

NOTE TO USERS

This reproduction is the best copy available.

UMI[®]

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Raisonnement clinique sous-jacent à l'enseignement ergothérapeutique des transferts aux personnes âgées en milieu communautaire

Par
Annie Carrier, erg., B.A. (psy), LL.M.

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de
maître en sciences (M.Sc.) en sciences cliniques

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Pre Johanne Desrosiers, erg., Ph.D. Directrice de recherche	École de réadaptation Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke
Pr Denis Bédard, Ph.D. Directeur de recherche	Département de pédagogie Faculté d'éducation Université de Sherbrooke
Pre Mélanie Levasseur, erg., Ph.D. Directrice de recherche	École de réadaptation Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke
Pre Frances Gallagher, inf., Ph.D. Membre interne au programme	École des sciences infirmières Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke
Pre Michèle Hébert, erg., Ph.D. Membre externe au programme	École des sciences de la réadaptation Faculté des sciences de la santé Université d'Ottawa

Août 2010



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-79778-5
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-79778-5

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

*À tous les ergothérapeutes en milieu
communautaire*

TABLES DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE	3
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS.....	7
2.1 Raisonnement clinique	7
2.1.1 <i>Processus cognitifs : résolution de problème et prise de décision.....</i>	<i>7</i>
2.1.2 <i>Dimensions du raisonnement clinique.....</i>	<i>10</i>
2.1.3 <i>Facteurs influençant le raisonnement clinique</i>	<i>11</i>
2.1.4 <i>Raisonnement clinique des ergothérapeutes en milieu communautaire</i>	<i>14</i>
2.1.4.1 <i>Processus cognitifs</i>	<i>15</i>
2.1.4.2 <i>Dimensions et facteurs d'influence.....</i>	<i>17</i>
2.2 Stratégies d'enseignement des ergothérapeutes.....	20
2.2.1 <i>Mise en contexte des écrits portant sur l'enseignement ergothérapeutique</i>	<i>20</i>
2.2.2 <i>Stratégies d'enseignement utilisées en milieux de pratique variés</i>	<i>21</i>
2.2.3 <i>Stratégies d'enseignement utilisées en milieu communautaire</i>	<i>23</i>
2.3 Synthèse des écrits	25
CHAPITRE 3 QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	26
CHAPITRE 4 MÉTHODES.....	27
4.1 Dispositif de recherche	27
4.2 Participants : échantillonnage et procédures de recrutement.....	28
4.2.1 <i>Ergothérapeutes.....</i>	<i>28</i>
4.2.2 <i>Clients.....</i>	<i>31</i>
4.3 Collecte de données.....	32
4.4 Outils de recherche.....	33
4.4.1 <i>Grille d'observation</i>	<i>33</i>
4.4.2 <i>Guide d'entretien.....</i>	<i>34</i>
4.4.3 <i>Questionnaires de l'ergothérapeute et du client</i>	<i>35</i>
4.5 Analyse et interprétation des données	36
4.6 Critères de rigueur	39
4.7 Considérations éthiques	40
CHAPITRE 5 RÉSULTATS	42
5.1 Description des participants ergothérapeutes.....	42
5.2 Description des participants clients	43
5.3 Enseignement ergothérapeutique à domicile.....	44
5.3.1 <i>Portrait succinct de l'enseignement réalisé : temps alloué et types de transferts</i>	<i>44</i>
5.3.2 <i>Stratégies d'enseignement utilisées et leur intensité.....</i>	<i>45</i>
5.3.2.1 <i>Méthodes d'enseignement.....</i>	<i>46</i>
5.3.2.2 <i>Outils</i>	<i>49</i>
5.3.2.3 <i>Intensité de l'enseignement</i>	<i>53</i>
5.4 Raisonnement clinique sous-jacent à l'enseignement.....	56
5.4.1 <i>Le processus identifié</i>	<i>59</i>
5.4.2 <i>Considérations générales en regard du processus identifié.....</i>	<i>63</i>

CHAPITRE 6 DISCUSSION	76
6.1 Discussion des résultats	76
6.1.1 <i>Stratégies d'enseignement</i>	76
6.1.2 <i>Raisonnement clinique</i>	81
6.1.2.1 <i>Processus</i>	81
6.1.2.2 <i>Contenu du RC</i>	85
6.2 Forces et limites	88
6.3 Retombées de l'étude	90
6.4 Recommandations pour la recherche	91
CONCLUSION	92
REMERCIEMENTS	94
RÉFÉRENCES	96
ANNEXE 1 Article «community occupational therapists' clinical reasoning: identifying tacit knowledge»	104
ANNEXE 2 Courriel envoyé aux gestionnaires responsables du programme soutien à domicile	133
ANNEXE 3 Courriel envoyé aux ergothérapeutes du programme soutien à domicile	135
ANNEXE 4 Aide-mémoire «Premier contact avec le client»	137
ANNEXE 5 Grille d'observation des situations d'enseignement	139
ANNEXE 6 Guide d'entretien semi-structuré	141
ANNEXE 7 Questionnaire socio-démographique et clinique du client	144
ANNEXE 8 Questionnaire socio-démographique de l'ergothérapeute	146
ANNEXE 9 Approbation du comité d'éthique de la recherche des CSSS de l'Estrie	148
ANNEXE 10 Formulaire de consentement du participant ergothérapeute	150
ANNEXE 11 Formulaire de consentement du participant client (versions française et anglaise)	155

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE 1 Article « *community occupational therapists' clinical reasoning: identifying tacit knowledge* »
- ANNEXE 2 Courriel envoyé aux gestionnaires responsables du programme soutien à domicile
- ANNEXE 3 Courriel envoyé aux ergothérapeutes du programme soutien à domicile
- ANNEXE 4 Aide-mémoire « premier contact avec le client »
- ANNEXE 5 Grille d'observation des situations d'enseignement
- ANNEXE 6 Guide d'entretien semi-structuré
- ANNEXE 7 Questionnaire socio-démographique et clinique du client
- ANNEXE 8 Questionnaire socio-démographique de l'ergothérapeute
- ANNEXE 9 Approbation du comité d'éthique de la recherche des CSSS de l'Estrie
- ANNEXE 10 Formulaire de consentement du participant ergothérapeute
- ANNEXE 11 Formulaire de consentement du participant client (versions française et anglaise)

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1	Les processus cognitifs et les dimensions du raisonnement clinique ergothérapeutique.....	9
Figure 2	Les procédures d'échantillonnage et de recrutement des ergothérapeutes...	29
Figure 3	Processus du raisonnement clinique sous-jacent au choix des stratégies d'enseignement et de leur intensité par l'ergothérapeute.....	58
Tableau 1	Les dimensions du raisonnement clinique et leurs facteurs d'influence.....	10
Tableau 2	Les stratégies d'enseignement utilisées par les ergothérapeutes.....	24
Tableau 3	Exemples de questions du guide d'entretien.....	35
Tableau 4	Données socio-démographiques des participants ergothérapeutes.....	42
Tableau 5	Niveaux d'expertise* des participants ergothérapeutes.....	43
Tableau 6	Données socio-démographiques et cliniques des participants clients.....	44
Tableau 7	Observation des méthodes d'enseignement selon le type de transfert enseigné.....	45
Tableau 8	Méthodes d'enseignement utilisées.....	47
Tableau 9	Outils d'enseignement utilisés.....	50
Tableau 10	Modulateurs d'intensité utilisés.....	54
Tableau 11	Facteurs extrinsèques à l'ergothérapeute.....	66
Tableau 12	Facteurs intrinsèques à l'ergothérapeute.....	72
Tableau 13	Correspondance entre facteurs extrinsèques et dimensions du raisonnement clinique.....	87

