

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

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

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

PAR
AUDREY BONNER

L'UTILISATION D'UNE GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION AFIN D'APPRÉCIER LA
QUALITÉ D'UNE ANALYSE DANS UN DOSSIER-CLIENT EN ERGOTHÉRAPIE

AOÛT 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

RÉSUMÉ

Introduction : Documenter les dossiers des clients en ergothérapie est une responsabilité professionnelle et légale (Backman, Kåwe et Björklund, 2008) qui fait partie de la réalité quotidienne des ergothérapeutes. En ce sens, l'analyse rédigée par l'ergothérapeute dans le dossier-client est réalisée à la suite de différentes évaluations et représente une étape charnière de la démarche clinique en ergothérapie (Polatajko, Craik et Davis, 2007). Toutefois, la rédaction de cette section n'est pas toujours facile à mettre en mots et peut se résulter par un sentiment d'insatisfaction quant à l'écriture. À ce jour, l'opinion de plusieurs experts fait ressortir bon nombre de problématiques en lien avec la rédaction des analyses dans les dossiers-clients (Brousseau, 2011). **Objectifs :** L'objectif de cette étude est de documenter la pertinence, pour des étudiants en ergothérapie, d'utiliser une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un dossier-client lors d'un stage de formation. **Méthode :** Le présent projet est une étude descriptive simple de nature qualitative. D'abord, une grille où les critères de qualité d'une analyse sont clairement décrits est conçue. Ensuite, la grille est testée auprès d'une cohorte d'étudiants au baccalauréat en ergothérapie. Il s'agit d'un échantillonnage par convenance. La méthode de collecte des données est réalisée à l'aide d'un questionnaire papier. Les données qualitatives recueillies ont fait l'objet d'analyse de contenu pour en faire ressortir les thèmes les plus fréquents. **Résultats :** 30 étudiants sur 34 acceptent de participer à cette étude. Onze participants affirment avoir utilisé la grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse lors de leur stage de formation. La grille est utilisée de différentes façons selon les besoins des utilisateurs, mais également lors de périodes clés telles qu'au début du stage de formation ou lorsque la situation est jugée plus complexe à rédiger. Parmi les 11 participants ayant utilisé la grille, cinq personnes qualifient la grille comme étant « très utile », cinq comme étant « utile », et une comme étant « un peu utile ». Aussi, une personne sur onze spécifie avoir utilisé formellement la grille en collaboration avec son superviseur de stage. Selon les participants, le principal obstacle à l'utilisation de la grille d'auto-évaluation est le manque de temps face à l'utilisation d'une telle grille en milieu de stage. **Discussion :** Le fait que le taux de participation est de 88,2% parmi les personnes sollicitées et qu'une moyenne de dix analyses par participant est rédigée donne une certaine crédibilité à l'étude. Toutefois, le taux d'utilisation de la grille de 36,7% de l'échantillon peut être expliqué par : le moment et la façon dont la grille est remise aux participants, mais également par le facteur temps associé à l'utilisation de la grille. Ce temps, plusieurs participants jugent ne pas en disposer en raison de la charge de travail présente dans le milieu de stage. Peu de données relevant de cette étude permettent de démontrer la pertinence de l'utilisation de la grille en collaboration avec le superviseur de stage. Néanmoins, cette avenue est jugée intéressante. **Conclusion :** Quoique modeste comme résultats sur l'utilité de la grille, la présente grille d'auto-évaluation d'une l'analyse s'avère un outil intéressant permettant de faciliter la tenue de dossiers. Elle vient s'ajouter aux quelques outils répertoriés dans les écrits.

Mots-clés : Analyse, Démarche Clinique, Rédaction, Ergothérapie, Auto-Évaluation

Key-Word : Documentation, Analysis, Occupational Diagnosis, Occupational Therapy, Self-assessment

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
REMERCIEMENTS	viii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	2
2.1. Recension des écrits.....	3
2.1.1. Les thèmes dans les écrits recensés	3
2.1.1.1. Le respect des normes dans la tenue de dossiers	3
2.1.1.2. La formulation des objectifs en ergothérapie	5
2.1.1.3. Les outils permettant de faciliter la tenue de dossiers	6
2.1.1.4. La consignation des données probantes	7
2.1.1.5. La tenue de dossier décrite comme une tâche complexe	7
2.1.2. La rédaction d'une analyse en ergothérapie	8
2.1.2.1. Présence et qualité d'une analyse dans un dossier-client	9
2.1.2.2. Les analyses dans les manuels de référence en ergothérapie	10
2.1.2.3. Outils disponibles dans les écrits.....	12
2.2. Apprendre la tenue de dossiers	12
2.3. Constats	13
2.4. Questions de recherche.....	14
3. CADRE CONCEPTUEL.....	15
3.1. Définition du terme analyse.....	15
3.1.1. Définition générale	15
3.1.2. Historique de l'analyse en ergothérapie	15
3.2. Les guides de pratique en tenue de dossiers	16
3.3. La démarche clinique en ergothérapie.....	18
3.4. L'analyse s'appuyant sur un modèle théorique	20
3.5. Critères de qualité d'une analyse en ergothérapie	21
3.6. Apprentissage réflexif.....	21
4. MÉTHODE.....	23
4.1. Devis de recherche.....	23
4.2. Description de la grille d'auto-évaluation	23
4.3. Méthode d'échantillonnage	24
4.4. Méthode et déroulement de la collecte de données	25

4.5. Analyse des données.....	25
4.6. Critères de rigueur scientifique.....	26
4.7. Considération éthique.....	27
5. RÉSULTATS	28
5.1. Participants	28
5.2. Nombre d'analyses rédigées en stage.....	29
5.3. Utilisation de la grille d'auto-évaluation.....	29
5.3.1. Moment et façon dont la grille d'auto-évaluation est utilisée	30
5.3.2. Utilité de la grille.....	31
5.3.3. Grille d'auto-évaluation : Perception de l'aide à la rédaction	31
5.3.4. Grille d'auto-évaluation : outil de communication avec le superviseur	32
5.4. Expérience de rédaction.....	33
5.4.1. Expérience générale de rédaction lors du stage de formation	33
5.4.2. Rédiger une analyse : niveau de satisfaction personnelle	34
5.4.3. Obstacles à la rédaction d'une analyse	36
5.5. Obstacles à l'utilisation de la grille d'auto-évaluation	37
6. DISCUSSION.....	39
6.1. Taux de participation	39
6.2. Perception de l'utilisation de la grille.....	40
6.3. Outil de communication entre l'étudiant et son superviseur	41
6.4. Perception de la rédaction des rapports et des analyses	42
6.5. Retombées envisagées	44
6.6. Limites de l'étude	46
7. CONCLUSION	48
RÉFÉRENCES	49
ANNEXE A REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	56
ANNEXE B DEMANDE D'AUTORISATION D'UTILISER DU MATÉRIEL PROTÉGÉ PAR LE DROIT D'AUTEUR.....	57
ANNEXE C GRILLE D'APPRÉCIATION D'UN ANALYSE DANS UN DOSSIER- CLIENT EN ERGOTHÉRAPIE : AUTO-ÉVALUATION.....	58
ANNEXE D LETTRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT.....	61
ANNEXE E QUESTIONNAIRE	65
ANNEXE F LETTRE, NUMÉRO DE CERTIFICAT D'ÉTHIQUE	69

ANNEXE G LETTRE, DIRECTRICE DE COMITÉ 1 ^{ER} CYCLE	70
ANNEXE H ANALYSE DE CONTENU DU QUESTIONNAIRE: ENSEMBLE DES VERBATIM POUR LES QUESTIONS 1, 2, 6, 7, 9 ET 10.	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Les analyses dans les manuels de référence en ergothérapie	10
Tableau 2	Critères de qualité d'une analyse en ergothérapie	21
Tableau 3	Façon dont la grille a été utilisée	30
Tableau 4	Comment la grille d'auto-évaluation a aidé les participants à rédiger une analyse?	32
Tableau 5	Éléments contribuant à la satisfaction d'avoir produit une bonne analyse	36
Tableau 6	Obstacles à la rédaction d'une bonne analyse dans un rapport en ergothérapie.	37
Tableau 7	Obstacles à l'utilisation de la grille d'auto-évaluation	38

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle Canadien du Processus de pratique (MCP)P)	19
Figure 2	Répartition des âges des participants	28
Figure 3	Nombre d'analyses rédigées dans un dossier-client	29
Figure 4	Utilité perçue de la grille par les utilisateurs.....	31
Figure 5	Satisfaction personnelle de la rédaction d'une analyse sur une échelle de 1 à 10	35

REMERCIEMENTS

Merci, en premier lieu, à Mme Martine Brousseau, directrice et professeure au département d'ergothérapie, qui m'a accompagnée dans la supervision de ce projet de fin d'études. Mme Brousseau, vous avez su éveiller chez moi le souci d'une tenue de dossiers qui répond aux normes de la pratique, et ce, d'une façon attrayante dès les cours du baccalauréat. L'intérêt que vous avez porté à ce projet a été très énergisant pour moi de la première à la toute dernière rencontre. Votre enthousiasme et vos marques d'encouragement présents à chaque rencontre de supervision m'ont évidemment permis de continuer et de m'améliorer. Je garde un très beau souvenir de la supervision reçue dans le cadre de ce projet et cela restera, pour moi, un modèle à perpétuer.

Merci, en deuxième lieu, à Mme Noémi Cantin, professeure au département d'ergothérapie, qui a également supervisé ce projet de recherche dans le cadre du cours de séminaire. Merci, pour l'ensemble des suggestions et corrections réalisées, mais également pour les mots d'encouragement qui ont été précieux à mes yeux.

Merci à tous mes collègues de classe qui ont émis des commentaires et fait des suggestions quant à la grille d'auto-évaluation conçue pour cette étude. Merci également à Marie-Ève Girard pour les corrections et commentaires réalisés dans le cadre du groupe de séminaire.

Finalement, merci à mon conjoint, ma famille et mes amis. C'est un plaisir de vous avoir à mes côtés. Votre présence m'a permis de réaliser ce grand projet soit, compléter une deuxième formation universitaire.

1. INTRODUCTION

La tenue de dossiers constitue une activité professionnelle incontournable pour un grand nombre de professionnels de la santé puisqu'elle favorise la qualité et la continuité des services offerts aux clients. En ergothérapie, l'écriture dans les dossiers-clients fait partie de la réalité quotidienne des ergothérapeutes puisqu'elle est le reflet de la démarche clinique utilisée par ceux-ci suite à chaque intervention avec un client. Toutefois, puisque la profession d'ergothérapeute a connu une évolution considérable au cours des dernières années, la tenue de dossiers s'est bonifiée (OEQ, 2005). D'ailleurs, l'analyse du statut occupationnel d'un client a toujours fait partie du travail de l'ergothérapeute sans toutefois avoir la même importance au cœur de la tenue de dossiers.

Plus spécifiquement, l'historique quant à la rédaction d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie a grandement évolué à travers le temps et aujourd'hui, plusieurs critères de qualités y sont associés. Dans le contexte actuel, les étudiants en ergothérapie s'initient à cette tâche dès les premières formations cliniques du cursus universitaire. En revanche, la rédaction d'une analyse peut s'avérer une tâche complexe, car elle doit représenter de façon succincte le statut occupationnel d'un client et mettre en mots le raisonnement clinique qui fait suite à l'évaluation de ce dernier. Ainsi, l'objet de cette étude portera sur l'utilisation d'une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie ceci, dans l'objectif d'en faciliter sa rédaction. Pour ce faire, une grille d'auto-évaluation sera réalisée et mise à l'essai auprès d'un échantillon d'étudiants en ergothérapie.

À travers cet essai, le lecteur sera en mesure de comprendre la problématique associée à la rédaction d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie. Puis, le cadre conceptuel se rapportant à ce projet de recherche sera exposé. Par la suite, la méthode utilisée sera décrite soit : le devis d'étude, l'échantillon, la collecte de données, l'analyse et les considérations éthiques. Finalement, les résultats obtenus seront présentés pour ensuite faire place à une discussion et une brève conclusion.

2. PROBLÉMATIQUE

Chaque ergothérapeute se doit de documenter les dossiers des clients qu'il rencontre dans le cadre de sa pratique (Backman, Kåwe et Björklund, 2008; Fearing, 1993; OEQ, 2010; Office des professions du Québec, 2013; Pierre et Sonn, 1996, 1999). Cette responsabilité professionnelle et légale est une responsabilité individuelle et imputable à chacun (Backman et coll., 2008; OEQ, 2010). La documentation dans les dossiers, aussi appelée tenue de dossiers, est une préoccupation quotidienne importante pour les ergothérapeutes, par conséquent, cette tâche occupe plusieurs heures dans le temps de travail de ceux-ci (Fearing, 1993; Wilson, Spermon, et Hill, 1991). Avec les années, la tenue de dossiers est devenue un sujet d'intérêt étant donné les exigences que la tenue de dossiers reflète la démarche clinique, qu'elle soit congruente avec les modèles théoriques de la profession, qu'elle soit structurée et qu'elle reflète la pratique des ergothérapeutes (Borcherding et Kappel, 2002; Linder et Clark, 2000; Sames, 2010). Ainsi, la tenue de dossiers devient, en quelque sorte, le reflet de la pratique d'un ergothérapeute (Brousseau et Tremblay, 1995); elle laisse paraître les décisions prises par l'ergothérapeute, pour et avec son client, lors de l'ensemble du processus ergothérapique. D'ailleurs, l'analyse écrite par l'ergothérapeute dans le dossier-client est réalisée à la suite de différentes évaluations et représente une étape charnière de la démarche clinique en ergothérapie. Selon Davis, Craik et Polatajko (2007), elle apparaît comme l'étape la plus exigeante et la plus complexe. En effet, la rédaction d'une analyse dans un rapport d'évaluation doit traduire clairement un mode de pensée scientifique puisqu'elle aura le mandat de soutenir les décisions de l'ergothérapeute dans l'élaboration du plan d'intervention du client (Rogers, 2004).

Mais que nous dit la recension des écrits sur la tenue de dossiers en ergothérapie? Quel est l'état des recherches et des connaissances sur le sujet? La présente section vise à exposer les différents thèmes d'une recension des écrits réalisée sur le sujet, en général. Puis, la recension des écrits fera ressortir les études se rapportant à la rédaction d'une analyse dans les dossiers-clients en ergothérapie. Ensuite, le développement des habiletés d'écriture chez les étudiants en ce qui a trait à la tenue de dossiers sera discuté. Finalement, des constats seront

présentés pour ensuite faire place aux questions de recherche visant à résoudre la problématique exposée dans cette étude.

2.1. Recension des écrits

Dans le cadre de cette étude, une revue de la littérature est réalisée en trois volets. D'abord, une recherche d'articles en lien avec la tenue de dossiers et l'ergothérapie a lieu. Ensuite, une seconde recherche est effectuée afin d'identifier des outils disponibles pour faciliter la tenue de dossiers, dont la rédaction d'une analyse dans un rapport d'évaluation en ergothérapie. Finalement, des articles pertinents sont retenus bien qu'ils ne soient pas associés à un processus de recension défini. Il s'agit également d'articles cités en référence dans d'autres études. Se référer à l'annexe A pour plus de détails.

2.1.1. Les thèmes dans les écrits recensés

Le contenu des articles recensés sur le sujet de la tenue de dossiers peut être regroupé en plusieurs thèmes. Ces thèmes sont : 1) le respect des normes dans la tenue de dossiers; 2) la formulation des objectifs en ergothérapie; 3) les outils utilisés afin de faciliter la tenue de dossiers; 4) la consignation des données probantes et 5) la tenue de dossiers décrite comme une tâche complexe.

2.1.1.1. Le respect des normes dans la tenue de dossiers

Le respect des normes est un thème abordé dans les écrits recensés. En effet, trois auteurs procèdent à l'évaluation complète de dossiers-clients dans le but de vérifier si les normes associées à la tenue de dossiers sont respectées. Backman et collègues (2008) analysent 100 dossiers choisis aléatoirement parmi 3500 dossiers tenus par des ergothérapeutes. À l'aide de mots-clés tels qu'anamnèse, statut, analyse, objectif, planification et intervention, ils souhaitent vérifier si une démarche clinique complète est présente dans la tenue des dossiers examinés. Ils constatent que seulement 21% des dossiers sont documentés de façon complète. Pierre et Sonn (1996) utilisent une démarche similaire auprès de 11 ergothérapeutes et 11 dossiers-clients. Dans cette étude, les dossiers de 11 clients hospitalisés sont examinés et le constat des auteurs est le suivant : la fréquence des interventions est rapportée dans sept dossiers sur 11, deux dossiers n'abordent pas le statut occupationnel

antérieur du client et les objectifs spécifiques sont décrits dans seulement deux dossiers sur 11. Les auteurs soulignent également que la planification des interventions est peu décrite et qu'elle est seulement composée d'une énumération dans la majorité des dossiers ce qui ne respecte pas les normes de la tenue de dossiers. Ainsi, les auteurs concluent que le raisonnement clinique des ergothérapeutes est difficile à comprendre dans plusieurs dossiers. Gibson, Sykes et Young (2004) analysent également le contenu de 320 dossiers tenus par 64 ergothérapeutes en Angleterre à l'aide d'une grille développée par le collège des ergothérapeutes (COT, 2000). Dans cette étude, l'évaluation du client et les interventions sont rapportées clairement et logiquement selon les auteurs. Toutefois, 57% des objectifs ne sont pas définis dans le temps et 56 % des dossiers n'indiquent pas que le client est informé et qu'il consent au plan d'intervention.

Éviter l'utilisation de jargon professionnel et d'abréviations non reconnus par les établissements afin de rendre sa tenue de dossiers compréhensible par les différents professionnels et les clients ou parents fait également partie des normes à respecter (OEQ, 2010; Sames, 2010). D'ailleurs, trois études abordent cette thématique. Donaldson, McDermott, Hollands, Copley et Davidson (2004) procèdent à l'analyse de 15 rapports en ergothérapie et orthophonie chez une clientèle enfant et recommandent de diminuer le niveau de difficulté associé à la lecture des rapports. Aussi, l'étude de Gibson et collègues (2004) conclut que seulement 18% des dossiers examinés pourraient être compris par les clients ou des professionnels ne travaillant pas dans le domaine de la santé. De plus, 63% des dossiers contiennent des abréviations sans toutefois que celles-ci soient décrites à au moins une reprise dans le dossier. Finalement, Pierre et Sonn (1999) soulignent que le niveau de langage utilisé dans les dossiers des ergothérapeutes constitue un dilemme professionnel, car il doit être compris par tous les membres de l'équipe, dont le client qui fait partie, lui aussi, de l'équipe. Ainsi, l'ergothérapeute peut préférer utiliser un langage simple s'il souhaite que le client comprenne ou encore utiliser des termes plus complexes afin de préciser certaines problématiques vécues par un client s'il s'adresse, par exemple, au médecin.

2.1.1.2. La formulation des objectifs en ergothérapie

Quelques études abordent uniquement la formulation des objectifs dans un dossier-client en ergothérapie. L'étude de Margot-Cattin et collègues (2010; 2012) vise à documenter la façon dont les objectifs sont rédigés par les ergothérapeutes de six pays d'Europe. Les indicateurs de qualité retenus sont : 1) les objectifs doivent être basés sur une occupation; 2) ils doivent refléter les attentes du client; et 3) respecter le principe SMART (*Specific, Measurable, Appropriate, Relevant, and Time-bound*). D'ailleurs, une étude par Welch et Forster (2003) se base également sur le principe SMART afin d'évaluer la qualité des objectifs dans un rapport en ergothérapie, mais n'aborde pas si ceux-ci doivent être basés sur les occupations. Les conclusions de cette étude soulèvent qu'introduire de nouvelles façons de travailler tel que l'élaboration d'objectifs SMART avec le client demeure un défi dans la pratique des ergothérapeutes. De plus, ils précisent que le développement et l'expertise des ergothérapeutes dans l'élaboration des objectifs d'intervention nécessitent du soutien et un investissement personnel de la part de ceux-ci. Finalement, McLeod et Robnett (1998) questionnent la validité de certains objectifs rédigés dans des dossiers-clients en santé mentale et proposent des exemples afin de faciliter la formulation des objectifs pour cette clientèle. En effet, selon ces auteurs, l'élaboration d'objectifs orientent les interventions réalisées par les ergothérapeutes et procure une structure afin de mesurer les résultats de celles-ci. La formulation d'objectifs valides en santé mentale permet aussi de documenter les résultats des interventions et ainsi mieux supporter le travail des ergothérapeutes.

