

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

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

CATHERINE VERMETTE

L'IMPLANTATION D'UNE COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE POUR SOUTENIR LA
PRATIQUE BASÉE SUR LES DONNÉES PROBANTES D'ERGOTHÉRAPEUTES
EN MILIEU RURAL

DÉCEMBRE 2015

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie Mme Martine Brousseau, professeure au département d'ergothérapie, qui m'a accompagnée dans la supervision de cet essai du début à la fin. Merci d'avoir cru en mon projet et d'y avoir porté autant d'intérêt. Votre énergie, votre enthousiasme et vos encouragements m'ont été d'un grand soutien tout au long de la réalisation de cet essai. Vous avez réussi à me transmettre votre passion en lien avec les pratiques professionnelles, et cela transparaîtra dans ma future pratique comme ergothérapeute.

De plus, je tiens à remercier les participants qui se sont impliqués dans mon projet et qui ont rendu celui-ci possible.

Je remercie également Alexandra Lecours, Claire Dumont et Nancy Baril, professeures au département d'ergothérapie, qui ont validé la formulation des questions des questionnaires utilisés dans le cadre de ce projet de recherche.

Merci à Julie Lapointe, erg. PhD, directrice des pratiques professionnelles à l'Association canadienne des ergothérapeutes, pour ses commentaires constructifs qui ont permis de bonifier mon projet.

Finalement, merci à mon conjoint, ma famille, mes amis, et mes collègues de classe, qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de mon parcours universitaire. Votre présence a été indispensable à l'accomplissement de l'un de mes objectifs de vie, soit d'être ergothérapeute.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	viii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT	x
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	2
2.1. Pratique de l'ergothérapie en milieu rural	2
2.2. Qu'est-ce que l'intégration des données probantes.....	3
2.3. Comment intégrer les données probantes à la pratique	4
2.3.1. Soutien individuel	4
2.3.2. Ateliers de groupe	4
2.3.3. Communautés de pratique	10
3. CADRE CONCEPTUEL	12
3.1. Communauté de pratique	12
3.1.1. Historique et définition	12
3.1.2. Principes d'apprentissage	12
3.1.3. Caractéristiques essentielles aux communautés de pratique	13
3.1.4. Types de communautés de pratique.....	15
3.2. Apprentissage coopératif	16
3.3. Apprentissage vicariant.....	17
4. MÉTHODE	19
4.1. Devis	19
4.2. Échantillonnage et population	19
4.3. Procédure	19
4.4. Méthodes de collecte de données	20
4.5. Analyse des données	21
4.6. Considérations éthiques	21
5. RÉSULTATS.....	22
5.1. Description de la population.....	22
5.2. Perception de la pratique fondée sur les données probantes.....	23

5.2.1. Perception des obstacles à la pratique basée sur les données probantes	23
5.2.2. Recours aux données probantes	26
5.2.3. Perception des besoins quant à la pratique basée sur les données probantes	26
5.2.4. Point de vue global sur la pratique basée sur les données probantes.....	27
5.3. Retombées de la participation à la communauté de pratique	28
5.3.1. Attitude envers la pratique basée sur les données probantes	28
5.3.2. Niveau de confiance à utiliser les données probantes	29
5.3.3. Perception des connaissances de base en lien avec la pratique basée sur les données probantes	29
5.3.4. Perception d'être outillé dans les étapes du processus d'intégration des données probantes	30
5.3.5. Impact de la communauté de pratique sur la pratique clinique	33
5.3.6. Planification pour le futur	34
5.3.7. L'élément qui a été le plus aidant	35
5.3.8. Les avantages de participer à une communauté de pratique	36
5.4. Utilisation des différentes stratégies pédagogiques pendant les rencontres	36
5.4.1. Utilité des explications théoriques	36
5.4.2. Utilité des exemples	37
5.4.3. Utilité des exercices pratiques	38
5.4.4. Perception du journal réflexif.....	38
6. DISCUSSION	40
6.1. Retour sur l'objectif de l'étude	40
6.2. Prémisses à l'implantation de la communauté de pratique	41
6.2.1. Perception des obstacles à la pratique basée sur les données probantes	41
6.2.2. Caractéristiques essentielles à une mise en place réussie d'une communauté de pratique.....	42
6.2.3. Recours aux données probantes	43
6.3. Retombées de la participation à la communauté de pratique	43
6.4. Forces et limites.....	46
6.5. Contributions de cette étude à la pratique ergothérapique	47
7. CONCLUSION	49
Références	50
ANNEXE A QUESTIONNAIRE INITIAL	55
ANNEXE B QUESTIONNAIRE FINAL	58
ANNEXE C JOURNAL RÉFLEXIF	62

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Nombre d'années de pratique au total et dans le milieu actuel	23
Tableau 2. Réponses à l'énoncé «J'estime que je n'ai pas les connaissances de base.»	24
Tableau 3. Réponses à l'énoncé «Je ne sais pas comment m'y prendre, je ne me sens pas habile.»	24
Tableau 4. Réponses à l'énoncé «J'ai peu de temps à consacrer à cette pratique.»	24
Tableau 5. Réponses à l'énoncé «Je n'ai jamais pris le temps de m'y attarder autant au travail qu'après les heures de travail.»	25
Tableau 6. Réponses à l'énoncé «J'ai une charge de travail tellement élevée que je ne trouve pas un moment pour intégrer cette pratique.»	25
Tableau 7. Réponses à l'énoncé «Je n'ai pas accès aux bases de données.»	25
Tableau 8. Réponses à l'énoncé «Je manque de soutien de la part de mes supérieurs.»	25
Tableau 9. Réponses à l'énoncé «J'ai peu d'occasions d'échanger avec mes collègues de travail sur le sujet.»	26
Tableau 10. Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour élaborer une question de type P.I.C.O? »	31
Tableau 11. Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour identifier les principaux concepts de la question?»	31
Tableau 12. Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour trouver des mots-clés et synonymes des concepts? »	31
Tableau 13. Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour formuler des équations de recherche dans les bases de données? »	31
Tableau 14. Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour choisir les meilleures sources d'information (ex. : bases de données)? »	32
Tableau 15. Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour évaluer les résultats de la recherche et réajuster la stratégie de recherche ?»	32
Tableau 16. Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour intégrer les données probantes à la pratique?»	33
Tableau 17. Réponses à l'énoncé: «Le journal réflexif à la fin de chaque rencontre m'a permis de synthétiser les connaissances acquises lors de chaque rencontre»	39

Tableau 18. Réponses à l'énoncé : «Le journal réflexif à la fin de chaque rencontre m'a permis de porter un regard critique sur ma pratique et mes apprentissages.».....	39
--	----

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Attitude des participants envers la pratique fondée sur les données probantes avant et après la participation à la communauté de pratique	28
Figure 2. Niveau de confiance des participants à utiliser les données probantes avant et après la participation à la communauté de pratique	29
Figure 3. Perception des connaissances de base des participants avant et après la participation à la communauté de pratique	30
Figure 4. Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour évaluer la qualité d'un article scientifique?»	33

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
P.I.C.O.	Population, intervention, comparaison, <i>outcome</i> (résultat)
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Problématique: Depuis une quinzaine d'années, la pratique basée sur les données probantes fait partie de l'éventail des compétences attendues en ergothérapie. Les écrits actuels font valoir que plusieurs éléments font obstacle à cette pratique, et même davantage en milieu rural. L'isolement, le manque de temps et l'accès limité aux données probantes ne sont que quelques-uns des obstacles vécus en milieu rural (Parsons, Merlin, Taylor, Wilkinson et Hiller, 2003). Bien que plusieurs stratégies aient été étudiées pour soutenir les ergothérapeutes dans l'intégration des données probantes, aucune n'a été menée à la fois en ergothérapie et en milieu rural. **Objectif :** L'objectif de cette étude est de décrire les retombées de la participation à une communauté de pratique implantée pour soutenir la pratique basée sur les données probantes d'ergothérapeutes en milieu rural. **Cadre conceptuel :** Cette étude sous-tend trois concepts principaux, soit les communautés de pratique, l'apprentissage coopératif ainsi que l'apprentissage vicariant. **Méthode :** Un devis descriptif mixte exploratoire est utilisé dans cette étude. Les participants sont recrutés à l'aide d'une méthode d'échantillonnage de convenance. Une communauté de pratique comprenant cinq rencontres mensuelles d'une durée approximative de deux heures a été mise en place. Cette communauté porte sur la pratique basée sur les données probantes, et regroupe des ergothérapeutes participants ainsi qu'un animateur agissant comme expert. Les données ont été collectées par un questionnaire initial et un questionnaire final. Les données quantitatives sont analysées à l'aide de fréquences, et les données qualitatives, à l'aide d'analyses de contenu permettant de faire ressortir les thèmes. **Résultats :** L'étude est menée auprès de sept ergothérapeutes travaillant dans un même milieu rural. Selon l'expérience des participants, la participation à une communauté de pratique pendant cinq mois améliore l'attitude, le niveau de confiance et les connaissances en lien avec la pratique basée sur les données probantes. De plus, elle permet aux ergothérapeutes de se sentir outillés dans les étapes du processus d'intégration des données probantes. La participation à la communauté de pratique modifie ou bonifie leur pratique clinique, et permet aux participants de se fixer des objectifs pour que des changements perdurent à long terme. **Discussion :** Le fait que le taux de participation lors de l'invitation soit de 100% et qu'aucun participant n'ait abandonné au fil des cinq mois fait valoir qu'ils avaient de l'intérêt pour la participation à cette communauté de pratique. L'un des éléments ressortant de l'étude est que la présence de l'expert directement dans le milieu est bénéfique au succès de la communauté de pratique mise sur pied en milieu rural. À noter que les retombées ont été documentées à partir de la perception des participants; aucune mesure objective du niveau de connaissances, du recours aux données probantes et de l'amélioration de la pratique clinique n'a été utilisée. **Conclusion :** Puisque les résultats de cette étude sont positifs, pour des recherches futures, il serait intéressant de reproduire cette étude avec un plus grand nombre de participants, en incluant des mesures objectives et en mesurant les retombées sur la pratique à plus long terme.

Mots-clés : pratique basée sur les données probantes, ergothérapie, communauté de pratique, rural

ABSTRACT

Evidence-based practice competencies has become critical as part of expected occupational therapy practice. Literature review shows that several factors preclude this practice, and even more in rural areas, such as isolation, lack of time and limited access to evidence (Parsons, Merlin, Taylor, Wilkinson and Hiller, 2003). Although several strategies have been studied to support occupational therapists in the integration of evidence based practice, so far, to our knowledge, none has been carried out for occupational therapy in rural areas. **Objective:** The objective of this study is to describe the benefits of participation in a community of practice established to support evidence-based practice for rural occupational therapists. **Conceptual framework:** This study underpins three main concepts: communities of practice, cooperative learning and vicarious learning. **Method:** A descriptive exploratory mixed design has been used in this study. Participants were recruited using a convenience sampling method. A community of practice, including five sessions occurring every month and lasting approximately two hours, was put in place. This community focuses on evidence-based practice and includes occupational therapists participants and an expert. The data collection method includes an initial questionnaire and a final questionnaire. Quantitative data were analyzed using frequencies, and qualitative data were analyzed using content analysis to highlight themes. **Results:** The study was conducted in a rural setting where working seven occupational therapists. From the perspective of the participants, participation in a community of practice for five months has improved attitude, confidence and knowledge related to evidence-based practice. In addition, it allowed therapists to feel competent at every step of the process of integrating evidence. Participation in the community of practice modified or enhanced their clinical practice, and allows participants to set goals for long-term changes. **Discussion:** The fact that the rate of participation from the initial invitation was 100% and no participant dropped over the five months shows that participating in this community of practice for rural occupational therapists has been a real asset. Another element emerging from the study is that the presence of the expert directly in the workplace is beneficial to the success of the community of practice in rural areas. The benefits have been documented from the perception of the participants although no objective measure of the level of knowledge, the use of evidence and improvement of clinical practice were used. **Conclusion:** Results of this study provide an example to support rural occupational therapists for evidenced based practice. Even though, this study has showed positive results, it would be pertinent to replicate this study with a larger number of participants, including objective measures and measuring long-term impact on practice.

Keywords: evidence-based practice, occupational therapy, community of practice, rural

1. INTRODUCTION

Dans le cadre de leur pratique, les ergothérapeutes déploient un large éventail de compétences en vue de promouvoir la santé et le bien-être par l'habilitation de l'occupation (Townsend et Polatajko, 2012). Selon l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) (2012), les sept compétences sont attendues d'un ergothérapeute, incluant entre autres celle de praticien érudit. Cette compétence se définit par le fait de baser le travail d'ergothérapeute sur les meilleures données probantes découlant de la recherche, des pratiques exemplaires et des connaissances fondées sur l'expérience (ACE, 2012). Cette définition sous-tend qu'il est important, comme ergothérapeute, d'avoir une pratique basée sur les données probantes afin d'offrir des services de qualité aux clients. Cependant, de nombreux écrits rapportent qu'il est difficile pour les professionnels de la santé, tels que les ergothérapeutes, d'intégrer cette pratique au quotidien en milieu clinique (Thomas et Law, 2013). Un autre enjeu ressortant dans les écrits ainsi que dans la réalité des cliniciens, est que cette pratique est d'autant plus un défi en milieu rural. La présente étude consiste à mettre sur pied une communauté de pratique en ergothérapie en milieu rural pour soutenir l'intégration des données probantes à la pratique et d'en étudier les retombées.

Cet essai débute par l'énoncé de la problématique, suivi du cadre conceptuel traitant des notions théoriques et conceptuelles encadrant cette étude. Ensuite, la méthode est décrite, comprenant le devis utilisé, l'échantillonnage et la population à l'étude, la procédure, la collecte de données, l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques. Puis, les résultats sont présentés, suivi d'une discussion portant sur l'analyse des résultats en regard des forces, des limites et des écrits recensés, ainsi que les contributions qu'apporte cette étude à la pratique en ergothérapie. L'essai se termine par une brève conclusion faisant une synthèse des retombées et énonçant des pistes pour des recherches futures.

2. PROBLÉMATIQUE

La section qui suit présente la pratique de l'ergothérapie en milieu rural, puis aborde ce qu'est l'intégration des données probantes, et comment intégrer celles-ci dans la pratique clinique.

2.1. Pratique de l'ergothérapie en milieu rural

Les régions rurales au Canada sont définies comme étant les régions qui restent après la délimitation des régions urbaines, comprenant entre autres les petites villes et villages de moins de 10000 habitants (Statistiques Canada, 2006). Au Québec, plus de 26% de la population habite en région rurale, occupant 90% du territoire de la province (Solidarité rurale du Québec, 2012). Dans les régions rurales, la densité de la population ainsi que les conditions de vie varient considérablement (Statistiques Canada, 2009). Dans le domaine de la santé, bien que le Gouvernement du Québec (2015) mentionne offrir des services et des ressources à la population en considérant les caractéristiques géographiques et socio-économiques des territoires de la province, la majorité des professionnels de la santé rencontrent certains obstacles plus spécifiques aux régions rurales. La revue systématique de Parsons, Merlin, Taylor, Wilkinson et Hiller (2003) s'est intéressée à ce sujet, en ayant comme but premier d'identifier les obstacles à l'implantation de la pratique basée sur les données probantes en milieu rural et régions éloignées. Les études menées auprès des professionnels de la santé entre 1990 et 2002 ont été incluses. Les résultats mettent en lumière le peu d'études menées spécifiquement en milieu rural, soit seulement deux études empiriques portant sur les obstacles à la pratique basée sur les données probantes. Dans ces études, les obstacles ressortis en lien avec le milieu rural sont l'isolement, le manque de temps et l'accès limité aux données probantes et à la technologie en général. L'étude de Wielandt et Taylor (2010), quant à elle, a identifié les avantages et les obstacles à la pratique de l'ergothérapie en milieu rural en utilisant un questionnaire auto-administré rempli par 59 ergothérapeutes en Alberta et en Saskatchewan. La pénurie de personnel, la nature généraliste du travail dans les régions rurales, le temps utilisé pour le voyage ainsi que le peu de soutien de la pratique professionnelle ont été rapportés comme étant des obstacles à la pratique de l'ergothérapie en milieu rural. L'étude descriptive quantitative menée par Hu (2012) auprès de 64 ergothérapeutes travaillant en milieu rural en Angleterre a également identifié plusieurs obstacles à cette pratique. Les résultats de l'étude font valoir que les ergothérapeutes pratiquant

en régions rurales doivent faire face à des obstacles similaires à ceux travaillant dans des régions plus urbanisées, soit le manque de temps, la charge de travail élevée, le manque de connaissances et le manque de soutien de la part des supérieurs. Un obstacle a toutefois été identifié dans cette étude comme étant plus spécifique au milieu rural, soit l'accès limité aux données probantes. À la lumière de ces obstacles, l'intégration des données probantes à la pratique représente d'autant plus un défi dans les régions rurales et éloignées, puisque les professionnels de la santé, entre autres les ergothérapeutes, doivent surmonter ces obstacles pour assurer des services de qualité aux personnes vivant dans ces régions (Parsons et coll., 2003).

