main, programme de protection articulaire combiné à des exercices de la main et aucun programme (brochure et conseils seulement). Les interventions sont offertes dans les quatre groupes par neuf ergothérapeutes en rotation. Le groupe inclut	257 participants, dont 170 sont des femmes. L'âge moyen des participants est de $65,8 \pm 9,1$ ans. 225 participants ont eu de la douleur dans les deux mains dans les 12 mois avant l'étude. La durée de la maladie est de cinq ans.	Brochure et conseils : Tous les participants reçoivent des conseils pour une gestion efficace de la douleur en utilisant du paracétamol, comme premier analgésique et une brochure contenant des informations sur l'arthrose de la main et sur comment prendre soin de ses articulations. Pour 25% des participants, c'est la seule intervention reçue. En plus de recevoir la brochure, 75% des participants reçoivent une des trois interventions : protection articulaire, exercices de la main, combinaison des deux.	L'ergothérapeute peut aider les personnes âgées de 50 ans et plus dans leur autogestion de l'arthrose de la main. À six mois, les participants qui ont reçu l'intervention de protection articulaire étaient statistiquement plus susceptibles d'être classés comme répondeurs au traitement que ceux qui n'avaient pas reçu la protection articulaire. Ce résultat ne s'est pas maintenu jusqu'à 12 mois. Les participants qui ont reçu le programme de protection articulaire rapportent une amélioration de la douleur et du sentiment d'auto-efficacité à trois, six et 12 mois.

		<p>six personnes et se déroule une fois par semaine. En plus du groupe assigné, le participant reçoit des interventions en ergothérapie, ce qui comprend une introduction, de l'éducation sur l'arthrose de la main et la gestion de la douleur durant les activités de la vie quotidienne.</p> <p>La douleur, la raideur et la fonction de la main ont été mesurées par la sous-échelle de la fonction physique du questionnaire australien et canadien sur l'arthrose de la main (AUSCAN). La force de préhension est mesurée par le dynamomètre Jamar. La force des pinces est mesurée par une pince à jauges. La sévérité de la douleur et la satisfaction avec la fonction de la main sont mesurées avec une échelle numérique d'un à dix. La performance fonctionnelle avec la main est mesurée avec le GAT. Les composantes de la santé physique et de la santé mentale sont mesurées par la courte version du questionnaire</p>	<p>Classes sur la protection articulaire : L'intervention est adaptée pour l'arthrose au niveau de la main et du pouce. Des activités de cuisine supervisées par un ergothérapeute sont offertes aux participants de ce groupe pour qu'ils pratiquent les nouveaux apprentissages en lien avec la protection articulaire. Il y a quatre sessions d'une heure chacune.</p> <p>Classes sur les exercices pour la main : Un programme d'exercices de la main pour renforcer les muscles et mobiliser les articulations est développé à la suite d'un atelier de travail. Le programme comprend des exercices d'étirement, glissement des tendons, faire un O avec le pouce et l'index, faire l'extension du pouce, l'abduction et l'opposition jusqu'à la base du cinquième doigt, une bande élastique pour faire la résistance des doigts, serrer une balle entre le pouce et les doigts. Il y a quatre sessions d'une heure chacune.</p> <p>Classes sur la protection articulaire et les exercices pour la main : Les participants effectuent des exercices pour la protection articulaire et pour la main. Il y a quatre sessions, maximum deux heures chacune.</p>	<p>Il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ont reçu le programme d'exercices de la main et ceux qui ne l'ont pas reçu.</p> <p>Entre le programme d'exercices pour la main et le programme de protection articulaire, celui sur la protection articulaire est une intervention efficace pour des résultats à moyen terme.</p> <p>Le soutien dans l'autogestion de l'arthrose de la main (brochure et conseils) en plus d'un programme d'éducation sur la protection articulaire dispensé par un ergothérapeute est une approche efficace pour les personnes âgées souffrant d'arthrose de la main.</p>
--	--	---	---	---