Par ailleurs, les textes d'opinion et guides de pratique basés sur la rédaction des objectifs formulés d'après les occupations foisonnent (Centre de réadaptation Interval, 2011; IRDPQ, 2010; Law et coll., 2003; Leach, Cornwell, Fleming et Haines, 2010). Qui plus est, plusieurs manuels de référence consultés (MacRae et Croninger, 2010; Pendleton et Schultz-Krohn, 2013; Sames, 2009, 2010) donnent de nombreux exemples. Toutefois, comme les objectifs formulés dans un dossier découlent d'une analyse, il y a lieu de se questionner à savoir pourquoi il y a si peu d'écrits sur le fait que les analyses doivent, elles aussi, être occupationnelles.

2.1.1.3. Les outils permettant de faciliter la tenue de dossiers

Y a-t-il, dans la littérature, des outils permettant de faciliter la tenue de dossiers chez les ergothérapeutes? D'abord, utiliser un modèle théorique est un moyen de faciliter la tenue de dossiers tout en permettant d'augmenter la satisfaction des ergothérapeutes ceci, en étant centré sur le client (Fearing, 1993; Brousseau et Tremblay, 1995). Le fait de s'appuyer sur les mots-clés du modèle dans la rédaction d'un rapport organise celui-ci et constitue une forme d'outil de structure des rapports. D'ailleurs, plusieurs écrits font valoir l'importance d'une tenue de dossiers basée sur un modèle théorique (ACE, 2012; Blijlevens et Murphy, 2003; Brousseau et Tremblay, 1995; Fearing, 1993; OEQ, 2010).

Aussi, le développement de canevas clairs et compréhensifs où l'on retrouve des mots-clés visant à faciliter la rédaction autant de rapports d'évaluation que des notes de suivi constituent des outils. Le *Psychiatric Occupational Therapy Evaluation of Needs and Treatments* (POTENT) élaboré par Wilson et collègues (1991) et le *Client-centred note writing framework* de Blijlevens et Murphy (2003) en sont des exemples. D'une façon similaire, le *Documentation of Occupational Therapy Session during Intervention* (D.O.T.S.I.) permet aux ergothérapeutes de documenter rapidement les interventions réalisées avec un client d'une façon satisfaisante, professionnelle et unifiée via l'utilisation d'une grille à compléter suite à chaque intervention (Bart, Bar, Rosenberg, Hamudot et Jarus, 2011). Finalement, à l'ère des dossiers électroniques, le logiciel SMARTPHRASE est également cité comme étant un outil intéressant (Wilson, Colombo, Seidell et Kosecki, 2011). Il permet aux cliniciens d'écrire plusieurs mots ou phrases en tapant quelques lettres au clavier, d'où une économie de temps et une plus grande satisfaction des cliniciens face à la tenue de dossiers.

Aussi, plusieurs outils sont développés dans le but de recenser les meilleures pratiques auprès de différentes clientèles telles que les blessés médullaires, les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral ou encore d'une fracture de la hanche. Ces grilles permettent d'inventorier les évaluations et les interventions utilisées en ergothérapie et d'y associer un vocabulaire qui est unifié au sein d'une équipe ceci, pouvant avoir un impact sur la tenue de dossiers. Six exemples sont recensés : 1) POC documentation (Dejong et coll., 2009); 2) Parkinson's Disease Occupational Therapy (PDOT) (Meek et al., 2010); 3) Proforma

(Phillips, Drummond, Radford et Tyerman, 2010); 4) Action Medical Research Upper Limb Therapy (AMRULT) (Rosewilliam, Bucher, Roffe et Pandyan, 2009); 5) Logsheet (Vockins, 2004); et 6) Spinal Cord Injury inpatient Rehabilitation (SCIRehab) (Ozelie et coll., 2009).

2.1.1.4. La consignation des données probantes

Certaines études démontrent à quel point l'écriture dans les dossiers est une pratique qui ne cessera d'évoluer dans le temps. En effets, deux études proposent d'intégrer de nouvelles données à la tenue de dossiers. D'abord, l'étude de Pierre (2001) fait ressortir l'idée que plusieurs interventions posées par les ergothérapeutes auprès de leurs clients ont de la valeur alors que celles-ci ne sont pas toujours documentées dans la tenue de dossiers. Par exemple, le fait d'établir une pratique de collaboration, d'apporter un support psychologique au client ou encore de détecter une problématique particulière. Les auteurs proposent ainsi d'intégrer ces nouvelles données à la tenue de dossiers. Davis, Zayat, Urton, Belgum et Hill (2008) proposent, quant à eux, d'intégrer les données probantes à la tenue de dossiers. Toutefois, les auteurs soulèvent l'importance de faire d'autres études afin d'identifier des méthodes viables dans le but de communiquer les données probantes dans les dossiers-clients et ainsi éliminer certaines barrières identifiées actuellement par les ergothérapeutes soit : les limites de temps, le nombre de clients traités, les incompréhensions liées à certaines études et le fait de ne pas savoir comment appliquer les résultats d'une étude à un client.

2.1.1.5. La tenue de dossier décrite comme une tâche complexe

Et qu'en est-il de mettre par écrit son raisonnement clinique à travers un processus d'écriture? Il faut dire que plusieurs écrits font ressortir les difficultés reliées à l'écriture. En effet, Mattingly et Hayes-Fleming (1993), affirme que ce qu'un ergothérapeute fait peut sembler facile à première vue, mais que les connaissances rattachées à ce savoir-faire sont en réalité beaucoup plus complexes que cela peut paraître. L'auteur précise d'ailleurs que les savoirs d'un ergothérapeute ne sont pas toujours faciles à mettre en mots ce qui est partagé par Pierre (2001). Celui-ci suppose que les ergothérapeutes connaissent souvent beaucoup plus de choses que ce qu'ils sont capables d'exprimer en mots ceci, pouvant se résulter par un sentiment d'insatisfaction quant à l'écriture. En ce sens, Howse et Bailey (1992) décrivent l'action d'écrire comme étant un processus cognitif exigeant d'où la résistance de plusieurs

professionnels, dont les infirmières, quant à la tenue de dossiers. Ils poussent également leur réflexion jusqu'à supposer que la tenue de dossiers peut s'avérer un problème émotionnel intense ressentie par les professionnels. Par exemple : les barrières émotionnelles d'insatisfaction reliées à la tâche, l'emphase excessive accordée à la tâche et le fait de savoir que sa tenue de dossiers n'est pas nécessairement lue par les autres professionnels pourraient justifier cette problématique. En ce sens, documenter les raisons pour lesquelles les ergothérapeutes sont satisfaits de leur tenue de dossiers fait l'objet d'une étude réalisée par Pierre et Sonn (1999). Cette étude permet également de faire ressortir les dilemmes professionnels associés à l'écriture qui sont vécus par les ergothérapeutes. Le souhait d'être concis, mais à la fois de donner un portrait réel et complet du client en est un exemple.

Finalement, Wilson et collègues (1991) considèrent que la tenue de dossiers est une priorité importante en recherche nécessitant une investigation, et ce, dans le but d'en faciliter la réalisation. Mieux comprendre les facteurs affectant la tenue de dossiers (Howse et Bailey, 1992) et développer l'intérêt des ergothérapeutes face au maintien d'une bonne tenue de dossiers (Wilson, et coll., 1991) sont également des défis intéressants soulignés par les chercheurs.

2.1.2. La rédaction d'une analyse en ergothérapie

Peu d'écrits abordent spécifiquement la rédaction d'une analyse en ergothérapie. Toutefois, les thèmes répertoriés se rapportant à la rédaction d'une analyse sont présentés dans la section qui suit. D'abord, la présence et la qualité d'une analyse sont discutées dans quelques études. Ensuite, des livres de référence en ergothérapie abordent l'analyse du statut occupationnel du client à travers des chapitres dédiés à la tenue de dossiers. De plus, l'utilisation des notes de suivi de type SOAP, où la lettre A correspond à une analyse, est fréquemment documentée. Et qu'en est-il des outils disponibles dans la littérature permettant de faciliter la rédaction d'une analyse ? Une recension des écrits permet de se positionner. Finalement, certaines études s'attardent davantage au jargon professionnel utilisé lorsque le statut occupationnel d'un client est décrit sous forme d'analyse dans un rapport.

2.1.2.1. Présence et qualité d'une analyse dans un dossier-client

La présence et la qualité d'une analyse dans un dossier en ergothérapie sont abordées dans quelques études. D'abord, une recherche récente de Backman et collègues (2008) porte sur l'étude de 100 dossiers en ergothérapie et examine si les analyses sont présentes. Les auteurs soutiennent qu'une analyse doit être présente dans trois situations : 1) lorsque l'ergothérapeute doit réaliser une consultation pour un client; 2) lorsque l'ergothérapeute réalise une intervention ponctuelle; et 3) lorsque l'ergothérapeute réalise un processus d'intervention complet selon la démarche clinique habituelle. Les auteurs ont constaté que dans le cas d'une consultation seulement, huit analyses sont manquantes sur un total de 30 dossiers étudiés. Un seul dossier présente une intervention ponctuelle et l'analyse est également manquante. Finalement, parmi les 57 dossiers où un processus d'intervention était complet, 23 dossiers ne présentent pas d'analyse. Au total, 31% de l'ensemble des 100 dossiers à l'étude ne contiennent pas d'analyse. Par ailleurs, les auteurs n'ont pas spécifié ce que doit contenir une analyse et documentent seulement si celle-ci est présente ou non. Ensuite, l'étude de Pierre et Sonn réalisée en 1996 fait valoir que l'analyse en ergothérapie est parcellaire dans plusieurs dossiers étudiés. Le pronostic du client est présent dans seulement six des 11 analyses et six des 11 dossiers y mentionnent la participation du client.

Parmi les documents recensés, un CD-ROM éducatif produit à l'Université du Québec à Trois-Rivières rapporte l'opinion de plusieurs experts faisant ressortir bon nombre de problématiques en lien avec l'analyse dans les dossiers en ergothérapie (Brousseau, 2011). D'abord, il arrive trop souvent que l'analyse ne réponde pas au mandat d'évaluation en ergothérapie. Ensuite, elle peut s'avérer longue et difficile à comprendre tout en étant à la fois incomplète. Chez certains cliniciens, l'analyse est stéréotypée et ainsi trop générale et peu nuancée. Finalement, une confusion entre les termes « résumé » et « analyse » persiste dans la pratique alors qu'une analyse est loin d'être un simple résumé des données recueillies à travers le processus d'évaluation. À ce propos, un article dans le bulletin *Ergothérapie express* (OEQ, 2004) mentionne également cette confusion et précise que les cliniciens ne doivent pas non plus croire qu'un plan d'intervention remplace une analyse.

2.1.2.2. Les analyses dans les manuels de référence en ergothérapie

Différents termes sont utilisés pour aborder l'analyse dans un dossier-client dans les manuels de référence. En effet, les termes analyse, interprétation, synthèse des résultats, résumé et impressions se retrouvent dans les manuels de référence (MacRae et Croninger, 2010; Meriano et Latella, 2008; Pendleton et Schultz-Krohn, 2013; Radomski, 2008; Sames, 2009 et 2010). Ainsi, il n'y a pas de consensus sur le choix du terme à utiliser. De plus, le contenu proposé pour les analyses est sommairement présenté et n'est pas argumenté ni justifié dans ces ouvrages.

D'autre part, dans la majorité de ces manuels de référence, la note SOAP est abordée faisant valoir l'importance d'une analyse. La note SOAP est développée par Weed en 1971 afin d'apporter une structure aux notes évolutives dans les dossiers médicaux (Perinchief, 2003). Lors de la rédaction d'une note de suivi, l'intervenant utilise cet acronyme afin de rapporter les plaintes subjectives du client, d'objectiver le problème de celui-ci, d'en faire l'évaluation ou encore l'analyse pour finalement inscrire le plan d'intervention ou les actions à entreprendre selon des objectifs à court ou long terme. En ergothérapie, la lettre A de l'acronyme SOAP correspond à une analyse de la situation soit, un jugement ou une opinion se rapportant au rendement occupationnel du client et à ses limitations (Perinchief, 2003). Le tableau 1 résume les recherches effectuées dans les manuels de référence en ce qui a trait à l'analyse et son contenu.

Tableau 1
Les analyses dans les manuels de référence en ergothérapie

chapitre du livre et manuels de référence	Thèmes recensés se rapportant à l'analyse et définition s'il y a lieu : citation des auteurs.	Traduction libre	La note SOAP est abordée
Sames, K. (2009). Documentation in practice dans <i>Willard and Spackman's occupational therapy</i> . (11e ed.) pp. 403-410	- «An interpretation of the meaning of the findings or results that reflects the occupational needs of the client» - « SOAP note : A = assessment (the clinician interpretation of the meaning of the "O" section). »	Une interprétation de la signification des résultats ou des résultats qui reflète les besoins occupationnels du client.	X
Meriano, C. et Latella, D. (2008). Introduction	- « Analysis of performance : information from profile,	- Analyse de l'engagement : profil du client, engagement, sélection	X

<p>dans <i>Occupational therapy interventions, function and occupation</i>. pp. 1-34</p>	<p>performance, select assessments/observations, interpret results, hypothesize, regarding client strengths/weakness, collaboration with the client, areas of intervention delineated. »</p> <ul style="list-style-type: none"> - «Documentation process: synthesize results. » - «Data is interpreted. » - «SOAP note: A = assessment (directly related to the subjective and objective sections). The therapist's professional opinion and analysis are documented. This analysis included: client goals and problems, client progress. Data may be interpreted and prioritized. » 	<p>d'observations /d'évaluations, interprétation des résultats, hypothèses sur les forces et faiblesses du client, collaboration avec le client, délimitation des interventions.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Synthèse des résultats. - Interprétation des résultats. 	
<p>Pendleton et Schultz-Krohn (2013). Documentation of occupational therapy services. Dans <i>Occupational therapy, Practice skills for physical dysfunction</i> (7e ed.) pp.117-139</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Analysis of occupational performance : description and judgement about performance skills; performance patterns; contextual or environmental aspects or features of activities; client factors that facilitate or inhibit performance; and confidence in test results. » - « Summary and analysis : interpretation and summary of data as they relate to the occupational profile and referring concerns. » - «SOAP note: A = assessment [...] in the A section [...] the therapist draws from the subjective and objective findings and interprets the data to establish the most appropriate therapy program.» 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse de l'engagement occupationnel : description et jugement des habiletés d'engagement, patron d'engagement, aspects contextuels et environnementaux, barrières, facilitateurs, confiance dans les résultats des tests. - Résumé et analyse : interprétation et résumé des données en relation avec le profil occupationnel. 	X
<p>Radomski, M.V. (2008). Planning, guiding and documenting practice. Dans <i>Occupational therapy for physical dysfunction</i>. (6e ed.) pp. 40-64</p>	<ul style="list-style-type: none"> - «Synthesize results: conclusion about the patient's competence and quality of occupational function. The patient's strengths and weaknesses, likely underlying causes or explanations for performance problems, and potential barriers and enablers [...].» - «SOAP note: A = assessment. » 	<p>- La synthèse des résultats permet de tirer des conclusions par rapport aux compétences et qualités des fonctions occupationnelles du client (forces et faiblesses du client, causes et explications des problèmes d'engagement, barrières potentielles, facilitateurs).</p>	X
<p>Sames, K. M. (2010). Dans <i>Documenting occupational therapy practice</i>. pp. 90-107 pp. 141-164</p>	<ul style="list-style-type: none"> - «Occupational analysis: Areas of occupation, performance skills, performance patterns, client factors, activity demands, contexts. » - «Interpretation: Strengths and areas in need of intervention, supports and hindrances to occupational performance, 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse occupationnelle : occupations, habiletés de performance, patrons de performance, facteurs associés au client, demandes de l'activité, contextes. - Interprétation : forces, occupations nécessitant une 	X

	prioritization of need areas. » - « SOAP note: A = where data recorded in the “S” and “O” sections is analyzed, summarized, and prioritized. »	intervention, support et obstacles à l’engagement occupationnel, priorisation des besoins.	
MacRae, N. et Croninger, W. R. (2010). Data collection and documentation dans <i>Occupational therapy essentials for clinical competence</i> . pp. 353-360	- « Impressions and interpretation » - «The therapist must now summarize findings, develop a list of strengths and problem areas [...]. » - « SOAP note: A = assessment includes five sections: 1) Assets, strengths of the client; 2) Problem list; 3) long-term goals; 4) short-term goals; 5) Summary of interventions. »	- Impressions et interprétation. - Résumé des forces et des problèmes.	X

2.1.2.3. Outils disponibles dans les écrits

Peu d’outils concrets permettent de faciliter la rédaction d’une analyse dans un dossier-client en ergothérapie. Toutefois, le CD-ROM éducatif produit par l’Université du Québec à Trois-Rivières (Brousseau, 2011) est un excellent point de départ qui permet aux étudiants en ergothérapie de porter une attention particulière au contenu de l’analyse dans un dossier. Qui plus est, l’utilisation de cartes conceptuelles décrite par Brousseau (2012), s’avère utile chez les étudiants afin de faciliter l’écriture d’une analyse. En effet, cette étude réalisée auprès de 26 étudiants en ergothérapie rapporte que plusieurs de ceux-ci ont trouvé utile la confection d’une carte conceptuelle lors de la rédaction d’une analyse. Sinon, aucun autre outil dans le but de faciliter la rédaction d’une analyse n’a été répertorié.

2.2. Apprendre la tenue de dossiers

À ce jour, les programmes universitaires en ergothérapie utilisent différentes approches en ce qui a trait au développement des habiletés d’écriture dans les dossiers-clients en ergothérapie. À l’Université du Québec à Trois-Rivières, un cours d’habiletés d’écriture fait partie du cheminement scolaire au baccalauréat. De plus, une rétroaction individuelle est réalisée avec chaque étudiant suite aux stages de formation III, IV, V et VI. Finalement, une formation à la critique des rapports et dossiers produits en ergothérapie a lieu à la maîtrise, dont la critique d’une analyse dans un rapport d’évaluation. Bien sûr, s’ajoute à cela

l'expérience d'écriture acquise par chaque étudiant lors des stages de formation clinique dans des milieux variés, incluant les rétroactions réalisées par les superviseurs de stage et les pairs à ce sujet. Par la suite, lors du passage au statut de professionnel, des formations sont offertes dans le cadre de la formation continue en ergothérapie soit : habiletés de rédaction et habiletés de rédaction niveau avancé (OEQ, 2012). Toutefois, se pourrait-il que des difficultés associées à l'écriture dans les dossiers perdurent lors du passage du statut d'étudiant au statut de clinicien? Ainsi, tout comme le souligne Fillion, Rochette & Brousseau (2011), il s'avère important de développer des stratégies d'écriture efficaces, et ce, le plus rapidement possible dès la formation universitaire.

2.3. Constats

À la lumière des informations recueillies en lien avec la tenue de dossiers et la rédaction d'une analyse, les constats suivants sont formulés :

- Un intérêt évident de la part des chercheurs face à la tenue de dossiers en ergothérapie est tangible en raison des thèmes variés y étant associés dans la littérature;
- Les études actuelles démontrent une qualité discutable de la tenue de dossiers en ergothérapie et ainsi le respect parcellaire de l'ensemble des normes de la pratique;
- Plusieurs outils ont été développés afin d'améliorer la qualité de la tenue de dossiers en ergothérapie. D'ailleurs, une des retombées de l'utilisation de ces outils est l'augmentation de la satisfaction des ergothérapeutes face à cette tâche;
- De nombreux écrits s'attardent à la formulation des objectifs dans un dossier-client. Le principe SMART est un outil largement reconnu et utilisé dans la pratique;
- La tenue de dossiers est une tâche complexe en raison des processus cognitifs qui en découlent et de la présence de facteurs de résistance pouvant y être associés;
- La section analyse dans un dossier-client est parfois absente, incomplète ou encore de piètre qualité selon l'opinion d'experts;
- Une confusion persiste entre les termes utilisés lorsque l'on se réfère à l'analyse dans la tenue de dossiers en ergothérapie;
- Aucun consensus n'est actuellement présent dans la littérature en ce qui a trait au contenu d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie;
- Peu d'outils concrets sur la rédaction d'une analyse dans un dossier-client sont actuellement disponibles dans la littérature.

Compte tenu de l'ensemble de ces constats et plus précisément du fait que peu d'outils concrets pour faciliter la rédaction d'une analyse sont disponibles, il s'avère pertinent de construire un outil pédagogique permettant de faciliter la rédaction d'une analyse dans un

dossier-client en ergothérapie. De ce fait, le présent projet aspire, en premier lieu, à concevoir une grille où les critères de qualité d'une analyse sont clairement décrits et, en deuxième lieu, à tester cette grille auprès d'une cohorte d'étudiants au baccalauréat en ergothérapie. Cette grille sera réalisée sous forme d'auto-évaluation permettant ainsi aux étudiants de porter un jugement sur leurs propres habiletés d'écriture.