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASSS	Auxiliaire à la santé et aux services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PDSB	Principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires
RC	Raisonnement clinique
SAD	Soutien à domicile
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
VAD	Visite à domicile

RÉSUMÉ

Introduction : Le raisonnement clinique (RC) de l'ergothérapeute, c.-à-d. la façon qu'il a de résoudre des problèmes et de prendre des décisions, détermine ses interventions. L'ergothérapeute en milieu communautaire joue un rôle central dans le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. En effet, il intervient fréquemment auprès de cette clientèle afin de lui enseigner des façons sécuritaires et adaptées à ses capacités de transférer d'une surface à une autre. L'efficacité de son intervention dépend, entre autres, des stratégies d'enseignement (méthodes et outils) qu'il utilise. Or, on connaît peu les stratégies d'enseignement privilégiées par les ergothérapeutes dans ce contexte et ce qui guide leur choix.

Objectifs : Cette étude vise à : a) identifier les stratégies d'enseignement utilisées par les ergothérapeutes en milieu communautaire lors d'interventions relatives aux transferts auprès de clients âgés et b) explorer le RC qui détermine l'utilisation de ces stratégies.

Méthodes : Onze ergothérapeutes en milieu communautaire ont été recrutés au sein de six Centres de santé et de services sociaux du Québec. Guidées par un dispositif de type théorisation ancrée, les données ont été recueillies par observations des interventions à domicile suivi d'entrevues semi-dirigées (n = 12) et analysées par comparaison constante. L'utilisation de mémos a favorisé une conceptualisation progressive des données, menant à une théorie substantive. Les critères de scientificité des études qualitatives ont été respectés.

Résultats : Lorsqu'il enseigne les transferts, l'ergothérapeute en milieu communautaire utilise neuf méthodes, huit outils et cinq modulateurs d'intensité (méthodes et outils les plus utilisés en italique). Spécifiquement, les **méthodes** sont : a) *exposer*, b) *démontrer*, c) *faire expérimenter*, d) impliquer le client, e) rétroagir sur la performance, f) rechercher et g) recevoir la rétroaction du client, h) questionner et i) impliquer un collaborateur-enseignant, et les **outils** sont : a) *le geste*, b) *l'équipement*, c) les aides visuelles, d) les instructions écrites, e) *verbales* et f) somatosensorielles, g) le collaborateur ou h) l'ergothérapeute comme client. Les **modulateurs d'intensité** sont, quant à eux, des éléments qui permettent à l'ergothérapeute d'adapter a) l'amplitude, b) le niveau de directivité, c) la durée, d) la fréquence et e) le rythme de son enseignement à la situation particulière de son client. Le processus menant au choix de ces stratégies et de leur séquence (plan d'enseignement) est constitué de huit étapes, scindées en trois temps : 1) Élaboration du plan d'enseignement (étapes 1 à 3), 2) Finalisation du choix du plan (étapes 4 et 5) et 3) Ajustement du plan en cours d'action (étapes 6 à 8). Le processus de choix est influencé par des facteurs intrinsèques et extrinsèques. Les facteurs intrinsèques déterminent, par le biais de scripts mentaux, les plans d'enseignement possibles (banque de plans et de stratégies d'enseignement). Les facteurs intrinsèques sont les habitudes, les préférences, la conception de l'enseignement ergothérapique, les connaissances et les expériences passées de l'ergothérapeute. Les facteurs extrinsèques, c.-à-d. le type de transfert enseigné, les caractéristiques du client et son environnement physique et social, et le contexte de pratique, influencent le choix des stratégies de deux façons. Tout d'abord, ils permettent à l'ergothérapeute d'identifier le script mental correspondant le mieux à la situation et, conséquemment, le plan d'enseignement à privilégier. En cas d'échec et selon son degré d'ouverture à la situation (facteur intrinsèque), les facteurs extrinsèques amènent ensuite l'ergothérapeute à modifier le plan choisi.

Conclusion : Cette étude offre une compréhension approfondie du RC qui détermine les stratégies d'enseignement utilisées par les ergothérapeutes en milieu communautaire lors d'interventions relatives aux transferts auprès de clients âgés. Les résultats permettront d'optimiser la formation des étudiants en ergothérapie et des ergothérapeutes. Ainsi, l'efficacité des interventions visant à promouvoir la sécurité et l'autonomie des personnes âgées à domicile sera améliorée.

Mots-clés : ergothérapie, raisonnement clinique, pratique communautaire, personnes âgées, transferts

AVANT-PROPOS

J'ai eu la chance d'être initiée à la pratique communautaire de l'ergothérapie dans le cadre d'un stage de troisième année, à l'époque où le réseau de la santé et des services sociaux s'apprêtait à prendre le virage ambulatoire. Dès la première semaine, j'ai été fascinée par le niveau d'expertise de ma superviseuse : elle avait une capacité à « gérer » une multitude d'information diverse dans des conditions de pratique variées et parfois déconcertantes, tout en étant attentive à son client. De plus, elle réussissait à intervenir efficacement en un temps record. Je ne cessais de me demander : « Comment fait-elle? » Sans le savoir, je m'intéressais déjà au raisonnement clinique de l'ergothérapeute.

Après plusieurs années de pratique communautaire et m'apprêtant à relever le défi de l'enseignement universitaire, j'ai entamé un cours portant sur la pédagogie en enseignement supérieur. Cette formation m'a menée à une foule de questionnements sur la pratique communautaire de l'ergothérapie : Comment enseignons-nous? Comment choisissons-nous notre façon d'enseigner? Y a-t-il des particularités propres à la pratique ergothérapique au domicile du client? La présente recherche visait donc à explorer quelques-unes de ces questions.

INTRODUCTION

Le raisonnement clinique (RC) est la façon dont le professionnel de la santé, incluant l'ergothérapeute, résout les problèmes et prend des décisions relatives aux interventions à réaliser avec son client. L'intervention ergothérapique en milieu communautaire implique très souvent un enseignement – apprentissage. Les stratégies d'enseignement utilisées par l'ergothérapeute en milieu communautaire influencent l'efficacité de son intervention. Cette efficacité est importante notamment parce que les interventions de l'ergothérapeute en milieu communautaire sont généralement ponctuelles et de durée limitée. Ses interventions s'adressent principalement aux personnes âgées et portent généralement sur leur mobilité, incluant leur capacité à transférer d'une surface à une autre. Conséquemment, l'ergothérapeute en milieu communautaire, puisqu'il* favorise l'autonomie fonctionnelle de ses clients âgés, joue un rôle central dans leur maintien à domicile, une importante priorité ministérielle. L'efficacité des interventions d'enseignement de l'ergothérapeute pourrait être améliorée par l'étude de son RC lorsqu'il choisit ses stratégies d'enseignement. Or, quoique plusieurs études ont porté sur le RC de l'ergothérapeute, peu se sont attardés au RC de l'ergothérapeute en milieu communautaire et aucune ne s'est intéressée au RC sous-jacent au choix de ses stratégies d'enseignement. La présente étude vise donc à mieux comprendre le RC de l'ergothérapeute en milieu communautaire lorsqu'il choisit des stratégies pour enseigner les transferts à son client âgé, selon la perspective de l'ergothérapeute et le sens qu'il donne à son RC dans ce contexte.