			<p>SF-12. Les limitations fonctionnelles sont mesurées par le Keele Assessment of Participation. La qualité de vie est mesurée avec le questionnaire EuroQol 5D.</p> <p>Les mesures sont prises au début, à trois mois, à six mois et à 12 mois après la randomisation.</p>			
<p>Comparison of two carpometacarpal stabilizing splints for individuals with thumb osteoarthritis.</p> <p>(Sillem et al., 2011)</p> <p>Hôpital général régional de Nanaimo, clinique de la main de l'île de Victoria et l'hôpital de Campbell River, Vancouver en Colombie-Britannique.</p>	<p>Le but de l'étude est de comparer les effets de deux orthèses différentes (une préfabriquée et une faite sur mesure) sur la fonction de la main, la douleur et la force de la main pour une personne souffrant d'arthrose du pouce.</p>	<p>Devis expérimental (Essai croisé en deux périodes et randomisé)</p>	<p>Les participants sont répartis aléatoirement à une orthèse. Il y a deux périodes de traitement de quatre semaines qui sont séparées par une période de sevrage de l'orthèse d'une semaine. L'ordre dans lequel le participant reçoit l'orthèse est aléatoire. La durée totale de l'étude est de neuf semaines.</p> <p>La fonction de la main et la douleur sont mesurées par la sous-échelle de la fonction physique de leur questionnaire australien et canadien sur l'arthrose de la main (AUSCAN). La force de préhension est mesurée par le dynamomètre Jamar et la force des pinces par une pince à jauges. La préférence des clients par</p>	<p>56 participants, dont 51 sont des femmes. L'âge moyen des participants est de $64,05 \pm 8,61$ ans. La durée moyenne de la maladie est de $2,99 \pm 4,68$ ans. 23 personnes ont de l'arthrose du pouce à leur main dominante et 32 personnes ont de l'arthrose bilatérale. Il y a des participants qui prennent des médicaments pour leurs symptômes durant l'étude.</p>	<p>L'orthèse préfabriquée en néoprène se nomme Confort Cool Splint. Elle a différentes grandeurs : petit, moyen, grand. L'orthèse faite sur mesure se nomme Hybrid Splint. Elle est faite en néoprène et avec 1,6 mm de thermoplastique.</p> <p>Les participants doivent porter l'orthèse lorsqu'ils ont des symptômes, comme de la douleur, dans les tâches manuelles lourdes et au coucher, si désiré. Les ergothérapeutes ne donnent pas d'exercices à faire ou d'éducation sur la protection articulaire jusqu'à la fin de l'étude.</p> <p>Les participants doivent écrire dans un journal le nombre d'heures par jour qu'ils portent l'orthèse.</p>	<p>Les deux orthèses ont démontré des améliorations équivalentes pour la fonction de la main. Les différences entre les deux orthèses du pouce n'étaient pas statistiquement significatives en termes d'effet sur la fonction de la main ni sur la force de préhension et des pinces.</p> <p>Les deux orthèses réduisent la douleur, mais l'orthèse faite sur mesure a des effets statistiquement plus significatifs sur la réduction de la douleur que l'orthèse préfabriquée.</p> <p>63% des participants préfèrent l'orthèse préfabriquée alors que 37% préfèrent l'orthèse faite sur mesure. Il y a une association entre ceux qui préféreraient l'orthèse faite sur mesure et les notes de confort élevées. Il y a une association entre ceux qui préféreraient l'orthèse préfabriquée et les notes de durabilité plus élevées.</p> <p>Les participants trouvent que le port d'une orthèse est bénéfique pour</p>