2.2. Qu'est-ce que l'intégration des données probantes

La pratique basée sur les données probantes est définie comme le processus dans lequel les cliniciens incorporent les meilleures évidences scientifiques, leur expertise clinique ainsi que la perception du client. Il s'agit de mettre davantage l'accent sur l'intégration et le transfert des connaissances acquises par la recherche, de les incorporer à la pratique et d'en user, conjointement avec le jugement clinique et le choix du client (Law et Baum, 1998). Cette pratique comprend cinq étapes fondamentales : la formulation d'une question de recherche, la recherche de données probantes, l'évaluation critique des écrits, l'intégration des données probantes à la pratique, et finalement l'évaluation de l'efficacité de l'intervention (Law et Macdermid, 2013). Depuis une quinzaine d'années, la pratique basée sur les données probantes est mise de l'avant en ergothérapie. À ce moment, le plus grand défi de cette pratique n'était pas nécessairement le manque d'évidences, comme plusieurs le pensaient, mais plutôt la difficulté qu'avaient les ergothérapeutes à transférer les connaissances découlant de la recherche dans leur pratique (Law et Baum, 1998). Au fil des années, différents obstacles à l'intégration des données probantes sont ressortis dans les écrits scientifiques, entre autres le manque de confiance et d'habiletés des ergothérapeutes à interpréter, synthétiser et appliquer les résultats d'évidences (Bennett, Tooth, McKenna, Rodger, Strong, Ziviani...Gibson, 2003; Dubouloz, Egan, Vallerand, et von Zweck, 1999; Welch et Dawson, 2006). Récemment, la revue systématique d'Upton, Stephens, Williams et Scurlock-Evans (2014) a exposé les obstacles à la pratique basée sur les données probantes chez les ergothérapeutes. Ces auteurs ont recensé les études entre 2000 et 2012 sur le sujet, et ont identifié 32 études : 23 études quantitatives (12 de qualité élevée, 1 de bonne qualité, 9 de moyenne qualité et 1 de pauvre qualité), 8 études qualitatives (1 de qualité

élevée, 6 de qualité moyenne et 1 de pauvre qualité) ainsi qu'une étude mixte de qualité moyenne. Les résultats font valoir que l'attitude des ergothérapeutes envers cette pratique est positive, mais que ceux-ci n'intègrent pas suffisamment les données probantes en milieu clinique en raison de différents obstacles vécus tels que le manque d'habiletés au plan de la recherche en général, ainsi qu'un manque de temps, de disponibilité et d'accessibilité aux évidences scientifiques.

La pratique basée sur les données probantes est donc un défi pour plusieurs ergothérapeutes, mais l'est d'autant plus pour ceux travaillant en milieu rural, qui doivent faire face à des obstacles spécifiques au milieu, en plus de ceux vécus par tous les professionnels

2.3. Comment intégrer les données probantes à la pratique

Bien que plusieurs obstacles fassent obstacle à la pratique basée sur les données probantes en ergothérapie, et même davantage en milieu rural, peu d'études ont documenté les stratégies pour soutenir cette pratique à la fois en ergothérapie et en milieu rural, d'où la pertinence du sujet de cet essai. Cependant, plusieurs études abordent des stratégies de soutien à l'intégration des données probantes à la pratique dans le milieu de la santé, soit du soutien individuel, des ateliers de groupe et des communautés de pratique.

2.3.1. Soutien individuel

D'abord, Thomas et Law (2014) ont identifié des stratégies de soutien individuel et organisationnel à la pratique basée sur les données probantes en ergothérapie au Canada, en plus d'explorer les attitudes de 365 ergothérapeutes envers ces celles-ci. Les stratégies permettant de favoriser l'intégration des données probantes à la pratique sont les suivantes : le fait de travailler en équipe interdisciplinaire, d'être affilié à une université, d'être associé à un programme d'ergothérapie, de superviser des étudiants, de recevoir du mentorat, de participer à des recherches, ainsi que de participer à des rencontres avec les pairs.

2.3.2. Ateliers de groupe

Plusieurs études ont utilisé les ateliers de groupe comme stratégie de soutien à l'intégration des données probantes dans le domaine de la santé, incluant en ergothérapie. Menon, Korner-Bitensky, Kastner, McKibbin et Straus (2009) ont publié une revue systématique, qui examinait

l'efficacité d'une intervention unique ou à multiples composantes de transfert des connaissances pour améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements des professionnels en réadaptation (ergothérapeutes et physiothérapeutes) en lien avec la pratique basée sur les données probantes. Selon ces auteurs, une intervention de transfert de connaissances efficace inclut notamment des séances éducatives, la présence d'un expert, la participation à un club de lecture, des conférences, de la rétroaction et des ressources en ligne. Leurs recherches incluaient toutes les études jusqu'en 2008. Douze études ont été incluses, soit quatre essais contrôlés randomisés, cinq études avec un devis avant-après et trois études de cas, et sur ces douze études, sept incluaient des physiothérapeutes et cinq incluaient des ergothérapeutes. En physiothérapie, des évidences modérées (un essai clinique randomisé et deux études avant-après bien conçues) soutiennent qu'une intervention de transfert des connaissances à multiples composantes s'avère efficace pour améliorer les connaissances, et celles-ci ont été mesurées entre six et douze mois après l'intervention. Dans les écrits publiés en ergothérapie, seules des interventions à composante unique ont été évaluées, et ce dans deux séries de cas. Ces études suggèrent que ce type d'intervention pourrait être efficace pour améliorer les connaissances et les comportements des ergothérapeutes en lien avec la pratique basée sur les données probantes. Dans la première série de cas, les 69 ergothérapeutes étaient guidés par un expert pour choisir les situations cliniques dans lesquelles intégrer les données probantes (Verhoef et coll., 2004, cité dans Menon et coll., 2009), et dans la deuxième série de cas, les 103 ergothérapeutes avaient accès à des ressources en ligne (McKenna et coll., 2005, cité dans Menon et coll., 2009). Une étude de type avant-après menée auprès de 35 ergothérapeutes soutient également que des séances éducatives interactives incluant des cours, des discussions de groupe et du soutien téléphonique ou par courriel sont efficaces pour changer le comportement des cliniciens (Cook et coll., 2007, cité dans Menon et coll., 2009). Ce changement a été mesuré quatre mois après le début de l'intervention. En ce qui concerne l'attitude des ergothérapeutes en lien avec la pratique basée sur les données probantes, une étude de type avant-après (McQueen et coll., 2006, cité dans Menon et coll., 2009) incluant sept ergothérapeutes suggère que la participation à un club de lecture contenant des discussions de groupe et l'évaluation critique d'articles sont deux stratégies efficaces pour changer l'attitude des participants et rendre ceux-ci plus favorables à fonder leur pratique sur les données probantes. Les résultats ont été mesurés trois mois après l'intervention.

Les ateliers de groupe sont également inclus dans des programmes d'entraînement à l'intégration des données probantes. En ce sens, une deuxième revue systématique récente a exploré l'efficacité des programmes d'entraînement à la pratique basée sur les données probantes ainsi que leurs composantes, chez les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux (Roy Dizon, Grimmer-Somers et Kumar, 2012). Cette revue incluait les études de 2000 à 2012. Six études ont été incluses dans cette revue systématique, soit quatre essais contrôlés randomisés et deux études de type avant-après. Deux essais contrôlés randomisés ont utilisé un entraînement de base incluant seulement des instructions écrites et des ateliers. La première étude australienne incluant 52 professionnels de la santé, dont 13 étaient la population cible de cette revue, portait sur la formulation d'une question P.I.C.O. Des données ont été récoltées pendant un an (Villanueva et coll., 2001, cité dans Roy Dizon et coll., 2012). La deuxième étude, réalisée au Royaume-Uni, incluait 200 professionnels de la santé qui ont participé à un atelier de quelques heures sur l'évaluation critique d'évidences scientifiques, et les changements ont été mesurés après six mois (Taylor et coll., 2004, cité dans Roy Dizon et coll., 2012). Les quatre autres études recensées ont utilisé des interventions à multiples composantes. L'étude australienne de type avant-après de McCluskey et Lovarini (2005, cité dans Roy Dizon et coll., 2012) est la seule de cette revue à avoir été menée exclusivement auprès d'ergothérapeutes (n=106) et à avoir offert du soutien sur une période de huit mois. L'intervention comprenait deux jours d'ateliers incluant des conférences, des séances pratiques, et des discussions de groupe, suivi de huit mois de soutien par l'entremise de courriels et de contacts téléphoniques. Suite à ces huit mois, les résultats ont été mesurés. Une autre étude de type avant-après menée auprès de 79 travailleurs sociaux américains comprenait les mêmes composantes que l'étude précédente (conférences, séances pratiques, discussions de groupe) mais sur une période de sept heures consécutives (Parrish et coll., 2010, cité dans Roy Dizon et coll., 2012). Les résultats ont été mesurés trois mois après l'intervention. Une étude contrôlée randomisée incluant 800 professionnels de la santé a été réalisée à Hong-Kong en faisant un atelier de trois heures comprenant de l'enseignement et de la supervision lors d'exercices pratiques. Les connaissances, les habiletés, les attitudes et les comportements ont été mesurés trois mois après l'intervention (Cheng, 2003, cité dans Roy Dizon et coll., 2012). Une autre étude contrôlée randomisée a été menée au Royaume-Uni auprès de 30 physiothérapeutes, et était principalement centrée sur l'attitude des participants envers la pratique basée sur les données probantes. Différentes

stratégies ont été utilisées pendant l'atelier de cinq heures, soit de l'enseignement, des discussions, de la pratique réflexive, de l'expérimentation active ainsi que l'apprentissage par les pairs. Les résultats ont été mesurés trois et six mois après l'intervention (Stevenson et coll., 2004, cité dans Roy Dizon et coll., 2012). Toutes ces études mènent à la même conclusion, soit que l'entraînement améliore les habiletés, les connaissances et les attitudes des thérapeutes, mais ne change pas nécessairement les comportements à long terme. La seule étude à avoir rapporté de légers changements de comportement est celle de McCluskley et Lovarini (2005), qui est d'ailleurs la seule à avoir offert du soutien sur plusieurs mois.

Une autre étude australienne de type avant-après a été menée auprès de 88 professionnels de la santé, soit 33 ergothérapeutes, 21 physiothérapeutes, 23 orthophonistes, 5 éducateurs, 3 psychologues et 3 travailleurs sociaux (Novak et McIntyre, 2010). Les chercheurs ont évalué l'effet d'un atelier d'une journée comprenant des activités de transfert de connaissances, des exercices pratiques sur l'élaboration de questions de recherche la recherche et la critique, de la modélisation par des experts ainsi que la production d'une évaluation critique. Du soutien dans le milieu de travail a aussi été fourni incluant l'accessibilité aux ressources nécessaires, la mise en place de supervision par des experts et le développement de groupes de travail. Les résultats démontrent que les connaissances se sont améliorées immédiatement après la séance éducative et que les comportements ont aussi changé sur une période de 18 mois. Cela suggère donc que la composante du soutien a un effet positif sur les changements de comportements et donc sur l'implantation de la pratique basée sur les données probantes dans la pratique.

L'étude contrôlée randomisée australienne de Campbell, Novak, McIntyre et Lord (2013) a utilisé une stratégie éducative de transfert de connaissances et en a mesuré l'efficacité en lien avec les connaissances, les comportements et les attitudes sur la pratique basée sur les données probantes chez des professionnels de la santé (49 ergothérapeutes, 32 physiothérapeutes, 36 orthophonistes, 8 psychologues et 10 travailleurs sociaux). L'atelier était d'une durée de trois jours, soit deux jours consécutifs d'ateliers interactifs, et une autre journée, huit semaines plus tard, où les participants avaient à présenter un cas clinique et à en discuter. L'intervention comprenait à la fois de la formation pour soutenir les compétences des professionnels et du soutien en milieu de travail. De plus, certains facilitateurs ont été mis en place dans le cadre de

cette étude comme une rémunération salariale ainsi qu'un accès aux bases de données. Les résultats font valoir que cette intervention, comprenant les stratégies ci-haut énumérées, améliore les connaissances des professionnels en lien avec la pratique basée sur les données probantes, et suggèrent également qu'elle tend à changer le comportement dans la pratique clinique.

Par ailleurs, une autre stratégie utilisée pour soutenir l'intégration des données probantes à la pratique est la mise en place d'un club de lecture. L'étude de type avant-après de Lizarondo, Grimmer-Somers, Kumar et Crockett (2012) avait comme but de mesurer l'impact d'un club de lecture structuré sur les connaissances, les habiletés et les comportements des professionnels de la santé (36 ergothérapeutes, 19 physiothérapeutes, 16 travailleurs sociaux, 12 nutritionnistes et 10 orthophonistes). Les participants se sont rencontrés pendant six mois, à raison d'une rencontre d'une heure par mois. Dans ce modèle structuré, les participants ne réalisent pas toutes les étapes de la pratique basée sur les données probantes, puisque la recherche d'évidences et l'évaluation critique sont faites par un expert externe. Les résultats de cette étude font valoir qu'un tel club de lecture permet d'améliorer les connaissances, mais pas les comportements. Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans ce modèle structuré, les participants ne mettent pas en pratique leurs habiletés, comparativement à un club de lecture comme celui investigué par McQueen, Miller, Nivison et Husband (2006) où les participants effectuaient toutes les étapes de la pratique dans des rencontres d'une heure par mois pendant six mois. En effet, les résultats de cette étude ont indiqué des changements dans la pratique professionnelle et dans les attitudes par rapport à la pratique basée sur les données probantes suite à la participation au club pendant six mois.

Par ailleurs, quelques études abordent spécifiquement des stratégies pour soutenir l'intégration des données probantes en ergothérapie. D'abord, l'étude contrôlée randomisée de Buchanan, Siegfried, Jelsma et Lombard (2014), comprenant 56 ergothérapeutes d'Afrique du Sud, a comparé une intervention éducative didactique, incluant seulement de la théorie, à une intervention éducative interactive, incluant des exercices pratiques et des groupes de discussion en plus de la théorie. Le but était de déterminer si cette dernière était plus efficace pour améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements des ergothérapeutes après 12 semaines. Les résultats suggèrent qu'aucune des deux interventions n'apporte de changement de comportement, mais que les deux améliorent les connaissances, et que la composante interactive a un léger effet

additionnel. D'autre part, Brangan, Quinn, et Spirtos (2014) ont mené une étude de type avant-après, auprès de 136 ergothérapeutes irlandais, dont le but premier était d'évaluer le niveau de confiance des ergothérapeutes concernant l'utilisation de la pratique basée sur les données probantes suite à un atelier d'une journée. Leur stratégie comprenait une conférence, des démonstrations interactives en ligne, l'utilisation d'études de cas, du travail individuel et en petits groupes, et des discussions de groupe. Les résultats concluent que cet atelier améliore le niveau de confiance et les attitudes des ergothérapeutes, mais les changements à long terme n'ont pas été investigués. Par ailleurs, Vachon, Durand et LeBlanc (2010) ont mené une étude descriptive au Québec dont le but était de décrire comment les ergothérapeutes utilisent la pratique réflexive pour intégrer les données probantes dans leur prise de décision clinique. Ils ont mis en place des ateliers en lien avec la pratique réflexive pendant 12 rencontres d'une durée de trois heures chacun, s'étalant sur une période de 15 mois. Préalablement à ces rencontres, les neuf ergothérapeutes avaient participé à un atelier de quatre jours sur la pratique basée sur les données probantes. Les résultats de Vachon et ses collaborateurs (2010) s'avèrent intéressants en faisant valoir que le partage d'expérience ainsi que le soutien social sont deux facteurs facilitant les apprentissages et contribuant autant à la pratique réflexive qu'à l'intégration des données probantes.

Comme le font valoir les études recensées, les ateliers de groupe pour soutenir la pratique basée sur les données probantes améliorent les connaissances, les habiletés et les attitudes en lien avec cette pratique. Toutefois, il s'avère plus difficile de modifier les comportements des cliniciens afin qu'ils prennent l'habitude de recourir aux données probantes dans leur pratique clinique quotidienne. En ce sens, d'autres chercheurs ont eu recours à des recherches-actions ou à des communautés de pratique pour soutenir les changements à long terme. Une recherche-action a été menée auprès de sept ergothérapeutes qui ont participé à six rencontres de groupe mensuelles d'une heure et demie portant sur les étapes de la pratique basée sur les données probantes (Welch et Dawson, 2006). Les résultats font valoir qu'après ces six rencontres, les habiletés, les connaissances et le niveau de confiance quant à l'utilisation de la pratique basée sur les données probantes s'étaient améliorés, et que l'engagement des ergothérapeutes et du milieu de travail est nécessaire pour que ces changements perdurent.