* Le masculin sera ici utilisé à titre épïcène.

Le premier chapitre de ce mémoire décrit la problématique à l'étude. La recension des écrits, présentée dans le chapitre suivant, aborde le RC de l'ergothérapeute et les stratégies d'enseignement qu'il utilise. Le chapitre 3 spécifie les questions auxquelles la présente recherche vise à répondre et les objectifs en découlant. Les méthodes utilisées pour rencontrer ces objectifs sont décrites au chapitre 4. Le chapitre 5 est ensuite consacré aux résultats. La discussion des résultats, des forces et limites de l'étude, de même que des retombées et recommandations, est présentée dans le sixième chapitre. Finalement, le dernier chapitre permet de conclure ce mémoire.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Le RC, aussi appelé raisonnement en action (Schön, 1983), est considéré par Higgs et Jones (2008) comme un phénomène complexe et dépendant du contexte au cœur des interventions des professionnels de la santé. Ces auteurs définissent le RC comme la façon qu'a le professionnel de résoudre des problèmes et de prendre des décisions. Le RC de l'ergothérapeute peut aussi être décrit comme étant « le processus que les cliniciens utilisent pour planifier, implanter, réaliser et réfléchir sur les soins au client » (Schell, 2009, p. 314, traduction libre). Les soins au client étant l'élément central du processus thérapeutique, le RC guide les actions du professionnel à travers chacune des cinq étapes du processus thérapeutique. Ces étapes sont : a) la demande de consultation, b) l'évaluation, c) le plan d'intervention, d) l'intervention et e) le congé (Moyers, 1999). La quatrième étape, l'intervention, implique très souvent pour l'ergothérapeute une démarche d'enseignement (Costa, 2008; Crossan-Botting, 2004; Townsend, 2003).

En effet, l'ergothérapeute utilise son RC et intervient afin de favoriser chez son client l'apprentissage ou le réapprentissage d'activités et de façons de faire (Crossan-Botting, 2004; Dreeben, 2010; Landry, 1998; Richardson, 2006). Le RC détermine, entre autres, l'intervention d'enseignement (Richardson, 2006), incluant le choix des stratégies d'enseignement. Ces stratégies, telles que définies par Weston et Cranton (1986), constituent l'ensemble des méthodes (actions) et outils (objets et symboles) utilisés pour enseigner. Les méthodes sont, par exemple, l'exposé, la démonstration de l'activité par l'ergothérapeute et l'expérimentation de l'activité par le client. Les outils, quant à eux,

comprennent notamment les instructions verbales, écrites et visuelles. Les stratégies d'enseignement utilisées doivent être pertinentes, car elles peuvent affecter l'efficacité de l'intervention ergothérapique (Landry, 1998; McGarth, 2004; Richardson, 2006).

L'impact de cet enseignement ergothérapique peut se mesurer par l'apprentissage fait par le client et sa capacité à réutiliser les connaissances acquises dans différents contextes (Dreeben, 2010). L'apprentissage est influencé positivement par deux facteurs importants, la motivation et l'auto-efficacité perçue, qui agissent sur la persévérance à apprendre (Dreeben, 2010; Frenay et Bédard, 2004) et l'engagement dans le processus de réadaptation (Lequerica et Kortte, 2010). Ces facteurs peuvent être favorisés par les stratégies d'enseignement utilisées. Des stratégies d'enseignement ainsi optimisées, c.-à-d. qui suscitent la motivation et améliorent l'auto-efficacité perçue du client, peuvent également favoriser un apprentissage plus rapide (Dreeben, 2010), des connaissances mieux « ancrées » et, par conséquent, plus facilement réutilisables (Frenay et Bédard, 2004).

L'utilisation de stratégies d'enseignement optimales est primordiale pour l'ergothérapeute en milieu communautaire. En effet, la majorité des interventions ergothérapiques communautaires impliquent un enseignement (Filiatrault et Richard, 2005; Landry, 1998) et sont ponctuelles (Hébert, Maheux et Potvin, 2000; Landry, 1998; Mitchell et Unsworth, 2005; Robertson, 1999), c.-à-d. qu'elles se déroulent au cours d'une à deux rencontres seulement. De plus, l'efficacité de l'enseignement ergothérapique communautaire est particulièrement importante considérant que l'ergothérapeute joue un rôle central dans le maintien à domicile de la clientèle âgée en perte d'autonomie fonctionnelle (Association canadienne des soins et des services à

domicile, 2008), une priorité sociétale majeure (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2003, 2004a). Les interventions de l'ergothérapeute portent fréquemment sur les incapacités liées à la mobilité (Hébert, Maheux et Potvin, 2001) dont la difficulté à réaliser ses transferts. Un transfert est une tâche psychomotrice qui peut être défini comme le déplacement du corps d'une surface à une autre (Pierce, 2002), telle qu'entrer et sortir du bain ou du lit, ou s'asseoir et se relever de la toilette. Les difficultés qu'éprouve une personne âgée à réaliser ses transferts peuvent être à l'origine de chutes ayant comme conséquences possibles des blessures, l'hospitalisation, voire même le syndrome d'immobilisation et le décès (MSSS, 2004b). Ces difficultés à transférer peuvent aussi compromettre le maintien à domicile du client âgé (Neidstat, 1996). Les interventions d'enseignement visant à favoriser l'apprentissage et la réutilisation de façons sécuritaires et autonomes de transférer doivent être efficaces.

Puisque l'efficacité des interventions est influencée par le RC (Hussey, 2007; Ikiugu, 2007), il est pertinent de mieux comprendre comment l'ergothérapeute en milieu communautaire choisit ses interventions, notamment ses stratégies d'enseignement. Le RC déterminant le choix des interventions ne se limite pas à l'application des théories formelles de la profession (Patterson et Summerfield-Mann, 2006). L'ergothérapeute en milieu communautaire a d'ailleurs typiquement recours à des instruments d'évaluation non standardisés (Fricke et Unsworth, 1992; Mitchell et Unsworth, 2004, 2005) et des théories informelles dites d'usage, développées au cours de la pratique clinique (Hébert, Maheux et Potvin, 2002). Par conséquent, les théories informelles jouent un rôle important dans la façon dont l'ergothérapeute en milieu communautaire choisit ses interventions. L'intégration de théories informelles aux théories formelles peut optimiser