			rapport au confort, à l'apparence, à l'utilité et à la durabilité des orthèses est mesurée par une échelle de Likert à cinq points. Les mesures sont prises au début, après l'utilisation de la première orthèse (semaine quatre), après la période de sevrage (semaine cinq) et après l'utilisation de la deuxième orthèse (semaine neuf).			faire des tâches comme conduire, écrire, jardiner, jouer au golf, lire et effectuer des travaux à la maison. Il est important d'avoir une approche centrée sur le client, basée sur ses symptômes et ses préférences, lors du choix de l'orthèse pour l'arthrose du pouce.
Effect of home-based hand exercises in women with hand osteoarthritis: a randomised controlled trial. (Hennig et al., 2015)	Le but de cette étude est de d'évaluer les effets d'ajouter un programme d'exercices de la main à domicile à une brochure d'informations sur l'arthrose de la main.	Devis expérimental (Essai contrôlé et randomisé)	40 participantes sont réparties aléatoirement dans le groupe contrôle (brochure d'informations sur l'arthrose de la main seulement) et 40 participantes sont réparties dans le groupe d'intervention (brochure d'informations sur l'arthrose de la main + programme d'exercices de la main)	80 femmes dont l'âge moyen est de $60,8 \pm 7,0$ ans. Elles ont un diagnostic d'arthrose de la main selon les critères du collège américain de rhumatologie, la médication est stable depuis les trois derniers mois. Elles rapportent au moins trois limitations dans le PSFS. La durée de la maladie est de $2,0 \pm 0,21$ ans et la durée des symptômes est de $10,0 \pm 0,40$ ans. La prise de médication durant l'étude est permise.	Tous les participants reçoivent une brochure avec des informations sur l'arthrose et des principes ergonomiques. Elle propose des alternatives dans les méthodes de travail : utiliser les deux mains, transférer du poids d'une petite à une plus grosse articulation, utiliser des équipements plus légers, utiliser des méthodes alternatives pour prendre les objets, avoir un équilibre entre les activités et le repos. Les interventions sont données par deux ergothérapeutes qui ont de l'expérience avec l'arthrose de la main. Le but du programme d'exercices de la main au domicile est de maximiser l'amplitude des mouvements (ROM) et sans douleur dans les articulations des doigts, augmenter la force de préhension, maintenir la stabilité des articulations, prévenir ou retarder le développement de	Le programme d'exercices de la main améliore significativement la performance dans les activités, la force de préhension dans la main droite et gauche, l'espace de la bande du pouce, la douleur dans les articulations et la fatigue chez les femmes qui ont de l'arthrose de la main. Avec les effets significatifs sur la douleur et la performance dans les activités, les exercices de la main mènent à des améliorations fonctionnelles cliniquement importantes. Dans le groupe contrôle (brochure d'informations sur l'arthrose de la main seulement), il y a une augmentation significative du déficit de flexion de la main droite et une aggravation du score FIHOA. Le programme d'exercices est peu coûteux et développé par des ergothérapeutes en rhumatologie, qui

			La fatigue, la douleur, la raideur articulaire et l'activité de la maladie sont mesurées sur une échelle numérique de zéro à dix. La force de préhension est mesurée par un instrument électronique Grippit. Le déficit de flexion des doigts deux à cinq et le déficit d'opposition du pouce sont mesurés en millimètres. L'espace interdigital du pouce est mesuré par 12 cylindres en plexiglas transparents avec un diamètre d'un à 12 cm. Les limitations fonctionnelles/ performance dans les activités sont mesurées par l'indice fonctionnel de l'arthrose de la main (FIHOA).		déformations fixes. Une balle de caoutchouc est utilisée pour la résistance dans les exercices de force et une bande élastique pour la résistance dans les exercices d'abduction/extension du pouce. Les participants doivent faire trois sessions d'exercices par semaine en répétant dix fois chaque exercice durant les deux premières semaines, puis augmenter à 12 répétitions pour les deux semaines suivantes et augmenter à 15 répétitions pour le reste de la période de trois mois. Le programme dure une heure et demie, ce qui comprend une évaluation de 20 minutes, des instructions de 30 minutes et huit appels de cinq minutes pour faire un suivi.	suivent une méthodologie fondée sur les données probantes pour sélectionner les exercices à inclure dans le programme.
Functional consultation and exercises improve grip strength in osteoarthritis of the hand – a randomised controlled trial. (Stoffer-Marx et al., 2018) Clinique externe de l'Université médicale de Vienne, Autriche.	Le but de l'étude est de comparer les effets d'une intervention combinée interdisciplinaire, réalisable dans les soins primaires et spécialisés, par rapport aux soins de routine et un placebo (balle de massage) chez les clients atteints d'arthrose de la main.	Devis expérimental (Essai contrôlé et randomisé)	151 participants dont 77 sont répartis aléatoirement dans le groupe contrôlé (soins de routine + placebo) et 74 participants sont répartis dans le groupe d'intervention (intervention combinée : informations sur la maladie, protection articulaire, technologies d'assistances, orthèses, programme d'exercices de la main)	Les participants ont un diagnostic d'arthrose de la main avec des symptômes aux doigts et/ou au pouce. Il y a 127 femmes et 24 hommes. L'âge moyen des participants est 59,6 ± 10,6 ans. 75 participants ont de l'arthrose à la CMC1 dans une ou deux mains. La durée	L'intervention combinée est donnée aux clients par un ergothérapeute, un physiothérapeute, un infirmier ou un diététicien, qui ont de l'expertise clinique dans les soins primaires et/ou spécialisés, selon leur disponibilité et les besoins du client. Elle comprend : - Des informations sur un mode de vie sain et actif, l'activité physique, la nutrition, stratégies pour l'auto-efficacité, principes	La force de préhension de la main dominante s'est améliorée dans le groupe d'intervention combinée et s'est détériorée dans le groupe contrôle. La satisfaction autodéclarée par rapport au traitement s'est améliorée grandement dans les sous-échelles du JTHFT pour la main non dominante dans le groupe d'intervention combinée par rapport au groupe contrôle. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes pour la