2.3.3. Communautés de pratique

Une autre stratégie soulignée dans les écrits pour soutenir les pratiques professionnelles est la participation à une communauté de pratique. Cette stratégie est utilisée dans différents domaines, entre autres pour résoudre des problèmes, permettre la diffusion des meilleures pratiques et améliorer les habiletés des professionnels dans le domaine de la santé en général (Wenger et Snyder, 2000). D'ailleurs, le Guide de mise en place et d'animation de communautés de pratique intentionnelles (CEFRIO, 2005), élaboré au Québec, rapporte qu'une communauté de pratique a plusieurs bénéfices pour les participants : économie de temps, goût du risque accru grâce à l'appui de la communauté, réduction de l'isolement, sentiment d'appartenance et de soutien, stimulation de l'énergie intellectuelle de chacun, innovation et créativité accrues, réduction des coûts de la duplication ou des erreurs répétées et qualité d'exécution accrue.

Les objectifs de la revue systématique de Ranmuthugala, Plumb, Cunningham, Georgiou, Westbrook et Braithwaite (2011) étaient d'examiner comment et pourquoi les communautés de pratique sont établies dans le milieu de la santé, ainsi que de déterminer si ces communautés améliorent la pratique. Les études entre 1990 et 2009 ont été incluses. Trente-trois études ont été sélectionnées, dont deux revues systématiques. De plus, la majorité des études portant sur ce sujet sont de nature descriptive : Dix-neuf des trente-trois études datent de 2007 à 2009, et dans ces écrits récents, les communautés de pratique sont utilisées comme outil pour améliorer la pratique clinique et faciliter l'implantation de la pratique basée sur les données probantes. Les auteurs font aussi valoir que l'ensemble des résultats des études sont positifs quant à l'utilisation des communautés de pratique en milieu clinique.

La recherche-action de Wilding, Curtin, et Whiteford (2012) a été menée auprès de 3 étudiants en ergothérapie qui ont travaillé en collaboration avec 25 ergothérapeutes pendant 12 mois via des téléconférences de groupe mensuelles. Les participants ont discuté, critiqué et réfléchi sur leurs pratiques professionnelles. Les résultats de cette étude font valoir que la communauté de pratique a permis aux participants d'avoir un regard plus critique par rapport à leur pratique professionnelle et de considérer les façons dont celle-ci pourrait s'améliorer. Un autre constat émis par cette étude est que le soutien offert par la communauté améliore le sentiment de confiance en leur propre pratique. Ce type de communauté s'avère donc intéressant

pour soutenir la pratique basée sur les données probantes. Dans le même sens, l'étude de Grisbrooke (2013) a émis le constat que l'implantation d'une communauté de pratique pour soutenir les compétences des ergothérapeutes en lien avec la résolution de problèmes éthiques permet aux professionnels de s'engager dans des discussions de groupe, ce qui leur donne des opportunités de réfléchir sur leurs pratiques professionnelles tout en ayant le sentiment d'être soutenus par leurs pairs.

L'ensemble des écrits recensés permet d'émettre certains constats en lien avec les stratégies utiles pour soutenir les ergothérapeutes en milieu rural dans l'intégration des données probantes à la pratique. Le premier constat est que la participation à un atelier à multiples composantes basé sur les étapes de la pratique basée sur les données probantes apparaît efficace pour améliorer l'attitude, les connaissances, les habiletés ainsi que le niveau de confiance des ergothérapeutes en lien avec cette pratique. Cet atelier doit inclure plusieurs composantes comme la présentation de connaissances théoriques et de l'entraînement à l'aide d'un expert, de la rétroaction et du soutien dans le milieu de travail incluant la mise en place de facilitateurs comme de la supervision, du renforcement positif, l'accessibilité aux ressources nécessaires et du soutien par les pairs. Le deuxième constat est qu'il est plus difficile de modifier le comportement et les habitudes des ergothérapeutes à long terme. En ce sens, la combinaison des stratégies éducatives énumérées précédemment, mises en place sous forme de communauté de pratique d'une durée de quelques mois s'avère une stratégie intéressante pour soutenir la pratique basée sur les données probantes en apportant des changements positifs dans les connaissances, les habiletés, les attitudes, le niveau de confiance ainsi que des changements de comportements en milieu clinique. Le troisième constat est que les bénéfices apportés par la communauté de pratique, entre autres l'économie de temps, la qualité d'exécution accrue, la réduction de l'isolement ainsi que le sentiment d'appartenance et de soutien (CEFRIIO, 2005) sont d'autant plus intéressants en milieu rural, compte tenu des obstacles vécus spécifiquement dans ce milieu comme l'isolement et le manque de temps.

Compte tenu des constats émis, l'objectif de cette étude est de décrire les retombées de la participation à une communauté de pratique implantée pour soutenir la pratique basée sur les données probantes d'ergothérapeutes en milieu rural.

3. CADRE CONCEPTUEL

La présente section vise à définir les principaux concepts et fondements théoriques sur lesquels s'appuie cette étude. La communauté de pratique est d'abord définie, suivi de deux théories inhérentes à ce concept, soit l'apprentissage coopératif et l'apprentissage vicariant.

3.1. Communauté de pratique

3.1.1. Historique et définition

Le terme «communauté de pratique» a émergé des travaux de Lave et Wenger (1991) et a d'abord été défini comme un ensemble de relations entre les personnes, les activités et le monde, étant en lien avec d'autres communautés et pratiques tangentiels. Ces auteurs soutiennent le fait qu'en milieu de travail, les personnes apprennent en s'aidant les uns les autres. En 1999, Wenger précise les fondements théoriques d'une communauté de pratique et les processus d'apprentissages qui en résultent. Dans cet ouvrage, il fait également ressortir des façons de favoriser l'émergence, la croissance et le maintien des communautés de pratique. Par la suite, Wenger, McDermott et Snyder (2002) publient un troisième ouvrage, qui décrit plus en détails le fonctionnement d'une communauté de pratique ainsi que le cycle de vie de celle-ci. De plus, ils proposent une définition plus précise, soit qu'une communauté de pratique se définit comme étant un groupe de personnes qui partagent un intérêt commun pour un sujet défini, et qui échangent des informations et connaissances, tout en ayant une motivation de développer de nouvelles connaissances ou d'évoluer vers de meilleures pratiques. Ces personnes se rassemblent afin de partager et d'apprendre les uns des autres, face à face ou virtuellement (Wenger et coll., 2002). Dans le domaine de la santé, l'objectif principal d'une communauté de pratique est d'améliorer l'exercice de la profession au quotidien, en intégrant les apprentissages acquis dans un contexte clinique (Kaufman et Mann, 2010). De plus, ces communautés sont aussi utilisées afin de favoriser le processus de transfert des évidences scientifiques vers l'application dans la pratique clinique (Kaufman et Mann, 2010).

3.1.2. Principes d'apprentissage

Selon Wenger, McDermott et Snyder (2002), une communauté de pratique se base sur trois principes fondamentaux d'apprentissage, soit la participation, la socialisation et le développement identitaire. Le premier principe est la participation, qui est à la base du processus

d'apprentissage dans la communauté. En d'autres mots, les membres de la communauté apprennent en participant aux discussions et aux activités de groupe. Le groupe se doit d'être ouvert à différents types de participation pour bien fonctionner. De plus, la participation et l'engagement des membres évoluent tout au long du développement de la communauté. Lors de leur inclusion, certaines personnes peuvent participer de façon plus périphérique et ensuite devenir plus actives et impliquées avec le temps et l'expérience. Le deuxième principe est la socialisation, qui est également associé au processus d'apprentissage. Une communauté de pratique avec un centre d'intérêt et une réalité professionnelle partagée permet aux membres d'être unis par un lien social. Le dernier principe est le développement identitaire. Les échanges entre les membres permettent de développer une signification commune aux actions et aux connaissances acquises. C'est donc la participation, la socialisation et la construction d'une identité de groupe qui sont à la base de la théorie de l'apprentissage social selon ces auteurs. D'autre part, Kaufman et Mann (2010) proposent des moyens efficaces utilisés dans les communautés de pratique pour apprendre en lien avec des questionnements complexes. Ces moyens sont le partage d'expérience, l'application en milieu clinique et la discussion avec des experts et des pairs dans des contextes similaires.

3.1.3. Caractéristiques essentielles aux communautés de pratique

Par ailleurs, trois caractéristiques sont essentielles pour définir et structurer la communauté de pratique : le domaine, la communauté et la pratique partagée (Wenger et coll., 2002). Le premier élément est le domaine, qui est la préoccupation commune à tous les membres. Ce sont des enjeux vécus par les participants de la communauté auxquels ils décident de se consacrer. Le domaine est le sujet et la raison d'être de la communauté. Il peut évoluer dans le temps selon les besoins et les problématiques vécues par les membres du groupe. Être membre d'une communauté implique donc d'avoir un intérêt commun pour le domaine. La deuxième caractéristique est la communauté elle-même, c'est-à-dire les personnes qui la constituent et qui ont le désir de s'engager dans le groupe et de voir le domaine évoluer. Elles se sentent concernées par les enjeux du domaine. Les membres de la communauté sont également des personnes qui veulent interagir et partager avec les autres. Le troisième élément essentiel est la pratique partagée. Cette pratique inclut de s'engager mutuellement, ainsi que de construire et partager des connaissances dans le groupe. Cette pratique partagée favorise de nouvelles

approches communes et de nouvelles façons d'aborder les problèmes (Wenger et Snyder, 2000). En d'autres mots, les membres de la communauté sont principalement des cliniciens qui développent une base commune de ressources comme des expériences, des outils ou encore des documents (Kimmerle, Thiel, Gerbing, Bientzle, Halatchliyski et Cress, 2013). De plus, Kaufman et Mann (2010) soulignent certains attributs essentiels au fonctionnement et au maintien d'une communauté de pratique. Un des succès des communautés de pratique repose sur le fait que les membres doivent se sentir engagés envers les objectifs souhaités par le groupe. Cette notion d'engagement mène vers une avenue de réflexion quant au processus de changement. En effet, pour qu'une personne s'engage dans un processus, elle doit être prête à faire un changement, tel que l'illustre le modèle transthéorique du changement (Norcross, Krebs et Prochaska, 2011). Celui-ci comprend cinq stades qui sont la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. Dans la première phase, la personne ne voit pas de problème et n'envisage pas de changement de comportement. Dans la seconde phase, la personne envisage un changement, mais est dans un stade d'ambivalence. Lors de la phase de préparation, la personne se sent prête à faire un changement et envisage des solutions concrètes. Dans la phase d'action, le changement est engagé et la personne modifie son comportement. Dans la cinquième et dernière phase, le maintien, la personne consolide les actions mises en place dans la phase précédente afin que le changement perdure à long terme. L'intégration des données probantes à la pratique est un processus de changement dans lequel les participants de la communauté de pratique doivent s'engager afin que l'objectif de cette communauté soit atteint, soit de soutenir la pratique basée sur les données probantes malgré les contraintes de la pratique de l'ergothérapie en milieu rural. D'ailleurs, le fait de faire ce changement en groupe a des avantages, puisque les participants peuvent se soutenir les uns les autres, et se motiver à travers ce processus. La participation à la communauté de pratique peut donc référer à la phase d'action.

En plus de l'importance de se sentir engagé, d'autres attributs sont nécessaires au fonctionnement et au maintien d'une communauté de pratique (Kaufman et Mann, 2010). Les participants doivent reconnaître la pertinence du sujet pour leur pratique et ressentir un certain enthousiasme envers le domaine de la communauté. Ces mêmes auteurs rapportent également l'importance d'une bonne organisation pratique. En effet, des ressources telles que l'accès à l'information, aux bases de données ainsi que le soutien d'un expert sont aussi des éléments

essentiels pour la communauté. Cet expert, aussi appelé un *leader*, un facilitateur ou un coordonnateur, a comme rôle de planifier les rencontres, et d'aider à construire la pratique, incluant les connaissances de base, les leçons apprises, les meilleures pratiques ainsi que les outils et les méthodes d'apprentissage (Wenger et coll., 2002). Selon Büchel et Raub (2002), le coordonnateur d'un réseau de connaissances tel qu'une communauté de pratique doit créer un contexte qui permet le partage des connaissances, en établissant aussi les bases d'une coopération efficace. Une étude empirique récente au Québec conduite par Tétreault (2013) fait valoir l'importance de la présence d'un *leader* dans une communauté de pratique s'adressant à des inhalothérapeutes. Cette stratégie, soit la présence d'un *leader*, permet d'améliorer l'efficacité de la communauté de pratique.

3.1.4. Types de communautés de pratique

Bien que certaines caractéristiques soient communes à l'ensemble des communautés de pratique, la structure et le but de chaque communauté varient considérablement dans les écrits (Ranmuthugala et coll., 2011). Une communauté peut se dérouler face à face ou de façon virtuelle, par exemple via une conférence téléphonique ou un forum de discussion (Wenger et coll., 2002). De plus, selon l'ouvrage de Wenger et ses collaborateurs (2002), il existe quatre différents types de communautés, soit les communautés d'aide et d'assistance, les communautés de pratique exemplaire, les communautés dédiées à la gestion des connaissances et les communautés de pratique d'innovation. Le but des communautés d'aide et d'assistance est que les membres s'entraident et se soutiennent, comme lorsque les professionnels travaillant avec une même clientèle se regroupent dans un forum de discussion et répondent aux questionnements de chacun. Ensuite, il y a des communautés de pratique exemplaire, dont le sujet principal est la vérification des pratiques professionnelles, ainsi que la description et la critique des pratiques actuelles. Un troisième type de communauté est celui dédié à la gestion des connaissances dont le but est de répertorier les nouvelles connaissances, de les organiser et de les distribuer en utilisant par exemple une méthode de transfert de connaissances. Le quatrième type de communautés, soit celles de pratique d'innovation, a pour but le développement de nouvelles connaissances et l'exploration d'idées novatrices. Ils permettent donc de faire avancer les connaissances dans leur domaine. Lors de la mise en place d'une communauté de pratique, il est

important de choisir un type de communauté qui permet de répondre aux besoins des participants afin que ceux-ci se sentent concernés et engagés dans la communauté (Wenger et coll., 2002).

3.2. Apprentissage coopératif

Les communautés de pratique s'appuient sur certains principes de l'apprentissage coopératif. Ce type d'apprentissage se définit comme un mode d'apprentissage où les personnes cheminent en petits groupes autour d'un même objet d'études ou un projet (Legendre, 2005). Ce type d'apprentissage inclut à la fois la coopération et la collaboration, et Pléty (1998) a distingué celles-ci l'une de l'autre. La coopération est une décision et une répartition du travail entre les partenaires pour la résolution d'un problème, facilitant le travail d'apprentissage, et la collaboration est l'engagement commun des partenaires à coordonner leurs efforts pour résoudre le problème ensemble. Jolliffe (2015) décrit l'apprentissage coopératif comme étant des personnes qui travaillent ensemble en petits groupes sur une tâche commune qui assure à la fois l'interdépendance positive et la responsabilité individuelle, et cette coopération est soutenue par les compétences sociales du groupe. À l'aide du travail coopératif, les membres du groupe construisent socialement des connaissances, et peuvent ensuite appliquer celles-ci dans la pratique clinique (Ruth-Sahd, 2011). Par ailleurs, l'apprentissage coopératif correspond dans une certaine mesure à l'apprentissage assisté par les pairs. Ce dernier s'apparente à l'apprentissage coopératif puisque les pairs dépendent mutuellement des expériences pertinentes vécues et des ressources partagées donc les connaissances se construisent ensemble plutôt qu'individuellement (Burgess et Nestel, 2014).

L'apprentissage coopératif est soutenu par différentes méthodes et approches basées sur une tâche d'apprentissage qui est appropriée au travail de groupe (Sharan, 2010). De plus, ces approches et méthodes permettent d'avoir des interactions dans les petits groupes, axées sur l'activité d'apprentissage, de même que d'avoir un comportement d'aide mutuelle, de développer une interdépendance à travailler ensemble et d'avoir une responsabilité à la fois individuelle et de groupe en lien avec le succès du groupe (Sharan, 2010). D'autre part, selon Legendre (2005), trois conditions sont favorables à l'efficacité de l'apprentissage coopératif. Premièrement, les membres du groupe coopératif doivent travailler ensemble pour atteindre des objectifs ou buts communs. Deuxièmement, le succès du groupe doit reposer non seulement sur ce qui est produit

par l'ensemble de l'équipe, mais aussi sur la performance individuelle de chaque membre. Troisièmement, les personnes doivent au préalable avoir suivi une formation sur les façons les plus productives de travailler en équipe. Cette troisième condition fait partie intégrante du travail et de la formation en ergothérapie. Apprendre à collaborer et travailler efficacement dans des équipes interprofessionnelles et intraprofessionnelles fait partie des référentiels de compétences des ergothérapeutes (ACE, 2012; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2010).