la formation en ergothérapie et les interventions ergothérapeutiques (Higgs, Fish et Rothwell, 2008). Afin d'abord d'expliciter et, ensuite, d'intégrer les théories informelles, il importe de considérer que : a) celles-ci sont générées par la pratique (Higgs *et al.*, 2008), et b) ce qui influence l'ergothérapeute en milieu communautaire est spécifique à la profession (Strong, Gilbert, Cassidy et Bennett, 1995) et ne peut être inféré de la recherche sur les autres professionnels de la santé (Ikiugu, 2007; Unsworth, 1999). L'étude du RC doit par conséquent se faire auprès des ergothérapeutes en milieu communautaire, en prenant en compte leur propre perspective du RC, afin de faciliter la compréhension de leur pratique (Mitchell et Unsworth, 2004; Munroe, 1996). En effet, le RC étant « une façon d'identifier, d'examiner et de transmettre les théories d'usage [informelles] » (Schell, Unsworth et Schell, 2008, p. 414, traduction libre), il est impératif de documenter la façon dont l'ergothérapeute en milieu communautaire choisit ses stratégies d'enseignement. Puisque l'ergothérapeute en milieu communautaire intervient fréquemment afin d'enseigner à sa clientèle âgée des façons de transférer, l'objectif de la présente étude est de mieux comprendre ce qui guide son choix des stratégies d'enseignement à utiliser lors d'activités associées aux transferts.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Les écrits sont présentés en deux volets, issus d'une recension élargie des écrits scientifiques, des livres de référence et de la littérature grise. Cette recension a fait l'objet d'un article, accepté pour publication et présenté à l'annexe 1. Tout d'abord, le premier volet expose les éléments qui influencent le RC des ergothérapeutes et ses particularités en milieu communautaire. Ensuite, le deuxième volet traite des stratégies d'enseignement utilisées par les ergothérapeutes selon le lieu d'intervention (clinique ou domicile).

2.1 Raisonnement clinique

Les processus cognitifs impliqués dans le RC, soit la résolution de problème et la prise de décision, sont tout d'abord présentés, suivis des différentes dimensions du RC. Finalement, les facteurs influençant le RC de l'ergothérapeute sont examinés.

2.1.1 Processus cognitifs : résolution de problème et prise de décision

Pour l'ergothérapeute, la situation occupationnelle de son client, c.-à-d. les activités que son client réalise, ou qu'il aimerait, mais ne peut réaliser en raison de ses incapacités fonctionnelles, représente un « problème » à résoudre. La résolution de problème est un processus cognitif devant être distingué des actions de l'ergothérapeute qui visent à résoudre les difficultés occupationnelles de son client. Ce processus cognitif peut être défini comme étant la façon dont l'ergothérapeute combine les théories formelles de la profession avec ses expériences professionnelles afin de comprendre la situation de son client (Schell, 2009). Deux stratégies cognitives sont principalement utilisées en matière de résolution de problème : la reconnaissance de patron et l'hypothético-déduction

(p.ex. : Lindsay et Norman, 1980; spécifiquement pour les professionnels de la santé : Higgs et Jones, 2008; pour les ergothérapeutes : Carr et Shotwell, 2008; Schell, 2009). Quoique les théories formelles soient utilisées pour formuler le problème (Schell, 2009), ce sont les expériences professionnelles qui déterminent le recours à l'une ou l'autre des stratégies cognitives pour le résoudre (Lindsay et Norman, 1980).

La reconnaissance de patron est la stratégie cognitive la plus utilisée par les ergothérapeutes d'expérience pour résoudre un problème (Carr et Shotwell, 2008). Les étapes pour résoudre le problème, illustrées à la figure 1, sont a) la perception de ce problème, b) la recherche d'indices, c) la formulation du problème à partir des expériences antérieures conservées en mémoire sous forme de schèmes mnémoniques (patrons), et d) la formulation de solutions possibles (Lindsay et Norman, 1980). L'hypothético-déduction, quant à elle, est utilisée lorsque les expériences antérieures de l'ergothérapeute ne lui permettent pas d'avoir accès à un schème mnémonique correspondant aux indices issus du problème (Carr et Shotwell, 2008). Il s'agit d'une stratégie cognitive de type essai et erreur, différentes hypothèses étant envisagées et mises à l'épreuve avant de pouvoir formuler le problème. Ce type de stratégie est utilisé par l'ergothérapeute peu expérimenté ou par l'ergothérapeute expérimenté lorsqu'il doit résoudre un type de problème nouveau pour lui. Quant à elle, la dernière étape de la résolution de problème, la formulation des solutions possibles, peut se réaliser selon deux tactiques : a) la tactique algorithmique, c.-à-d. un ensemble de règles menant automatiquement à la bonne solution, ou b) la tactique heuristique, c.-à-d. un ensemble de règles empiriques menant à une solution incertaine (Anderson, 1993; Lindsay et Norman, 1980). Généralement, il n'existe pas de solution automatique à un problème complexe et

l'ergothérapeute doit user d'une tactique heuristique dans sa formulation de solutions possibles. La résolution de problème est suivie par la prise de décision.

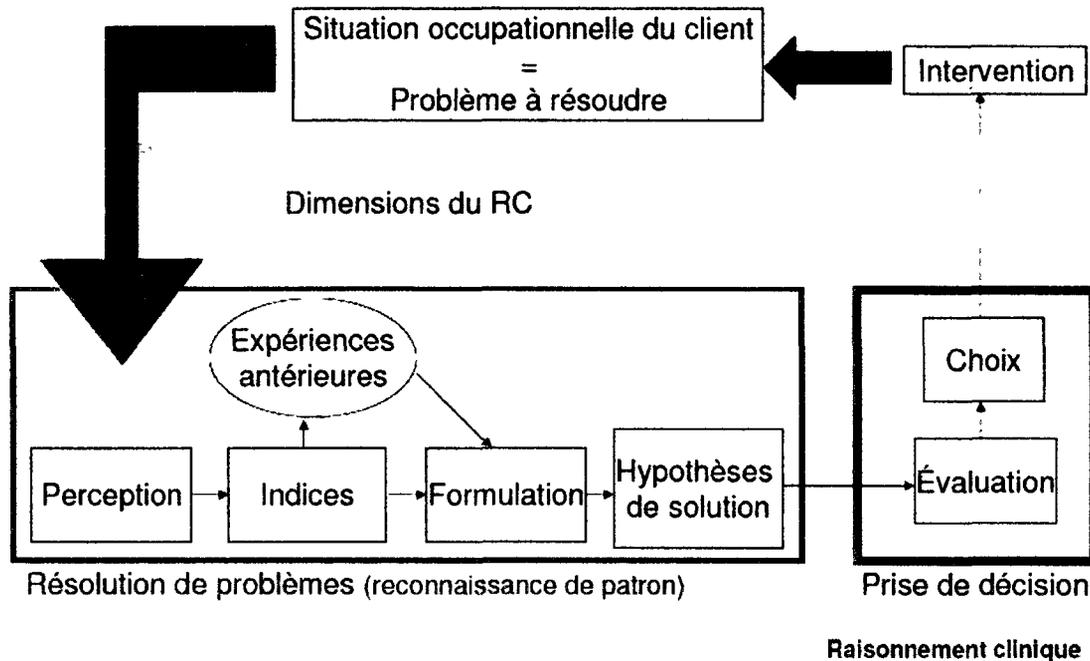


Figure 1. Les processus cognitifs et les dimensions du raisonnement clinique ergothérapeutique. Tirée et traduite de Carrier, Levasseur, Bédard et Desrosiers (sous presse).