			<p>La force de préhension de la main dominante est mesurée avec un Vigorimètre Martin. La fonction de la main est mesurée avec les deux sous-échelles du Test Jebsen-Taylor Hand Function (JTHFT) et du questionnaire Australien et canadien sur l'arthrose de la main (AUSCAN). La satisfaction par rapport à leur condition de santé et la douleur sont mesurées sur une échelle de Likert à 11 points.</p> <p>Les mesures sont prises au début et huit semaines après les interventions.</p>	<p>de la maladie est de 7,6 ± 9,4 ans. La prise de médication est permise durant l'étude.</p>	<p>ergonomiques, possibilités de chirurgie ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une consultation fonctionnelle : les clients expliquent leurs expériences de la douleur, doivent nommer 3 activités qui sont difficiles à faire au quotidien ; - Des informations sur la gestion de la douleur : médication, thérapie, alternance chaud/froid ; - Des technologies d'assistances : selon les difficultés rapportées par les clients (ex : Dycem) pour ouvrir une bouteille ; - Des orthèses : tous les participants ont une orthèse pour l'articulation CMC1 ; - Un programme d'exercices de la main à domicile : chaque exercice est expliqué avec des images sur un papier ou accessibles en ligne (ex : construire un toit, faire des signes de O, écarter les doigts, pincement latéral, exercices avec plasticine). Les participants doivent effectuer les exercices chaque jour pendant huit semaines en répétant dix fois chaque exercice durant les deux premières 	<p>satisfaction dans la JTHFT et le score AUSCAN pour la main dominante.</p> <p>L'intervention combinée pourrait être une option pour couvrir tous les problèmes d'un client et lui permettre de définir ses priorités individuelles.</p>
--	--	--	---	---	---	---