2.4. Questions de recherche

La présente étude porte sur la pertinence de l'utilisation d'un outil telle qu'une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie. L'étude vise à répondre à la question suivante : Quelle est la pertinence, pour des étudiants en ergothérapie, d'utiliser une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un dossier-client lors d'un stage de formation? Les sous-questions associées à cette question sont les suivantes :

- 1) S'agit-il d'une stratégie utile pour faciliter le processus de rédaction d'une analyse?
- 2) La grille peut-elle servir d'outil de communication entre l'étudiant et son superviseur?

3. CADRE CONCEPTUEL

La présente section vise à définir les principaux concepts à considérer dans le cadre de cette étude. Dans un premier temps, une définition générale du terme analyse est proposée et l'historique associé à l'utilisation de ce terme en ergothérapie est décrit. Dans un deuxième temps, les guides de pratique abordant la tenue de dossiers et plus spécifiquement les éléments se rapportant à l'écriture de l'analyse dans un dossier-client en ergothérapie seront décrits. Ensuite, l'importance de rédiger une analyse sera expliquée, et ce, en fonction de la démarche clinique actuellement reconnue dans la pratique par l'association canadienne des ergothérapeutes. Aussi, un lien entre la rédaction d'une analyse et l'utilisation d'un modèle théorique sera fait. Finalement, les critères de qualité d'une analyse reconnus actuellement dans la pratique seront présentés explicitement et le processus de réflexion associé à l'utilisation d'une grille d'auto-évaluation sera soulevé.

3.1. Définition du terme analyse

3.1.1. Définition générale

Selon Legendre (2005), une analyse consiste à identifier les composantes élémentaires significatives et leurs interactions déterminantes, ainsi que les contraintes externes de l'environnement. Il s'agit de l'étude d'un système afin d'en déterminer les forces et les faiblesses dans le but de concevoir et d'élaborer un meilleur système en regard de l'atteinte d'objectifs. D'autres ouvrages de référence tels que des dictionnaires ou sites Internet en ligne (Le Petit Robert, 2011; Le Petit Larousse, 2011; Le Grand Dictionnaire Terminologique; Wikipédia) partagent l'idée qu'une analyse est la décomposition d'un tout en ses parties afin de mieux comprendre, expliquer et définir un phénomène qui est complexe.

3.1.2. Historique de l'analyse en ergothérapie

L'utilisation du terme analyse dans la démarche clinique en ergothérapie n'est pas un concept nouveau. Toutefois, l'importance accordée à l'analyse dans la tenue de dossier ainsi que son appellation a grandement évolué à travers le temps. Par exemple, les termes impression clinique, liste des problèmes, conclusion, interprétation des données et

problématisation sont tous des termes qui ont été utilisés ou qui sont toujours utilisés dans la pratique.

Dans les écrits, le terme « *occupational therapy diagnosis* » a été introduit par Rogers et Masagatani en 1982 suite à une étude qualitative pour signifier l'analyse et se réfère à un résumé concis des difficultés occupationnelles vécues par un client (Roger, 2004). Ce terme s'est ensuite précisé sous l'appellation suivante : « *occupational diagnosis* » (Roger, 2004). En 1989, Rogers et Holms proposent aux ergothérapeutes une structure permettant de résumer leur raisonnement diagnostic (Rogers, 2004). Elles suggèrent qu'identifier des problèmes fonctionnels dans les activités importantes de la personne est au cœur du diagnostic que doivent faire les ergothérapeutes ainsi, la rédaction des problèmes identifiés lors de l'évaluation doit contenir quatre éléments : une description, une explication, un indice et le lien avec le déficit ou la maladie. Cette conception des problèmes fonctionnels comme contenu de l'analyse a évolué vers les problèmes occupationnels d'une personne et correspond à ce que Davis, Craik et Polatajko (2007) appellent le statut occupationnel.

Au Québec, l'utilisation du terme diagnostic occupationnel n'est pas en vigueur principalement en raison de la confusion possible avec le diagnostic médical qui est réservé à la pratique de la médecine. Ainsi, le terme « analyse » est préféré et prend la place de : impression clinique, liste des problèmes, conclusion, interprétation des données et problématisation (Meyers, 2007).

3.2. Les guides de pratique en tenue de dossiers

Un guide de pratique est un document éducatif où des connaissances sont regroupées visant un transfert de celles-ci (Law et Telford, 2008). Ces guides s'adressent, entre autres, aux cliniciens. L'objectif des guides de pratique est d'utiliser les meilleures évidences disponibles dans la littérature à l'intérieur de sa pratique (Law et Telford, 2008). Ils prennent différentes formes et certains de ces guides abordent la tenue de dossier en ergothérapie.

Au Québec, le référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute décrit les compétences nécessaires à l'exercice de la pratique (OEQ, 2010).

L'un des domaines de compétence est associé à la gestion des éléments clés de la conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie dont l'une des compétences est d'effectuer la tenue de dossiers professionnels. Ainsi, l'ergothérapeute doit être en mesure de rendre compte du résultat de l'évaluation et de son analyse. D'ailleurs, les critères de démonstration de la maîtrise de cette compétence sont la justesse et la précision de la description des liens analytiques établis entre trois éléments : 1) les facteurs personnels; 2) l'environnement; et 3) les habitudes de vie du client. La mention se rapportant à l'expression d'une opinion professionnelle est présente dans une autre dimension opérationnelle de la compétence soit, rendre compte de l'opinion professionnelle émise ou des recommandations formulées.

Antérieurement, le cadre légal et normatif de la tenue de dossiers en ergothérapie tenait lieu de guide de pratique quant à la tenue de dossiers (OEQ, 2005). Ce cadre légal et normatif traite de la rédaction d'une analyse dans la section du cadre normatif de la tenue de dossiers. En effet, la rédaction de l'analyse est abordée dans la sous-section « élaborer et tenir des dossiers professionnels » et plus spécifiquement dans « rend compte de l'évaluation ». Selon ce guide, l'analyse permet de distinguer les diverses parties d'un ensemble dans le but d'identifier ou d'expliquer les rapports qui les relient les uns aux autres (OEQ, 2005). De plus, il spécifie qu'un jugement professionnel doit avoir lieu en ce qui a trait à la participation du client dans ses habitudes de vie tout en y exposant les liens avec l'évaluation du client et les facteurs personnels et environnementaux. Il est précisé qu'une analyse ne correspond pas à une simple synthèse soit, une liste de problèmes.

Aux États-Unis, l'*American Occupational Therapist Association* (AOTA) a également rédigé des guides de pratique abordant la tenue de dossiers en ergothérapie. Le guide de pratique élaboré en 2008 afin d'uniformiser les pratiques est une révision du guide de l'année 2003. Tout comme les deux guides précédemment mentionnés, une version élaborée en 1995 (Thomson et Foto) est également présente dans la littérature. Selon l'AOTA (Clark et Youngstrom, 2008), un rapport d'évaluation doit présenter une analyse de l'engagement occupationnel du client et y aborder les facteurs qui entravent et supportent l'engagement du client dans les domaines de l'occupation. Plus précisément, selon l'AOTA, l'analyse est une explication et un jugement portés en ce qui a trait à différents facteurs pouvant faciliter ou

inhiber l'engagement d'un client dans une occupation soit: 1) les habiletés de fonctionnement; 2) les patrons de fonctionnement; 3) l'environnement; 4) les caractéristiques de l'activité; et 5) les facteurs personnels.

En définitive, ces guides de pratique abordent tous la rédaction d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie. Il convient de mentionner qu'ils abordent l'analyse, d'une façon commune, comme étant une opinion professionnelle portant sur la description et la justesse des liens d'une interaction entre les occupations, l'environnement et les facteurs personnels d'un client.

3.3. La démarche clinique en ergothérapie

Le « Modèle Canadien du Processus de Pratique » (MCP) développé par Polatajko, Craik, Davis et Townsend en 2007 (Craik, Davis et Polatajko, 2007) a été conçu afin de guider la démarche clinique en ergothérapie et de ce fait, il représente le cheminement de base pour une pratique complète de l'ergothérapie. Ce modèle guide les ergothérapeutes dans une démarche centrée sur le client, centrée sur les occupations et centrée sur les données probantes. Aussi, il permet à l'ergothérapeute qui l'utilise de participer à une pratique réflexive (Craik, Davis et Polatajko, 2007). Le MCP rend la démarche de l'ergothérapeute explicite et offre aux cliniciens un support procédural apportant une constance à la pratique ainsi qu'une prise de décision éclairée. Aussi, il s'agit d'un modèle qui est flexible aux besoins et aux différentes clientèles rencontrées dans la pratique (Craik et coll., 2007; Fazio, Hicks, Kuzma, Leung, Schwartz et Stergiou-Kita, 2008). Le modèle est composé de trois éléments dits contextuels. D'abord, le contexte sociétal représenté par le carré externe fait référence au contexte culturel, institutionnel, physique et socio-environnemental. Ensuite, le contexte de la pratique représenté par le carré interne se rapporte aux facteurs personnels et aux facteurs environnementaux pouvant influencer la relation entre le client et le thérapeute. En dernier lieu, le grand cercle représente les modèles théoriques soutenant la démarche clinique de l'ergothérapeute. Selon les auteures du modèle, le quatrième élément fait référence aux actions réalisées par l'ergothérapeute lors de sa démarche clinique et celles-ci sont représentées par huit cercles appelés points d'action soit : 1) Initier/établir le contact; 2) Définir les balises; 3) Évaluer/analyser; 4) Convenir des objectifs et du plan; 5) Mettre en œuvre un plan; 6) Faire le

suivi/modifier; 7) Évaluer le résultat; et 8) Conclure/mettre fin. La ligne continue entre les points d'action représente un processus linéaire alors que les lignes pointillées illustrent des variations possibles dans la démarche clinique c'est-à-dire des cheminements alternatifs. Le MCPP est présenté à la figure 1 qui suit (Autorisation de publication reçue par l'ACE, se référer à l'annexe B)

Figure 1
Modèle Canadien du Processus de Pratique (MCPP)

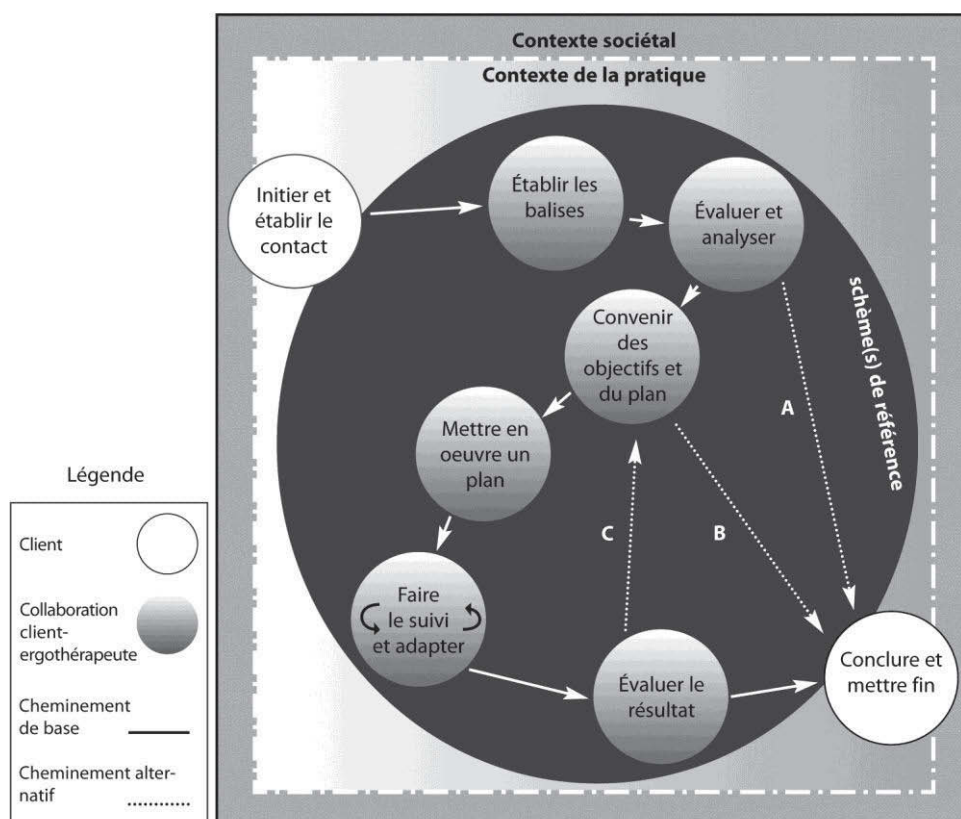


Figure 9.1 (MCPP) Modèle canadien du processus de pratique dans Polatajko H., Townsend E., Craik, J. (2013). Habilitier à l'occupation – Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. Ottawa, ON, CAOT Publication ACE. P.274.

L'un des points d'action du MCPP est au cœur de cette étude soit, évaluer/analyser. Selon les auteures du modèle, l'ergothérapeute doit faire ressortir les difficultés occupationnelles du client suite à une évaluation approfondie des facteurs environnementaux, occupationnels et personnels de ce dernier. Ainsi, les difficultés doivent être expliquées de par l'expérience, l'expertise, les recherches et les connaissances de l'ergothérapeute. L'analyse se

veut une analyse critique des difficultés occupationnelles et doit en réalité explorer toutes les explications potentielles reliées à celles-ci, et ce, au-delà d'une incapacité évidente par exemple, une incapacité reliée à une fonction du corps seulement. Les auteures qualifient cette étape de la démarche clinique comme étant un processus de raisonnement important puisque convenir des objectifs et du plan d'intervention avec le client découlera de ce point d'action.

3.4. L'analyse s'appuyant sur un modèle théorique

La démarche clinique telle qu'illustrée par le MCPPE doit être utilisée avec un modèle centré sur les occupations (*occupation focused models*) (Craik, Davis et Polatajko, 2007). Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) est un exemple. Ce modèle fait suite au Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) acclamé nationalement et internationalement (Polatajko et coll., 2007). D'ailleurs, en ergothérapie, plusieurs modèles théoriques sont reconnus dans la pratique tels que : le MCREO (CAOT, 1997, 2002; Polatajko et coll., 2007), le *Person Environment Occupation* (PEO) (Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby et Letts, 1996), Le *Model Of Human Occupation* (MOHO) (Kielhofner, 2002), le *Person Environment Occupational Performance* (PEOP) (Baum et Christiansen, 2005). Dans la pratique de l'ergothérapie au Québec, on retrouve aussi le Processus de Production du Handicap (PPH) (Fougeyrollas, Coutier, Bergeron, Côté et St-Michel, 1998), et le *International Classification of Functioning* (ICF) (WHO, 2001) (Crepeau, Boyt Schell et Cohn, 2009; Dunn, 2011 et Sames, 2010). Les modèles théoriques se définissent comme étant des représentations et des explications compréhensibles d'un domaine particulier (Legendre, 1993). Aussi, selon Kielhofner (2004), un modèle théorique est un ensemble de fondements théoriques multidisciplinaires qui dérivent des construits de l'ergothérapie, mais également d'autres disciplines scientifiques en dehors de la profession. L'utilisation de modèles théoriques lors d'une évaluation permet de donner une vision plus complète et mieux articulée du client dans son environnement (Brousseau et Tremblay, 1995) tout en fournissant un pouvoir d'explication intéressant qui justifie les interventions (Ikiugu, Smallfield et Condit, 2009)

La rédaction d'une analyse en ergothérapie sera guidée par le choix d'un modèle théorique, et ce, en fonction du contexte et des besoins du client. Ainsi, l'analyse fait suite aux

informations recueillies lors de l'évaluation qui sont elles-mêmes basées sur l'utilisation d'un modèle théorique.

3.5. Critères de qualité d'une analyse en ergothérapie

Selon Brousseau (2011), cinq critères de qualités sont associés à l'analyse et ceux-ci sont cités dans le tableau 2 qui suit.

Tableau 2
Critères de qualité d'une analyse en ergothérapie

Les critères de qualités d'une analyse en ergothérapie selon Brousseau, (2011)
1. L'analyse répond à un mandat d'évaluation d'une situation (Sames, 2008)
2. L'analyse est une appréciation (Clark et Youngstrom [AOTA], 2008; OEQ, 2010; Pendleton et Schultz-Krohn, 2013)
3. De par son caractère explicatif, l'analyse établit des liens entre les occupations, les dimensions de la personne et de l'environnement selon une approche top-down (Clark et Youngstrom [AOTA], 2008; Davis, Craik et Polatajko, 2007; OEQ, 2004, 2010; Rogers, 2004)
4. L'analyse est l'explication d'une situation (Clark et Youngstrom [AOTA], 2008; Davis, Craik et Polatajko, 2007; OEQ, 2005, 2010)
5. L'analyse est une opinion professionnelle (Clark et Youngstrom [AOTA], 2008; OEQ, 2010; Pendleton et Schultz-Krohn, 2013; Perinchief, 2003)

3.6. Apprentissage réflexif

Apprendre à rédiger une analyse selon des critères de qualité peut s'avérer un défi pour les étudiants et cliniciens novices en ergothérapie. Selon Giordan (1998), apprendre est un acte individuel mettant à l'épreuve un individu à supporter des remises en question sur ce qu'il fait et d'encourir le risque d'aller dans une direction dont il ne maîtrise pas tous les tenants et les aboutissements. Toujours selon cet auteur, apprendre permet de penser autrement afin de guider de manière plus satisfaisante ses actions et ses décisions. Ainsi, l'utilisation d'une grille d'auto-évaluation afin de permettre aux étudiants d'apprendre à rédiger une analyse en ergothérapie lors de sa formation est pertinente. En effet, l'autoévaluation est :

Un processus par lequel un sujet est amené à porter un jugement sur la qualité de son cheminement, de son travail ou de ses acquis aux regards d'objectifs prédéfinis et tout en s'inspirant de critères précis d'appréciation. [Sa qualité] dépend de la capacité du sujet à pouvoir porter un jugement le plus objectif possible (Legendre, 2005, p.143-144).

Selon Lafortune et collègues (2012), la réalisation d'une auto-évaluation suscite un regard critique et analytique relativement à la connaissance de soi et de ses apprentissages. Toujours selon ces auteurs, faire une auto-évaluation permet d'évaluer la progression de ses apprentissages. Pour ce, des outils de jugement tels que des échelles d'appréciation ou des grilles d'auto-évaluation permettent d'exprimer un jugement sur sa propre performance (Scallon, 2007). La notion de satisfaction s'applique habituellement à toute séquence du jugement que fait une personne selon une échelle donnée (Scallon, 2007).

Par conséquent, utiliser un outil, soit de rappel lors de la rédaction d'une analyse ou une grille d'auto-évaluation pour corriger soi-même les analyses produites dans les dossiers-clients peut être un moyen de produire de bonnes analyses et d'éprouver de la satisfaction face à la rédaction de ces analyses. La présente étude porte donc sur la pertinence d'une grille d'auto-évaluation bâtie à partir des critères de qualité d'une analyse tels que recensés dans les écrits (Clark et Youngstrom [AOTA], 2008; Davis, Craik et Polatajko, 2007; OEQ, 2004, 2005, 2010, 2012; Pendleton & Schultz-Krohn, 2013; Perinchief, 2003; Rogers, 2004 et Sames, 2010).

4. MÉTHODE

Ce chapitre aborde les aspects méthodologiques de l'étude. D'abord, le devis de recherche sera spécifié. Puis, la méthode d'échantillonnage ainsi que la méthode de collectes des données seront décrites. Ensuite, le plan quant à l'analyse des données sera dressé et les critères de rigueur scientifique associés à l'étude seront exposés. Finalement, les considérations éthiques propres à l'étude seront abordées.

4.1. Devis de recherche

Le présent projet est une étude descriptive simple de nature qualitative. En effet, l'étude vise à décrire la pertinence de l'utilisation d'un outil telle qu'une grille d'auto-évaluation du contenu d'une analyse dans un dossier-client, et ce, dans l'optique de développer ses compétences professionnelles reliées à l'écriture d'une analyse en ergothérapie lors de sa formation universitaire. Fortin (2010) soutient qu'une étude descriptive simple permet de décrire un phénomène à l'étude tout en fournissant de l'information sur les caractéristiques d'un groupe. De fait, ce projet qui consiste à utiliser une grille d'auto-évaluation du contenu d'une analyse produite dans un dossier-client durant le stage convient à ce type de devis. En effet, l'étude vise à décrire le point de vue des participants suite à l'utilisation d'une telle grille et explorer s'il peut s'agir d'une stratégie efficace d'apprentissage chez les participants.