3.3. Apprentissage vicariant

Les communautés de pratique s'appuient aussi sur les principes de l'apprentissage vicariant provenant de la théorie de l'apprentissage social (Bandura et Rondal, 1980). L'apprentissage vicariant est le fait d'apprendre par observation et par des exemples, et est parfois appelé le modelage. Le simple fait d'observer les autres ainsi que les conséquences qui en résultent pour eux rend les individus capables d'acquérir des répertoires comportementaux larges et coordonnés sans avoir à les élaborer graduellement par essais et erreurs (Bandura et Rondal, 1980, p.19). Dans le contexte d'une communauté de pratique, les membres peuvent à la fois s'observer entre eux, et aussi apprendre du *leader* du groupe. Dans la perspective sociale cognitive, développée par Bandura en 1986, celui-ci stipule que les individus n'imitent pas systématiquement tout ce qu'ils voient, et ont plutôt tendance à reproduire les comportements des personnes admirées au sein d'un groupe (Bee et Boyd, 2011, p.28), d'où la pertinence d'inclure un *leader* dans une communauté de pratique. Ces auteurs soulignent également que même lorsqu'il est possible d'apprendre de nouveaux comportements par d'autres moyens, le processus d'acquisition peut être considérablement raccourci grâce au modelage. Bandura soutient aussi que l'observation permet l'acquisition de connaissances et d'habiletés autant concrètes qu'abstraites (Bee et Boyd, 2011, p.28). Un individu peut en effet acquérir un comportement qu'il a concrètement observé, mais il peut également en ressortir des éléments tels que des règles, des attitudes, des valeurs et des façons de résoudre des problèmes (Bee et Boyd, 2011, p.28).

Dans les dernières années dans le milieu de l'éducation, les écrits font valoir qu'apprendre à partir d'exemples est d'autant plus efficace si les exemples portent sur la démarche de résolution de problèmes (Atkinson, Sharon, Renkl et Wortham, 2000). Ce type d'apprentissage

comprend généralement un énoncé de problème et une procédure pour résoudre le problème. Ensemble, ceux-ci sont destinés à montrer comment d'autres problèmes similaires pourraient être résolus. Ces exemples fournissent donc un modèle de résolution de problème élaboré par un expert, que l'apprenant pourra comprendre et ensuite imiter. Les exemples de résolution de problèmes sont aussi une forme d'apprentissage vicariant d'autant plus que les exemples sont généralement présentés étape par étape afin que les apprenants puissent reproduire la façon de résoudre le problème et ainsi atteindre leur but (Van Gog, Kester et Paas, 2011).

Par conséquent, une communauté de pratique pour soutenir la pratique basée sur les données probantes en ergothérapie et en milieu rural s'appuie sur des principes d'apprentissages reconnus, soit l'apprentissage coopératif et vicariant, ainsi que les trois principes nommés par Wenger et ses collaborateurs (2002) qui sont la participation, la socialisation et le développement identitaire. De plus, selon les mêmes auteurs, les trois caractéristiques essentielles pour définir et structurer la communauté de pratique sont le domaine, la communauté et la pratique partagée (Wenger et coll., 2002). Plusieurs attributs qui ont été identifiés par d'autres auteurs (Kaufman et Mann, 2010) comme étant également essentiels au fonctionnement et au maintien de la communauté mériteront d'être inclus, tels que l'engagement dans le processus de changement, ainsi que des facilitateurs comme le fait d'être guidé par un expert.

4. MÉTHODE

La présente étude vise à décrire les retombées de la participation à une communauté de pratique implantée pour soutenir la pratique basée sur les données probantes d'ergothérapeutes en milieu rural. Pour ce faire, un devis descriptif mixte exploratoire a été utilisé. Cette section comprend une description du devis de recherche utilisé, de l'échantillonnage et la population étudiée, de la procédure, des méthodes de collecte de données ainsi que des méthodes d'analyse des données. Les considérations éthiques sont également mentionnées.

4.1. Devis

La présente étude est descriptive puisqu'elle vise à décrire la perception d'une population et d'une situation. Le devis utilisé est de type mixte, car les questionnaires utilisés pour recueillir les données comprennent des données à la fois quantitatives et qualitatives. Le devis est également exploratoire, car le sujet traité dans cet essai est peu étudié dans les travaux actuels de recherche et est abordé de façon large et holistique afin d'explorer et de comprendre les différents aspects de ce phénomène méconnu. (Fortin et Gagnon, 2010).

4.2. Échantillonnage et population

L'échantillonnage utilisé est par convenance, puisqu'il est constitué de personnes facilement accessibles qui répondent à des critères d'inclusion précis, soit d'être ergothérapeute dans un même milieu rural, et qui se sont portées volontaires (Fortin et Gagnon, 2010). Pour des raisons de convenance, la responsable du service d'ergothérapie d'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) situé dans une localité de moins de 10000 habitants dans la région administrative de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été contactée. Par la suite, tous les ergothérapeutes travaillant dans ce milieu, qui est divisé en deux sites étant situés à deux kilomètres de distance l'un de l'autre, ont été sollicités et ont accepté de collaborer au projet.

4.3. Procédure

Ce projet d'implantation d'une communauté de pratique consiste en cinq rencontres qui ont été élaborées par l'étudiante ayant conduit la recherche, d'après les étapes fondamentales de la pratique basée sur les données probantes. Ces étapes sont la formulation d'une question de recherche, la recherche de données probantes, l'évaluation critique des études, l'intégration des

données probantes à la pratique et l'évaluation de l'efficacité de l'intervention (Law et Macdermid, 2013). Les cinq rencontres ont été réparties sur une durée de cinq mois, à raison de deux heures par rencontre. Elles ont eu lieu de février 2015 à juin 2015. Le matériel utilisé pour les rencontres a été préparé par l'étudiante chercheuse, et validé par la superviseure de celle-ci. Chaque rencontre comprenait des notions théoriques, des exercices pratiques et des exemples spécialement regroupés dans un recueil d'exemples conçu par l'étudiante chercheuse ainsi que sa superviseure (Brousseau et Vermette, 2015). La première rencontre a porté sur une introduction à la pratique basée sur les données probantes, ainsi que sur l'élaboration d'une question P.I.C.O (Law et Macdermid, 2013). Le sujet de la deuxième rencontre a été l'élaboration d'une stratégie de recherche efficace (Lavergne, 2014). La troisième rencontre a compris une révision des deux premières rencontres ainsi qu'une introduction à l'évaluation critique et aux méthodes d'intégration des faits scientifiques à la pratique. La quatrième rencontre a porté sur l'évaluation critique d'articles scientifiques, et la cinquième rencontre, sur les stratégies d'intégration des données probantes dans la pratique clinique (Law et Macdermid, 2013). Par ailleurs, la mise en place de la communauté a donné un accès aux bases de données électroniques via la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). De plus, deux heures par mois étaient allouées et financièrement compensées pour se consacrer à la pratique basée sur les données probantes avec du soutien directement dans le milieu clinique.

4.4. Méthodes de collecte de données

Deux questionnaires ont été élaborés à partir de la recension des écrits de la problématique (Brangan et coll., 2014; Buchanan et coll., 2014; Campbell et coll., 2013; Hu, 2012; Lizarondo et coll., 2012; Menon et coll., 2009; McCluskey et coll., 2005; McQueen et coll., 2006; Novak et coll., 2010; Parsons, et coll., 2003; Roy Dizon et coll., 2012; Welch et Dawson, 2006; Wielandt et Taylor, 2010), en lien avec la pratique basée sur les données probantes en ergothérapie et en milieu rural. Le questionnaire initial comprend 14 questions, dont 6 portent sur les données sociodémographiques, et 8 portent sur la perception des ergothérapeutes en lien avec la pratique basée sur les données probantes (voir annexe A). Une section questions et commentaires est également incluse à la fin du questionnaire. Le questionnaire final comprend deux parties (voir annexe B). La première partie porte sur la perception des ergothérapeutes en lien avec la pratique basée sur les données probantes, après avoir participé à une communauté de pratique. Cette

section comprend 15 questions, en incluant les sous-questions. La deuxième partie du questionnaire concerne les stratégies éducatives utilisées lors des rencontres, et comprend 8 questions, incluant les sous-questions. Ce questionnaire inclut également une section questions et commentaires. Un journal réflexif portant sur ce que les participants savaient, ce qu'ils ont appris et ce qu'ils veulent développer (voir annexe C) a également été élaboré. À noter que la formulation des questions des trois outils de collecte de données a été validée par trois ergothérapeutes enseignant à l'UQTR. Le questionnaire initial a été rempli par les participants une semaine avant la première rencontre et le questionnaire final a été rempli à la fin de la cinquième et dernière rencontre. Quant au journal réflexif, il a été complété à la fin des quatre premières rencontres, mais n'a pas été analysé. Il a été utilisé pour faciliter à la fois la synthèse des connaissances et la pratique réflexive des participants.

4.5. Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de fréquences. Des analyses de contenu ont été utilisées afin de faire ressortir les thèmes des données qualitatives.

4.6. Considérations éthiques

Le présent projet respecte les règles éthiques en vigueur pour la recherche à l'UQTR. Le certificat éthique émis le 2 février 2015 porte le numéro CDERS-15-5-06.05.

5. RÉSULTATS

Le présent chapitre présente les résultats de cette étude visant à décrire les retombées de la participation à une communauté de pratique pour implanter l'intégration des données probantes d'ergothérapeutes en milieu rural. Tout d'abord, la description des participants est donnée. En deuxième lieu, les résultats concernant la perception de la pratique fondée sur les données probantes sont présentés. Troisièmement, les retombées de la participation à la communauté de pratique sont décrites. Finalement, les résultats en lien avec les outils pédagogiques utilisés pendant les rencontres sont énoncés.

5.1. Description de la population

Les sept ergothérapeutes ayant été sollicités pour l'étude ont accepté d'y participer, ce qui correspond à un taux de participation de 100 %. Les participants sont des femmes et sont âgées entre 25 à 48 ans (n=7). 71,4 % des participants (n=5) ont un diplôme universitaire de premier cycle, alors que 28,6% (n=2) ont un diplôme de deuxième cycle. Le nombre d'années de pratique au total, ainsi que dans le milieu actuel de pratique de chaque répondant se retrouve dans le Tableau 1 ci-dessous. Au moment de l'étude, 57,1% des répondants (n=4) travaillent au soutien à domicile et 28,6 % (n=2) travaillent au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les participants travaillant en CHSLD travaillent aussi dans un deuxième programme, soit 14,3% (n=1) au service ambulatoire gériatrique (SAG), et 14,3 % (n=1) en clinique externe de pédiatrie. Finalement, 14,3% des participants (n=1) travaillent dans une unité de courte durée gériatrique (UCDG). Par ailleurs, les participants de la communauté de pratique travaillent tous dans des équipes intraprofessionnelles (réunions de service entre ergothérapeutes) et interprofessionnelles, incluant entre autres des médecins, des physiothérapeutes et des travailleurs sociaux. De plus, les participants sont en lien avec un programme universitaire en ergothérapie et ont reçu des stagiaires dans les cinq dernières années.

Tableau 1.
Nombre d'années de pratique au total et dans le milieu actuel

Participant	Nombre total d'années de pratique	Nombre d'années de pratique dans le milieu actuel
1	11 ans	Soutien à domicile : 11 ans
2	2 ans	Soutien à domicile : 2 ans
3	17 ans	CHSLD : 7 ans Clinique externe de pédiatrie : > 1 an
4	22 ans	SAG: 1 an CHSLD: 16 ans
5	25 ans	UCDG : 2 ans à temps plein, 20 ans de remplacements
6	13 ans	Soutien à domicile : > 1 an
7	4 ans	Soutien à domicile : 4 ans

5.2. Perception de la pratique fondée sur les données probantes

Cette section comprend la perception des participants sur les obstacles à la pratique basée sur les données probantes, l'utilisation actuelle de cette pratique dans leur milieu clinique, leurs besoins par rapport à celle-ci ainsi que leur point de vue global sur la pratique basée sur les données probantes.

5.2.1. Perception des obstacles à la pratique basée sur les données probantes

Il a été demandé aux participants de noter leur perception de divers obstacles à la pratique basée sur les données probantes à partir d'une échelle de Likert de un à dix, un signifiant que l'énoncé n'est pas un obstacle, et dix, que c'est un obstacle important. Le Tableau 2 donne les détails des réponses des participants. Le manque de connaissances de base ressort comme étant un obstacle (cote 9, 8, 7) chez 57,1% des participants (n=4). Pour ce qui est du manque d'habiletés à utiliser la pratique basée sur les données probantes, il est un obstacle (cote 9, 8, 7) chez 71,4% des participants (n=5), tel qu'illustré dans le Tableau 3. Le manque de temps à consacrer à cette pratique est un obstacle (cote, 10, 9, 8) pour 100% des participants (n=7). Le Tableau 4 donne les détails des réponses des participants. Tel que le démontre le Tableau 5, le fait de ne pas prendre le temps de se consacrer à la pratique basée sur les données probantes, autant pendant qu'après les heures de travail, est un obstacle pour 100 % des répondants (n=7), leurs réponses s'étalant de 10 à 6. Pour ce qui est de la charge de travail élevée, celle-ci est un obstacle pour 100% des répondants (n=7). Leurs réponses s'étalent de 10 à 7, et sont détaillées dans le Tableau 6. Le fait de ne pas avoir accès aux bases de données est un obstacle pour 71,4% des participants (n=5), les réponses s'étalant de 10 à 5. Le Tableau 7 illustre les réponses des

participants à cet énoncé. Le manque de soutien de la part des supérieurs est un obstacle pour 85,7% des répondants (n=6). Le Tableau 8 illustre ces réponses. Finalement, le fait de ne pas avoir l'occasion d'échanger sur le sujet avec des collègues est un obstacle (cote 7, 6, 5) pour 42,9% (n=3). Le Tableau 9 donne les détails des réponses des participants.

Tableau 2.
Réponses à l'énoncé «J'estime que je n'ai pas les connaissances de base.»

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
9	14,3 %	1
8	14,3 %	1
7	28,6 %	2
2	14,3 %	1
1	28,6 %	2

Tableau 3.
Réponses à l'énoncé «Je ne sais pas comment m'y prendre, je ne me sens pas habile.»

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
9	42,9 %	3
8	14,3 %	1
7	14,3 %	1
2	14,3 %	1
1	14,3 %	1

Tableau 4.
Réponses à l'énoncé «J'ai peu de temps à consacrer à cette pratique.»

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
10	42,9 %	3
9	28,6 %	2
8	28,6 %	2

Tableau 5.

Réponses à l'énoncé «Je n'ai jamais pris le temps de m'y attarder autant au travail qu'après les heures de travail.»

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
10	14,3 %	1
9	28,6 %	2
8	28,6 %	2
7	14,3 %	1
6	14,3 %	1

Tableau 6.

Réponses à l'énoncé «J'ai une charge de travail tellement élevée que je ne trouve pas un moment pour intégrer cette pratique.»

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
10	14,3 %	1
9	42,9 %	3
8	14,3 %	1
7	28,6 %	2

Tableau 7.

Réponses à l'énoncé «Je n'ai pas accès aux bases de données.»

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
10	28,6 %	2
9	14,3 %	1
6	14,3 %	1
5	14,3 %	1
3	14,3 %	1
1	14,3 %	1

Tableau 8.

Réponses à l'énoncé «Je manque de soutien de la part de mes supérieurs.»

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
10	14,3 %	1
9	28,6 %	2
7	42,9 %	3
2	14,3 %	1

Tableau 9.
Réponses à l'énoncé «J'ai peu d'occasions d'échanger avec mes collègues sur le sujet.»

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
7	14,3 %	1
6	14,3 %	1
5	14,3 %	1
3	28,6 %	2
2	28,6 %	2

5.2.2. Recours aux données probantes

Préalablement à la participation à la communauté de pratique, il a été demandé aux participants s'ils utilisaient ou non la pratique basée sur les données probantes, et si oui, à quelle fréquence et quels types de données probantes ils consultent. 42,9 % des répondants (n=3) disent ne pas utiliser la pratique basée sur les données probantes, comparativement à 57,1 % (n=4) qui l'utilisent de différentes façons et à des fréquences variées. Le participant 4 mentionne faire la *«lecture d'articles trouvés par des stagiaires environ une fois par six mois»*. Le participant 6 rapporte lire des *«guides de référence environ une fois ou deux par mois, au besoin»*, et le participant 5 dit faire des lectures une fois par mois. Le participant 3 émet le commentaire suivant : *« [je fais de la] recherche dans les bases de données, lis sur des sites internet (ex. : Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation), consulte des guides de pratiques quelques fois par mois, et plus fréquemment récemment vu la nouvelle clientèle avec laquelle je travaille»*. De tous les participants, seulement 14,3% (n=1) rapportent utiliser différentes sources, entre autres les bases de données, comme l'illustre le dernier énoncé.