					<p>semaines, puis augmenter à 12 répétitions pour les deux semaines suivantes et augmenter à 15 répétitions pour les quatre semaines ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultation de suivi par téléphone (selon un protocole structuré) après huit semaines avec le professionnel de la santé. <p>Les soins de routine + placebo : Les clients doivent rouler la balle à massage sur les côtés palmaires et dorsaux de leurs mains. Les décisions par rapport aux interventions possibles sont à la discrétion du professionnel qui suit le client. Le client peut être référé en ergothérapie, au besoin, mais les interventions ne suivent pas un protocole spécifique.</p>	
<p>Effectiveness of nighttime orthoses in controlling pain for women with hand osteoarthritis: A randomized controlled trial. (Silva et al., 2020)</p> <p>Clinique externe de l'Université de São Paulo, Brésil.</p>	<p>Le but de l'étude est d'évaluer les effets d'une orthèse de nuit sur le contrôle de la douleur chez les femmes qui ont de l'arthrose symptomatique de l'articulation interphalangienne proximale (PIP) et distale (DIP) du deuxième et/ou troisième doigt de la main dominante.</p>	<p>Devis expérimental (Essai contrôlé et randomisé)</p>	<p>52 participantes, dont 26 sont réparties aléatoirement dans le groupe contrôle (groupe d'éducation sur la maladie) et 26 dans le groupe d'intervention (groupe d'éducation sur la maladie + port de l'orthèse de nuit)</p> <p>La douleur au deuxième et/ou troisième doigt de la main dominante (au repos et à l'activité) est mesurée avec l'échelle numérique de zéro à dix cm. La</p>	<p>Les participantes sont des femmes. L'âge moyen des participantes dans le groupe d'intervention est $64,1 \pm 8,4$ ans et dans le groupe contrôle est $63,5 \pm 7,8$ ans.</p> <p>Les participantes ont un diagnostic d'arthrose de la main avec des symptômes au deuxième et/ou au troisième doigt de la main dominante.</p> <p>Tous les participants participent à un programme d'éducation sur l'arthrose de la main, ce qui</p>	<p>Une orthèse du doigt est fabriquée en thermoplastique par un thérapeute de la main en moulant la face palmaire du doigt et en alignant les articulations DIP et PIP avec un positionnement neutre. Des ajustements ont été apportés au côté dorsal de l'orthèse pour l'articulation d'intervention de chaque client au moment de l'étude. Les clients doivent porter l'orthèse toutes les nuits, pendant six mois.</p> <p>Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes au niveau de</p>	<p>La douleur et la fonction de la main du groupe d'intervention se sont significativement améliorées, ce qui démontre l'efficacité de l'orthèse de nuit, comme traitement non pharmacologique, pour réduire la douleur et améliorer la fonction de la main chez les femmes qui ont de l'arthrose symptomatique de l'articulation interphalangienne proximale et distale du deuxième et/ou troisième doigt de la main dominante.</p>

			perception du client par rapport à sa douleur est mesurée avec la sous-échelle du questionnaire Australien et canadien sur l'arthrose de la main (AUSCAN). La force de préhension est mesurée avec le dynamomètre Jamar et la force des pinces est mesurée avec la jauge de pincement du dynamomètre. La fonction de la main est mesurée avec l'échelle d'incapacité fonctionnelle de la main de Cochin. La performance manuelle pour saisir, prendre et manipuler des objets pour les reconnaître est mesurée avec le Moberg Pick Up Test. Les mesures sont prises au début, à 45 jours, à 90 jours et à 180 jours de l'étude.	de Bouchard ou Heberden) de la douleur entre trois et huit cm sur dix cm et une médication stable trois semaines avant l'étude. La durée de la maladie est de $8,2 \pm 3,8$ ans pour le groupe d'intervention et de $6,1 \pm 4,6$ ans pour le groupe contrôle.	comprend trois sessions de 40 minutes pour recevoir des informations sur la maladie, les symptômes, les traitements médicaux, la protection articulaire et la conservation d'énergie.	la force de préhension, la force des pinces et la performance manuelle. Le deuxième doigt est plus symptomatique (71,2%) que le troisième doigt (28,8%) chez les femmes qui ont de l'arthrose à la main dominante. La présence d'un nodule de Bouchard prédit un moins bon résultat en matière de réduction de la douleur avec l'utilisation d'une orthèse. L'amélioration de la douleur est corrélée aux scores de l'échelle fonctionnelle de la main de Cochin et à l'absence de nodule de Bouchard au troisième doigt, ce qui correspond aux prédicteurs du meilleur pronostic pour un traitement de l'arthrose avec une orthèse de nuit.
The effects of an 8-week knitting program on osteoarthritis symptoms in elderly women: A pilot randomized controlled trial. (Leonard et al., 2021) Ottawa	Le but de l'étude est d'évaluer l'adhérence et les effets cliniques d'un programme de tricot chez les femmes qui ont de l'arthrose de la main.	Devis expérimental (Essai contrôlé et randomisé)	37 participantes, dont 18 sont réparties aléatoirement dans le groupe contrôle (brochure d'informations sur l'arthrose de la main) et 19 sont réparties dans le groupe d'intervention (programme de tricot + brochure d'informations sur l'arthrose de la main). L'adhésion au programme de tricot est mesurée par le	Les participants doivent avoir un diagnostic d'arthrose de la main, avoir des symptômes de l'arthrose depuis au moins trois mois, être une femme, avoir une raideur articulaire matinale modérée à sévère, avoir une preuve radiographique du rétrécissement de	Le programme de tricot est offert par un physiothérapeute qui a 12 ans d'expérience en tricot et un ergothérapeute qui a 45 ans d'expérience en tricot. Les participants reçoivent un dépliant éducatif sur l'arthrose de la main. Ils ont le choix entre deux types de séances, pour un total de huit semaines (56 séances de tricot) : - Séances de groupe deux fois par semaine de 20 minutes de tricot dans un club pour aînés à Ottawa,	Le protocole est faisable et les interventions sont acceptables et appréciées par les participantes. Le niveau d'adhésion est haut (75%) pour le programme de tricot. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour les autres mesures, ce qui suggère que le programme de tricot de huit semaines n'aide pas à réduire la raideur ni à augmenter l'état fonctionnel, la force de préhension, la qualité de vie et l'auto-efficacité.