4.2. Description de la grille d'auto-évaluation

La grille d'auto-évaluation contient deux sections. La première section vise à obtenir l'appréciation du contenu de l'analyse que chaque participant a produite en stage. La deuxième section vise à obtenir le degré de satisfaction se rapportant à l'analyse, et ce, de façon générale. Une échelle de Likert permet aux participants d'exprimer leur degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis un énoncé se rapportant au contenu et à la satisfaction personnelle d'une analyse. D'ailleurs, une échelle à quatre degrés est privilégiée puisque dans le cas présent, une échelle impaire comprenant un descripteur neutre ne correspond pas à un besoin du chercheur lors de l'élaboration de la grille (Wakita, Ueshima et Noguchi, 2012). Les descripteurs utilisés sont les suivants : 1) tout à fait d'accord; 2) généralement d'accord; 3)

généralement en désaccord; et 4) pas d'accord. À ce propos, l'échelle présente dans la grille d'auto-évaluation est inspirée d'une revue de littérature des échelles de Likert les plus communément utilisées selon Braunsberger et Gates (2007) suite à une étude visant à faire l'inventaire des échelles de Likert et leurs descripteurs. La grille d'auto-évaluation se trouve à l'annexe C.

La grille d'auto-évaluation du contenu de l'analyse dans un dossier-client en ergothérapie est remise aux participants de la recherche avant leur départ en stage. La tâche des participants est d'utiliser la grille d'auto-évaluation du contenu d'une analyse produite dans un dossier-client durant le stage. L'utilisation de cette grille demande sept à dix minutes de leur temps et elle peut être remplie autant de fois que désiré. Cette grille a été spécialement conçue pour la présente étude à partir de la recension des écrits et des commentaires d'un expert sur le sujet. Qui plus est, un projet pilote pour évaluer la validité de la grille a été réalisé auprès de deux étudiants de la maîtrise en ergothérapie de l'UQTR.

4.3. Méthode d'échantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage par convenance puisque celui-ci fait suite à la recherche de volontaires tels que décrits dans Fortin (2010). D'ailleurs, la méthode d'échantillonnage est réalisée en deux étapes. Dans un premier temps, un courriel est acheminé aux étudiants au baccalauréat en ergothérapie de l'UQTR afin de leur présenter la nature du projet. Ce courriel inclut une lettre d'information sur le projet de recherche et les tâches qu'ils auront à faire. Ils sont aussi avisés de la tenue d'une rencontre d'information et que lors de cette rencontre, ils devront signer le formulaire de consentement (se référer à l'annexe D). En deuxième lieu, une rencontre de groupe est réalisée auprès des participants potentiels et vise à expliquer le projet, présenter la grille d'auto-évaluation du contenu d'une analyse et inviter les étudiants à prendre part au projet de recherche. C'est également à ce moment que le formulaire de consentement est signé par les participants. Une copie papier de la grille d'auto-évaluation ainsi qu'une version électronique sont aussi transmises à chaque participant.

Dans cette étude, les critères d'inclusion sont: 1) être étudiant en troisième année du baccalauréat en ergothérapie; et 2) être rendu dans le cheminement à entamer le quatrième stage de la formation, et ce, dans divers milieux cliniques.

4.4. Méthode et déroulement de la collecte de données

La méthode de collecte des données auprès des participants est le questionnaire papier à questions ouvertes auquel les participants répondent à la suite d'un stage. Afin de répondre à l'objectif de recherche, un questionnaire a été spécialement conçu pour cette étude. Les questions ont été élaborées afin de décrire l'expérience des participants quant à la rédaction d'une analyse durant un stage de formation, mais également afin d'explorer la pertinence de l'utilisation d'une grille d'auto-évaluation du contenu d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie selon des critères de qualité reconnus dans la pratique. Ce questionnaire comprend sept questions ouvertes et trois questions fermées (se référer à l'annexe E). Une question, d'ordre général, est en lien avec la rédaction d'une analyse dans les dossiers-clients en ergothérapie pendant le stage. Puis, une question vise à identifier le nombre total d'analyses rédigées par le participant durant le stage. Ensuite, cinq questions portent sur l'utilisation de la grille d'auto-évaluation lors de la rédaction d'une analyse. Finalement, trois questions se rapportent à la satisfaction personnelle vis-à-vis la rédaction d'une analyse, dont les facteurs qui contribuent à leur niveau de satisfaction ainsi que les obstacles pouvant avoir un impact sur leur niveau de satisfaction. Le temps pour remplir le questionnaire est évalué à 20 minutes.

Afin de s'assurer de la validité du contenu du questionnaire, un essai pilote a été réalisé auprès de deux étudiants de la maîtrise en ergothérapie de l'UQTR. La cueillette de données a eu lieu dans une classe du pavillon de l'UQTR. Les participants ont répondu à un questionnaire papier.

4.5. Analyse des données

Les données recueillies ont été retranscrites par une assistante de recherche. L'ensemble des réponses a été colligé pour chacune des questions. Ensuite, les données qualitatives recueillies ont fait l'objet d'analyse de contenu soutenu par des comparaisons constantes pour en faire ressortir les thèmes les plus fréquents (Miles et Huberman, 2003).

Ainsi, un codage manuel des données recueillies est réalisé afin de répertorier les thèmes et la fréquence d'apparition de ceux-ci dans le but de décrire le plus fidèlement possible l'expérience vécue par les participants. Une analyse de la portée théorique des résultats est finalement effectuée.

4.6. Critères de rigueur scientifique

Dans la présente section, quatre critères de qualité sont abordés afin de souligner la rigueur scientifique de l'étude. Ces critères sont la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité tels que décrits dans Fortin (2010). Ceux-ci sont reconnus comme étant des critères qui rehaussent la qualité des études qualitatives (Fortin, 2010).

D'abord, la crédibilité de l'étude repose sur des échanges avec des experts expérimentés quant au contenu de l'étude et à la méthode de collectes de données utilisées. En effet, un expert en ce qui a trait à la tenue de dossiers en ergothérapie est consulté. Puis, la méthode utilisée est validée par cet expert, mais également révisée par une autre ergothérapeute ayant de l'expérience en recherche. De plus, une triangulation des données est réalisée afin de concevoir la grille d'auto-évaluation permettant d'apprécier la qualité d'une analyse. Cette grille est l'outil utilisé par les participants dans le cadre de cette recherche. Ainsi, la conception de cette grille repose sur la recension des écrits et le cadre conceptuel de la présente étude. La transférabilité consiste à « l'application éventuelle des conclusions [...] à d'autres contextes similaires » (Fortin, 2010, p. 285). Il est difficile pour le moment d'assurer la transférabilité de cette étude compte tenu de la nature exploratoire de la recherche et du nombre restreint de participants. De ce fait, l'application des résultats à d'autres contextes est plausible sans toutefois pouvoir admettre qu'ils sont généralisables. La fiabilité des résultats est quant à elle vérifiée par une révision de l'analyse de contenu réalisé par une ergothérapeute experte dans ce domaine. Finalement, la confirmabilité de l'étude repose sur la vérification externe d'une personne indépendante à l'étude permettant de juger la qualité des résultats obtenus.

4.7. Considération éthique

Le présent projet respecte les règles éthiques en vigueur pour la recherche (voir le certificat éthique émit par l'Université du Québec à Trois-Rivières¹ à l'annexe F ainsi que la lettre émise par la directrice du comité de programme du 1^{er} cycle à l'UQTR à l'annexe G).

¹ Numéro du certificat d'éthique : CER-12-186-06.06, émis le 21 décembre 2012.

5. RÉSULTATS

Dans cette section, les résultats sont présentés selon plusieurs thèmes. D’abord, il sera question des caractéristiques des participants. Ensuite, le nombre moyen d’analyses rédigées lors de la formation clinique est exposé. Également, l’utilisation de la grille d’auto-évaluation afin d’apprécier une analyse par les participants sera abordée ainsi que l’expérience générale de rédaction dans un dossier-client dont la rédaction d’une analyse. Finalement, les obstacles à l’utilisation de la grille selon les participants seront présentés. Les thèmes proviennent des données recueillies dans le questionnaire élaboré pour cette étude. L’annexe H présente l’ensemble des verbatim recueillis pour les questions ouvertes.

5.1. Participants

Les participants sollicités dans le cadre de cette étude sont des étudiants âgés de 22 à 31 ans dont la moyenne d’âge est de 23 ans. La figure 2 illustre la répartition des âges. Parmi les 34 étudiants sollicités, 30 acceptent de participer à cette étude ce qui correspond à un taux de participation de 88,2 %. Les participants ont complété 75 crédits sur 90 crédits dans le programme du baccalauréat en ergothérapie. Afin d’obtenir le titre d’ergothérapeute, 45 crédits supplémentaires devront être complétés au niveau de la maîtrise dont deux stages de formation clinique de sept crédits respectivement.

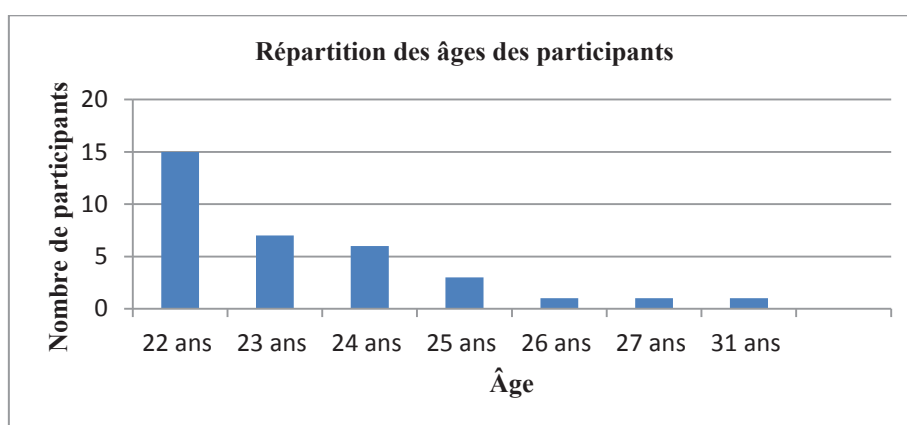


Figure 2
Répartition des âges des participants

5.2. Nombre d'analyses rédigées en stage

Les participants rapportent avoir rédigé en moyenne dix analyses durant leur stage de huit semaines. Neuf participants ont rédigé entre zéro et cinq analyses; neuf entre six et dix; neuf entre onze et quinze et une personne respectivement entre 16 et 20, 21 et 25 et 26 et 30. Ainsi, le nombre d'analyses rédigées dans un dossier-client varie grandement. D'ailleurs, 15 participants ont rédigé moins de dix analyses ce qui représente la moitié de l'échantillon. La figure 3 illustre le nombre de participants en fonction du nombre d'analyses rédigées dans un dossier-client.

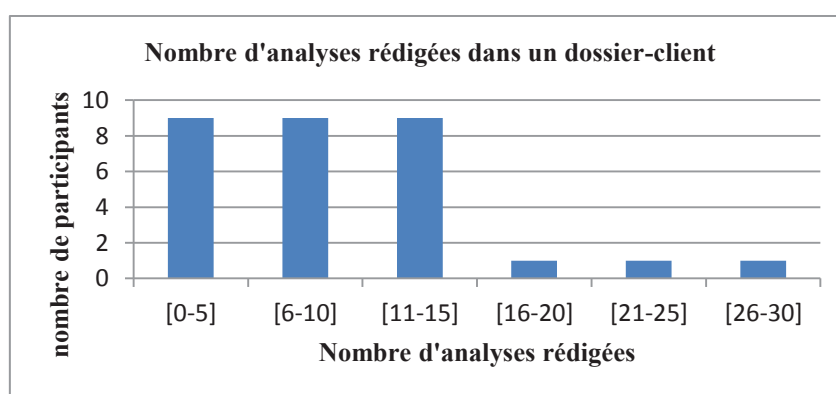


Figure 3
Nombre d'analyses rédigées dans un dossier-client

5.3. Utilisation de la grille d'auto-évaluation

Parmi les 30 participants de cette étude, 11 affirment avoir utilisé la grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse lors de leur stage de formation. Ceci représente 36,7% de l'échantillon. Suite à la collecte de données, cinq participants affirment avoir utilisé la grille à une reprise, trois à deux reprises, un à trois reprises et un à cinq reprises. De plus, un autre participant précise qu'il a utilisé la grille en tant qu'aide-mémoire lors de la révision de ses analyses. Toutefois, il n'a pas mentionné le nombre de fois qu'il l'a fait dans ce contexte.

Dix-neuf participants rapportent ne pas avoir utilisé la grille d'auto-évaluation. Ceci représente 63,3% de l'échantillon.

5.3.1. Moment et façon dont la grille d'auto-évaluation est utilisée

Parmi les onze utilisateurs de la grille, quatre (36,4%) précisent qu'il s'agissait d'une stratégie d'apprentissage intéressante au début du stage seulement. Deux (18,2%) participants mentionnent avoir utilisé la grille pendant les huit semaines de stage. Aussi, un participant précise que la grille était utilisée lors de l'écriture d'analyses jugées plus difficile à rédiger. De plus, deux (18,2%) participants admettent avoir utilisé la grille à la fin du stage seulement, et ce, par oubli. Finalement, trois (27,3%) participants ne précisent pas à quel moment la grille a été utilisée.

À la question : « Précisez de quelle façon la grille a été utilisée lors de votre stage de formation ? », l'analyse de contenu a fait émerger les cinq thèmes suivants : 1) la grille est consultée suite à la rédaction d'une analyse afin de s'assurer que celle-ci est complète; 2) la grille est consultée pendant la rédaction d'une analyse en tant que guide; 3) la grille est consultée lorsque l'analyse est insatisfaisante aux yeux du participant; 4) la grille est consultée à titre réflexif seulement et 5) la grille est utilisée afin d'informer un superviseur de stage des exigences quant à la rédaction d'une analyse. Parmi les utilisateurs de la grille, huit participants ont utilisé la grille une fois l'analyse rédigée, et ce, afin de s'assurer que celle-ci soit complète. Deux participants mentionnent avoir utilisé la grille comme guide pendant la rédaction d'une analyse. Finalement, les énoncés suivants ressortent à une reprise respectivement soit : que la grille est consultée à titre réflexif seulement, que la grille est consultée lorsqu'une analyse est jugée insatisfaisante par le participant ou encore que la grille est utilisée afin d'informer un superviseur de stage des exigences du département quant à la rédaction d'une analyse. Le tableau 3 résume les propos ci-dessus en spécifiant le pourcentage des verbatim rapportés par les participants.

Tableau 3
Façon dont la grille a été utilisée

Verbatim rapportés par les participants	Nombre (n) et pourcentage (%) des verbatim (n total = 13)
Grille consultée suite à la rédaction d'une analyse afin de m'assurer que celle-ci est complète.	8 (61,5%)
Grille consultée pendant la rédaction d'une analyse en tant que guide.	2 (15,4%)

Grille consultée lorsque l'analyse est insatisfaisante à mes yeux.	1 (7,7%)
Grille consultée à titre réflexif seulement.	1 (7,7%)
Grille utilisée afin d'informer un superviseur de stage des exigences quant à la rédaction d'une analyse.	1 (7,7%)

5.3.2. Utilité de la grille

L'utilité perçue de la grille par les utilisateurs est questionnée sur une échelle la qualifiant d'« *extrêmement utile* » à « *aucunement utile* ». Parmi les 11 participants ayant utilisé la grille, cinq (45,5%) personnes qualifient la grille comme étant « très utile », cinq (45,5%) comme étant « utile », et une (9,0%) comme étant « un peu utile » en ce qui a trait à la rédaction d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie. L'utilité perçue de la grille d'auto-évaluation est illustrée dans la figure 4.

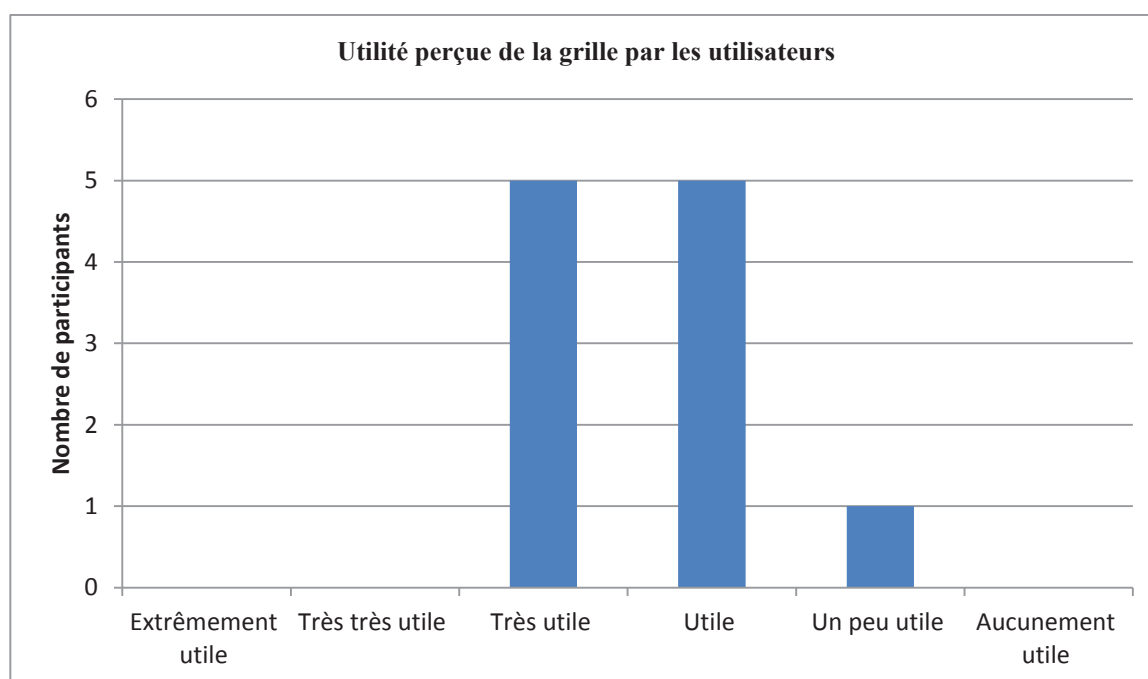


Figure 4
Utilité perçue de la grille par les utilisateurs

5.3.3. Grille d'auto-évaluation : Perception de l'aide à la rédaction

Une question se rattache à comment la grille d'auto-évaluation a aidé à rédiger une analyse dans un dossier-client en ergothérapie. L'analyse des verbatim fait émerger trois

thèmes dont : 1) évaluer si mon analyse répond aux critères d'une bonne analyse; 2) utiliser la grille en tant qu'outil de référence et 3) améliorer la qualité de mes analyses de façon générale. Ces thèmes sont présentés dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4
Comment la grille d'auto-évaluation a aidé les participants à rédiger une analyse?

Verbatim rapportés par les participants	Nombre (n) et pourcentage (%) des verbatim (n total = 13)
Évaluer si mon analyse répond aux critères d'une bonne analyse.	6 (46,2%)
Utiliser la grille en tant qu'outil de référence	4 (30,8%)
Améliorer la qualité de mes analyses de façon générale	3 (23,1%)

Ainsi, les thèmes se réfèrent davantage à la façon dont la grille a été utilisée soit : évaluer si l'analyse répond aux critères d'une bonne analyse une fois l'analyse rédigée (n=6) ou encore utiliser la grille comme outil de référence pendant la rédaction de l'analyse (n=4). Les verbatim suivants illustrent respectivement ces thèmes : « *Elle m'a plutôt aidée à bien la corriger* » et « *Elle m'a aidée à me rappeler les points essentiels d'une bonne analyse sans consulter tous mes documents d'université !* ». Toutefois, il est intéressant de souligner que l'utilisation de la grille d'auto-évaluation a permis à quelques participants (n=3) d'améliorer la qualité de leur analyse. Les verbatim suivants l'illustrent : « *Prendre connaissance des mes erreurs/oublis* », « *Améliorer la qualité de mon analyse* » et « *Elle a été nécessaire pour l'ajout de certains détails, après la rédaction de l'analyse* ».

5.3.4. Grille d'auto-évaluation : outil de communication avec le superviseur

Lorsqu'il est question de l'utilisation de la grille d'auto-évaluation en collaboration avec le superviseur de stage, seulement une personne sur onze (9%) spécifie avoir utilisé formellement la grille en collaboration avec celui-ci. Les verbatim suivants illustrent cet énoncé : « *Oui, pour démontrer nos exigences dans nos cours* » et « *comme moyen de communication avec ma superviseure et transfert des connaissances* ». Toutefois, une autre personne ayant utilisé la grille lors du stage de formation précise que « *cela aurait pu être bénéfique puisque [sa] superviseure était ouverte à améliorer sa tenue de dossiers* ». Ainsi, cette personne perçoit la grille d'appréciation du contenu d'une analyse comme un outil

pouvant également être utilisé par les ergothérapeutes souhaitant améliorer leur tenue de dossiers.