5.2.3. Perception des besoins quant à la pratique basée sur les données probantes

À la question ouverte suivante : *«Quels sont vos besoins au plan de cette pratique?»*, les participants ont ressorti cinq types de besoins. Ces besoins sont les suivants : apprendre la façon de chercher dans les bases de données et d'utiliser celles-ci, avoir des moyens pour intégrer les données probantes à la pratique, avoir davantage de connaissances en lien avec cette pratique, être outillé pour évaluer la qualité d'un article scientifique, et amoindrir les barrières organisationnelles. La façon de chercher dans les bases de données et d'utiliser celles-ci, ainsi que les moyens pour intégrer les données probantes à la pratique sont les deux types de besoins ayant été les plus mentionnés, soit par 42,9% des répondants (n=3) chacun. Les trois autres

thèmes ont été mis de l'avant par 28,6 % des participants (n=2) chacun. Le besoin d'avoir plus de connaissances en lien avec la pratique basée sur les données probantes est illustré dans le commentaire suivant du participant 4 : *«j'ai besoin de beaucoup plus de connaissances sur le sujet»*. Le besoin d'être outillé pour évaluer la qualité d'un article ressort par exemple dans l'énoncé du participant 2 : *«[j'ai besoin de] parfaire mes connaissances sur la façon d'évaluer rapidement la qualité d'un article scientifique»*. Le besoin de diminuer les barrières organisationnelles, soit d'avoir accès aux bases de données et d'avoir davantage de temps à consacrer à cette pratique se reflète entre autres dans l'énoncé du participant 3 : *«[j'ai besoin de] temps pour la recherche et lecture, pour intégrer les nouvelles connaissances à ma pratique, pour partager avec mes collègues [...], un accès permanent aux bases de données»*.

5.2.4. Point de vue global sur la pratique basée sur les données probantes

À la question ouverte «Quel est votre point de vue global sur la pratique basée sur les données probantes?», 85,7% des participants (n=6) ont émis des commentaires positifs, et 14,3% (n=1), des commentaires concernant les obstacles à la pratique. D'une part, les commentaires positifs se regroupent dans quatre thèmes : l'ouverture envers la pratique basée sur les données probantes, le sentiment d'avoir hâte de participer au projet, le désir d'être à l'aise avec cette pratique et le fait que cette pratique soit essentielle. 28,6% des participants (n=2) rapportent être très ouverts par rapport à cette pratique comme en témoigne l'énoncé suivant de la participante 4 : *«J'ai beaucoup d'ouverture face au sujet, car je crois que cette pratique pourrait vraiment nous appuyer dans nos interventions et être à l'affût des nouvelles approches.»*. D'autre part, 28,6% des participants (n=2) mentionnent *«avoir hâte de débiter le projet»*, et 14,3 % (n=1) rapportent que cette pratique est très intéressante et qu'ils souhaitent *«devenir à l'aise avec ce sujet»*. 14,3% des répondants (n=1) ressortent que la pratique basée sur les données probantes est essentielle, tel qu'illustré par l'énoncé suivant : *«je considère qu'il est essentiel de baser ma pratique sur des données probantes [...]. C'est une compétence à développer pour moi!»*. D'autre part, l'énoncé suivant témoigne d'un point de vue concernant les obstacles à la pratique :

«Le plus difficile est de pouvoir intégrer les nouvelles connaissances à ma pratique, par manque de temps et aussi parce que ça ne fait pas partie de la culture de l'établissement. Aussi nous sommes un petit centre, une petite équipe donc nous devons être de très bonnes généralistes, mais pas des spécialistes, il est donc difficile de se maintenir à jour pour plusieurs clientèles à la fois.»

5.3. Retombées de la participation à la communauté de pratique

Cette section décrit les retombées de la participation à la communauté de pratique. Les thèmes abordés sont : l'attitude envers la pratique basée sur les données probantes, la perception du niveau de confiance quant à l'utilisation des données probantes dans la pratique, les connaissances de base perçues en lien avec cette pratique, la perception d'être outillé dans les étapes du processus d'intégration des données probantes, l'intégration des données probantes dans la pratique clinique, la planification de l'utilisation de cette pratique dans le futur, l'élément qui a été le plus aidant dans la communauté, et les avantages de participer à une communauté de pratique.

5.3.1. Attitude envers la pratique basée sur les données probantes

Les participants ont répondu à la question «Quelle est votre attitude concernant la pratique basée sur les données probantes?» avant et après la participation à la communauté de pratique sur une échelle de un à dix, un étant une attitude très négative et dix, très positive. Comme le démontre la Figure 1, 85,7 % des participants (n=6) ont répondu avoir une attitude positive à 9/10 avant de débiter le projet, et 14,3% (n=1) avaient une attitude plutôt neutre à 6/10. D'autre part, l'attitude de 28,6 % des répondants (n=2) s'est améliorée suite à la participation à la communauté de pratique.

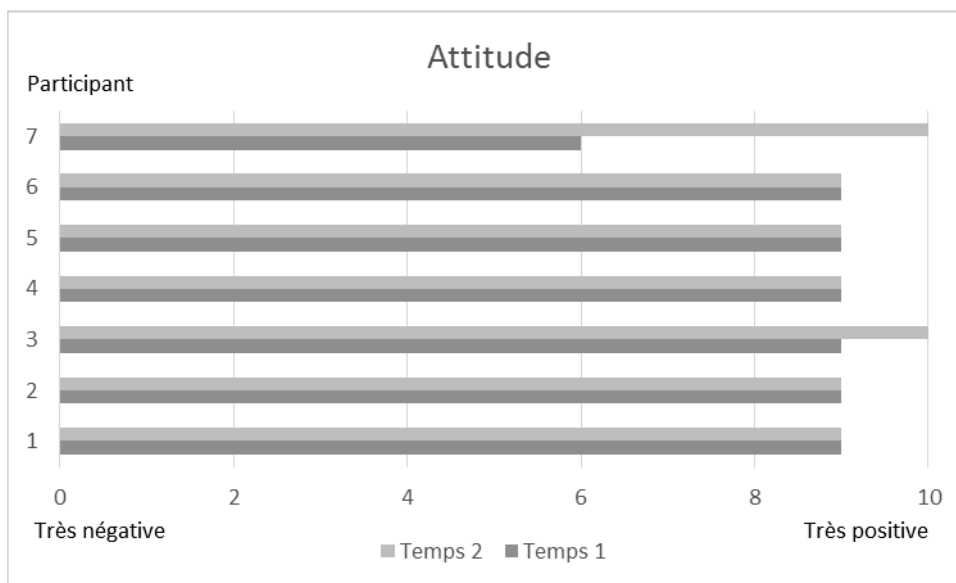


Figure 1. Attitude des participants envers la pratique fondée sur les données probantes avant et après la participation à la communauté de pratique

5.3.2. Niveau de confiance à utiliser les données probantes

Les participants ont répondu à la question «Quel est votre niveau de confiance quant à votre capacité à utiliser des données probantes?» avant et après la participation à la communauté de pratique sur une échelle de un à dix, un étant «aucunement confiant» et dix, «très confiant». Le niveau de confiance a augmenté chez 100% des participants ($n=7$) suite à la participation à la communauté de pratique. De plus, 71,4 % ($n=5$) des participants ont au moins deux points d'écart sur l'échelle de Likert de un à dix. Les résultats sont illustrés dans la Figure 2 ci-dessous.

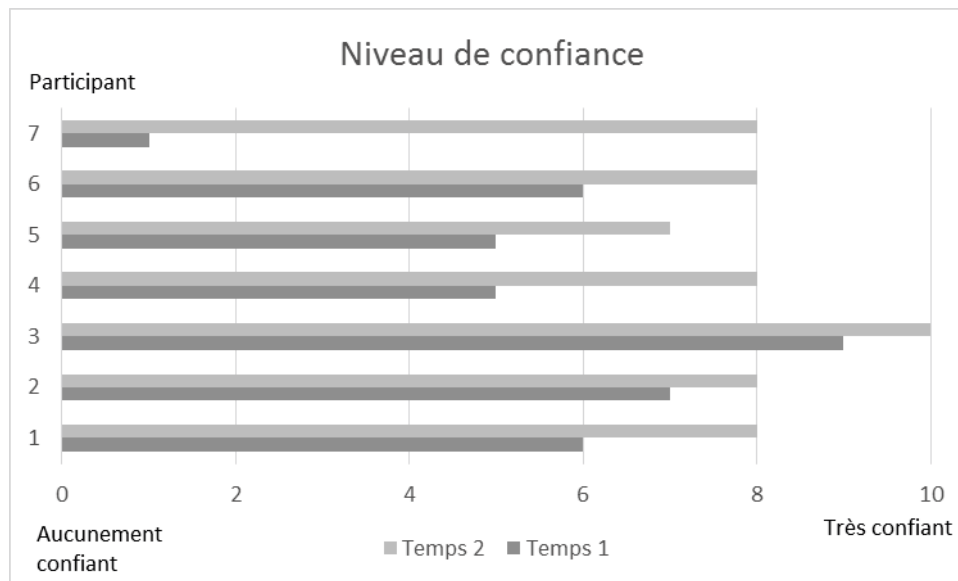


Figure 2. Niveau de confiance des participants à utiliser les données probantes avant et après la participation à la communauté de pratique

5.3.3. Perception des connaissances de base en lien avec la pratique basée sur les données probantes

Les participants ont répondu à la question «À combien évaluez-vous votre niveau actuel de connaissances pour avoir une pratique basée sur les données probantes compétente?» avant et après la participation à la communauté de pratique sur une échelle de un à dix, un étant «aucune connaissance» et dix, «toutes les connaissances de base». Selon les résultats illustrés dans la Figure 3, les connaissances de 100% des participants ($n=7$) se sont améliorées suite à la participation à la communauté de pratique. De plus, 85,7 % ($n=6$) des répondants ont au moins deux points d'écart sur l'échelle de Likert de un à dix.

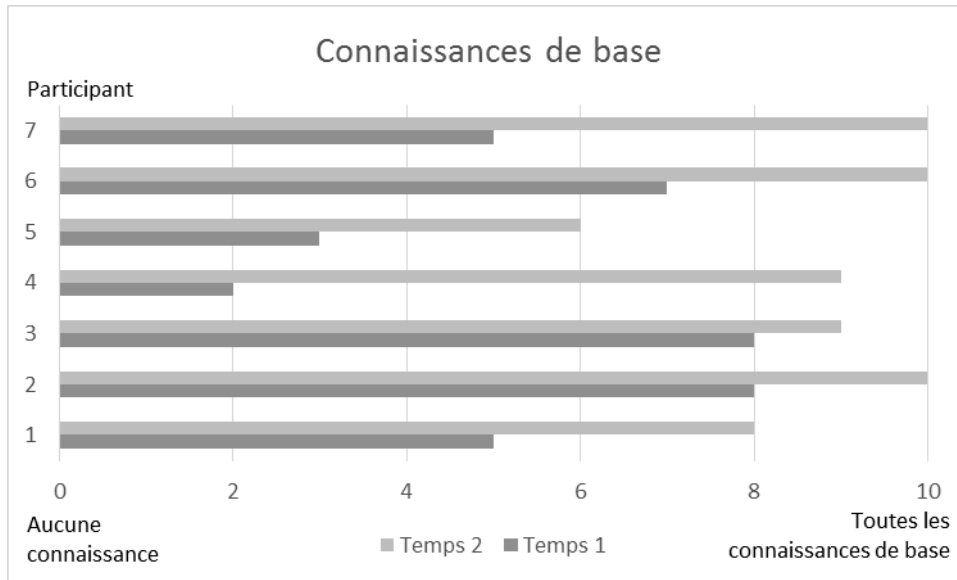


Figure 3. Perception des connaissances de base des participants avant et après la participation à la communauté de pratique

5.3.4. Perception d'être outillé dans les étapes du processus d'intégration des données probantes

Les participants avaient à indiquer à quel point ils se sentaient outillés pour chaque étape de la démarche de la pratique basée sur les données probantes sur une échelle de un à dix, un étant «je me sens peu outillé» et dix, «je me sens très outillé». Les participants ont été questionnés sur les étapes suivantes : formuler une question de type P.I.C.O, identifier les principaux concepts de la question, trouver des mots-clés et des synonymes, élaborer une stratégie de recherche, trouver les meilleures sources d'évidences, évaluer les résultats et ajuster la stratégie au besoin, évaluer la qualité des articles et intégrer les données probantes à la pratique.

Les Tableaux 10, 11 et 12 illustrent que les 100% des participants (n=7) se sentent très outillés dans les premières étapes du processus, soit élaborer une question P.I.C.O, identifier les principaux concepts de la question et trouver des mots-clés et synonymes des concepts, les résultats variant entre 8 et 10. Les résultats des deux étapes suivantes, soit de formuler des équations de recherche dans les bases de données et de trouver les meilleures sources d'informations, se répartissent de la même façon comme le démontrent respectivement les Tableaux 13 et 14. 100% des participants (n=7) se sentent outillés dans la réalisation de ces deux

étapes. Comparativement aux trois premières étapes, les résultats sont légèrement inférieurs, variant de 7 à 10, et 57,1 % des réponses (n=4) se situant entre 7 et 8. Pour évaluer les résultats de la recherche et réajuster la stratégie de recherche, 71.4% des participants se sentent très outillés, les résultats variant entre 9 et 10, et 28,6% se sentent outillés, à un niveau légèrement inférieur (entre 6 et 7). Ces résultats sont illustrés dans le tableau 15.

Tableau 10.

Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour élaborer une question de type P.I.C.O? »

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
10	42,9 %	3
9	14,3 %	1
8	42,9 %	3

Tableau 11.

Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour identifier les principaux concepts de la question?»

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
10	28,6 %	2
9	42,9 %	3
8	28,6 %	2

Tableau 12.

Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour trouver des mots-clés et synonymes des concepts? »

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
10	14,3 %	1
9	57,1%	4
8	28,6%	2

Tableau 13.

Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour formuler des équations de recherche dans les bases de données? »

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
10	14,3 %	1
9	28,6 %	2
8	42,9 %	3
7	14,3%	1

Tableau 14.

Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour choisir les meilleures sources d'information (ex. : bases de données)? »

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
10	14,3 %	1
9	28,6 %	2
8	42,9 %	3
7	14,3%	1

Tableau 15.

Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour évaluer les résultats de la recherche et réajuster la stratégie de recherche ?»

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
10	14,3%	1
9	57,1%	4
7	14,3 %	1
6	14,3%	1

Il a été demandé aux participants de noter à quel point ils se sentaient outillés pour évaluer la qualité d'un article scientifique en deux temps, soit avant et après la participation à la communauté de pratique sur une échelle de un à dix, un étant «je ne me sens aucunement outillé» et dix, «je me sens très outillé». La Figure 4 démontre que 71,4% des répondants (n=5) se sentent plus outillés suite à la participation à la communauté de pratique. De plus, 57,1 % des répondants (n=4) ont au moins trois points d'écart sur l'échelle de Likert de un à dix. Finalement, 100% des répondants (n=7) se sentent outillés pour réaliser la dernière étape du processus, soit d'intégrer les données probantes à la pratique, les résultats variant entre 8 et 10, comme le reflète le tableau 16 ci-dessous.

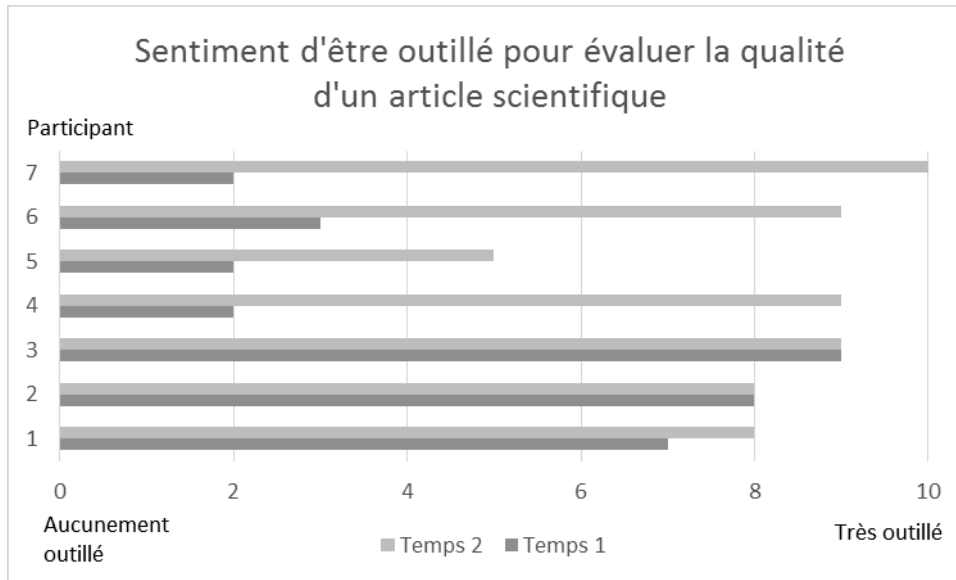


Figure 4. Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour évaluer la qualité d'un article scientifique?»

Tableau 16.

Réponses à la question : «À quel point vous sentez-vous outillé pour intégrer les données probantes à la pratique?»