			<p>journal de bord et la feuille de présence du club pour les aînés (nombre de séances de tricot réalisées au club et à domicile divisé par le nombre de séances de tricot prescrites (56). La douleur et la raideur articulaire sont mesurées par l'échelle analogue visuelle. Le statut fonctionnel est mesuré par la sous-échelle du questionnaire Australien et canadien sur l'arthrose de la main (AUSCAN). Le niveau d'activité physique de la main est mesuré par une version adaptée du programme de préparation à l'activité physique (PAR) en sept jours. La perception du client par rapport au changement est mesurée en lui posant des questions durant le programme de tricot. La qualité de vie est mesurée par l'échelle EuroQol 5D-5L. L'auto-efficacité est mesurée par l'échelle d'auto-efficacité de l'arthrite de Stanford. La force de préhension des mains est mesurée par le dynamomètre de Jamar. Les mesures sont prises au début, à la semaine quatre, à la semaine huit et à la</p>	<p>l'espace articulaire des mains. L'âge moyen des participantes est de $67,5 \pm 7,2$ ans. La durée de la maladie est de $10,5 \pm 7,5$ ans. La prise de médication est permise durant l'étude. Les participantes ont de l'arthrose de la main dominante, non dominante ou des deux mains.</p>	<p>débutant à huit heures le matin en présence d'autres membres réguliers.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séances individuelles tous les jours, de 20 minutes, réalisées à domicile (non supervisées) et réalisées dans l'heure qui suit le réveil matinal. <p>Les participants tricotent des couvertures en laine, en utilisant le style de tricot anglais. Les couvertures sont faites de carrés individuels assemblés. Les participants doivent tricoter un carré de laine par semaine et faire des séances de tricot similaires à la maison. Ils doivent compléter un journal de bord individuel où ils notent leurs raideurs, leurs niveaux de douleur, leurs activités manuelles.</p> <p>Les participantes du groupe contrôle sont sur la liste d'attente pour le programme de tricot, doivent lire le dépliant éducatif (le même que le groupe d'intervention) et poursuivre leur routine habituelle.</p>	<p>Il y a une réduction statistiquement significative de la douleur générale pendant la réalisation de l'activité de tricot et une augmentation du temps passé à faire de l'activité physique avec les mains.</p>
--	--	--	---	---	---	---