La résolution de problème et la prise de décision, que l'on retrouve à la figure 1, sont deux processus cognitifs distincts et interreliés (Lindsay et Norman, 1980) faisant partie du RC (Patterson et Summerfield-Mann, 2006; Schell, 2009; Smith, Higgs et Ellis, 2008). La prise de décision peut être définie comme étant le processus qui permet l'évaluation des solutions possibles et le choix d'une d'entre elles (Lindsay et Norman, 1980). La prise de décision mène aux actions de l'ergothérapeute (Robertson, 1996a; Rogers et Holm, 1991). Ces actions influencent le problème et conséquemment, sa formulation est constamment mise à jour. Les boîtes rouge et bleu de la figure 1

représentent les processus cognitifs de résolution de problème par reconnaissance de patron et de prise de décision. Puisqu'il est dépendant du contexte dans lequel il a lieu, le RC est un « phénomène » social plus large que les processus cognitifs qui le sous-tendent (Fleming et Mattingly, 2008) et inclut plusieurs dimensions.

2.1.2 Dimensions du raisonnement clinique

Le RC comporte plusieurs dimensions, utilisées selon l'aspect analysé du problème (Chapparo et Ranka, 2008; Schell, 2009). Ces dimensions sont les raisonnements : a) scientifique (ou diagnostic et procédural), b) narratif, c) pragmatique, d) éthique, e) interactif, et f) conditionnel ou prédictif (voir tableau 1). Selon Schell (2009) et contrairement aux autres auteurs (p.ex. : Fleming, 1993; Unsworth, 1999), la dimension conditionnelle est un mélange des autres dimensions plutôt qu'une dimension en elle-même.

Tableau 1. Les dimensions du raisonnement clinique et leurs facteurs d'influence

Aspects du problème	Dimensions	Facteurs d'influence			
		Niveau d'expertise	Contexte personnel	Client	Contexte de pratique
État du client	a) Scientifique :	●	●	●	●
i- Diagnostic ergothérapique	i- Diagnostique				
ii- Intervention ergothérapique	ii- Procédurale				
Signification de l'état pour le client	b) Narrative	●	●	●	
Aspects pratiques et logistiques affectant la pratique clinique	c) Pragmatique	●	●		●
Actions souhaitables d'un point de vue moral	d) Éthique	●	●		●
Relation avec le client et les autres personnes impliquées	e) Interactive	●	●	●	●
Thérapie adaptée à la situation particulière du client	f) Conditionnelle	●	●	●	

Inspiré de Carrier *et al.* (sous presse).

De plus, la dimension conditionnelle, tout comme les dimensions procédurale, pragmatique et interactive, permet à l'ergothérapeute de réfléchir à la situation particulière de son client en la généralisant à ses expériences passées (Unsworth, 2005). Il n'est pas clair toutefois en quoi cette généralisation se distingue du processus cognitif de résolution de problème à l'aide de la reconnaissance de patron. Selon Schell (2009), le RC serait la synthèse de l'interaction entre ces six dimensions et permettrait à l'ergothérapeute de résoudre des problèmes.

Cette conceptualisation du RC, bien que généralement acceptée dans les écrits scientifiques, n'est pas reconnue par tous les auteurs. Intégrer les dimensions du RC entre elles et avec les processus cognitifs (résolution de problème et prise de décision) est ardu. Tomlin (2008) soutient d'ailleurs qu'il y a « nécessité de re-conceptualiser tous les types de raisonnement [dimensions] pour démontrer leur interrelation » (p. 116, traduction libre). Roberts (1996a) et Strong *et al.* (1995) soutiennent quant à eux que les dimensions représentent le contenu statique du RC et, qu'ainsi, ces dimensions doivent être clairement distinguées des processus actifs de résolution de problème et de prise de décision.

2.1.3 Facteurs influençant le raisonnement clinique

Le RC de l'ergothérapeute (processus cognitifs et dimensions) est influencé par quatre facteurs, intrinsèques et extrinsèques, qui agissent en interaction (Barris, 1987). Parmi les facteurs intrinsèques à l'ergothérapeute, on retrouve son **degré d'expertise** et son **contexte personnel**. Les facteurs extrinsèques sont, quant à eux, le **client** et le **contexte de pratique**.

Le **degré d'expertise** de l'ergothérapeute se développe sur la base des expériences professionnelles et personnelles, et de la réflexion active sur celles-ci (Gibson *et al.*, 2000; Jensen, Resnik et Haddad, 2008). Il se situe sur un continuum allant de novice à expert (Jensen *et al.*, 2008; Schell, 2009; tous deux inspirés de Benner, 1984 et de Dreyfus et Dreyfus, 1986), l'expert ayant plus de dix ans d'expérience professionnelle (Schell, 2009). Les expériences de l'expert lui confèrent une grande banque de schèmes mnémoniques accessibles à l'aide d'indices utilisés souvent de façon inconsciente (Hagedorn, 1996; Lindsay et Norman, 1980). Son RC est non linéaire (Hagedorn, 1996;), plus intuitif (Schell, 2009), complexe et difficile à articuler que celui du novice (Unsworth, 2001). L'expert a aussi plus confiance dans son RC (Strong *et al.*, 1995) et est habituellement plus efficace dans l'utilisation de la dimension diagnostique (composante de la dimension scientifique) que le novice (Chapparo et Ranka, 2008; Rogers et Holm, 1991). De plus, les schèmes mnémoniques de l'expert lui permettent d'utiliser les différentes dimensions du RC simultanément et d'être plus flexible (Schell, 2009), rapide et efficace (Carr et Shotwell, 2008; Hagedorn, 1996), et créatif (Zimolag, French et Paterson, 2002) dans le choix de ses interventions. Finalement, l'expertise est fonction du domaine de pratique de l'ergothérapeute (Hagedorn, 1996; Rogers et Holm, 1991; Schell, 2009), un même ergothérapeute pouvant être novice dans un domaine et expert dans un autre.

Le **contexte personnel** de l'ergothérapeute influence aussi son RC. Issu du soi personnel et professionnel, il comprend : a) son aptitude et son auto-efficacité perçue à traiter des clients (Smith *et al.*, 2008); b) ses connaissances formelles et d'usage (Chapparo et Ranka, 2008; Rogers et Holm, 1991; Schell, 2009); c) son intérêt face à, ses

points de vue et conceptions de l'ergothérapie et de son rôle; et d) ses croyances et son intérêt envers les clients et la profession (Chapparo et Ranka, 2008; Higgs et Jones, 2008; Unsworth, 2004). L'influence exacte du contexte personnel n'est toutefois pas claire. Il influencerait de façon isolée sur la plupart des dimensions, soit les dimensions scientifique (Chapparo et Ranka, 2008; Tomlin, 2008), narrative (Chapparo et Ranka, 2008; Hamilton, 2008), pragmatique (Schell, 2009; Schell, 2008a), éthique (Chapparo et Ranka, 2008) et interactive (Schell, 2008b). Une autre possibilité est que le contexte personnel influencerait simultanément toutes les dimensions du RC (Unsworth, 2004) et, conséquemment, toutes les actions de l'ergothérapeute (Smith *et al.*, 2008).