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
10	14,3 %	1
9	28,6%	2
8	57,1 %	4

5.3.5. Impact de la communauté de pratique sur la pratique clinique

À la question «La participation à cette communauté de pratique a-t-elle permis de bonifier ou modifier votre pratique clinique ? Si oui, donnez un exemple.», 100% (n=7) des participants ont répondu oui. Les exemples donnés par les répondants se regroupent en quatre thèmes: l'amélioration de la pratique de façon concrète, le soutien en groupe, le fait d'avoir développé le réflexe d'utiliser cette pratique et le fait que la communauté ait influencé positivement leur perception de l'intégration des données probantes à la pratique. Le thème ayant le plus ressorti, soit par 57,1 % des répondants (n=4), est que la participation à la communauté de pratique ait permis d'améliorer la pratique clinique de façon concrète. Le commentaire de la participante 7 illustre ce thème : «ensemble, on se donne des idées concrètes sur comment

améliorer la pratique, et quelles sont interventions possibles et réalisables à court terme». Un autre exemple est le commentaire de la participante 6 : « *[la participante à la communauté a permis de me pister sur] des façons d'optimiser ma pratique (moyens concrets)* ». La notion de groupe, et de discuter avec les collègues est quant à elle ressortie chez 28,6% des participants (n=2). Par exemple, le commentaire du participant 7 mentionné ci-haut illustre cette idée de groupe. 14,3% des participants (n=1) ont rapporté que la communauté de pratique avait modifié leur pratique en permettant de développer le réflexe d'utiliser la pratique basée sur les données probantes, tel qu'illustré par le commentaire du participant 1 : « *je vais avoir plus le réflexe de faire une recherche lorsque j'aurai des questions dans ma pratique.* » Finalement, 14,3 % des répondants (n=1) ont rapporté que leur perception en lien avec l'intégration des données probantes à la pratique était modifiée. Le commentaire suivant du participant 4 illustre ce thème : « *l'habileté à utiliser les outils de recherche va grandement influencer ma perception et donc enrichir mes connaissances sur différents sujets* ».

5.3.6. Planification pour le futur

À la question ouverte suivante : « À quelle fréquence prévoyez-vous faire de la recherche? », 85,7 % des répondants (n=6) ont mentionné qu'ils prévoyaient faire de la recherche une fois par mois. 14,3% (n=1) de ces 85,7% participants ont spécifié que leur objectif était une fois par mois, mais que de façon réaliste, ils pensaient utiliser les données probantes au besoin. L'énoncé suivant du participant 6 en témoigne : « *j'aimerais pouvoir le faire une fois par mois, mais plus réalistement je pense que je le ferai lorsqu'une problématique X se présentera* ». Finalement, 14,3% des participants (n=1) n'ont pas mentionné la fréquence d'utilisation des données probantes, et ont plutôt rapporté qu'ils les utiliseraient au besoin. Le commentaire du participant 5 illustre ce thème : « *[je prévois faire de la recherche] au besoin lors d'une situation particulière et aussi lors de réunions scientifiques* ».

Les participants ont répondu à la question ouverte suivante : « Que planifiez-vous faire dans les prochains mois pour intégrer les données probantes aux situations-défis de votre pratique clinique individuellement et en groupe? ». À noter que pour cette question, seulement 85,7% des participants (n=6) ont répondu, puisque pour 14,3% (n=1) des répondants, la question ne s'applique pas, considérant qu'ils seront en congé dans les prochains mois. D'une part, de

façon individuelle, 100% des participants ayant répondu (n=6) ont affirmé qu'ils allaient faire des recherches dans les bases de données. L'énoncé du participant 4 en témoigne : « *[je prendrai] l'habitude, lorsqu'un questionnement s'impose dans ma pratique, de référer aux outils de recherche* ». Un autre exemple est l'énoncé du participant 2 : « *[je vais] me formuler une question de recherche et tenter de trouver des pistes de solutions en trouvant des articles* ».

D'autre part, pour ce qui est de la façon d'intégrer les données probantes en groupe, 100 % des participants ayant répondu à la question (n=6) ont mentionné qu'ils allaient se faire des réunions de type scientifique afin de partager des données probantes en groupe. Le commentaire du participant 6 en est un exemple : « *[je prévois] faire de la recherche et résumer des études lors des réunions scientifiques, et ainsi en discuter entre collègues* ». L'énoncé du participant 4 reflète également ce thème : « *[je prévois] échanger en groupe suite à la lecture d'articles de chacun lors des réunions scientifiques* ».

5.3.7. L'élément qui a été le plus aidant

Suite à la participation à la communauté de pratique, il a été demandé aux participants ce qui avait été le plus aidant dans cette communauté. Les réponses de chacun ont été différentes. Le participant 1 a donné comme réponse : « *tout* ». Ce qui a été le plus aidant pour le participant 2 s'illustre dans le commentaire suivant : « *tous les outils fournis lors des rencontres* ». Pour le participant 3, ce qui a été le plus aidant est d'avoir été stimulé par le fait de pouvoir partager les résultats de ses recherches avec ses collègues, et cela est illustré par le commentaire suivant : « *c'est plus stimulant de faire des recherches quand je peux en partager les résultats* ». Le participant 4 mentionne que ce qui a été aidant pour lui dans la communauté de pratique est « *le fait de pouvoir expérimenter concrètement les notions acquises* ». Pour le participant 5, ce qui a été aidant s'illustre dans l'énoncé suivant : « *me familiariser à la recherche, et le fait que je suis capable moi aussi d'utiliser les données probantes* ». Pour les participants 6 et 7, ce qui a été le plus aidant réfère aux apprentissages en lien avec le processus de recherche. Le commentaire du participant 6 en témoigne : « *[ce qui a été le plus aidant est de] savoir comment élaborer une question de recherche, utiliser les bases de données et évaluer la qualité d'un article* ». Le commentaire du participant 7 est le suivant : « *[c'est d'apprendre] comment écrire dans les bases de données (bonnes équations, bons concepts, ajouter synonymes)* ».

5.3.8. Les avantages de participer à une communauté de pratique

Il a été demandé aux participants de décrire les avantages d'avoir participé à une communauté de pratique sur l'intégration des données probantes à la pratique. Les avantages rapportés par les participants se regroupent en trois thèmes : les échanges en groupe, l'accès à un expert et l'amélioration et la mise à jour des connaissances en lien avec cette pratique. Les participants ont rapporté plusieurs avantages au fait de participer à la communauté de pratique sur l'intégration des données probantes. 57,1 % des répondants (n=4) ont nommé l'avantage de pouvoir échanger avec leurs collègues et de partager les résultats des recherches en groupe. Dans le même sens, 28,6 % des participants (n=2) ont aussi mentionné que le fait d'être en groupe était plus stimulant. Le commentaire du participant 3 en témoigne : *«C'est plus stimulant de faire des recherches quand je peux en partager les résultats. Il y a plus de chances que l'on maintienne notre intérêt et motivation pour poursuivre.»*. Par ailleurs, 42,9 % des participants (n=3) ont mentionné que le fait d'avoir accès à un expert dans le groupe était facilitant. Le commentaire du participant 6 illustre cette idée : *« [un avantage est de] pouvoir avoir accès directement à un mentor »*. 42,3 % des répondants (n=3) ont noté que l'un des avantages était que la communauté de pratique permettait d'améliorer les connaissances et les compétences en lien avec la recherche. L'énoncé suivant du participant 7 reflète ce thème : *« [un avantage est de] rafraîchir les connaissances que j'avais eues dans mon parcours académique, mais que je n'avais pas nécessairement appliquées depuis 4 ans »*.

5.4. Utilisation des différentes stratégies pédagogiques pendant les rencontres

Des données ont également été récoltées en lien avec les stratégies pédagogiques utilisées dans les rencontres. Les trois premières stratégies, soit les explications théoriques, les exemples et les exercices pratiques ont été notées sur une échelle de Likert de un à dix par les participants, un étant «peu utile» et dix «très utile». De plus, il leur a été demandé pourquoi ils l'appréciaient ainsi. Pour la quatrième stratégie, soit le journal réflexif, les participants avaient à noter, sur une échelle de Likert de un à dix, à quel point ils étaient en accord avec l'énoncé, un étant «en désaccord» et dix «en accord».

5.4.1. Utilité des explications théoriques

100% des participants (n=7) ont mentionné que les explications théoriques données dans les présentations de type PowerPoint avaient été très utiles (cote de 10 [n=6], cote de 8 [n=1]),

Les raisons pour lesquelles les participants ont perçu les explications théoriques comme étant très utiles se regroupent en trois thèmes : le fait que ce soit une référence rapide à consulter, le fait de que ce soit concret et précis, et finalement le fait que cela permette de garder une idée globale de la rencontre. D'abord, le premier thème, soit le fait que les documents imprimés contenant la théorie soient des références rapides à consulter, a été rapporté par 28,6% des participants (n=2). Le commentaire du participant 1 illustre cette idée : *« c'est facile de s'y référer et d'aller rechercher l'information qu'on a besoin »*. 28,6% des participants (n=2) ont mentionné que la théorie amenait des éléments concrets et précis dans les rencontres. Le troisième thème a été rapporté par 14,3 % des participants. Le commentaire du participant 7 en témoigne : *« [les documents imprimés contenant la théorie permettent de] garder une idée globale de la rencontre et de ce dont on a discuté et appris pendant la rencontre »*.

5.4.2. Utilité des exemples

Au cours des rencontres, des exemples ont été donnés de deux façons : pendant les présentations PowerPoint, ainsi qu'à l'aide du recueil d'exemples (Brousseau et Vermette, 2015). Pour ce qui est des exemples présentés dans les présentations de type PowerPoint, 100 % des participants (n=7) ont affirmé qu'ils avaient été très utiles (cote de 10 [n=6], cote de 8 [n=1]). 57,1 % des participants (n=4) ont mentionné des raisons à cette utilité, ressortant en trois thèmes principaux : le fait que ce soit concret, et le fait que cela aide à comprendre la théorie, et le fait que les exemples permettent de garder en tête une idée globale de la rencontre. 14,3 % des répondants (n=1) ont répondu que les exemples permettaient d'être concret, comme en témoigne le commentaire du participant 6 : *« les exemples sont concrets et souvent reliés à ma pratique »*. 14,3 % des participants (n=1) ont inclus à la fois ce thème et le fait que les exemples facilitent la compréhension, comme l'illustre l'énoncé du participant 2 : *« [les exemples] permettent d'être plus concret pour mieux comprendre »*. 14,3 % des participants ont seulement noté ce deuxième thème, comme le participant 1 l'a noté : *« [les exemples] m'ont permis de bien comprendre la théorie »*. Finalement, le participant 7 a mentionné le troisième thème de la façon suivante : *« les exemples permettent de garder une idée globale de la rencontre et de ce dont on a discuté et appris pendant la rencontre »*.

D'autre part, des résultats similaires sont ressortis en lien avec l'utilité du cahier d'exemples, 100% des participants (n=7) ont noté que le cahier avait été très utile (cote de 10 [n=6], cote de 8 [n=1]). 57,1 % ont donné des raisons. D'abord, 28,6 % (n=2) ont mentionné que le cahier d'exemples était un bon outil de référence. Ensuite, 14,3 % (n=1) a noté le fait que le cahier facilitait la compréhension. Ce thème est illustré par le commentaire du participant 2 : « *[le cahier est] très bien fait pour nous permettre de comprendre les étapes de la recherche dans les données probantes à l'aide de plusieurs exemples dans divers milieux cliniques* ». 14,3 % des participants (n=1) ont donné la raison illustrée dans le commentaire du participant 6 : « *[le cahier] résumait clairement les situations défis, la question de recherche et les résultats* ».

5.4.3. Utilité des exercices pratiques

100 % des participants (n=7) ont rapporté que le fait de faire des exercices pratiques pendant les rencontres avait été très utile (cote de 10 [n=6], cote de 8 [n=1]). Les raisons pour lesquelles les exercices pratiques ont été très utiles se regroupent en trois thèmes : l'intégration de nouvelles connaissances, la mise en application de la théorie ainsi que l'aide à la compréhension des concepts. 42,9 % des répondants ont noté que les exercices avaient été utiles, car ils permettaient d'intégrer les nouvelles connaissances et de les consolider. Le commentaire du participant 4 reflète ce thème : « *[les exercices pratiques] permettent de mieux intégrer les connaissances* ». Le fait que les exercices permettent de mettre en application la théorie et les concepts appris pendant les rencontres a également été mentionné par 42,9% des répondants (n=3). Le commentaire du participant 2 en témoigne : « *[les exercices pratiques] permettent de mettre les divers concepts appris en application et ainsi de savoir si on a bien compris la théorie* ». Ce commentaire reflète également le troisième thème, soit que les exercices pratiques aident à la compréhension de la théorie, qui a été mentionné par 28,6 % des participants (n=2). L'énoncé du participant 1 illustre aussi ce thème : « *[les exercices pratiques] m'ont permis de bien comprendre* ».

5.4.4. Perception du journal réflexif

Après chacune des quatre premières rencontres, les participants devaient remplir un journal réflexif. Dans le questionnaire final, ils avaient à noter s'ils étaient en accord ou non avec deux énoncés, sur une échelle de Likert de 1 à 10, 1 étant «en désaccord» et 10 «en accord». Il

leur a été demandé si ce journal leur avait permis de faire une synthèse des connaissances acquises, et il leur a aussi été demandé si ce même journal leur avait permis de porter un regard critique sur leur propre pratique et sur leurs apprentissages. Comme le démontrent les tableaux 17 et 18, 100% des participants (n=7) sont en accord avec les énoncés (cote 10, 9, 8, 7), et 71,4% des participants ayant répondu 9 ou 10.

Tableau 17.

Réponses à l'énoncé: «Le journal réflexif à la fin de chaque rencontre m'a permis de synthétiser les connaissances acquises lors de chaque rencontre»

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
10	57,1%	4
9	14,3%	1
8	14,3%	1
7	14,3%	1

Tableau 18.

Réponses à l'énoncé : «Le journal réflexif à la fin de chaque rencontre m'a permis de porter un regard critique sur ma pratique et mes apprentissages.»

Échelle de Likert sur 10	Pourcentage des participants ayant choisi cette réponse	Nombre de participants (n) ayant choisi cette réponse
10	42,9%	3
9	28,6%	2
8	14,3 %	1
7	14,3%	1

6. DISCUSSION

L'objectif de la présente étude est de décrire les retombées de la participation à une communauté de pratique pour soutenir la pratique basée sur les données probantes chez des ergothérapeutes en milieu rural, et pour ce faire, un devis mixte descriptif exploratoire a été utilisé. Après avoir été analysés dans la précédente section, les résultats seront discutés dans cette section. La discussion qui suit se divise en cinq parties. Dans un premier temps, un retour sur l'objectif de cette étude est fait. Dans un deuxième temps, les prémisses à l'implantation de la communauté de pratique sont discutées. Par la suite, les retombées de la participation à la communauté de pratique sont synthétisées et des hypothèses sont proposées. Les forces et les limites de cette étude sont ensuite discutées, et finalement, les contributions apportées par cette étude pour la pratique en ergothérapie sont détaillées.

6.1. Retour sur l'objectif de l'étude

La présente étude documente les retombées de la participation à une communauté de pratique pour soutenir la pratique basée sur les données probantes chez des ergothérapeutes en milieu rural, et ce, du point de vue de l'expérience des participants. La participation à une communauté de pratique d'une durée de cinq mois a eu plusieurs retombées. D'abord, en comparant les résultats avant et après la participation à la communauté de pratique, il est constaté que ce projet a eu des retombées positives en lien avec l'attitude des participants par rapport à la pratique basée sur les données probantes, leur perception du niveau de confiance quant à l'utilisation de cette pratique et leur perception des connaissances de base en lien avec le processus d'intégration des données probantes. Par la suite, une autre retombée positive est le fait que les participants se sentent outillés à chaque étape du processus d'intégration des données probantes. De plus, tous les participants ont rapporté que la participation à la communauté de pratique avait permis de modifier ou bonifier leur pratique clinique. Une autre retombée concerne le fait que les participants ont tous affirmé qu'ils allaient intégrer les données probantes dans leur future pratique, et ont nommé des moyens concrets qu'ils allaient utiliser, individuellement et en groupe, pour y arriver. Finalement, chacun des participants a identifié l'élément qui avait été le plus aidant pour eux dans la communauté, et des avantages de participer à une communauté de pratique. Par ailleurs, pour ce qui est des outils pédagogiques utilisés lors des rencontres de la communauté de pratique, l'une des retombées de cette étude est

de constater que, selon les participants, tous les outils utilisés, soit les explications théoriques, les exemples, les exercices pratiques, ainsi que le journal réflexif, ont été utiles.

6.2. Prémisses à l'implantation de la communauté de pratique

6.2.1. Perception des obstacles à la pratique basée sur les données probantes

Quoique la perception des obstacles à la pratique basée sur les données probantes ne soit pas une retombée de la communauté de pratique en soi, il importe que cela soit discuté puisque les obstacles perçus peuvent avoir une influence sur le fonctionnement et le maintien de la communauté. Les obstacles identifiés par les participants concordent avec ceux ressortant des écrits. Les données obtenues permettent donc de constater que les ergothérapeutes en milieu rural vivent réellement des obstacles au quotidien, et ont besoin d'être soutenus pour intégrer les données probantes à la pratique. Le manque d'habiletés à utiliser la pratique basée sur les données probantes est ressorti comme étant un obstacle chez 71,4% des participants (n=5) dans cette étude, et a été identifié dans plusieurs études (Bennett et coll., 2003; Dubouloz et coll., 1999; McClusker et Lovarini, 2005; Upton et coll., 2014; Welch et Dawson, 2006). Le fait de ne pas avoir l'occasion d'échanger sur le sujet avec des collègues est un obstacle identifié chez 57,1% des participants (n=4) dans cette étude, et n'était pas ressorti dans les écrits. Le fait que les participants ne perçoivent pas cela comme un obstacle important peut d'ailleurs être vu comme un facilitateur à l'implantation de la communauté de pratique, puisque cela signifie qu'ils ont déjà quelques occasions d'échanger sur le sujet.