			semaine 12 post-intervention.			
The effect of proprioception training on pain intensity in thumb basal joint osteoarthritis: A randomized controlled trial. (Cantero-Tellez et al., 2022)	Le but de l'étude est d'évaluer les effets d'un programme d'exercices proprioceptifs sur l'intensité de la douleur, le sens de la position articulaire (JPS) et la fonction de la main chez les personnes qui ont de l'arthrose à l'articulation carpo-métacarpienne du pouce (CMC) de la main dominante.	Devis expérimental (Essai contrôlé et randomisé)	45 participantes, dont 22 sont réparties aléatoirement dans le groupe contrôle (orthèse courte du pouce pour la nuit + programme d'exercices de quatre semaines + programme d'exercices proprioceptifs). L'adhésion au programme d'exercices est mesurée par une application sur l'IPad (un courriel est envoyé au moniteur avec un résumé de la fréquence/répétition des exercices du client). Le sens de la position articulaire (JPS) est mesuré avec un goniomètre. L'intensité de la douleur est mesurée avec l'échelle visuelle analogue de zéro à dix. La performance occupationnelle (satisfaction) est mesurée avec la Mesure canadienne de la	Les participants sont des femmes. L'âge moyen des participantes est de 62,5 ± 7 ans. Elles ont un diagnostic d'arthrose de la CMC du pouce de leur main dominante (81% des participantes d'intervention et 90% des participantes du groupe contrôle ont la main droite dominante affectée par l'arthrose). Elles doivent avoir une douleur d'au moins quatre sur dix sur l'échelle analogue visuelle durant la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne. Le programme d'exercices proprioceptifs : les participantes doivent reproduire les positions articulaires actives du pouce, préalablement enseignées par le thérapeute. Par exemple, les participantes doivent bouger leur pouce dans telle position, faire des mouvements du pouce à différents degrés, s'arrêter aux chiffres indiqués par le thérapeute sur un bâton, passer une bille le long du côté radial de l'index en utilisant uniquement le pouce en suivant une	L'intervention est offerte par un thérapeute de la main qui a 20 ans d'expérience. Tous les participants reçoivent une orthèse courte du pouce à porter la nuit, durant toute la durée de l'étude. Ils reçoivent également un programme d'exercices de quatre semaines, trois séries de dix répétitions, trois fois par semaine. Il comprend des exercices de distraction manuelle de l'articulation CMC du pouce, la relaxation du muscle adducteur du pouce, des exercices actifs et/ou résistifs pour le premier muscle interosseux dorsal. Pour augmenter l'adhérence au traitement, une application sur l'IPad démontre chaque exercice à faire au client et registre sa performance. Programme d'exercices proprioceptifs : les participantes doivent reproduire les positions articulaires actives du pouce, préalablement enseignées par le thérapeute. Par exemple, les participantes doivent bouger leur pouce dans telle position, faire des mouvements du pouce à différents degrés, s'arrêter aux chiffres indiqués par le thérapeute sur un bâton, passer une bille le long du côté radial de l'index en utilisant uniquement le pouce en suivant une	Le programme d'exercices proprioceptifs améliore le sens de la position articulaire (JPS) du pouce, mais ne réduit pas l'intensité de la douleur à long terme. Les clients avec un diagnostic d'arthrose de la CMC du pouce ont des améliorations cliniquement significatives au fil du temps en termes de douleur, de fonction de la main et de satisfaction dans les deux groupes, mais les effets sur l'intensité de la douleur ont diminué au cours du suivi de trois mois. Le groupe qui a reçu des exercices de proprioception a obtenu des changements cliniquement et statistiquement significatifs dans les scores d'erreur JPS, ce qui suggère que l'inclusion d'un programme proprioceptif pourrait être bénéfique pour améliorer les performances sensorimotrices des personnes atteintes d'arthrose de la CMC du pouce.

			performance occupationnelle (COPM). Les mesures sont prises au début, à quatre semaines et à trois mois post- intervention.			
--	--	--	--	--	--	--

ANNEXE B

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ARTICLES SELON L'ÉCHELLE PEDRO (Brosseau et al., 2015)

Titre de l'article : Assistive devices : an effective strategy in non-pharmacological treatment for hand osteoarthritis-randomized clinical trial (Amaral et al., 2018)

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
Score	6/10

Titre de l'article: Assessment of the effectiveness of a functional splint for osteoarthritis of the trapeziometacarpal joint of the dominant hand: A randomized controlled study (Gomes Carreira et al., 2010)

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
Score	8/10

Titre de l'article: Exercise and hand osteoarthritis symptomatology: A controlled crossover trial (Rogers et Wilder, 2009).