5.4. Expérience de rédaction

Trois questions se rattachent à l'expérience de rédaction des rapports et des analyses en général. La présente section expose les résultats reliés à ces trois questions, qui sont : 1) « Parlez-moi de votre expérience d'écriture des rapports en ergothérapie durant votre stage »; 2) « Qu'est-ce qui contribue, selon vous, à la satisfaction d'avoir produit une bonne analyse » et 3) « Quels sont, selon vous, les obstacles à la rédaction d'une bonne analyse dans un rapport en ergothérapie ». Lors de la collecte de données, des questions sont adressées à tous les participants, et ce, même si la grille d'auto-évaluation n'a pas été formellement utilisée par certains. De ce fait, l'expérience générale de rédaction dans un dossier-client des participants sera exposée. Ensuite, le niveau de satisfaction actuelle des participants face à la rédaction d'une analyse et les éléments qui contribuent à la satisfaction d'avoir produit une bonne analyse seront présentés. Finalement, les obstacles à la rédaction d'une bonne analyse seront mis en lumière.

5.4.1. Expérience générale de rédaction lors du stage de formation

L'expérience générale d'écriture des rapports durant le stage est décrite. Pour ce, L'analyse de contenu fait émerger cinq thèmes soit: 1) une expérience jugée positive; 2) une expérience jugée ardue; 3) une expérience nécessitant le développement des habiletés d'écriture; 4) une expérience nécessitant l'appropriation de nouvelles façons d'écrire et 5) une expérience faisant ressortir des différences interpersonnelles d'écriture.

Parmi les 30 participants, neuf (30%) rapportent clairement avoir vécu une expérience positive face à l'écriture dans les rapports. Voici comment cela se traduit dans les verbatim à travers deux exemples: « *Les principes d'écriture étaient faciles à appliquer.* » et « *Je n'ai pas eu de problèmes majeurs lors de la rédaction.* ». À l'inverse, 11 participants soulignent avoir vécu une expérience difficile à un moment ou à un autre du stage. Parmi ces 11 participants, deux précisent avoir eu de la difficulté à rédiger une analyse selon une approche top-down (débuter par les occupations) tel que le témoigne ces deux extraits : « *J'avais parfois de la*

difficulté à être top-down et fonctionnel, surtout quand on travaille plus les habiletés. » et « J'ai trouvé ça difficile [...] de plus, j'avais de la difficulté à écrire top-down à l'enfance. ».

Bien que des difficultés soient exprimées par un peu plus du tiers des participants, le développement des compétences de rédaction fait également partie des thèmes qui émergent lors de l'analyse de contenu des verbatim. Ainsi, six participants (60%) soulignent une amélioration quant à leurs compétences de rédaction. Les verbatim qui suivent illustrent ces propos : *« La vitesse de rédaction des rapports au cours du stage s'est améliorée considérablement de par l'esprit de synthèse qui se développe et du désir de concision. »* et *« Mon superviseur m'apportait de la rétroaction constructive ce qui me permettait de perfectionner ma rédaction au fil de mes rapports. »*. D'un autre côté, six (60%) participants portent plutôt un jugement face à leur compétence de rédaction tel que le témoignent ces extraits : *« Je dois augmenter ma vitesse de rédaction. »* et *« [...] mon rapport était beaucoup trop long et j'avais de la difficulté à le rendre plus concis. »*.

Toujours en lien avec l'expérience générale de rédaction dans les rapports, sept personnes (23,3%) soulignent avoir vécu une expérience nécessitant l'appropriation de nouvelles façons d'écrire. Les verbatim suivants l'illustrent : *« Nouvelle expérience. J'ai dû rédiger un rapport d'évaluation populationnelle, chose que je n'avais pratiqué »* et *« [...] les rapports étaient interdisciplinaires (ergo/physio/kin) donc il fallait suivre le canevas et on ne pouvait pas tellement en sortir. Finalement, quatre personnes (13,3%) se réfèrent à des différences interpersonnelles d'écriture. De ce fait, ils comparent leur style d'écriture à celui de leur superviseur tel que le témoignent les extraits suivants: « L'écriture de ma superviseure était très différente de la mienne. Son écriture n'était pas tellement basée sur le fonctionnement, ce qui est très important pour moi. »* et *« ma superviseure écrivait bottom up et moi top-down. »*.

5.4.2. Rédiger une analyse : niveau de satisfaction personnelle

Au questionnaire, le niveau de satisfaction personnel actuel quant à la rédaction d'une analyse est questionné. De plus, les participants de l'étude sont invités à identifier ce qui contribue, selon eux, à la satisfaction d'avoir produit une bonne analyse.

Lors de la collecte de données, une échelle de un à dix est associée à un qualificatif permettant de situer le niveau de satisfaction des participants en lien avec la rédaction d'une analyse. L'échelle est présentée de la façon suivante : 1 et 2 « *insatisfait* », 3 à 5 « *plutôt insatisfait* », 6 à 8 « *plutôt satisfait* » et finalement 9 et 10 « *satisfait* ». Les résultats font ressortir qu'une seule personne (3,3%) se dit plutôt insatisfaite, que 28 (93,3%) personnes se disent plutôt satisfaites, et qu'une personne (3,3%) se dit très satisfaite. Le niveau de satisfaction personnelle des participants en lien avec la rédaction d'une analyse dans un rapport en ergothérapie est illustré dans la figure 5 ci-dessous.

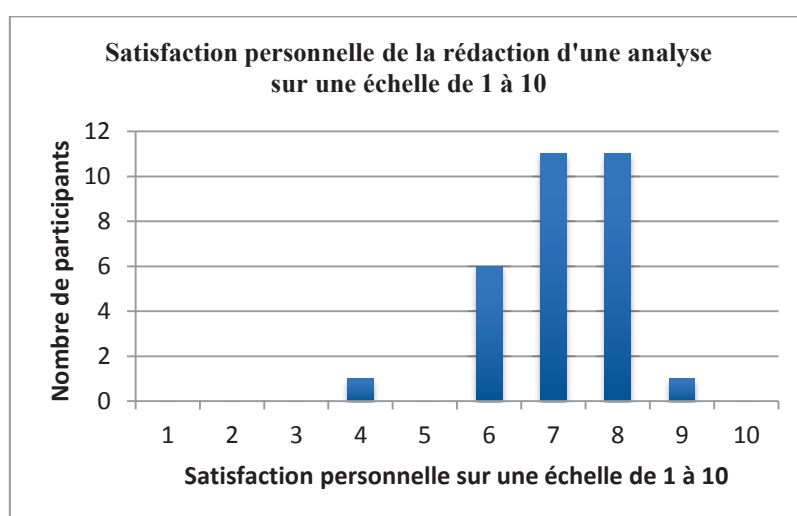


Figure 5
Satisfaction personnelle de la rédaction d'une analyse sur une échelle de 1 à 10

À la question « Qu'est-ce qui contribue, selon-vous, à la satisfaction d'avoir produit une bonne analyse? », les participants identifient plusieurs éléments. Ces éléments sont divisés en deux catégories. D'abord, plusieurs verbatim se réfèrent au contenu de l'analyse en soi alors que d'autres sont plutôt associés au scripteur. Les thèmes qui émergent en lien avec le contenu de l'analyse sont : 1) lorsque l'analyse donne un portrait fidèle du client; 2) lorsque l'analyse répond aux cinq critères de qualité vus en classe; 3) lorsque l'analyse est claire et concise; 4) lorsque l'analyse est facile à comprendre par les autres professionnels.; 5) lorsque l'analyse est centrée sur les occupations; 6) lorsque l'analyse me permet de rédiger un plan d'intervention avec facilité et 7) lorsque l'analyse tient compte des forces du client. D'autre

part, certains verbatim se rattachent à des éléments du scripteur tels que : 1) obtenir de la rétroaction de mon superviseur; 2) ressentir que je m'améliore et 3) ressentir de la confiance. Ces thèmes sont respectivement illustrés par les verbatim suivants : « *Avoir de la rétroaction d'une tierce personne* », « *[...] voir que l'on a de moins en moins de modifications à apporter* » et « *Se sentir outillé et être confiant dans ses propos.* ». Le tableau 5 illustre les propos mentionnés.

Tableau 5
Éléments contribuant à la satisfaction d'avoir produit une bonne analyse.

Verbatim rapportés par les participants	Nombre (n) et pourcentage (%) des verbatim (n total = 52)
Éléments se rapportant à l'analyse	
L'analyse donne un portrait fidèle du client.	12 (23,1%)
L'analyse répond aux critères de qualité.	11 (21,1%)
L'analyse est claire et concise.	6 (11,5%)
L'analyse est facile à comprendre par les autres professionnels.	5 (9,6%)
L'analyse est centrée sur les occupations.	5 (9,6%)
L'analyse me permet de rédiger un plan d'intervention avec facilité.	2 (3,8%)
L'analyse tient compte des forces du client.	1 (1,9%)
Éléments se rapportant au scripteur	
Obtenir une rétroaction de mon superviseur.	5 (9,6%)
Ressentir que je me m'améliore.	3 (5,8%)
Ressentir de la confiance.	2 (3,8%)

5.4.3. Obstacles à la rédaction d'une analyse

Dans le questionnaire, les participants sont invités à identifier les obstacles à la rédaction d'une bonne analyse dans un rapport en ergothérapie. L'analyse de contenu a fait émerger les neuf thèmes suivants en ordre d'importance : 1) rédiger l'analyse selon une approche top-down (débuter par les occupations); 2) rédiger une analyse de façon concise; 3) rédiger une analyse qui est complète; 4) rédiger une analyse facile à comprendre; 5) émettre une opinion professionnelle; 6) manquer de temps; 7) trouver le bon vocabulaire à utiliser; 8) faire ressortir les forces et éléments positifs dans l'analyse et 9) ressentir un manque de connaissances. Le tableau 6 illustre le nombre de verbatim et l'importance exprimée en pourcentage associés à chacun des thèmes ayant émergé en lien avec les obstacles à la rédaction d'une bonne analyse, selon les participants.

Tableau 6
Obstacles à la rédaction d'une bonne analyse dans un rapport en ergothérapie

Verbatim rapportés par les participants	Nombre (n) et pourcentage (%) des verbatim (n total = 47)
Rédiger l'analyse selon une approche top-down (débuter par les occupations).	13 (27,7%)
Rédiger une analyse de façon concise.	9 (19,1%)
Rédiger une analyse qui est complète.	7 (14,9%)
Rédiger une analyse facile à comprendre	6 (12,8%)
Émettre une opinion professionnelle.	5 (10,6%)
Manquer de temps.	2 (4,3%)
Trouver le bon vocabulaire à utiliser.	2 (4,3%)
Faire ressortir les forces et éléments positifs dans l'analyse.	2 (4,3%)
Ressentir un manque de connaissances.	1 (2,1%)

Les verbatim suivants témoignent respectivement des cinq principaux obstacles identifiés par les participants : « *Travailler les habiletés et devoir faire le pont avec le fonctionnel dans l'analyse.* »; « *Le principal obstacle a été de rester concise.* »; « *Voir le client de façon holistique après peu de rencontres et tenir compte des tous les éléments pertinents.* »; « *La façon de rapporter l'information pour que ce soit le plus compréhensible et clair possible.* » et « *Prendre position quand on ne connaît pas la cause du problème (surtout dans des cas de problème de comportement.* ».

5.5. Obstacles à l'utilisation de la grille d'auto-évaluation

Compte tenu du nombre de participants ayant utilisé la grille d'auto-évaluation lors du stage de formation clinique, il est intéressant de présenter les résultats à l'égard des obstacles identifiés par l'ensemble des participants de cette étude face à son utilisation.

Selon plusieurs participants (n=14), le principal obstacle à l'utilisation de la grille d'auto-évaluation est la charge de travail qui est engendré par le milieu de stage ceci, occasionnant un manque de temps face à l'utilisation de la grille. Les extraits suivants en sont des exemples : « *La grande charge de travail et la rapidité du milieu a fait que je n'ai pas pris le temps d'utiliser la grille.* », « *Cela prend beaucoup de temps pour s'assurer d'appliquer tous les principes décrits dans la grille.* » et « *La remise en question demande aussi du*

temps. ». Un second obstacle identifié par plusieurs participants (n=7) est tout simplement associé à l'oubli d'utiliser la grille lors du stage de formation. Le verbatim suivant en témoigne : « *Il aurait fallu que je la mette à ma vue, je ne pensais tout simplement pas à l'utiliser.* ». Un troisième obstacle identifié par quelques (n=4) participants est le sentiment que les connaissances en lien avec la rédaction d'une analyse sont acquises. Voici comment deux participants s'expriment à ce sujet : « *Le fait que nous venons d'avoir le cours de tenue de dossier a entraîné que les notions étaient fraîches et que je ne me référais pas d'emblée à la grille.* » et « *Quand je me suis sentie plus à l'aise, je n'étais plus portée à l'utiliser.* ». Finalement, les obstacles suivants sont également identifiés, mais dans une plus petite proportion : 1) un autre outil de référence est déjà connu par l'étudiant et préféré à la grille proposée (n=2); 2) la grille ne s'applique pas à tous les types de rapport(n=2); 3) le format (n=2); 4) la difficulté à intégrer un nouvel outil à sa pratique (n=2) et 5) l'échelle de cotation qui est jugée complexe (n=1). Le tableau 7 résume les propos ci-dessus. D'autre part, trois participants n'identifient aucun obstacle à l'utilisation de la grille.

Tableau 7
Obstacles à l'utilisation de la grille d'auto-évaluation

Verbatim rapportés par les participants	Nombre (n) et pourcentage (%) des verbatim (n total = 37)
Charge de travail et manque de temps	14 (37,8%)
Grille qui n'est pas en la possession de l'étudiant, oubli.	7 (18,9%)
Sentiment que les connaissances en lien avec la rédaction d'une analyse sont acquises	4 (10,8%)
Autre outil de référence déjà connu par l'étudiant préféré à la grille proposée	2 (5,4%)
Grille qui ne s'applique pas à tous les types de rapport	2 (5,4%)
Format	2 (5,4%)
Difficulté à intégrer un nouvel outil à sa pratique	2 (5,4%)
Échelle de cotation complexe	1 (2,7%)

6. DISCUSSION

La présente section discute les résultats obtenus. Elle se divise en quatre sections. La première aborde le taux de participation de cette étude. La deuxième section décrit la perception des étudiants face à l'utilisation de la grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie durant un stage. La troisième section aborde la grille sous l'angle d'un outil de communication entre un étudiant et son superviseur de stage. La quatrième section présente les retombées envisagées pour cette étude. Et finalement, la dernière section traite des limites de cette étude.

6.1. Taux de participation

Malgré que l'échantillon en fût un de convenance, le taux de participation de 88,2% parmi les personnes sollicitées donne une certaine crédibilité à l'étude. De plus, le fait qu'en moyenne, les participants aient rédigé dix analyses pendant leur stage contribue aussi à la crédibilité de l'étude. Les répondants ont ainsi fourni des réponses en toute connaissance de cause. La moitié de l'échantillon a rédigé plus de dix analyses. Toutefois, le fait que la grille d'auto-évaluation ait été utilisée que par 36,7% de l'échantillon peut être expliqué par plusieurs raisons.

En premier lieu, le moment où la grille est remise aux participants peut, en partie, avoir influencé le taux de réponse. La grille est remise lors d'une journée obligatoire de préparation au stage. Cette journée a lieu au mois de janvier avant le début du stage et fait suite au congé des fêtes. De plus, les étudiants ont terminé un stage de formation axé sur l'évaluation avant la période des fêtes. Ainsi, un très court laps de temps sépare les deux stages de formation clinique. De ce fait, il peut s'agir d'un moment jugé moins favorable à l'introduction d'un nouvel outil d'apprentissage. En effet, l'ouverture des étudiants face à l'utilisation de cet outil est questionnée malgré que ceux-ci aient accepté librement de participer à l'étude. Aussi, ceux-ci étaient-ils suffisamment attentifs à l'intervention réalisée en classe? Quelle importance accordaient-ils, à ce moment, à ce projet d'étude.

En deuxième lieu, la façon dont la grille a été introduite n'est pas jugée optimale. En effet, compte tenu du temps accordé, la grille d'auto-évaluation a été brièvement expliquée seulement aux participants. Aucun exemple concret de l'utilisation de cette grille dans une situation clinique hypothétique n'a été donné. Les participants n'ont donc pas eu l'occasion d'expérimenter l'utilisation de la grille. Conséquemment, les participants ne sont pas familiers avec l'outil proposé et, puisque l'outil est conçu spécialement pour cette étude, il s'agit d'un outil totalement inconnu pour ceux-ci. Ainsi, la grille a possiblement été peu utilisée pour ces raisons. D'ailleurs cette interprétation est congruente avec les résultats obtenus puisque plusieurs admettent avoir tout simplement oublié d'utiliser la grille. De plus, tel que le soulignent Welch et Forster (2003), introduire une nouvelle façon de travailler en tenue de dossiers est un défi à surmonter dans la pratique.

6.2. Perception de l'utilisation de la grille

L'utilisation de la grille par les participants est très intéressante et permet de soulever certains éléments pertinents en lien avec la grille d'auto-évaluation. Parmi les utilisateurs de la grille, 90,9% (dix des onze participants) jugent la grille « très utile » ou « utile ». De plus, près de la moitié de ces participants rapportent avoir utilisé la grille au début du stage de formation ou lorsqu'une situation est jugée davantage complexe.

Le format de la grille présentée aux participants est également jugé intéressant. Si l'on se réfère aux résultats obtenus, le fait d'utiliser la grille afin d'évaluer la qualité d'une analyse une fois que celle-ci est rédigée, d'utiliser la grille comme guide pendant la rédaction ou encore d'utiliser la grille à titre réflexif seulement démontre que les stratégies d'utilisation de la grille sont variées chez les participants. Autrement dit, la grille a été utilisée de différentes façons, et ce, selon les besoins des participants. De plus, les résultats font valoir que la grille a permis d'améliorer la qualité des analyses chez 27% des utilisateurs. Cela permet tout de même d'établir un lien entre l'utilisation de la grille et le processus de rédaction. De ce fait, apprécier la qualité d'une analyse peut permettre aux utilisateurs de s'améliorer, et ce, d'autant plus au début d'un stage ou lorsqu'une situation est jugée plus complexe en ce qui a trait à la rédaction.

Par ailleurs, le faible taux d'utilisation de la grille permet également de documenter, en partie, la perception de l'utilisation de la grille par les participants. Ce faible taux d'utilisation peut être expliqué par le facteur temps. En effet, le facteur temps associé à l'utilisation de cette grille est un obstacle majeur identifié par les participants. Parmi 37 verbatim analysés, 37,8% de ceux-ci mentionnaient cet obstacle à l'utilisation de la grille durant le stage de formation. Évaluer le contenu d'une analyse et apporter un jugement par rapport à son niveau de satisfaction personnel demande du temps. Ce temps, plusieurs participants jugent ne pas en disposer en raison de la charge de travail présente dans le milieu de stage. D'ailleurs, le temps d'utilisation de la grille peut avoir été surévalué par les participants. Encore une fois, le fait de ne jamais avoir utilisé la grille et de ne pas être familier avec cette dernière peut expliquer cette idée préconçue rendant par le fait même la grille moins intéressante.

Quoique modeste comme résultats sur l'utilité de la grille, la présente grille d'auto-évaluation d'une l'analyse s'avère un outil intéressant permettant de faciliter la tenue de dossiers. Cet outil vient s'ajouter à ceux répertoriés tels que : 1) le POTENT élaboré par Wilson, Spermon et Hill (1991); 2) Le *Client-centred note writing framework* de Blijlevens et Murphy (2003); 3) Le D.O.T.S.I. de Bart, Bar, Rosenberg, Hamudot et Jarus (2011) et 4) le logiciel SMARTPHRASE cité par Wilson et collègues (2011). La grille proposée permet par contre de réviser et de réfléchir si l'analyse produite est de qualité. Par exemple, elle permet de vérifier si l'analyse est occupationnelle et explicative. La grille présentée dans le cadre de cette étude s'avère donc un outil original et utile pour la rédaction des analyses.

6.3. Outil de communication entre l'étudiant et son superviseur

Tel que mentionné dans les résultats, un seul participant a utilisé la grille d'auto-évaluation en collaboration avec son superviseur de stage. Aussi, un participant fait part de sa réflexion en lien avec les bénéfices possibles pouvant y être associés, mais admet ne pas l'avoir utilisé de cette façon. En conséquence, peu de données relevant de cette étude permettent de démontrer la pertinence de l'utilisation de la grille en collaboration avec le superviseur de stage. Néanmoins, un constat intéressant peut être fait si l'on se réfère à la réponse du participant ayant utilisé la grille en collaboration avec son superviseur. En effet, celui-ci dit avoir utilisé la grille « [...] pour démontrer [les] exigences [du] cours » et « comme

moyen de communication avec [sa] superviseur et transfert des connaissances ». Ainsi, l'évolution constante de la pratique de l'ergothérapie et par le fait même de la tenue de dossiers (OEQ, 2005) impliquent évidemment qu'il peut y avoir des différences interpersonnelles dans la façon d'écrire entre un étudiant et son superviseur. Toutefois, la grille peut servir d'outil permettant un transfert des connaissances de l'étudiant au superviseur du fait qu'elle intègre les exigences actuelles en ce qui a trait à la rédaction d'une analyse dans un rapport en ergothérapie.