Par ailleurs, le manque de connaissances, le manque de temps à consacrer à la pratique basée sur les données probantes ainsi que le manque d'accès aux évidences scientifiques sont des obstacles identifiés par les participants de cette étude, qui ont aussi été ressortis par des études menées en milieu rural. Le manque de connaissances de base est perçu comme un obstacle chez 57,1% des participants (n=4) dans cette étude, et avait été ressorti dans l'étude de McClusker et Lovarini (2005) et également dans l'étude de Hu (2012), menée spécifiquement en milieu rural. Le manque de temps à consacrer à cette pratique est un obstacle important pour 100% des participants (n=7) dans cette étude, et le manque d'accès aux évidences scientifiques est un obstacle modéré ou important pour 71,4% (n=5). Ces deux obstacles ont été mis en lumière entre autres dans la revue systématique d'Upton et ses collaborateurs (2014), ainsi que dans des études

menées spécifiquement en milieu rural (Parsons et coll., 2003; Hu, 2012). Les résultats de la présente étude font aussi valoir que le fait d'avoir une charge de travail élevée est perçu comme un obstacle chez 100% des répondants ($n=7$). Cela est cohérent avec une étude menée en milieu rural (Hu, 2012), qui a ressorti cet obstacle. Finalement, le manque de soutien de la part des supérieurs est un obstacle pour 85,7 % des répondants ($n=6$), et a d'ailleurs été mis de l'avant par des études en milieu rural (Hu, 2012; Wielandt et Taylor, 2010). En résumé, aucune des observations de cette étude n'est en contradiction avec ce qui est rapporté dans les écrits.

À noter que l'implantation de la communauté de pratique dans le cadre de la présente étude a permis de surmonter certains obstacles organisationnels habituellement vécus par les ergothérapeutes en milieu rural, soit la difficulté à avoir accès aux bases de données électroniques, le manque de temps à consacrer à l'intégration des données probantes à la pratique et le manque de soutien dans le milieu. En effet, la mise en place de la communauté a donné un accès aux bases de données électroniques. De plus, deux heures par mois étaient allouées et financièrement compensées pour se consacrer à la pratique basée sur les données probantes avec du soutien directement dans le milieu clinique.

6.2.2. Caractéristiques essentielles à une mise en place réussie d'une communauté de pratique

D'abord, pour pouvoir initier des changements, les participants doivent se sentir engagés dans la communauté de pratique. Ainsi, le domaine de la communauté doit inclure les préoccupations communes de tous les membres ainsi que leurs besoins (Wenger et coll., 2002). La communauté de pratique implantée dans le cadre de la présente étude incluait les besoins identifiés par les participants qui étaient d'apprendre la façon de chercher dans les bases de données et d'utiliser celles-ci, d'avoir des moyens pour intégrer les données probantes à la pratique, d'avoir davantage de connaissances en lien avec cette pratique, d'être outillé pour évaluer la qualité d'un article scientifique, et d'amoindrir les barrières organisationnelles. De plus, les membres de la communauté doivent avoir un intérêt commun pour le domaine (Wenger et coll., 2002). Cet intérêt est ressorti dans les points de vue généraux des participants au sujet de la pratique basée sur les données probantes. En effet, 85,7% des participants ($n=6$) ont émis des commentaires positifs et ceux-ci concernaient l'ouverture envers la pratique basée sur les données probantes, le sentiment d'avoir hâte de participer au projet, le désir d'être à l'aise avec

cette pratique et le fait que cette pratique soit essentielle. Ces thèmes rejoignent également la deuxième caractéristique essentielle d'une communauté de pratique, qui est la communauté elle-même, c'est-à-dire les personnes qui la constituent et qui ont le désir de s'engager dans le groupe et de voir le domaine évoluer (Wenger et coll., 2002).

6.2.3. Recours aux données probantes

En ce qui concerne le recours aux données probantes, avant de participer à la communauté de pratique, bien que 85,7 % des participants (n=6) percevaient avoir une attitude très positive envers la pratique basée sur les données probantes, seulement 57,1 % des participants (n=4) intégraient les données probantes à leur pratique. De ceux-là, 42,9% (n=3) les intégraient une fois par mois ou plus. Ce constat reflète donc le besoin qu'ont les ergothérapeutes d'être outillés pour intégrer davantage les données probantes à leur pratique. De plus, ces résultats sont cohérents avec la revue systématique d'Upton et ses collaborateurs (2014), qui a fait valoir que l'attitude des ergothérapeutes envers la pratique basée sur les données probantes est généralement positive, mais qu'il y a un manque quant à son utilisation en milieu clinique.

6.3. Retombées de la participation à la communauté de pratique

Suite à une recension des écrits, trois principales composantes ont été ciblées comme étant mesurables avant et après dans le cadre de cette étude, soit l'attitude des participants envers la pratique basée sur les données probantes, le niveau de confiance quant à son utilisation ainsi que les connaissances en lien avec cette pratique. Les résultats de la présente étude font valoir que ces trois composantes s'améliorent suite à la participation à la communauté de pratique. En effet, selon la perception des participants, les connaissances et le niveau de confiance se sont améliorés chez 100% d'entre eux. Pour ce qui est de l'attitude, elle s'est améliorée chez 28,6 % des participants (n=2). Par contre, il est important de considérer qu'il puisse y avoir eu un effet plafond, puisque 85,7 % avaient déjà une attitude très positive par rapport à la pratique basée sur les données probantes avant même de débiter le projet. Ces résultats convergent vers la revue systématique de Roy Dizon et ses collaborateurs (2012) qui avait exposé que les programmes d'entraînement à la pratique basée sur les données probantes améliorent les habiletés, les connaissances et les attitudes des professionnels de la santé. Les résultats de la présente étude vont aussi dans le même sens que l'étude de Brangan, Quinn, et Spirtos (2014), qui avait fait

valoir qu'un atelier d'une journée avait amélioré le niveau de confiance et les attitudes des ergothérapeutes concernant l'utilisation de la pratique basée sur les données probantes. Les résultats de cette étude sont également cohérents avec ceux de la recherche-action de Welch et Dawson (2006), qui avait démontré qu'après six séances d'apprentissage dans un groupe coopératif, les habiletés, les connaissances et le niveau de confiance quant à l'utilisation de la pratique basée sur les données probantes s'améliorent.

Par ailleurs, les résultats de la présente étude ont démontré que la participation à une communauté de pratique d'une durée de cinq mois a permis à tous les participants de se sentir outillés dans les étapes du processus d'intégration des données probantes. Ils ont cheminé à travers les quatre premières étapes, qui sont la formulation d'une question de recherche, la recherche de données probantes, l'évaluation critique des écrits ainsi que l'intégration des données probantes à la pratique (Law et Macdermid, 2013). D'ailleurs, tous les outils fournis et les stratégies pédagogiques utilisées, soit les notions théoriques, les exemples et les exercices pratiques, ont été utiles selon les participants. À noter que le journal réflexif quant à lui n'a pas été utilisé nécessairement pour outiller les participants dans les étapes du processus, mais plutôt pour faciliter à la fois la synthèse des connaissances et la pratique réflexive. Pour ce qui est de la cinquième étape du processus, soit l'évaluation de l'efficacité de l'intervention (Law et Macdermid, 2013), elle a été discutée en groupe, mais n'a pas été expérimentée concrètement faute de temps. Par contre, il aurait été très pertinent de poursuivre la communauté de pratique à long terme et d'y inclure cette dernière étape de façon plus concrète.

En ce qui concerne la pratique clinique, tous les participants de l'étude ont affirmé que la participation à la communauté de pratique a permis de bonifier ou modifier leur pratique clinique. Les participants ont mentionné que, grâce à cette communauté, ils ont amélioré leur pratique de façon concrète, reçu davantage de soutien les uns des autres, développé le réflexe d'utiliser cette pratique et que leur perception de la pratique basée sur les données probantes avait changé positivement. Bien que les retombées de ce projet n'aient pas été investiguées à long terme, ces résultats mesurés à court terme démontrent tout de même que les participants perçoivent que la participation à la communauté a amené des changements au plan des comportements, ce qui très intéressant. Ces résultats semblent aller dans le sens de ceux de

l'étude de Novak et McIntyre (2010), qui a évalué l'effet d'un atelier d'une journée combiné à du soutien dans le milieu de travail pendant 18 mois, et qui a fait valoir que cette stratégie améliorait les comportements à long terme. Dans le même sens, le fait que les participants de la communauté de pratique travaillent tous dans des équipes intraprofessionnelles et interprofessionnelles, qu'ils soient en lien avec un programme universitaire en ergothérapie et qu'ils aient reçu des stagiaires dans les cinq dernières années sont également des facteurs qui favorisent l'intégration des données probantes à la pratique (Thomas et Law, 2014). En plus de ces facteurs qui favorisent le changement dans la pratique, en s'engageant dans la communauté de pratique, les participants ont démontré qu'ils étaient dans la phase d'action du processus de changement (Norcross, Krebs et Prochaska, 2011). Pour maintenir ce changement à long terme, les participants doivent évidemment continuer à utiliser la pratique basée sur les données probantes. En ce sens, 85,7% des participants (n=6) ont planifié faire des recherches de données probantes à raison d'une fois par mois, et 14,3% (n=1) ont planifié en faire au besoin. Comme stratégie de groupe, tous les répondants ont mentionné qu'ils allaient se faire des réunions de type scientifique afin de partager des données probantes en groupe. Il est intéressant de constater qu'ils ont trouvé une stratégie de groupe afin de poursuivre le processus de changement. Dans le même ordre d'idées, les participants ont aussi mentionné que l'un des avantages d'une communauté de pratique était de pouvoir échanger avec leurs collègues et de partager les résultats des recherches en groupe. La pratique partagée est d'ailleurs le troisième élément essentiel au fonctionnement d'une communauté de pratique (Wenger et coll., 2002), les deux autres étant le domaine et la communauté en soi, discutés précédemment. Un autre avantage rapporté par les participants concernant leur pratique clinique est l'amélioration et la mise à jour des connaissances en lien avec la pratique basée sur les données probantes. Cela va de pair avec la définition d'une communauté de pratique, qui est un groupe de personnes qui partagent un intérêt commun pour un sujet défini, et qui échangent des informations et connaissances, tout en ayant une motivation de développer de nouvelles connaissances ou d'évoluer vers de meilleures pratiques (Wenger et coll., 2002).

La présence d'un expert a aussi été rapportée comme étant un avantage à la communauté de pratique sur l'intégration des données probantes. Ce constat fait par les participants va dans le même sens que Kaufman et Mann (2010), qui affirme que la présence d'un expert est un attribut

essentiel au bon fonctionnement d'une communauté de pratique. De plus, le fait que l'expert se soit rendu directement dans le milieu rural peut avoir permis d'amoindrir certains obstacles vécus par les ergothérapeutes en milieu rural, soit le fait d'être plus isolés (Parsons et coll., 2003) et le fait de manquer de soutien par rapport aux pratiques professionnelles comme l'intégration des données probantes à la pratique (Hu, 2012; Wielandt et Taylor, 2010). Par ailleurs, inclure un expert est également pertinent d'un point de vue pédagogique, puisque selon la perspective sociale cognitive de Bandura, les individus n'imitent pas systématiquement tout ce qu'ils voient, et ont plutôt tendance à reproduire les comportements des personnes admirées au sein d'un groupe (Bee et Boyd, 2011). La présente étude fait valoir que le contact direct a été bénéfique pour soutenir les changements dans le milieu. En ce sens, il y a lieu de se questionner à savoir si une communauté de pratique virtuelle pour intégrer les données probantes à la pratique aurait été aussi efficace pour soutenir des ergothérapeutes travaillant en milieu rural.

6.4. Forces et limites

L'une des forces de cette étude est d'avoir documenté une stratégie de soutien à la pratique basée sur les données probantes en ergothérapie en milieu rural. Cette étude répond à une préoccupation actuelle dans le domaine de l'ergothérapie. Tel que mis en lumière dans la problématique, plusieurs obstacles à la pratique basée sur les données probantes sont recensés dans les écrits actuels, et même davantage en milieu rural. Par contre, à notre connaissance, aucune étude n'avait documenté les stratégies pour soutenir cette pratique à la fois en ergothérapie et en milieu rural jusqu'à ce jour. Cette étude contribue donc à l'apport de nouvelles connaissances sur le sujet. De plus, une autre force de cette étude est le fait que le taux de participation lors de l'invitation soit de 100% et qu'aucun participant n'ait abandonné au fil des cinq mois. En prenant en considération que les participants étaient informés de l'ampleur de leur engagement pour ce projet lorsqu'ils ont accepté d'y participer, on peut émettre le constat qu'ils avaient de l'intérêt pour la participation à cette communauté de pratique. Ainsi, le taux de participation reflète le besoin qu'ont les ergothérapeutes en milieu rural d'être soutenus dans la pratique basée sur les données probantes. Une autre force de cette étude est le fait qu'il y ait de l'hétérogénéité dans l'échantillon, c'est-à-dire des ergothérapeutes ayant un nombre d'années de pratique variées, des milieux de pratique variés, ainsi qu'une scolarité de deux niveaux. Cela leur a d'ailleurs permis de se soutenir les uns les autres dans leurs apprentissages. De plus, même si

l'échantillon est petit ($n=7$), il peut s'avérer représentatif d'autres milieux vu la diversité des participants. Ces participants représentent d'une certaine façon la composition d'un grand nombre d'équipes intraprofessionnelles en ergothérapie.

Cette étude comprend aussi certaines limites. Premièrement, le nombre de participants à l'étude est petit ($n=7$), ce qui limite la transférabilité des résultats. En effet, ces résultats sont principalement applicables à cette population dans ce CSSS, et les résultats sont représentatifs de la population vu le taux de participation de 100%. En considérant les résultats prometteurs de ce projet, et le fait que la population soit diversifiée, tel que discuté précédemment, il serait intéressant de le reproduire dans d'autres CSSS en milieu rural afin d'en comparer les résultats. Deuxièmement, vu le petit échantillon de cette étude ($n=7$), il n'a pas été possible de faire des tests statistiques pour évaluer les changements de perception avant et après la communauté de pratique. C'est d'ailleurs pour cette raison que les résultats ont été analysés de façon descriptive. Une autre limite de l'étude est le fait qu'une seule méthode de collecte de données ait été utilisée. Des observations ont été faites par l'étudiante chercheuse, mais n'ont pas été consignées et n'ont donc pas pu être analysées dans le cadre de ce projet. Il aurait été intéressant de trianguler les données en incluant par exemple une grille d'observation formelle ainsi que des mesures objectives, par exemple la fréquence de consultation des bases de données, un test formel des connaissances liées à la pratique factuelle, l'observation des thèmes de discussion lors de réunion d'équipe ou encore une entrevue avec un pair significatif du milieu. Finalement, le fait que l'étudiante chercheuse agisse à titre d'expert et d'animateur lors des rencontres, ce qui a pu faire en sorte qu'un désir de plaire au chercheur s'installe chez les participants et biaiser les résultats de cette étude.

6.5. Contributions de cette étude à la pratique ergothérapique

Cette étude permet de constater que la perception de la pratique basée sur les données probantes d'ergothérapeutes en milieu rural s'apparente à celle décrite dans les écrits actuels. Cela démontre donc que les obstacles vécus ainsi que les besoins sont réels et que les ergothérapeutes ont besoin d'être soutenus pour intégrer les données probantes à la pratique. Ce projet contribue également à l'avancement de la pratique en offrant une stratégie concrète pour soutenir les ergothérapeutes dans leurs pratiques professionnelles. Dans le domaine de la santé,

l'objectif principal d'une communauté de pratique est d'améliorer l'exercice de la profession au quotidien, en transférant les apprentissages acquis dans un contexte clinique (Kaufman et Mann, 2010). La communauté de pratique s'avère donc être une stratégie intéressante pour soutenir l'intégration des données probantes à la pratique évidemment, et s'applique aussi à de nombreux besoins et préoccupations vécues par les professionnels.