Le RC et la façon d'intervenir sont par conséquent propres à chaque ergothérapeute (Higgs et Jones, 2008; Schell, 2009) quoiqu'ils soient aussi influencés par des facteurs extrinsèques tels que le client et le contexte de pratique. En effet, les caractéristiques du **client** influencent d'abord la perception initiale du « problème » (Rogers et Holm, 1991). Ensuite, la compréhension que l'ergothérapeute développe de la situation du client, au fil de leurs interactions, mène à la formulation du problème à résoudre (Robertson, 1996b; 1999; Rogers et Holm, 1991; Schell, 2009). Le problème formulé reflète les multiples facettes des besoins, des attentes, du contexte personnel et environnemental du client (Higgs et Jones, 2008; Unsworth, 1999) et définit la « tâche » cognitive à réaliser, soit la prise de décision menant à une action (Smith *et al.*, 2008). Le degré de complexité, de difficulté et d'incertitude de la « tâche » influence la capacité de l'ergothérapeute à bien saisir et formuler le « problème », sa vitesse de décision, de même que les dimensions du RC utilisées (Hagedorn, 1996; Smith *et al.*, 2008). Les dimensions narrative (Fleming et Mattingly, 2008; Hamilton, 2008), interactive (Fleming et Mattingly, 2008; Unsworth,

1999) et conditionnelle (Chapparo et Ranka, 2008; Schell *et al.*, 2008) du RC sont par ailleurs mises à contribution par la participation active du client dans le processus ergothérapeutique. L'influence du client sur le RC de l'ergothérapeute est donc liée en partie à la philosophie et aux valeurs de la profession (Fleming, 1993), dont la pratique centrée sur le client (Crabtree et Lyons, 1997; Fondiller, Rosage et Neuhaus, 1990). Ces valeurs peuvent être soutenues ou non par le contexte de pratique (Atkins et Ersser, 2008; Restall, Ripat et Stern, 2003).

Selon Barris (1987), le **contexte de pratique** exerce une plus grande influence sur le RC que le contexte personnel. Le contexte de pratique inclut le lieu physique de l'intervention, et les environnements organisationnel, législatif (Matthews et Burton, 2001) et social (Smith *et al.*, 2008). Il influence le RC de l'ergothérapeute, notamment dans ses dimensions scientifique (Rogers et Holm, 1991; Robertson, 1999), pragmatique (Chapparo et Ranka, 2008; Schell, 2009; Schell, 2008a) et éthique (Kanny et Slater, 2008). Les actions de l'ergothérapeute seront par conséquent modulées par les conditions et contraintes de son contexte de pratique (Barris, 1987; Townsend, 1996). Par le biais des schèmes mnémoniques, les contextes de pratique passés exercent également une influence sur ses actions (Chapparo et Ranka, 2008). Le RC de l'ergothérapeute nécessite d'être contextualisé afin d'être bien compris (Bannigan et Moores, 2009; Smith *et al.*, 2008). Pour cette raison, il importe d'étudier le RC dans le milieu particulier du professionnel, tel le milieu communautaire (Robertson, 1999).

2.1.4 Raisonnement clinique des ergothérapeutes en milieu communautaire

Les écrits scientifiques portant sur le RC des ergothérapeutes en milieu communautaire présentés ici sont les seules études recensées sur le sujet. Ces écrits ont mis en évidence

certaines particularités liées aux processus cognitifs (résolution de problème et prise de décision) et aux dimensions du RC. Les études portant davantage sur les processus cognitifs (Fortune et Ryan, 1996; Munroe, 1996; Roberts, 1996b) sont tout d'abord présentées, suivies des études s'intéressant aux dimensions et facteurs d'influence du RC (Doumanov et Rugg, 2003; Mitchell et Unsworth, 2004, 2005), et aux représentations que l'ergothérapeute a de ses interventions d'enseignement (Landry, 1998).

2.1.4.1 Processus cognitifs. Roberts (1996b) a étudié la résolution de problème de 38 ergothérapeutes qui devaient chacun évaluer deux demandes de consultation et expliciter par écrit leur RC. L'auteure ne rapporte cependant pas d'information détaillée relative à ces demandes. Les 76 réponses écrites obtenues ont mis en évidence une utilisation non linéaire des étapes de résolution de problème et une grande variation entre les participants quant à la séquence et la longueur de ces étapes. De ces données, trois modèles de résolution de problème, variables selon les deux demandes de consultation utilisées, sont proposés : a) la formulation rapide (la formulation du problème précède la perception du problème et la recherche d'indices), b) la formulation (la formulation suit la perception du problème et la recherche d'indices), et c) la non-formulation du problème. Contrairement aux « formulateurs » et aux « non-formulateurs », le RC des « formulateurs rapides » contient davantage d'objectifs quant à la recherche d'information relative à l'histoire du client et d'éléments à évaluer, de même que de suggestions relatives aux solutions potentielles (Roberts, 1996b). De plus, les formulateurs rapides se réfèrent davantage à leurs expériences antérieures, sont plus confiants, proactifs, flexibles et le contenu de leur RC est plus profond et large. Cette étude met en évidence l'influence des expériences antérieures sur le RC sans toutefois

spécifier si elle est liée au nombre d'années d'expérience ou si elle est typique des ergothérapeutes en milieu communautaire. Le degré d'exactitude de la formulation du problème par les formulateurs rapides n'a, par ailleurs, pas été rapporté. De plus, l'évaluation de demandes de consultation ne peut être comparée, en termes de complexité, à une intervention au domicile du client.

Une autre étude, celle de Fortune et Ryan (1996), a montré que les expériences antérieures influencent la complexité perçue du « problème », c.-à-d. l'incapacité du client et sa situation particulière. Afin de développer un système de gestion de la charge de travail, trois ergothérapeutes ont procédé à l'évaluation à domicile de 70 clients dans le but de déterminer le degré de complexité perçue de leur problématique respective. Le degré de complexité perçue d'une problématique est fonction de l'expérience de l'ergothérapeute face à cette problématique. La complexité perçue, notion subjective, est caractérisée par un problème flou, une solution non apparente, une difficulté interactionnelle, un état variable ou d'apparition soudaine, ou la présence de frustration du client. La dimension procédurale du RC (composante de la dimension scientifique) ne suffit pas à « résoudre » une problématique complexe, d'où le recours aux autres dimensions. Par conséquent, l'expérience détermine la complexité perçue d'une problématique, qui influence pour sa part le RC. La méthode utilisée pour cette étude étant peu détaillée dans l'article, la validité des résultats obtenus est incertaine.

Munroe (1996) a pour sa part étudié la prise de décision de 29 ergothérapeutes en milieu communautaire ayant un minimum de deux ans d'expérience au cours de trois à quatre visites à domicile (VAD) à différentes étapes du processus thérapeutique. Des observations suivies d'entrevues semi-dirigées quelques jours plus tard (délai exact non

spécifié) ont été utilisées. Cette étude qualitative montre que l'argumentaire justifiant une prise de décision est difficile à articuler et suit la décision plutôt que de la précéder. La prise de décision peut être de trois types : technique (type d'équipement, modifications environnementales, etc.), procédurale (politiques et procédures) et interactive (interpersonnelle). Munroe souligne qu'étonnamment, considérant la nature plutôt technique des interventions à domicile, la décision interactive est la plus fréquente, menant à un plus grand recours à la dimension interactive du RC. Selon l'auteure, cette prédominance pourrait s'expliquer par la relation thérapeutique entre l'ergothérapeute et son client. Elle pourrait aussi s'expliquer par des éléments liés au contexte de pratique, tels les impératifs organisationnels ou culturels (p.ex. : valeurs d'autonomisation) ou le lieu physique de l'intervention (« Être un invité dans la maison du client »). Il n'est pas clair toutefois si la séquence de raisonnement (décision précédant le rationnel) est particulière aux ergothérapeutes en milieu communautaire ou si elle est liée au nombre d'années d'expérience des participants (RC intuitif et plus difficile à articuler). Par ailleurs, le long délai entre l'observation et l'entrevue peut avoir influencé les résultats en raison de possibles oublis et rationalisation *post-hoc*.