De plus, malgré les résultats obtenus, utiliser la grille comme outil de communication entre un étudiant et son superviseur reste une avenue intéressante. En effet, le fait d'utiliser la grille comme outil de communication pourrait permettre de cibler les difficultés et les forces d'un étudiant tout en laissant des traces intéressantes de l'amélioration des habiletés d'écriture associées à la rédaction d'une analyse, et ce, tout au long du stage de formation. D'ailleurs, quelques participants à l'étude mentionnent qu'obtenir une rétroaction du superviseur contribue à la satisfaction d'avoir produit une bonne analyse. Dons, ceci permet également d'affirmer qu'il peut s'agir d'un outil de communication fort intéressant.

En somme, l'utilisation d'une telle grille par un étudiant en collaboration avec son superviseur de stage a plusieurs avantages. Il peut s'agir d'un outil de communication permettant au superviseur d'être plus objectif et structuré lors d'une rétroaction réalisée avec un étudiant, et ce, malgré des différences interpersonnelles d'écriture tout comme il peut s'agir d'un outil de transfert des connaissances entre l'étudiant et son superviseur.

6.4. Perception de la rédaction des rapports et des analyses

Malgré le fait que le taux d'utilisation de la grille est modeste, les résultats obtenus de l'ensemble des participants permettent de réaliser des constats intéressants en lien avec le processus de rédaction d'un rapport et d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie.

Dans un premier temps, comment expliquer que de rédiger des rapports peut à la fois être jugé positif et négatif. Ce résultat correspond à ce que des chercheurs avaient fait valoir. L'action d'écrire est un processus cognitif exigeant (Howse et Bailey, 1992) faisant appel à

l'intégration des connaissances des modèles théoriques de la pratique (Brousseau et Tremblay, 1995; Ikiugu, Smallfield et Condit, 2009). En deuxième lieu, 60% des participants évaluent leur satisfaction personnelle vis-à-vis la rédaction d'une analyse comme étant inférieure à huit sur dix. Donc, il y a lieu de croire que les analyses peuvent encore être améliorées. Aussi, plusieurs obstacles à la rédaction d'une analyse sont identifiés par l'ensemble des participants soit : rédiger l'analyse selon une approche top-down (27, 7%), rédiger une analyse de façon concise (19,1%), rédiger une analyse qui est complète (14,9%), rédiger une analyse facile à comprendre par les autres professionnels (12,8%) et rédiger une analyse qui fait ressortir une opinion professionnelle (10,6%). Ces résultats font valoir que rédiger une analyse demeure une tâche complexe. Plusieurs auteurs avaient relevé cette complexité. Par exemple, les études de Mattingly et Hayes-Flemings (1997) et de Pierre (2001) soulignent que les savoirs d'un ergothérapeute ne sont pas toujours faciles à mettre en mots.

Il est intéressant de faire ressortir que la satisfaction des participants face à la rédaction d'une analyse n'est pas optimale et que c'est le facteur temps qui joue le plus face à la non-utilisation de la grille. Effectivement, 14 participants sur 30 (46,7%) identifient la charge de travail et ainsi un manque de temps comme obstacle à l'utilisation de la grille d'auto-évaluation. Par contre, cette grille se veut en réalité un facilitateur face à la rédaction d'une analyse. En effet, elle a comme mandat de faciliter le processus de rédaction de par une pratique réflexive basée sur l'auto-évaluation de ses compétences d'écriture d'une analyse. Ainsi, le temps de réflexion associé à l'utilisation de la grille ne devrait pas être un obstacle dans un contexte de stage, car cela pourra ensuite être profitable pour l'utilisateur de la grille. D'ailleurs, certains participants ont mentionné avoir utilisé la grille seulement au début du stage. Ainsi, la grille n'est pas vue comme une béquille, mais plutôt comme un outil pouvant accompagner l'étudiant selon ses besoins. Prendre le temps de réfléchir sur la qualité de sa tenue de dossiers, dont l'analyse, doit faire partie d'une pratique encouragée dans les milieux de stage. De ce fait, le temps ne devrait pas être le principal obstacle à l'utilisation d'une telle grille.

Qui plus est, les participants font valoir qu'ils se sont améliorés dans l'écriture des dossiers. Par contre, plusieurs commentaires exprimés illustrent le besoin de s'améliorer

d'avantage. D'ailleurs, certains participants ont ciblé des éléments précis à améliorer tels que : la concision et la vitesse de rédaction. De plus, les cinq principaux obstacles à la rédaction d'une bonne analyse permettent de cibler les éléments à améliorer selon les participants puisqu'ils n'auraient pas été identifiés comme obstacles s'ils avaient été bien maîtrisés. Ces obstacles sont : 1) rédiger l'analyse selon une approche top-down (débuter par les occupations); 2) rédiger une analyse de façon concise; 3) rédiger une analyse qui est complète; 4) rédiger une analyse facile à comprendre et 5) émettre une opinion professionnelle.

En somme, le besoin que les rapports traduisent un mode de pensée scientifique (Rogers, 2004) et reflètent la démarche clinique et le raisonnement de l'ergothérapeute (Borcherding et Kappel, 2002; Brousseau et Tremblay, 1995; Linder et Clark, 2000; Sames, 2010) témoigne que le développement des compétences à l'écriture est un long processus.

6.5. Retombées envisagées

En premier lieu, l'une des retombées envisagées par cette étude est de reconnaître les bienfaits et la valeur associés à l'utilisation d'une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie. En effet, l'ergothérapeute a comme mandat de faire ressortir les difficultés occupationnelles d'un client suite à une évaluation approfondie de ses facteurs environnementaux, occupationnels et personnels (Davis, Craik et Polatajko, 2007). D'ailleurs, il a la responsabilité de réaliser une tenue de dossiers pour chaque client rencontré (Backman, Kåwe et Björklund, 2008; Fearing, 1993; OEQ, 2010; Office des professions du Québec, 2013; Pierre et Sonn, 1996, 1999). Ainsi, la démarche clinique réalisée par l'ergothérapeute doit se refléter dans sa tenue de dossiers. L'analyse est une étape importante de la démarche clinique. En effet, elle est considérée comme un processus de raisonnement important puisque le plan d'intervention qui sera réalisé avec le client en découlera (Craik et coll., 2007). De plus, la tenue de dossiers professionnels fait partie des compétences à acquérir en ergothérapie et selon l'OEQ (2005, 2010) et l'AOTA (Clark et Youngstrom, 2008), l'analyse est décrite comme étant une opinion professionnelle portant sur l'explication et la justesse des liens d'une interaction entre les occupations, l'environnement et les facteurs personnels d'un client. Conséquemment, la rédaction d'une analyse demeure un processus complexe et c'est pourquoi le fait de porter un jugement et ainsi

autoévaluer la qualité d'une analyse est une action à encourager chez les étudiants. D'ailleurs, Giordan (1998) fait valoir que pour apprendre il est nécessaire de se remettre en question. Puisque rédiger une analyse est une activité complexe, il importe de se questionner régulièrement dans l'optique d'évoluer et de ne pas réaliser les mêmes erreurs. Le fait de rédiger une analyse stéréotypée ou trop générale en est un exemple. Il s'agit d'ailleurs d'un piège à éviter. Ainsi, la grille conçue pour cette étude offre cette opportunité, et ce, d'une façon simple. En effet, la grille ne demande que quelques minutes à compléter et permet de se positionner par rapport au contenu de l'analyse et de sa satisfaction personnelle. Finalement, évaluer d'une façon concrète la progression dans ses apprentissages peut s'agir d'une stratégie intéressante pour un étudiant n'ayant pas beaucoup d'expérience en tenue de dossiers. Encore une fois, la grille d'auto-évaluation permet d'évaluer cette progression.

Une seconde retombée souhaitée par cette étude est l'introduction de la grille d'auto-évaluation dans le cursus universitaire. Autrement dit, que la grille soit connue, disponible et utilisée par les étudiants. En effet, l'un des constats de cette étude permet d'affirmer qu'il serait intéressant de présenter la grille d'auto-évaluation d'une analyse plus tôt dans le cheminement des étudiants au baccalauréat en ergothérapie. Ainsi, s'approprier la grille lors d'un cours sur la tenue de dossiers ou lors de la rédaction d'analyses faisant suite à des apprentissages par situations cliniques serait, selon moi, un atout. Ainsi, l'utilisation de la grille pourrait être poursuivie lors du premier stage de formation clinique où l'étudiant doit rédiger des dossiers en situation réelle. Cet outil d'apprentissage pourrait par la suite être utilisé dans des stages subséquents selon les besoins de chacun. Finalement, la grille offre un potentiel comme outil de référence en ergothérapie afin de faciliter la rédaction d'une analyse dans un dossier-client. Cette grille est, en réalité, complémentaire aux outils précédemment identifiés lors de la revue de littérature quant à la rédaction d'une analyse. En effet, un CD-ROM éducatif produit par l'Université du Québec à Trois-Rivières (Brousseau, 2011) et l'utilisation de cartes conceptuelles décrite par Brousseau (2012) étaient les seuls outils présents dans la littérature qui se rapportaient spécifiquement à la rédaction de l'analyse dans un dossier-client en ergothérapie.

En troisième lieu, une retombée de cette étude est l'appropriation de la grille par des superviseurs de stage. Comme discuté précédemment, cela permettrait à un étudiant d'utiliser la grille d'auto-évaluation en collaboration avec son superviseur de stage. L'utilisation de l'outil par l'étudiant et le superviseur permettrait de faciliter la rétroaction en ce qui a trait à la tenue de dossiers et favoriserait ainsi un dialogue constructif et structuré en lien avec l'analyse produite par l'étudiant. De plus, cela pourrait permettre de souligner d'une façon plus objective la progression de l'étudiant. Tel que mentionné précédemment, rédiger une analyse est une tâche complexe. Ainsi, l'apprentissage de cette tâche doit être appuyé par un ergothérapeute et ne peut être réalisé complètement seul. Pour terminer, la grille se veut également un outil de référence disponible et connu de la part des superviseurs de stage. Effectivement, cet outil présente de façon succincte les exigences reliées à une bonne analyse et c'est pourquoi il s'agit d'un outil intéressant à consulter et à utiliser par ceux-ci.

6.6. Limites de l'étude

Cette étude comprend trois principales limites. D'abord, la grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse est spécialement conçue pour cette étude. Ainsi, il s'agit d'un outil élaboré à partir d'une recension des écrits, de l'opinion d'un expert en ce qui a trait à la tenue de dossiers en ergothérapie et de l'expérience de deux étudiants à la maîtrise. De ce fait, l'étude porte sur l'expérimentation d'une grille qui est utilisée pour la première fois en ergothérapie. Ensuite, l'échantillon des participants est relativement restreint. En effet, les résultats de cette étude s'appliquent aux participants d'un programme universitaire en particulier. Il est toutefois possible d'accepter ces résultats comme étant plausibles et crédibles sans toutefois pouvoir les généraliser au Québec ou au Canada. Finalement, l'utilisation d'une seule mesure pour la collecte de données peut influencer la validité de construit de l'étude. Effectivement, la collecte de données est réalisée à partir d'un questionnaire seulement. Qui plus est, le questionnaire est essentiellement constitué de questions ouvertes où plusieurs participants ont noté eux-mêmes par écrit leurs pensées. Ainsi, plusieurs réponses ne sont pas détaillées. D'ailleurs, réaliser des entrevues individuelles aurait possiblement permis de détailler la pensée des participants de façon plus optimale. Par ailleurs, aucun retour avec des participants n'a été réalisé compte tenu du temps restreint pour réaliser ce projet de recherche. De ce fait, il aurait lieu de questionner la pertinence de réaliser des focus groups afin de

diversifier la source et la profondeur des informations recueillies et ainsi améliorer la crédibilité de l'étude.

7. CONCLUSION

Cette étude vise à documenter la pertinence de l'utilisation d'une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie. Les résultats ont démontré que procéder à une démarche d'auto-évaluation lors de la rédaction d'une analyse peut s'avérer un moment de réflexion particulièrement enrichissant dans un contexte d'apprentissage. En effet, les résultats ont fait ressortir que la grille peut être utilisée de différentes façons selon les besoins des utilisateurs, mais également lors de périodes clés telles qu'au début d'un stage de formation ou lorsque la situation est jugée plus complexe à rédiger. De plus, la grille a permis d'améliorer la qualité des analyses de certains utilisateurs. Le fait que plus du tiers des participants aient souligné une expérience générale de rédaction difficile permet également d'affirmer que le développement des compétences de rédactions est une tâche qui est exigeante. D'ailleurs, cette étude a permis d'identifier des obstacles à la rédaction d'une bonne analyse et ainsi appuyer l'utilisation d'une telle grille. Elle introduit également un nouvel outil quant à la rédaction d'une analyse dans les dossiers-clients en ergothérapie, et ce, en tenant compte des exigences actuelles reconnues dans la pratique. D'ailleurs aucun autre outil similaire n'a été répertorié. Peu de données permettent de démontrer la pertinence de l'utilisation de la grille en collaboration avec un superviseur de stage. Toutefois, les résultats offrent des pistes de réflexion intéressantes quant aux transferts de connaissances possibles entre un étudiant et son superviseur.

Pour faire suite à cette étude, il serait pertinent de rendre la grille d'auto-évaluation accessible aux étudiants et superviseurs de stages. De plus, documenter les avantages de l'introduction d'une telle grille plus tôt dans le cursus universitaire serait intéressant tout comme réaliser une étude sur l'utilisation de cette grille comme outil de communication entre des étudiants et leur superviseur. Voilà des alternatives intéressantes qui pourraient faire suite à cette étude.

En somme, il s'agit là d'une étude exploratoire. Les données issues de cette recherche se veulent un point départ d'où l'importance de poursuivre la recherche quant à l'utilisation d'une telle grille lors de la rédaction d'une analyse en ergothérapie.

RÉFÉRENCES

- Association canadienne des ergothérapeutes, (2012). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa: CAOT Publications ACE. Repéré à [http://www.caot.ca/pdfs/otprofile fr.pdf](http://www.caot.ca/pdfs/otprofile.fr.pdf)
- Backman, A., Kåwe, K., & Björklund, A. (2008). Relevance and focal view point in occupational therapists' documentation in patient case records. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15, 212-220. doi:10.1080/11038120802087626
- Bart, O., Bar, M. A., Rosenberg, L., Hamudot, V., & Jarus, T. (2011). Development and validation of the Documentation of Occupational Therapy Session during Intervention (D.O.T.S.I.). *Research in Developmental Disabilities*, 32, 719-726. doi:10.1016/j.ridd.2010.11.008
- Baum, C. M. & Christiansen, C.H. (2005). Person-environment-occupation-performance: An occupation-based framework for practice. Dans C. H. Christiansen, C. M. Baum, and J. Bass-Haugen (Eds.) (2005). *Occupational Therapy : Performance, Participation and Well-Being* (3^e ed., pp. 243-254), Thorofare, NJ : Slack Inc.
- Blijlevens, H., & Murphy, J. (2003). Washing away SOAP notes: Refreshing clinical documentation. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 50(2), 3-8.
- Borcherding, S., & Kappel, C. (2002). *The OTA's guide to writing SOAP notes*. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Braunsberger, K., & Gates, R. (2009). Developing inventories for satisfaction and Likert scales in a service environment. *Journal of Services Marketing*, 23, 219-225. doi :10.1108/08876040910965557
- Brousseau, M. (2012, Mai). Les cartes conceptuelles pour développer les compétences de la démarche clinique : Qu'en pensent les étudiants? Dans *Actes du congrès de l'Association internationale de pédagogie universitaire*. Trois-Rivières, Qc.
- Brousseau, M. (Université du Québec à Trois-Rivières). (2011). *Les analyses dans les dossiers en ergothérapie* [CD-ROM]. Disponible auprès du département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Qc.
- Brousseau, M., & Tremblay, M. (1995). Tenue de dossier : reflet de la pratique. *Revue Québécoise d'ergothérapie*, 4(1), 15-20.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (Ed. rev.). Ottawa ON: CAOT Publications ACE.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa ON: CAOT Publications ACE.

- Centre de réadaptation Interval (2011). *Le plan d'intervention individualisé (PII), guide d'élaboration et de révision*. Repéré à http://www.centreinterval.qc.ca/client/documentation/Guide_PII_version_finale_septembre_2011_.pdf
- Clark, G. F. & Youngstrom, M. J. (2008). Guidelines for documentation of occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62, 684-690. doi:10.5014/ajot.62.6.684
- Clark, G. F., Youngstrom, M. J., & Brayman, S. J. (2003). Guidelines for documentation of occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 57, 646-649. doi:10.5014/ajot.57.6.646
- College of occupational therapists (2000). *Occupational therapy record keeping. Core standard*. London, UK: COT.
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. J. (2007). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko, (Eds), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. (pp. 239-246) Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Crepeau, E. B., Boyt Schell, B. A., & Cohn, E. S. (2009). Theory and Practice in Occupational Therapy. Dans E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. B. Schell (Eds). *Willard & Spackman's, Occupational Therapy* (11^e ed., pp. 428-434). Philadelphie, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Davis, J., Craik, J., & Polatajko, H. J. (2007). Using the canadian process practice framework: amplifying the process. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko, (Eds), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. (pp. 247-272) Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Davis, J., Zayat, E., Urton, M., Belgum, A., & Hill, M. (2008). Communicating evidence in clinical documentation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55, 249-255. doi:10.1111/j.1440-1630.2007.00710.x
- DeJong, G., Hsieh, C., Gassaway, J., Horn, S., Smout, R., Putman, K., & ... Foley, M. (2009). Characterizing rehabilitation services for patients with knee and hip replacement in skilled nursing facilities and inpatient rehabilitation facilities. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 90, 1269-1283. doi:10.1016/j.apmr.2008.11.021
- Donaldson, N., McDermott, A., Hollands, K., Copley, J., & Davidson, B. (2004). Clinical reporting by occupational therapists and speech pathologists: therapists' intentions and parental satisfaction. *Advances In Speech Language Pathology*, 6, 23-38. doi :10.1080/14417040410001669471

- Dunn, W. (2011). Using Frames of Reference and Practice Models to Guide Practice. Dans *Best practice Occupational Therapy for Children and Families in Community Settings*. (2^e ed., pp. 39-70). Danvers, MA: Slack Inc.
- Fazio, K., Hicks, E., Kuzma, C., Leung, P., Schwartz, A. & Stergiou-Kita, M. (2008). Le Cadre conceptuel du processus de pratique canadien : utiliser une approche consciencieuse dans la pratique de l'ergothérapie. *Actualités ergothérapiques*, 10(4), 6-9.
- Fearing, V. G. (1993). Occupational therapists chart a course through the health record. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(5), 232-240.
- Fillion, B., Rochette, A. et Brousseau, M. (2011, Mai). Impact à court et long terme d'une activité de formation continue sur la tenue de dossiers: le défi de l'application des connaissances à la pratique des ergothérapeutes. Dans *Actes du congrès de l'Association internationale de pédagogie universitaire*. Trois-Rivières, Qc.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^e ed.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Fougeyrollas, P., Coutier, R., Bergeron, H., Côté, J. & St-Michel, G. (1998). Mieux comprendre la différence pour changer le monde. *PPH : Schéma conceptuel*. Repéré à <http://www.ripph.qc.ca>
- Gibson, F., Sykes, M., & Young, S. (2004). Record keeping in occupational therapy: are we meeting the standards set by the College of Occupational Therapists? *British Journal of Occupational Therapy*, 67(12), 547-550.
- Giordan, A. (1998). *Apprendre!*. Paris, France: Débats, Belin.
- Howse, E., & Bailey, J. (1992). Resistance to documentation, a nursing research issue. *International Journal of Nursing Studies*, 29(4), 371-380.
- Ikiugu, M., Smallfield, S., & Condit, C. (2009). A framework for combining theoretical conceptual practice models in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 162-170
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (2010). *Guide d'élaboration des plans d'intervention interdisciplinaires*. Repéré à <http://www.irdpq.qc.ca/communication/publications/PDF/Guide%20PII%2019052010.pdf>
- Kielhofner, G. (2004). *Conceptual foundations of occupational therapy* (3^e ed.). Philadelphie, PA: F.A. Davis.