7. CONCLUSION

L'objectif de cette étude est de décrire les retombées d'une communauté de pratique implantée pour soutenir la pratique basée sur les données probantes d'ergothérapeutes en milieu rural. Les résultats obtenus selon l'expérience des participants font valoir que l'implantation d'une communauté de pratique d'une durée de 5 mois dans un milieu rural améliore l'attitude des ergothérapeutes par rapport à la pratique basée sur les données probantes, leur niveau de confiance quant à l'utilisation de cette pratique, et leurs connaissances de base en lien avec le processus d'intégration des données probantes. La communauté de pratique a aussi permis aux participants de se sentir outillés à chaque étape du processus d'intégration des données probantes. Des changements dans la pratique clinique ont aussi été rapportés par les participants. De plus, la participation à cette communauté amène les participants à réfléchir sur leur pratique future et à se fixer des objectifs pour que ces changements perdurent à long terme.

Pour des recherches futures, il serait intéressant de mesurer les retombées de cette étude à long terme. Il serait aussi pertinent d'y inclure des données objectives afin de trianguler les données et d'avoir ainsi un point de vue à la fois objectif et subjectif. De plus, il serait également intéressant de reproduire cette étude à plus grande échelle afin d'améliorer la transférabilité des résultats. En ce sens, si un projet semblable était fait en ayant un échantillon plus grand, et représentatif de la population du Québec ou du Canada, nous aurions accès à des évidences convaincantes pour soutenir l'implantation des communautés de pratique à la grandeur du pays pour soutenir les ergothérapeutes dans l'intégration des données probantes à leur pratique.

RÉFÉRENCES

- Atkinson, R. K., Sharon, J. D., Renkl, A., et Wortham, D. (2000). Learning from examples: instructional principles from the worked examples research. *Review of Educational Research*, 70(2), 181-214. doi: 10.2307/1170661
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Bandura, A., et Rondal, J.-A. (1980). *L'apprentissage social* (Vol. 83). Bruxelles : P. Mardaga.
- Bee, H. L. et Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie : psychologie du développement humain* (4e éd. éd.). Saint-Laurent: ERPI.
- Bennett, S., Tooth, L., McKenna, K., Rodger, S., Strong, J., Ziviani, J., ... Gibson, L. (2003). Perceptions of evidence based practice: A survey of occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(1), 13–22. doi: 10.1046/j.1440-1630.2003.00341.x
- Brangan, J., Quinn, S., et Spirtos, M. (2015). Impact of an evidence-based practice course on occupational therapist's confidence levels and goals. *Occupational Therapy in Health Care*, 29(1), 27-38. doi:10.3109/07380577.2014.968943
- Brousseau, M., et Vermette. C. (2015). *Exemples de démarche d'intégration des données probantes en ergothérapie* (document inédit). Trois-Rivières: UQTR.
- Buchanan, H., Siegfried, N., Jelsma, J., et Lombard, C. (2014). Comparison of an interactive with a didactic educational intervention for improving the evidence-based practice knowledge of occupational therapists in the public health sector in South Africa: a randomised controlled trial. *Trials*, 15, 216-216. doi: 10.1186/1745-6215-15-216
- Büchel, B. et Raub, S. (2002). Building knowledge-creating value networks. *European Management Journal*, 20(6), 587-596.
- Burgess, A. et Nestel, D. (2014). Facilitating the development of professional identity through peer assisted learning in medical education. *Advances in Medical Education and Practice*, 5, 403-406. doi: 10.2147/AMEP.S72653
- Campbell, L. B., Novak, I., McIntyre, S., et Lord, S. J. (2013). A KT intervention including the evidence alert system to improve clinician's evidence-based practice behavior-a cluster randomized controlled trial. *Implementation Science*, 8(1), 1-28. doi: 10.1186/1748-5908-8-132
- CEFRIO. (2005). *Guide de mise en place et d'animation de communautés de pratique intentionnelles - Travailler, apprendre et collaborer en réseau*. Repéré à : http://www.cefrio.qc.ca/media/uploader/travailler_apprendre_collaborer.pdf

- Dubouloz, C. J., Egan, M., Vallerand, J., & von Zweck, C. (1999). Occupational therapists' perceptions of evidencebased practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(5), 445–453. doi:10.5014/ajot.53.5.445
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives (2e éd.)*. Montréal: Chenelière éducation
- Gouvernement du Québec. (2015). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html
- Grisbrooke, J. (2013). Practising ethics: bildungsroman and community of practice in occupational therapists' professional development. *Ethics and Education*, 8(3), 229-240. doi: 10.1080/17449642.2013.876790
- Hu, D. (2012). Occupational therapists' involvement views, and training needs of evidence based practice: a rural perspective. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 19(11), 618-628.
- Jolliffe, W. (2015). Bridging the gap: teachers cooperating together to implement cooperative learning. *Education 3-13*, 43(1), 70-82.
- Kaufman, D. M. et Mann, K. V. (2010). *Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice, in understanding medical education: evidence, theory and practice* (ed T. Swanwick). Oxford: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9781444320282.ch2
- Kimmerle, J., Thiel, A., Gerbing, K.-K., Bientzle, M., Halatchliyski, I., et Cress, U. (2013). Knowledge construction in an outsider community: Extending the communities of practice concept. *Computers in Human Behavior*, 29(3), 1078-1090. doi: 10.1016/j.chb.2012.09.010
- Lave, J. et Wenger, E. (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge : University of Cambridge Press.
- Lavergne, V. (2014). *La recherche documentaire – Ergothérapie* [document PDF]. Trois-Rivières: Services de la bibliothèque de l'UQTR.
- Law, M., & Baum, C. (1998). Evidence-based occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 131-135.
- Law, M., et MacDermid, J. (Eds). (2013). *Evidence-based rehabilitation. A guide to practice* (3e éd.). Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3e éd.). Montréal, Canada: Guérin.

- Lizarondo, L. M., Grimmer-Somers, K., Kumar, S., et Crockett, A. (2012). Does journal club membership improve research evidence uptake in different allied health disciplines: a pre-post study. *BMC Research Notes*, 5, 588-588. doi: 10.1186/1756-0500-5-588
- McCluskey, A., et Lovarini, M. (2005). Providing education on evidence-based practice improved knowledge but did not change behaviour: a before and after study. *BMC Medical Education*, 5(1), 1-12. doi:10.1186/1472-6920-5-40
- McQueen, J., Miller, C., Nivison, C., et Husband, V. (2006). An investigation into the use of a journal club for evidence-based practice. *International Journal of Therapy et Rehabilitation*, 13(7), 311-316.
- Menon, A., Korner-Bitensky, N., Kastner, M., McKibbin, K. A., et Straus, S. (2009). Strategies for rehabilitation professionals to move evidence-based knowledge into practice: a systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(13), 1024-1032. doi: 10.2340/16501977-0451
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., et Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 143. doi: 10.1002/jclp.20758
- Novak, I., et McIntyre, S. (2010). The effect of education with workplace supports on practitioners' evidence-based practice knowledge and implementation behaviours. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(6), 386-393. doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00861.x
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2010). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*. Repéré à : https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/OEQ-Referentiel-Competences_2010_Couleurs.pdf
- Parsons, J. E., Merlin, J. L., Taylor, J. E., Wilkinson, D. et Hiller, J. E. (2003). Evidence-based practice in rural and remote clinical practice : where is the evidence? *Australian Journal of Rural Health*, 11, 242-248.
- Pléty, R. (1998). *Comment apprendre et se former en groupe*. Paris : Retz.
- Ranmuthugala, G., Plumb, J. J., Cunningham, F. C., Georgiou, A., Westbrook, J. I., et Braithwaite, J. (2011). How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11, 273-273. doi: 10.1186/1472-6963-11-273
- Roy Dizon, J. M., Grimmer-Somers, K. A., et Kumar, S. (2012). Current evidence on evidence-based practice training in allied health: a systematic review of the literature. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10(4), 347-360. doi: 10.1111/j.1744-1609.2012.00295.x

- Ruth-Sahd, L. A. (2011). Student nurse dyads create a community of learning: proposing a holistic clinical education theory. *Journal of Advanced Nursing*, 67(11), 2445–2454. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05690.x
- Sharan, Y. (2010). Cooperative learning for academic and social gains: valued pedagogy, problematic practice. *European Journal of Education*, 45(2), 300-313. doi: 10.1111/j.1465-3435.2010.01430.x
- Solidarité Rurale du Québec. (2012). *Territoire et démographie*. Repéré à <http://www.ruralite.qc.ca/fr/Ruralite/Territoire-et-demographie>
- Statistiques Canada. (2006). *Qu'est-ce qu'une région rurale?* Repéré à http://www41.statcan.gc.ca/2006/3119/ceb3119_002-fra.htm
- Statistiques Canada. (2009). *Pour plus d'information sur Région rurale (RR)*. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/ref/dict/geo042a-fra.cfm>
- Tétreault, M. (2013). Dynamiques d'appropriation et de construction de savoirs professionnels au sein d'une communauté de pratique virtuelle d'inhalothérapeutes. Mémoire. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Maîtrise en communication.
- Thomas, A., et Law, M. (2014). Evidence-based practice supports among Canadian occupational therapists: Enquête sur les mécanismes de soutien de la pratique fondée sur les données probantes offerts aux ergothérapeutes canadiens. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(2), 79-92. doi: 10.1177/0008417414526972
- Thomas, A., et Law, M. (2013). Research utilization and evidence-based practice in occupational therapy: a scoping study. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(4), e55–e65. doi:10.5014/ajot.2013.006395
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (Eds.). (2012). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed. version française N. Cantin). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Upton, D., Stephens, D., Williams, B., et Scurlock-Evans, L. (2014). Occupational therapists' attitudes, knowledge, and implementation of evidence-based practice: a systematic review of published research. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 24-38. doi: 10.4276/030802214X13887685335544
- Vachon, B., Durand, M.-J., et LeBlanc, J. (2010). Using reflective learning to improve the impact of continuing education in the context of work rehabilitation. *Advances in Health Sciences Education*, 15(3), 329-348. doi: 10.1007/s10459-009-9200-4
- Van Gog, T., Kester, L., et Paas, F. (2011). Effects of worked examples, example-problem, and problem-example pairs on novices' learning. *Contemporary Educational Psychology*, 36(3), 212-218. doi: 10.1016/j.cedpsych.2010.10.004

- Welch, A., et Dawson, P. (2006). Closing the gap: collaborative learning as a strategy to embed evidence within occupational therapy practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(2), 227-238. doi: 10.1111/j.1365-2753.2005.00622.x
- Wenger E. (1999). *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press
- Wenger E., McDermott R., Snyder W. M. (2002). *Cultivating communities of practice*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press
- Wenger, E. C., et Snyder, W. M. (2000). Communities of practice: the organizational frontier. *Harvard Business Review*, 78(1), 139-145.
- Wielandt, P. M., et Taylor, E. (2010). Understanding rural practice: implications for occupational therapy education in Canada. *Rural and Remote Health*, 10(3), 1488-1488.
- Wilding, C., Curtin, M., et Whiteford, G. (2012). Enhancing occupational therapists' confidence and professional development through a community of practice scholars. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(4), 312-318. doi: 10.1111/j.1440-1630.2012.01031.x

ANNEXE A QUESTIONNAIRE INITIAL

Questionnaire initial

de participant _____

La pratique basée sur les données probantes se définit comme le processus dans lequel les cliniciens incorporent les meilleures évidences scientifiques, l'expertise clinique ainsi que la perception du client. Les étapes fondamentales de la pratique basée sur les données probantes sont la formulation d'une question de recherche, la recherche de données probantes, l'évaluation critique de la littérature, la prise de décision et l'évaluation de l'efficacité de l'intervention (Law & Macdermid, 2013).

PARTIE A : Données sociodémographiques

1. Sexe : H ____ ou F ____
2. Âge : _____
3. Niveau de scolarité : baccalauréat ____ ou maîtrise ____
4. Nombre d'années de pratique au total : _____
5. Milieu de pratique actuel (ex. : soutien à domicile, unité de courte durée gériatrique, etc.) : _____
6. Nombre d'années de pratique dans ce milieu : _____

PARTIE B : Questions en lien avec la pratique basée sur les données probantes

Concernant la pratique basée sur les données probantes :

1. Quelle est votre attitude?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Très positive								Très négative	

2. Quel est votre niveau de confiance quant à votre capacité à utiliser des données probantes ?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Très confiant								Aucunement confiant	

3. Quelles sont les barrières à cette pratique dans votre contexte clinique?

a) «J'ai peu de temps à consacrer à cette pratique.»

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Barrière importante								Pas une barrière	

- b) «Je n'ai jamais pris le temps de m'y attarder autant au travail qu'après les heures de travail.»

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Barrière importante

Pas une barrière

- c) «J'ai une charge de travail tellement élevée que je ne trouve pas un moment pour intégrer cette pratique.»

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Barrière importante

Pas une barrière

- d) «J'estime que je n'ai pas les connaissances de base.»

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Barrière importante

Pas une barrière

- e) «Je ne sais pas comment m'y prendre, je ne me sens pas habile.»

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Barrière importante

Pas une barrière

- f) «Je n'ai pas accès aux bases de données.»

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Barrière importante

Pas une barrière

- g) «Je manque de soutien de la part de mes supérieurs.»

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Barrière importante

Pas une barrière

- h) «J'ai peu d'occasions d'échanger avec mes collègues de travail sur le sujet.»

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Barrière importante

Pas une barrière

- i) Autres (précisez) : _____

4. Utilisez-vous la pratique basée sur les données probantes actuellement?

OUI ____ NON ____

Si oui, de quelle façon ? (recherche dans les bases de données, lecture d'articles trouvés par des collègues de travail ou des stagiaires, lecture de guides de pratique, etc.) Pour chaque moyen utilisé, donnez la fréquence d'utilisation de ce moyen (1 fois par semaine, par mois, etc.). _____

5. À combien évaluez-vous votre niveau actuel de connaissances pour avoir une pratique basée sur les données probantes compétente?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Toutes les connaissances de base

Aucune connaissance

6. Vous sentez-vous outillé suffisamment pour évaluer la qualité d'un article scientifique?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Très outillé

Aucunement outillé

7. Quels sont vos besoins au plan de cette pratique? _____

8. Quel est votre point de vue global sur le sujet? _____

Questions ou commentaires : _____

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE FINAL

Questionnaire final

de participant : _____

PARTIE A : Après avoir participé à une communauté de pratique sur la pratique basée sur les données probantes...

1. Quelle est votre attitude en lien avec la pratique basée sur les données probantes?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Très positive									Très négative

2. Quel est votre niveau de confiance quant à votre capacité à utiliser des données probantes ?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Très confiant									Aucunement confiant

3. À combien évaluez-vous votre niveau actuel de connaissances pour avoir une pratique basée sur les données probantes compétente?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Toutes les connaissances de base									Aucune connaissance

4. À quel niveau vous sentez-vous outillé pour :

a. Élaborer une question de recherche de type P.I.C.O ?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Très outillé									Aucunement outillé

b. Identifier les principaux concepts de la question

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Très outillé									Aucunement outillé

c. Trouver des mots-clés et synonymes des concepts

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Très outillé									Aucunement outillé

d. Formuler des équations de recherche dans les bases de données

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Très outillé									Aucunement outillé

e. Choisir les meilleures sources d'information (ex. : bases de données) ?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Très outillé

Aucunement outillé

f. Évaluer les résultats de la recherche et réajuster la stratégie de recherche ?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Très outillé

Aucunement outillé

g. Évaluer la qualité d'un article scientifique?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Très outillé

Aucunement outillé

h. Intégrer les données probantes à la pratique ?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Très outillé

Aucunement outillé

5. La participation à cette communauté de pratique a-t-elle permis de bonifier ou modifier votre pratique clinique ? OUI ____ NON ____

Si oui, donnez un exemple : _____

6. À quelle fréquence prévoyez-vous faire de la recherche (ex. : 1x/semaine, mois, etc.)?

7. Que planifiez-vous faire dans les prochains mois pour intégrer les données probantes aux situations-défis de votre pratique clinique?

a. Individuellement : _____

b. En groupe : _____

PARTIE B : La suite du questionnaire concerne les outils utilisés lors des rencontres.

8. La théorie donnée à l'aide de présentations de type PowerPoint a été :

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Très utile					Très peu utile				

Pourquoi ? _____

9. Les exemples donnés dans les présentations de type PowerPoint ont été :

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Très utile					Très peu utile				

Pourquoi ? _____

10. Le cahier d'exemples a été :

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Très utile					Très peu utile				

Pourquoi ? _____

11. Les exercices pratiques ont été :

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Très utile					Très peu utile				

Pourquoi ? _____

12. Le journal réflexif à la fin de chaque rencontre m'a permis de :

a. Synthétiser les connaissances acquises lors de chaque rencontre

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
En accord					En désaccord				

b. Porter un regard critique sur ma pratique et mes apprentissages

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
En accord					En désaccord				

13. Qu'est-ce qui a été le plus aidant pour moi dans la communauté de pratique?

14. Décrivez les avantages d'avoir participé à une communauté de pratique :

Questions ou commentaires : _____

ANNEXE C
JOURNAL RÉFLEXIF

de participant _____

Date : _____

Sentez-vous libre d'exprimer votre opinion aisément, les données de ce questionnaire ne seront pas analysées dans le cadre de cette étude.

Ce que je savais : _____

Ce que j'ai appris : _____

Ce que je veux développer : _____