Les études portant sur les processus cognitifs ayant été présentées, les études s'intéressant aux dimensions et facteurs d'influence du RC, et aux représentations que l'ergothérapeute a de ses interventions d'enseignement suivent.

2.1.4.2 Dimensions et facteurs d'influence. Trois études sur le RC sous-jacent à l'évaluation du client ont été recensées. Elles se sont attardées au RC des ergothérapeutes (Mitchell et Unsworth, 2004), aux différences entre celui-ci et le RC du personnel de soutien (Doumanov et Rugg, 2003), et aux différences de RC entre experts et novices lors

de VAD (Mitchell et Unsworth, 2005). Ces études ont été réalisées respectivement auprès d'ergothérapeutes australiens de la région de Melbourne (Mitchell et Unsworth, 2004, 2005) et anglais de la région de Londres (Doumanov et Rugg, 2003). Les données ont été recueillies par a) histoires de cas suivies d'une entrevue semi-dirigée (Doumanov et Rugg, 2003) ou d'un questionnaire auto-administré (Mitchell et Unsworth, 2004), et b) observations filmées avec rétroaction sur la vidéo (Mitchell et Unsworth, 2005). Les résultats démontrent que le RC des ergothérapeutes est particulièrement centré sur le client, possiblement en raison du lieu d'intervention qu'est le domicile du client (Mitchell et Unsworth, 2004). Cette pensée centrée sur le client est moins présente chez le personnel de soutien (Doumanov et Rugg, 2003). Quoique la dimension interactive soit la plus fréquemment utilisée (Mitchell et Unsworth, 2004, 2005), l'ergothérapeute a un RC complexe, utilisant différentes dimensions simultanément (Mitchell et Unsworth, 2004), et ce, tant chez les novices que les experts (Mitchell et Unsworth, 2005). Cependant, plus la tâche procédurale est exigeante cognitivement (p.ex. : calculer et dessiner une rampe d'accès dans un environnement physique aux multiples contraintes), plus l'ergothérapeute se concentre sur l'aspect procédural (Mitchell et Unsworth, 2005). La dimension procédurale du RC (composante de la dimension scientifique) dominerait alors, laissant peu de place aux autres dimensions. Les résultats soutiennent l'idée d'un RC particulier aux ergothérapeutes en milieu communautaire (Mitchell et Unsworth, 2004, 2005). La population étudiée étant constituée d'ergothérapeutes australiens, la généralisation de ces résultats à la population québécoise est toutefois incertaine. Le manque d'information sur les outils de collecte et les participants ergothérapeutes (Doumanov et Rugg, 2003) limite également l'interprétation des résultats.

Enfin, une étude qualitative (Landry, 1998) a mis en évidence, à l'aide d'histoires de cas et d'entrevues semi-dirigées, les représentations que des ergothérapeutes en milieu communautaire (n = 11) ont de leur rôle lors d'interventions d'enseignement auprès des personnes âgées. Ces représentations font partie du contexte personnel de l'ergothérapeute (Chapparo et Ranka, 2008; Unsworth, 2004), un des facteurs intrinsèques qui influencent le RC. L'ergothérapeute se voit comme un accompagnateur guidant son client afin qu'il recouvre l'autonomie (Landry, 1998). Pour ce faire, l'ergothérapeute développe des actions interactionnelles (façon particulière d'entrer en relation avec son client) et éducatives (stratégies d'enseignement) qui lui sont propres. Le choix de ces actions est déterminé par les caractéristiques du client (p.ex. : attentes, capacités, état psychologique), sa participation active, le contexte (environnement physique et social) et les expériences antérieures de l'ergothérapeute (professionnelles et personnelles). Les résultats de l'étude de Landry confirment l'influence de facteurs intrinsèques et extrinsèques à l'ergothérapeute sur ses actions lors d'interventions d'enseignement. Ils mettent également en évidence un rôle et un enseignement typiques à l'ergothérapeute en milieu communautaire en raison notamment de son intervention au domicile du client. Toutefois, l'observation *in situ* ne faisait pas partie des méthodes de collecte et les représentations des ergothérapeutes peuvent différer de leurs actions (Vermersch, 2006).

En résumé, les écrits rapportent que le RC serait un processus complexe, non linéaire et multidimensionnel influencé par des facteurs intrinsèques (degré d'expertise et contexte personnel) et extrinsèques (client et contexte de pratique) à l'ergothérapeute. Les expériences antérieures et l'expertise de l'ergothérapeute en milieu communautaire

détermineraient la complexité perçue d'une problématique et, conséquemment, influenceraient le RC. Plusieurs dimensions du RC seraient habituellement utilisées simultanément. La dimension interactive serait davantage sollicitée, possiblement, mais non exclusivement, en raison du contexte de pratique. Le lieu d'intervention et la représentation que l'ergothérapeute a de son rôle influeraient sur ses actions interactionnelles et éducatives dans le cadre d'interventions d'enseignement. Le RC sous-jacent au choix des stratégies d'enseignement demeure toutefois méconnu. Ces stratégies d'enseignement ont toutefois été étudiées et font l'objet de la prochaine section.

2.2 Stratégies d'enseignement des ergothérapeutes

Les écrits portant sur les stratégies d'enseignement sont présentés en trois volets. Le premier est une mise en contexte des écrits portant sur l'enseignement ergothérapeutique. Le deuxième s'attarde aux stratégies d'enseignement ergothérapeutiques dans différents milieux de pratique. Enfin, le troisième volet porte sur les stratégies d'enseignement des ergothérapeutes en milieu communautaire.