- Kielhofner, G. (Ed.). (2002). *A model of human occupation: Theory and application* (3^e ed.). Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Lafortune, L., Dury, C., Coopman-Mahieu, C., Bonte, C., Droulez, C., Morisse, M. & Napoli, A. (2012). *Une démarche réflexive pour la formation en santé, un accompagnement socioconstructiviste*. Québec, Canada : Les presses de l'Université du Québec.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23.
- Law, M., Rosenbaum, P., King, G., King, S., Burke-Gaffney, J., Moning-Szkut, T., Kertoy, M., Pollock, N., Viscardis, L., & Teplicky, R. (2003). *Déterminer des objectifs ensemble*. CRDP Le Bouclier, Qc, Canada. Repéré à <http://www.canchild.ca/en/childrenfamilies/resources/SCF13.pdf>
- Law, M., & Telford, J. (2008). Research dissemination and transfer of knowledge. Dans M. Law, & J. MacDermid (Eds.), *Evidence-Based Rehabilitation* (pp. 297-314). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Leach, E., Cornwell, P., Fleming, J., & Haines, T. (2010). Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Disability & Rehabilitation*, 32, 159-172. doi:10.3109/09638280903036605
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3^e ed.). Montréal, Canada: Guérin
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (2^e ed.). Montréal, Canada: Guérin
- Le grand dictionnaire terminologique. (2012). Repéré à <http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/>
- Le Petit Larousse illustré (2011). Paris, France.
- Le Petit Robert (2011). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Nouvelle édition du Petit Robert. Paris, France.
- Linder, J., & Clark, G.F. (2000). Best practice in documentation. Dans W. Dunn (Ed.), *Best practice in occupational therapy in community service with children and families* (pp. 135-145). Thorofare, NJ: Slack.
- MacRae, N. et Croninger, W. R. (2010). Data collection and documentation. Dans K. Sladyk, K. Jacobs, & N. MacRae, *Occupational therapy essentials for clinical competence* (pp. 353-360). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Margot-Cattin, I., Heigl, F., Galli, C., Kuster, E., Meyer, S., Roos, K., Rossini, E., & Page, J. (2010). La rédaction des objectifs en ergothérapie : une étude nationale en quatre langues. Dans M-H., & Izard, R. Nespoulous, *Expériences en ergothérapie* (16, pp. 198-204). Montpellier, France : Sauramps Medical.

- Margot-Cattin, I. Demurger, C. G., Kuster, E., Meyer, S., Moioli, S., Ross, K., Drecq-Rossini, E., Page, J. (2012). Les ergothérapeutes suisses rédigent-ils des objectifs basés sur les occupations? Communication dans le cadre du congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes. Abstract retrieved from.
- Mattingly, C. & Hayes-Fleming, M. (1993) Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice. Philadelphie, PA: FA Davis.
- McLeod, K., & Robnett, R. (1998). Psychosocial documentation: are your objectives functional, measurable and reimbursable?. *Occupational Therapy In Mental Health*, 14, 21-31. doi :10.1300/J004v14n03_02
- Meek, C., Morgan, E., Walker, M., Furnston, A., Aragon, A., Birleson, A., & ... Sackley, C. (2010). Occupational therapy to optimise independence in Parkinson's disease: the designing and recording of a randomised controlled trial intervention. *British Journal of Occupational Therapy*, 73, 178-185. doi :10.4276/030802210X12706313444027
- Meriano, C. et Latella, D. (2008). Introduction. Dans C. Meriano, D. Latella, *Occupational therapy interventions, function and occupations* (pp. 1-34). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne, Haute école de travail social et de la santé-ÉESP.
- Miles, M.B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes* (2^e ed.). Paris : De Boek Université.
- Office des professions du Québec (2013). *Code des professions, LRQ, c C-26*. Repéré à <http://www.opq.gouv.qc.ca/lois-et-reglements/code-des-professions/>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2012). *Programme de formation continue 2012-2013*. Montréal : OEQ. Repéré à http://www.oeq.org/userfiles/File/Formation%20continue/Programme%202012-2013/fc_formation_complete.pdf
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2010). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*. Montréal : OEQ. Repéré à http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/OEQ-Referentiel-Competences_2010_Couleurs.pdf
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2005). *Cadres légal et normatif de la tenue des dossiers en ergothérapie, guide de l'ergothérapeute*. Montréal : OEQ.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2004, décembre). L'analyse en ergothérapie. *Ergothérapie express. Le bulletin de l'ordre des ergothérapeutes du Québec*, 15(4). Repéré à http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Ergotherapie_express/2004_decembre.pdf

- Ozelie, R., Sipple, C., Foy, T., Cantoni, K., Kellogg, K., Lookingbill, J., & ... Gassaway, J. (2009). SCIRehab project series: the occupational therapy taxonomy. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 32(3), 283-297.
- Pendleton, H. M., & Schultz-Krohn, W. (2013). *Pedretti's Occupational Therapy, practice skills for physical dysfunction* (7^e ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier Inc.
- Perinchief, J. M. (2003). Documentation and management of occupational therapy services. Dans E. B. Crepeau, E. S. Cohn, B. A. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (10^e ed., pp. 897-905). Philadelphie, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Phillips, J., Drummond, A., Radford, K., & Tyerman, A. (2010). Return to work after traumatic brain injury: recording, measuring and describing occupational therapy intervention. *British Journal of Occupational Therapy*, 73, 422-430. doi:<http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.4276>
- Pierre, B. L. (2001). Occupational therapy as documented in patients' records. Part III. Valued but not documented. Underground practice in the context of professional written communication. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(4), 174-183.
- Pierre, B. L., & Sonn, U. (1999). Occupational therapy as documented in patients' records. Part II. What is proper documentation? Contradictions and aspects of concern from the perspective of OTs. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6(1), 3-10.
- Pierre, B. L., & Sonn, U. (1996). Occupational therapy as documented in patients' records: part I. A content analysis of occupational therapy records at an occupational therapy department. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 3(2), 79-89.
- Polatajko, H.J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. & Zimmerman, D. (2007). Specifying the domain of concern: Occupation as core. Dans E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Eds), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (pp. 13-36). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Radomski, M.V. (2008). Planning, guiding and documenting practice. Dans M. V., Radomski, & C. A. Trombly-Latham (Eds), *Occupational therapy for Physical Dysfunction* (6^e ed., pp. 40-64). Philadelphie, PA: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins.
- Rogers, J.C. (2004). Occupational diagnosis. Dans M. Molineux (Ed.), *Occupation for occupational therapists* (pp.16-31). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Rosewilliam, S., Bucher, C., Roffe, C., & Pandyan, A. (2009). An approach to standardize, quantify and record progress of routine upper limb therapy for stroke subjects: the Action Medical Research Upper Limb Therapy protocol. *Hand Therapy*, 14, 60-68. doi :10.1258/ht.2009.009017

- Sames, K. M. (2010). *Documenting Occupational Therapy Practice (2e ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Sames, K. M. (2009). Documentation in practice. Dans E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (11^e ed., pp. 403-410). Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins.
- Scallon, G. (2007). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Bruxelles: De Boek.
- Thomson, L. K., & Foto, M. (1995). Elements of clinical documentation (revision). *The American Journal of Occupational Therapy*, 49, 1032-1035. doi:10.5014/ajot.49.10.103
- Vockins, H. (2004). Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: a survey. *European Journal of Cancer Care*, 13(1), 45-52.
- Wakita, T., Ueshima, N., & Noguchi, H. (2012). Psychological distance between categories in the likert scale: comparing different numbers of options. *Educational and Psychological Measurement*, 72, 533-546. doi:10.1177/0013164411431162
- Welch, A., & Forster, S. (2003). A clinical audit of the outcome of occupational therapy assessment and negotiated patient goals in the acute setting. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(8), 363-368.
- Wikipédia, the free encyclopedia. (2012). Repéré à http://en.wikipedia.org/wiki/Analysis_%28disambiguation%29
- Wilson, C., Colombo, R., Seidell, J., & Kosecki, V. (2011). Acute care physical therapy and occupational therapy involvement throughout implementation of a hospital electronic health record. *Journal of Acute Care Physical Therapy*, 2(3), 102-110.
- Wilson, S. M., Spermon, D. M., & Hill, M. A. (1991). Quality assurance in occupational therapy: A case study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 11, 93-107. doi:10.1300/J004v11n01_06
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

ANNEXE A

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Revue de la littérature en 3 volets

Bases de données :

CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, PubMed, ERIC

Mots-Clés :

(Documentation OR "Professional writing" OR "Data analysis")
AND ("Occupational therap*") AND (Record* OR Report*)



1. La tenue de dossiers en ergothérapie



30 RÉSULTATS



Lecture des résumés/lecture complète



11 ARTICLES RETENUS

Bases de données :

CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, PubMed, ERIC

Mots-Clés :

(Documentation OR "Professional writing") AND ("Occupational therap*") AND (Tool* OR Audit*)



2. Outils et tenue de dossiers en ergothérapie



11 RÉSULTATS



Lecture des résumés/lecture complète



3 ARTICLES RETENUS

Bases de données :

Google, Site Internet de l'association canadienne des ergothérapeutes (ACE)

Aussi :

Références citées dans des articles retenus, chapitres de livres, présentation à un congrès



3. Autres articles pertinents



17 ARTICLES RETENUS

ANNEXE B
DEMANDE D'AUTORISATION D'UTILISER DU MATÉRIEL PROTÉGÉ PAR LE
DROIT D'AUTEUR



Canadian Association of Occupational Therapists
Association canadienne des ergothérapeutes

CAOT Publications ACE

Demande d'autorisation d'utiliser du matériel protégé par
le droit d'auteur

17 juillet 2013

Audrey Bonner
5355 Rue Montreuil
Trois-Rivières (Québec)
G8Y 3X5

Madame,

Selon votre requête, vous souhaitez obtenir l'autorisation d'utiliser la figure 9.1 du diagramme du MCPP afin de la présenter dans votre thèse intitulée : « L'utilisation d'une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse en ergothérapie » que vous défendrez à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Figure 9.1 (MCPP) Modèle canadien du processus de pratique, dans Polatajko H., Townsend E., Craik, J. (2013). *Habiller à l'occupation – Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa, ON, CAOT Publications ACE. p. 274.

L'autorisation d'utiliser la figure citée ci-dessus vous est accordée pour une seule fois, à la condition que la source de la figure soit citée. Veuillez vous assurer que la référence complète de la source accompagne la figure, pour indiquer que l'utilisation de la figure a été autorisée par CAOT Publications ACE. Cette autorisation est strictement réservée à l'usage mentionné ci-dessus et ne comprend pas de droit d'utilisation pour tout autre usage, comme de futures éditions ou traductions.

Merci.

Cordialement,

Stéphanie Rochon
Administrateur aux publications de l'ACE

ANNEXE C
GRILLE D'APPRÉCIATION D'UN ANALYSE DANS UN DOSSIER-CLIENT EN
ERGOTHÉRAPIE : AUTO-ÉVALUATION

Grille d'appréciation du contenu d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie

Auto-évaluation

1^e section

	LE CONTENU DE MON ANALYSE... (Se référer à la page 2 pour des exemples)	Tout à fait d'accord (3)	Généralement d'accord (2)	Généralement en désaccord (1)	Pas d'accord (0)
1	Le contenu répond au motif d'évaluation recadré par l'ergothérapeute				
2	a) Le contenu commence par les occupations dès le départ selon une approche top-down				
	b) Le contenu est présenté selon un ordre de priorité dans les atteintes occupationnelles				
	c) Le contenu expose les liens entre les occupations, l'environnement et la personne				
3	Le contenu donne une explication en utilisant des mots d'explication				
4	Le contenu apprécie l'atteinte (légère, modérée, sévère)				
5	Le contenu présente une opinion professionnelle (se prononcer)				
Autre :					
6	Le contenu repose sur des faits déjà évalués				
7	Le contenu est congruent avec les objectifs et les thèmes du plan d'intervention				
8	Le contenu de l'analyse fait état des difficultés occupationnelles de la personne et fait aussi ressortir (si approprié) : a) les forces et éléments positifs b) le potentiel de réadaptation, le potentiel de récupération (double mandat) en tenant compte de l'évolution de la maladie ou du développement de la personne (la personne est-elle prête à changer?)				
9	Le contenu évite la présence de pièges couramment rencontrés : a) Utilisation de certains mots pièges (Ex. : qui nécessite, est en mesure, est à prévoir, pourrait éventuellement) b) Analyse qui introduit un préjudice au client (Ex. : hypothèse non appuyée) c) Analyse qui introduit une contradiction d) Analyse stéréotypée et générale				
10	Le contenu est libre de jargon professionnel				

2^e section

	SATISFACTION PERSONNELLE :	Tout à fait d'accord	Généralement d'accord	Généralement en désaccord	Pas d'accord
1	Globalement, je suis satisfait (e) de mon analyse				
2	Mon analyse est rédigée avec clarté				
3	Mon analyse est concise (longueur approximative d'une douzaine de lignes)				
4	Le temps d'écriture associé à la rédaction de mon analyse est raisonnable				

Exemples pour utiliser la grille d'appréciation

	LE CONTENU DE MON ANALYSE :	EXEMPLES :
1	Le contenu répond au motif d'évaluation recadré par l'ergothérapeute	Suite à une référence, l'ergothérapeute doit recadrer (au besoin) le motif d'évaluation en termes occupationnels (exemple : Référé par ... le ... pour ... et vue en ergothérapie pour ...).
2	a) Le contenu commence par les occupations dès le départ selon une approche top-down	Puisque les occupations sont au cœur des préoccupations de l'ergothérapeute et que celui-ci voit l'être humain comme un être occupationnel.
	b) Le contenu est présenté selon un ordre de priorité dans les atteintes occupationnelles	Prioriser les atteintes dans l'analyse permet au lecteur de rapidement connaître les difficultés occupationnelles du client et démontre une approche centrée sur le client et sur les occupations.
	c) Le contenu expose les liens entre les occupations, l'environnement et la personne	Exemples de marqueurs de liaison : a) en lien avec ... b) Opposition : alors que, tandis que, d'autre part, malgré tout, par contre c) Concession : bien que, malgré que, quoi que, cependant, toutefois d) Conséquence : de sorte que, si bien que, de manière que, au point que, en conséquence, pour cette raison
3	Le contenu donne une explication en utilisant des mots d'explication	Exemples : en raison de, étant donné que, du fait que, puisque, vu que, compte tenu de
4	Le contenu apprécie l'atteinte (légère, modérée, sévère)	Présence de mots d'appréciation
5	Le contenu présente une opinion professionnelle (se prononcer)	Exemples : a) Se prononcer sur des enjeux tels : le risque, la sécurité à domicile, le mode de vie sécuritaire. b) Selon moi, monsieur ... c) Compte-tenu que : ____, ____, ____, Mme éprouve des difficultés sévères pour préparer un repas complet.
6	Le contenu repose sur des faits déjà évalués	L'ergothérapeute doit s'assurer que le contenu de l'analyse est supporté par des faits rapportés dans le rapport d'évaluation, et ce, afin d'assurer une continuité dans le rapport.
7	Le contenu est congruent avec les objectifs et les thèmes du plan d'intervention	Puisque l'analyse fait ressortir les difficultés occupationnelles de la personne, il est important que les objectifs et thèmes présents dans le plan d'intervention en découlent et que ces objectifs soient occupationnels.
10	Le contenu est libre de jargon professionnel	Le rapport d'évaluation est un outil de communication avec les autres membres de l'équipe. Éviter la présence de jargon professionnel facilite la communication entre les disciplines, car celles-ci n'utilisent pas tous les mêmes modèles théoriques et ainsi, le même vocabulaire (exemples de jargon professionnel : volition, rendement occupationnel, causalité ...).

Par Audrey Bonner, étudiante à la maîtrise en ergothérapie, UQTR (janvier 2012). Grille inspirée de :

Brousseau, M. (2012a). *Formation à la critique des rapports et des dossiers en ergothérapie*. Document inédit, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Qc.

Brousseau, M. (2012b). *Trousse pédagogique: Démarche clinique et tenue de dossiers en ergothérapie*. Document inédit, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Qc.

Brousseau, M. (2011). *Les analyses dans les dossiers en ergothérapie* [CD-ROM]. Document inédit, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Qc

ANNEXE D
LETTRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche
« L'utilisation d'une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie ».

Audrey Bonner, étudiante à la maîtrise et chercheure principale
Département d'ergothérapie
Directrice de recherche : Martine Brousseau, professeure et directrice du
département d'ergothérapie

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre l'utilisation d'une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie serait grandement appréciée.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont de documenter l'utilisation d'une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un rapport en ergothérapie. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre tâche sera d'utiliser une grille d'auto-évaluation du contenu d'une analyse produite dans un dossier-client durant le stage. L'utilisation de cette grille ne vous demandera que 7 à 10 minutes de votre temps. Cette grille d'auto-évaluation vous sera remise en version papier ainsi qu'en version électronique. Remplissez cette grille autant de fois que vous le désirez.

Cette grille contient deux sections. La première section vise à obtenir votre appréciation (accord ou désaccord) du contenu de l'analyse que vous aurez produite en stage. La deuxième section vise à obtenir votre degré de satisfaction de votre analyse en général.

Une fois votre stage terminé, vous aurez à répondre à un questionnaire sur votre expérience de rédaction des analyses dans les dossiers. Ce questionnaire sera distribué par Audrey Bonner, le 11 mars 2013 à 10h30 au local 3810 du pavillon de

la santé, et ce, après votre cours dans le local où vous vous trouverez déjà. Cela ne demandera pas plus de 20 minutes. À ce moment-là, nous recueillerons les grilles d'auto-évaluation que vous aurez datées.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 40 minutes, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

L'avantage de participer à ce projet est de collaborer à documenter une pratique éducative telle que l'utilisation d'une grille d'auto-évaluation lors de la rédaction d'une analyse dans un rapport en ergothérapie. Aussi, la réflexion sous-jacente pendant le projet de recherche pourrait permettre aux participants d'améliorer leurs habiletés d'écriture lors de la rédaction d'une analyse. Il s'agit des seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée, car le questionnaire auquel vous répondrez à la main sera transcrit par l'assistante de recherche. La copie manuscrite sera détruite afin d'éviter toute identification des participants par l'écriture. Les résultats de la recherche, qui seront diffusés sous la forme d'un essai critique dans le cadre de la maîtrise en ergothérapie ou encore qui pourraient être diffusés sous forme de communication à un congrès ou sous forme d'articles ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies et transcrites seront conservées sous clé au local 3817 du pavillon de la santé. Le local est verrouillé, les ordinateurs ont un accès réservé et les classeurs sont verrouillés. Les seules personnes qui y auront accès seront l'assistante de recherche et Audrey Bonner, chercheure principale. Elles seront détruites dans cinq ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Le refus de participer au projet n'a aucun impact sur votre cheminement dans le programme en ergothérapie.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Audrey Bonner, étudiante à la maîtrise et chercheure principale, à l'adresse courriel suivante : audrey.bonner@uqtr.ca

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-12-186-06.06 a été émis le 21 décembre 2012.

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



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement d'Audrey Bonner, étudiante à la maîtrise en ergothérapie

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

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « L'utilisation d'une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un rapport en ergothérapie ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

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

Participante ou participant :	Audrey Bonner, étudiante à la maîtrise :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

ANNEXE E
QUESTIONNAIRE



QUESTIONNAIRE

« L'utilisation d'une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie ».

Audrey Bonner, étudiante à la maîtrise et chercheure principale
Département d'ergothérapie
Directrice de recherche : Martine Brousseau, professeure et directrice du
département d'ergothérapie.

Question 1

Décrivez votre expérience d'écriture de rapport en ergothérapie durant votre stage.

Question 2

Sur cette échelle, comment situez-vous votre niveau de satisfaction personnelle en lien avec la rédaction d'une analyse dans un rapport en ergothérapie à ce jour? Faites un X à l'endroit où vous considérez vous situer.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Très insatisfait		Plutôt insatisfait			Plutôt satisfait			Très satisfait	

Question 3

Combien de fois, durant la période de votre stage, avez-vous rédigé une analyse dans un dossier-client en ergothérapie?

Indiquez le nombre d'analyses rédigées : _____

Question 4

Combien de fois, pendant votre stage de formation, avez-vous utilisé la grille d'auto-évaluation d'une analyse afin d'apprécier la qualité de votre analyse lors de la rédaction d'un rapport en ergothérapie?

- ☐ Je n'ai jamais utilisé la grille (Si cet élément est coché, passez à la question 9)
- ☐ 1 fois
- ☐ 2 fois
- ☐ 3 fois
- ☐ 4 fois
- ☐ 5 fois
- ☐ 6 fois
- ☐ 7 fois
- ☐ 8 fois
- ☐ Autre : spécifier le nombre de fois _____
- ☐ À chaque fois que je devais rédiger une analyse

Question 5

Précisez à quel moment la grille a été utilisée lors de votre stage de formation (Ex. : seulement au début du stage, d'une façon constante, etc.)

Question 6

Précisez de quelle façon la grille a été utilisée lors de votre stage de formation et pourquoi?

Question 7

Décrivez comment la grille d'auto-évaluation vous a aidé à rédiger une analyse en ergothérapie.

Question 8

Avez-vous utilisé la grille d'auto-évaluation en collaboration avec votre superviseur de stage? Si oui, en quoi cela a-t-il pu être bénéfique?