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Score	4/10

Titre de l'article: Short-term efficacy of paraffin therapy and home-based exercise programs in the treatment of symptomatic hand osteoarthritis (Aksoy et Altan, 2018).

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
Score	6/10

Titre de l'article: Evaluation of the effect of balneotherapy in patients with osteoarthritis of the hands : a randomized controlled single-blind follow-up study (Horvath et al., 2011).

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
Score	8/10

Titre de l' article: Effect of assistive technology in hand osteoarthritis: a randomized controlled trial (Kjeken et al., 2011).

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
Score	7/10

Titre de l'article: Effects of a progressive resistance exercise program in patients with hand osteoarthritis : a randomized, controlled trial with a blinded assessor (Nery et al., 2021)

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
Score	8/10

Titre de l'article: Does occupational therapy delay or reduce the proportion of patients that receive thumb carpometacarpal joint surgery ? A multicenter randomized controlled trial (Gravås et al., 2019).

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
Score	8/10

Titre de l'article: Methodological issues arising from a pilot RCT investigating the effectiveness of joint protection (Masterson et al., 2010).

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Score	4/10

Titre de l'article: Self-management approaches for osteoarthritis in the hand : a 2x2 factorial randomised trial (Dziedzic et al., 2015)

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
Score	8/10

Titre de l'article : Comparison of two carpometacarpal stabilizing splints for individuals with thumb osteoarthritis (Sillem et al., 2011).

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
Score	7/10

Titre de l'article: Effect of home-based hand exercises in women with hand osteoarthritis : a randomised controlled trial (Hennig et al., 2015).

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
Score	8/10

Titre de l'article: Functional consultation and exercises improve grip strength in osteoarthritis of the hand – a randomised controlled trial (Stoffer-Marx et al., 2018).

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
Score	6/10

Titre de l'article: Effectiveness of nighttime orthoses in controlling pain for women with hand osteoarthritis: A randomized controlled trial (Silva et al., 2020).

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
Score	8/10

Titre de l'article: The effects of an 8-week knitting program on osteoarthritis symptoms in elderly women: A pilot randomized controlled trial (Leonard et al., 2021).

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
Score	6/10

Titre de article: The effect of proprioception training on pain intensity in thumb basal joint osteoarthritis: A randomized controlled trial (Cantero-Tellez et al., 2022).

1. les critères d'éligibilité ont été précisés	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
2. les sujets ont été répartis aléatoirement dans les groupes (pour un essai croisé, l'ordre des traitements reçus par les sujets a été attribué aléatoirement)	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
3. la répartition a respecté une assignation secrète	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
4. les groupes étaient similaires au début de l'étude au regard des indicateurs pronostiques les plus importants	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
5. tous les sujets étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
6. tous les thérapeutes ayant administré le traitement étaient "en aveugle"	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
7. tous les examinateurs étaient "en aveugle" pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
8. les mesures, pour au moins un des critères de jugement essentiels, ont été obtenues pour plus de 85% des sujets initialement répartis dans les groupes	non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
9. tous les sujets pour lesquels les résultats étaient disponibles ont reçu le traitement ou ont suivi l'intervention contrôle conformément à leur répartition ou, quand cela n'a pas été le cas, les données d'au moins un des critères de jugement essentiels ont été analysées "en intention de traiter"	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
10. les résultats des comparaisons statistiques intergroupes sont indiqués pour au moins un des critères de jugement essentiels	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
11. pour au moins un des critères de jugement essentiels, l'étude indique à la fois l'estimation des effets et l'estimation de leur variabilité	non <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/>
Score	6/10