Question 9

Décrivez les facteurs qui, selon vous, font en sorte que vous êtes satisfait de votre analyse dans un rapport en ergothérapie.

Question 10

Quels sont, selon vous, les obstacles à la rédaction d'une analyse pouvant avoir un impact sur votre niveau de satisfaction dans un rapport en ergothérapie?

ANNEXE F
LETTRE, NUMÉRO DE CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le 7 janvier 2013
Madame Audrey Bonner
Étudiante
Département d'ergothérapie

Madame,

J'accuse réception des documents corrigés nécessaires à la réalisation de votre protocole de recherche intitulé **L'utilisation d'une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie** en date du 21 décembre 2012.

Une photocopie du certificat portant le numéro CER-12-186-06.06 vous sera acheminée par l'entremise de votre directrice de recherche. Sa période de validité s'étend du 21 décembre 2012 au 21 décembre 2013.

Nous vous invitons à prendre connaissance de l'annexe à votre certificat qui présente vos obligations à titre de responsable d'un projet de recherche.

Je vous souhaite la meilleure des chances dans vos travaux et vous prie d'agréer,
Monsieur, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FANNY LONGPRÉ
Agente de recherche
Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche
FL/sb
c. c. Madame Martine Brousseau, professeure au département d'ergothérapie

ANNEXE G
LETTRE, DIRECTRICE DE COMITÉ 1^{ER} CYCLE

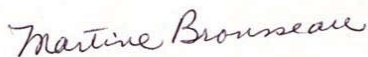
Le 26 novembre 2012

Madame Audrey Bonner,
Étudiante à la maîtrise en ergothérapie, UQTR

Madame,

En tant que directrice de comité de programme de premier cycle, j'approuve à ce que vous entrepreniez une étude auprès des étudiants de 3^e année du baccalauréat en ergothérapie. Un courriel pourra leur être envoyé à votre demande afin de les aviser de votre étude. Comme convenu, le moment choisi pour les rencontrer se fera en dehors des heures de préparation et de retour des stages.

En vous souhaitant bonne chance dans vos démarches et votre projet.

A handwritten signature in dark ink, reading "Martine Brousseau". The signature is written in a cursive style with a light blue ink smudge or watermark visible in the background.

Martine Brousseau,

Directrice de comité de programme de 1^{er} cycle en ergothérapie

ANNEXE H
ANALYSE DE CONTENU DU QUESTIONNAIRE: ENSEMBLE DES VERBATIM
POUR LES QUESTIONS 1, 2, 6, 7, 9 ET 10.

Question 1

Verbatim	Thème
1. Très bien été, la préparation durant le cours avec Martine a été efficace. 2. Ça a assez bien été, parce qu'on a eu beaucoup de pratique avec Martine. 3. Ça a bien été. 4. Ça a bien été, mon superviseur était très ouvert. 5. Les principes d'écriture étaient faciles à appliquer. 6. Je n'ai pas eu de problèmes majeurs lors de la rédaction. 7. Mon expérience d'écriture des rapports s'est en général bien passée 8. Cela s'est bien déroulé en général. 9. Ça a bien été dans ce stage puisque mes évaluations étaient bien fonctionnelles, ce qui favorisait une rédaction top-down 10. Le modèle utilisé était le MCRO-P. 11. J'ai utilisé les canevas MCRO et MOH et cela m'a été utile.	Expérience positive
1. En enfance, je n'ai pas eu beaucoup de rapports à rédiger, mais j'ai eu du mal, car les canevas étaient déjà faits (selon le PPH) 2. Puisque aucune norme existe pour les rapports au niveau populationnel, ce fut quand même difficile. 3. J'étais en stage à l'enfance et j'ai trouvé difficile de faire mon premier rapport d'évaluation. 4. Dans mon milieu, les rapports étaient dictés dans un magnétophone, donc c'était difficile de composer dans ma tête et de dicter le tout de façon efficace et dans de "beaux" mots objectifs. 5. Au départ, ce fut modérément difficile 6. Souvent difficile de résumer l'ensemble des difficultés notées dans le rapport lors de l'analyse. Choisir les bons termes pour nuancer ce qui est rapporté. Parfois difficile de bien distinguer les données subjectives et objectives à l'écriture. 7. Cela a été difficile 8. J'ai trouvé ça difficile ...j'avais de la difficulté à écrire top-down à l'enfance. 9. C'était un grand défi. 10. Au début, ils étaient longs et pénibles à écrire 11. Difficulté parfois à être topdown et fonctionnel, surtout quand on travaille plus les habiletés.	Expérience ardue
1. Nouvelle expérience. J'ai dû rédiger un rapport d'évaluation populationnelle, chose que je n'avais pratiqué. 2. Aussi, les rapports étaient interdisciplinaires (ergo/physio/kin) donc il fallait suivre le canevas et on ne pouvait pas tellement en sortir. 3. j'ai rapidement saisi la façon d'écrire du milieu. 4. Par contre, il y a des différences dans l'écriture selon les milieux. 5. J'ai eu la chance de rédiger un seul rapport et basé sur une approche populationnelle donc c'était vraiment différent de ce qu'on a appris à l'école. 6. Cela a été un ajustement par rapport au changement de clientèle 7. C'était très particulier parce que nous avions une approche uniquement populationnelle et nous n'avons rédigé que 2 documents	Expérience nécessitant l'appropriation de nouvelles façons d'écrire
1. De plus, mon rapport était beaucoup trop long et j'avais de la difficulté à le rendre plus concis. 2. La vitesse de rédaction des rapports au cours du stage s'est améliorée	Expérience nécessitant le développement des habiletés d'écriture

<p>considérablement de par l'esprit de synthèse qui se développe et du désir de concision.</p> <p>3. J'ai eu quelques occasions pour pratiquer et écrire, donc cela m'a grandement aidé.</p> <p>5. Mon superviseur m'apportait de la rétroaction constructive. Ce qui me permettait de perfectionner ma rédaction au fil de mes rapports.</p> <p>6. Les problématiques étaient davantage au niveau des choix des mots pour respecter le vocabulaire ergo.</p> <p>7. mais je dois augmenter ma vitesse de rédaction.</p> <p>8. Par contre, j'avais de la difficulté au niveau de la quantité de détails à fournir VS la longueur du rapport. Cela me prenait beaucoup de temps faire mes rapports.</p> <p>9. Je m'habitue peu à peu, l'expérience entre et mes rapports sont de plus en plus professionnels.</p> <p>10. Au départ, c'est toujours un peu difficile et demande plus de temps et de concentrations. Dès que le 1^{er} est fait, c'est beaucoup plus facile.</p> <p>11. Il est parfois difficile de cibler la quantité d'informations à inclure dans les notes.</p> <p>12. Cependant, ces difficultés se sont atténuées avec l'expérience.</p> <p>13. Le plus difficile était de limiter le nombre de pages et de ne cibler que ce sur quoi on allait intervenir dans nos 2 mois.</p>	
<p>1. L'écriture de ma superviseure était très différente de la mienne. Son écriture n'était pas tellement basée sur le fonctionnement, ce qui est très important pour moi.</p> <p>2. ma superviseure écrivait bottom up et moi top-down.</p> <p>3. J'ai trouvé ça difficile puisque mon superviseur faisait des micros analyses dans la partie description.</p> <p>4. J'avais 3 superviseures et plusieurs clientèles, j'ai donc dû m'adapter aux exigences de chacune de mes superviseures</p>	Différences interpersonnelles d'écriture

Question 2

Verbatim	Thèmes
<p>1. tout en faisant des liens fonctionnels.</p> <p>2. Tenir compte des difficultés occupationnelles</p> <p>3. Parfois difficile d'être top-down</p> <p>4. produire une analyse centrée sur un besoin occupationnel lorsque la lunette d'ergothérapie s'applique à une population</p> <p>5. Travaille les habiletés, mais doit faire le pont avec le fonctionnel dans l'analyse.</p> <p>6. Lorsque nos superviseurs écrivent de façon bottom up et que nous voulons écrire top down.</p> <p>7. En clinique privée, il est difficile de voir les impacts réels au quotidien et ainsi être top down.</p> <p>8. Garder la vision fonctionnelle en priorité dans des situations de handicap précises</p> <p>9. Écrire top down (enfance).</p> <p>10. L'aspect très médical du milieu et des objectifs de traitement (plaies, mobilité, AAA).</p> <p>11. Lorsque les évaluations réalisées sont plus bottom-up que top-down</p> <p>12. Le côté fonctionnel a été un bon obstacle étant donné qu'avec une de mes superviseures, il m'était interdit de le faire ressortir.</p> <p>13. Être top-down (pas toujours évident).</p>	Rédiger l'analyse selon une approche top-down (Débuter par les occupations).
<p>1. La synthèse</p> <p>2. le principal obstacle a été de rester concise</p>	Rédiger une analyse de façon concise.

<ul style="list-style-type: none"> 3. Concision. 4. La synthèse 5. Faire ressortir l'essentiel. 6. La longueur, ne pas faire des analyse trop longues 7. Synthétiser 8. Mettre assez de détails sans se répéter. 9. La concision est aussi un élément difficile. 	
<ul style="list-style-type: none"> 1. les liens 2. Voir le client de façon holistique après peu de rencontres. Tenir compte des tous les éléments pertinents 3. y intégrer (et prioriser) tous les éléments pertinents. 4. On ne doit pas empiéter sur le rôle des autres mais ne pas les négliger non plus si on veut que notre analyse soit complète. 5. sans oublier d'éléments. 6. Faire des liens entre difficultés et atteintes fonctionnelles. 7. La présence d'un mandat très large peut alourdir nos analyses et rendre leur rédaction plus difficile. 	Rédiger une analyse qui est complète
<ul style="list-style-type: none"> 1. la vulgarisation 2. La façon de rapporter l'information pour que ce soit le plus compréhensible et clair possible. 3. Répondre au mandat clairement 4. Lorsque dans notre tête, les éléments sont mélangés, l'analyse va transmettre cette incompréhension. 5. Savoir par où commencer. Comment enfiler les idées pour ne pas que ça soit décousu. 6. Toujours garder en tête ce qu'on veut vraiment dire 	Rédiger une analyse qui sera facile à comprendre
<ul style="list-style-type: none"> 1. Cas complexe, où on ne sait pas ce qui cause la difficulté dans le fonctionnement, où il y a plusieurs possibilités de causes. 2. Si les liens entre les occupations et la personne ne sont pas clairs suite à l'évaluation 3. prendre position 4. Prendre position quand on ne connaît pas la cause du problème (surtout dans des cas de problème de comportement). 5. Lorsque les données se contredisent et qu'il est difficile d'en venir à une conclusion. 	Émettre une opinion professionnelle par rapport aux problèmes occupationnels du client
<ul style="list-style-type: none"> 1. Manque de temps 2. Manque de temps 	Manquer de temps
<ul style="list-style-type: none"> 1. Il était difficile de trouver les bons termes occupationnels qui expriment clairement ma pensée 2. Choix de termes pour appuyer le raisonnement clinique. 	Trouver le bon vocabulaire à utiliser
<ul style="list-style-type: none"> 1. Si l'analyse est positive (peu d'expérience en ce sens). 2. Des analyses "positives" par exemple sur le maintien à domicile à clientèle possible. Faire ressortir les forces. 	Faire ressortir les forces et éléments positifs dans l'analyse.
<ul style="list-style-type: none"> 1. Manque de connaissances 	Ressentir un manque de connaissances

Question 6

Verbatim (à quel moment la grille est utilisée)	Thèmes
<ul style="list-style-type: none"> 1. « Au début du stage » 2. « Seulement au début (j'avais plus de temps) » 3. « En début de stage » 4. « Au début du stage » 	Au début du stage

1. « En cours de stage, lors d'analyse plus difficile. » 2. « Tout au long du stage »	Pendant les 8 semaines de stage
1. « À la fin, car je l'avais oubliée durant mon stage » 2. « À la fin du stage. »	À la fin du stage
Verbatim (de quelle façon la grille est utilisée)	Thèmes
1. « pendant la rédaction » 2. « à titre informatif pour me donner de l'inspiration. »	Grille consultée pendant la rédaction d'une analyse en tant que guide.
1. « vérifier que j'avais tous les éléments » 2. « Grille remplie suite à la rédaction (avant d'imprimer le rapport) » 3. « pour « valider » que toutes les infos. étaient présentes », lorsque des questionnements demeuraient. 4. « m'assurer qu'elle avait tous les critères ». 5. « Utilisé comme aide-mémoire de révision seulement » 6. « j'ai rempli la grille suite à l'analyse finale corrigée par ma superviseure. » 7. « après avoir rédigé mon analyse. » 8. « davantage comme guide pour évaluer ce que j'avais fait »	Grille utilisée afin de m'assurer que mon analyse est complète.
1. « après avoir rédigé une analyse dont j'étais plus ou moins satisfaite »	Grille utilisée lorsque je ne suis pas satisfaite de mon analyse.
1. « pour pister ma superviseure sur nos exigences. »	Grille utilisée afin d'informer un superviseur de stage des exigences quant à la rédaction d'une analyse.
1. « me donner des pistes de réflexion pour une prochaine fois. »	Grille utilisée comme outil de réflexion.

Question 7

Verbatim	Thèmes
1. M'assurer d'avoir tous les éléments. 2. me rassurer sur la qualité de mon analyse. 3. Double vérification pour s'assurer qu'on n'est pas tombé dans les « pièges » de la rédaction. 4. Ne rien oublier 5. Pour ne rien oublier (correction suite à l'écriture). 6. Elle m'a plutôt aidé à bien la corriger.	Évaluer si mon analyse répond aux critères d'une bonne analyse.
1. Elle m'a aidée à me rappeler les points essentiels d'une bonne analyse sans fouiller dans tous mes documents d'université ! 2. Mots liens pertinents 3. Ordre logique pour bien la rédiger 4. C'est clair et ça cible bien les éléments importants.	Utiliser la grille en tant qu'outil de référence pouvant être consulté au besoin.
1. prendre connaissance des mes erreurs/oublis. 2. améliorer la qualité de mon analyse. 3. Elle a été nécessaire pour l'ajout de certains détails, après la rédaction de l'analyse	Améliorer la qualité de mes analyses.

Question 9

Verbatim	Thèmes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Temps requis pour la compléter. 2. Plus long à faire analyse, car doit vérifier les critères. 3. La remise en question demande aussi du temps. 4. Manque de temps, dois rédiger dans un intervalle de temps court, donc rédaction plus rapide (ne prend pas le temps de me réviser). 5. Cela prend beaucoup de temps pour s'assurer d'appliquer tous les principes décrits dans la grille. 6. Le manque de temps 7. Manque de temps +++. 8. La charge de travail. Je pouvais faire plusieurs rapports par journée et je trouvais que cela prenait +++ de temps. 9. Le temps que ça prend pour la lire et la remplir. 10. La grande charge de travail et la rapidité du milieu a fait que je n'ai pas pris le temps d'utiliser la grille. 11. La grande charge de travail et le manque de temps. 12. Le manque de temps. 13. J'avais parfois l'impression d'être pressée 14. Elle peut être longue à remplir si on l'utilise souvent 	Charge de travail et manque de temps
<ol style="list-style-type: none"> 1. De ne pas toujours l'avoir à la portée de la main 2. Je crois que de l'avoir sous la main 3. Simplement un oubli... 4. Penser à l'utiliser 5. Il aurait fallu que je la mette à ma vue, je ne pensais tout simplement pas à l'utiliser. 6. j'oubliais de l'utiliser 7. Se rappeler qu'elle existe ☺ 	Ne pas avoir la grille avec soi, oubli.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Quand je me suis sentie plus à l'aise, je n'étais plus portée à l'utiliser 2. Le fait que nous venons d'avoir le cours de tenue de dossier a entraîné que les notions étaient fraîches et que je ne me référais pas d'emblée à la grille 3. J'étais à l'aise pour écrire sans la grille, étant donné mon cours avec Martine Brousseau. 4. je n'avais pas trop de difficulté à les rédiger dans ce milieu, mon rôle était clair. 	Sentiment que les connaissances en lien avec la rédaction d'une analyse sont acquises
<ol style="list-style-type: none"> 1. Je n'en vois aucun. C'est simple, compact et clair. 2. Je crois pas qu'il y ait d'obstacles précis 3. Aucun. 	Aucun obstacle
<ol style="list-style-type: none"> 1. J'étais déjà dans un canevas et j'ai utilisé le cahier rose de Mme Brousseau. 2. J'utilisais le cahier rose du département par habitude et je ne pensais plus à l'existence de la grille. 	Utilisation d'un autre outil déjà connu
<ol style="list-style-type: none"> 1. Certains types de rapports ne s'appliquent pas toujours (ex : dépistage de groupe). 2. L'approche populationnelle. Rien ne semble avoir été développé à ce jour pour la tenue de dossier dans un tel contexte. 	Grille qui ne s'applique pas à tous les types de rapport
<ol style="list-style-type: none"> 1. Une feuille plastifiée pourrait être intéressante. 2. Version de poche aurait pu faciliter son utilisation (ex : version plastifiée plus petite). 	Format de la grille
<ol style="list-style-type: none"> 1. (que ça devienne une habitude). 2. Comme je devais m'ajuster aux demandes de ma superviseuse, je trouvais difficile d'inclure un nouvel outil. 	Intégrer un nouvel outil à sa pratique

1. L'échelle est trop sophistiquée.	Échelle de cotation complexe
-------------------------------------	------------------------------

Question 10

Verbatim	Thèmes
1. Un portrait fidèle de la complexité de la situation vécue. 2. Démontre la complexité de la situation 3. Vision holistique des forces et difficultés du client 4. Quand l'analyse nous aide à avoir un portrait global de la personne 5. Nous voyons vraiment le portrait de la situation, l'essentiel. 6. Relire le produit fini et trouver que ça décrit bien le client. 7. Qu'une personne externe se fasse la même image que vous du client en question. 8. qui résume bien l'ensemble de la situation et qui est écrite de manière respectueuse. 9. Que ça reflète bien le portrait du client. 10. D'avoir fait une analyse juste de la situation du client. 11. L'effet d'avoir écrit une analyse qui représente bien la situation/problématique vécue. 12. Le sentiment qu'on va pouvoir bien aider son client car on comprend bien ses besoins.	L'analyse donne un portrait fidèle du client.
1. Répondre aux critères d'une bonne analyse 2. Les liens sont présents 3. Liens entre les dimensions. 4. On y retrouve tous éléments. 5 critères qualités d'une analyse. 5. Qu'elle soit complète 6. D'avoir réussi à faire état de son opinion professionnelle 7. Présence de liens pertinents. 8. Répond à tous les critères du cahier rose 9. que les difficultés vécues pour les réaliser sont bien expliquées. La présence de liens, aussi. 10. qu'elle contient tous les éléments. 11. Avoir une analyse qui respecte les critères de la grille	L'analyse répond aux critères de qualité.
1. Quand l'explication entre le fonctionnement et les dimensions de la personne est claire 2. Synthèse 3. Les difficultés sont claires ainsi que leurs causes. 4. Être clair et concis pour les autres professionnels 5. Avoir réussi à être concis dans ses liens 6. Qu'elle est claire, concise	L'analyse est claire et concise.
1. Il n'y a pas que des faiblesses, mais des forces donc analyse positive !	L'analyse tient compte des forces du client.
1. Centré sur les occupations. 2. Les mots sont ergothérapiques. L'analyse est centrée sur l'occupation. 3. De voir la couleur de l'ergothérapie dans l'analyse de la situation. 4. Le fait d'ajouter notre couleur d'ergo, c'est-à-dire l'écriture top down 5. D'avoir une analyse qui est top-down	L'analyse est centrée sur les occupations.
1. que ce soit compréhensible par tout le monde. 2. que l'analyse est simple à comprendre pour les autres professionnels. 3. que les autres professionnels la comprennent. 4. que l'analyse peut être comprise par n'importe qui (parent, partenaire, autres professionnels).	L'analyse est facile à comprendre

5. Fluidité, compréhension, lecture par les acteurs gravitant autour du client.	
1. Lorsque le plan d'intervention est facile à élaborer en lien avec ce qui a été ciblé dans l'analyse. 2. contribuent à la mise en place du plan d'intervention.	L'analyse me permet de rédiger un plan d'intervention avec facilité.
1. Que les difficultés de rédaction soient corrigées 2. voir qu'on a de moins en moins de modifications à apporter. 3. Le fait de prendre de l'expérience, en rédiger plusieurs.	Ressentir que je me m'améliore.
1. Se sentir outillé et être confiant dans ses propos. 2. À l'aise dans nos propos et dans notre position.	Ressentir de la confiance.
1. Ma superviseuse était satisfaite. 2. Feedback du superviseur. 3. Avoir de la rétroaction d'une tierce personne 4. Aucun reproche du superviseur. 5. La rétroaction de ma superviseuse.	Obtenir une rétroaction positive de mon superviseur.