2.2.1 Mise en contexte des écrits portant sur l'enseignement ergothérapeutique

Les écrits recensés démontrent d'abord que l'enseignement ergothérapeutique a été traité dans une perspective théorique en émettant des principes généraux, issus de différentes approches, et guidant les interventions (Costa, 2008; Crossan-Botting, 2004; Dreeben, 2010; Filiatrault et Richard, 2005; Greber, Zivian et Rodger, 2007a, 2007b; Richardson, 2006; Sabari, 2002; Stern, 2009; Townsend et Polatajko, 2008). Certains de ces écrits décrivent les stratégies d'enseignement à la disposition des ergothérapeutes (voir Costa, 2008; Dreeben, 2010; Greber *et al.*, 2007b; Richardson, 2006; Sabari, 2002; Stern, 2009). Parmi ces stratégies, on retrouve tout d'abord les instructions verbales (utilisées

notamment dans l'exposé), visuelles et somatosensorielles (p. ex., l'assistance manuelle), la démonstration et la rétroaction de l'ergothérapeute (Dreeben, 2010; Greber *et al.*, 2007b; Richardson, 2006; Sabari, 2002). À ces stratégies s'ajoutent l'expérimentation de l'activité idéalement en contexte naturel, le renforcement, le retrait graduel ou échafaudage et la répétition de l'activité (Dreeben, 2010; Richardson, 2006; Sabari, 2002; Stern, 2009). Finalement, on retrouve également les jeux de rôle, l'observation de pairs (Stern, 2009), le modelage, la résolution de problème (Greber *et al.*, 2007b; Stern, 2009), et la rétroaction du client (Costa, 2008; Dreeben, 2010). Ces écrits fournissent un inventaire de cadres théoriques pouvant guider le choix des stratégies d'enseignement de l'ergothérapeute (Greber *et al.*, 2007a), mais renseignent peu sur les stratégies qu'il utilise réellement dans ses différents milieux de pratique. Les stratégies utilisées ont toutefois été décrites dans quelques études.

2.2.2 Stratégies d'enseignement utilisées en milieux de pratique variés

Tout d'abord, trois études par questionnaire postal ont porté sur les stratégies utilisées par des ergothérapeutes de différents milieux de pratique (Banford *et al.*, 2001; Brikholtz, Aylwin et Harman, 2004; Hammond, 1997). L'étude de Banford *et al.* (2001) portait sur l'éducation aux proches aidants d'une personne ayant subi un AVC. Les deux autres portaient sur l'enseignement de principes : les principes de cadence de l'activité dans un but de gestion de la douleur (Brikholtz *et al.*, 2004) ou de protection articulaire (Hammond, 1997). Ces études rapportent l'utilisation de stratégies communes, telles la démonstration, les instructions verbales et écrites (Banford *et al.*, 2001; Hammond, 1997). Les stratégies d'enseignement varient peu d'une sphère d'intervention (p.ex. : mobilité fonctionnelle, soins personnels) à l'autre (Banford *et al.*, 2001). La variation des

stratégies et le recours à l'expérimentation de l'activité par le client sont par ailleurs positivement corrélés (coefficient de corrélation non spécifié) au temps consacré à l'enseignement dans l'intervention (Hammond, 1997). D'autres stratégies d'enseignement rapportées sont : le jeu de rôle, le modelage, l'éducation, le formulaire d'objectifs et la révision des progrès (Brikholtz *et al.*, 2004), l'enseignement à domicile, la référence communautaire (c.-à-d. référer le client au milieu communautaire), le groupe de soutien, et l'utilisation de documents vidéo (Banford *et al.*, 2001), ainsi que l'expérimentation de l'activité et l'utilisation de dépliants (Hammond, 1997). Une certaine confusion existe dans les écrits quant à ce qu'est une stratégie d'enseignement par opposition à une intervention (p.ex. : référer un client [référence communautaire]), et une méthode (p.ex. : exposé) par opposition aux outils (p.ex. : dépliants ou instructions écrites). Cette confusion peut s'expliquer par le manque de clarté du questionnaire utilisé (Brikholtz *et al.*, 2004) et une catégorisation questionnable des stratégies utilisées (Banford *et al.*, 2001; Hammond, 1997). Par ailleurs, puisque ces études ne se limitaient pas à l'enseignement d'une tâche psychomotrice telle que le transfert, il est possible que les stratégies utilisées pour enseigner une tâche psychomotrice diffèrent.

L'enseignement d'une tâche psychomotrice, soit l'utilisation d'aides techniques à l'habillement ou à l'hygiène, a fait l'objet d'une étude réalisée grâce à un questionnaire auto-administré (Schemm et Gitlin, 1998). Les stratégies utilisées par les ergothérapeutes en centre de réadaptation (CR; n = 19), lors d'une ou deux séances d'enseignement de neuf à dix minutes auprès de leurs clients âgés de plus de 55 ans (n = 86), étaient largement verbales ($\geq 98\%$), avec démonstrations (88%) et très peu d'instructions écrites (entre 5 et 25% selon l'aide technique). Les séances étaient principalement réalisées au

CR (clinique, chambre, salle de bain), très peu au domicile du client. Cette étude offre une description des stratégies d'enseignement ergothérapeutique utilisées en CR, mais pas en milieu communautaire lors d'une visite à domicile (VAD).

2.2.3 Stratégies d'enseignement utilisées en milieu communautaire

Une seule étude, celle de Landry (1998) citée précédemment, a permis de documenter les méthodes d'enseignement utilisées par les ergothérapeutes en milieu communautaire lors de VAD. Ces méthodes sont : l'exposé, la démonstration, l'expérimentation et le retour sur l'activité. La méthode 'exposé' se caractérise par des **moyens verbaux non contextualisés** avec ou sans support visuel (approche théorique) et des **moyens verbaux contextualisés** sans support visuel (approche pratique, c.-à-d. référant aux activités du client). Par exemple, l'ergothérapeute enseigne un principe de protection articulaire à l'aide d'explications (moyen verbal non contextualisé) et d'une image de l'articulation dans différentes positions (support visuel). Il peut aussi enseigner le même principe de protection articulaire en le rattachant à une activité réalisée par le client comme la cuisine ou le jardinage (moyen verbal contextualisé). La méthode 'démonstration' se réalise de façon très variable d'un ergothérapeute à l'autre : avec ou sans explication verbale, celle-ci pouvant être préalable, simultanée ou ultérieure. La méthode 'expérimentation par le client' se déroule tout d'abord avec des instructions verbales, puis sans instructions, mais sous supervision. La méthode 'retour sur l'activité' sert à recueillir la rétroaction du client. Étonnamment, l'assistance physique et la rétroaction de l'ergothérapeute ne sont pas nommées. Puisque l'observation *in situ* ne faisait pas partie des méthodes de collecte, comme pour toutes les autres études recensées dans cette section, il peut s'agir d'une omission des participants. Cette étude fournit néanmoins un premier portrait de

l'enseignement ergothérapeutique communautaire au début du virage ambulatoire et une catégorisation pertinente des stratégies d'enseignement, sans toutefois s'attarder aux stratégies d'enseignement des transferts.

En bref, l'enseignement ergothérapeutique a surtout été abordé dans une perspective théorique (inventaire de cadres théoriques). Les quelques études recensées ayant documenté les stratégies d'enseignement n'ont pas eu recours à l'observation directe et présentent une confusion quant à la terminologie utilisée (voir tableau 2).

Tableau 2. Les stratégies d'enseignement utilisées par les ergothérapeutes

		Banford <i>et al.</i> (2001)	Brikholz <i>et al.</i> (2004)	Hammond (1997)	Scherim et Gitlin (1998)	Landry (1998) milieu communautaire
Méthodes	Démonstration	•		•	•	•
	Expérimentation			•		•
	Exposé					•
	Jeux de rôle		•			
	Modelage		•			
	Retour sur l'activité					•
Outils	Instructions écrites ¹	•	•	•	•	•
	Instructions verbales	•		•	•	•
	Instructions visuelles ²	•				•
Autres	Interventions individuelles et de groupe	•	•			
	Éducation		•			
	Enseignement à domicile	•				
	Groupe de soutien	•				
	Référence communautaire	•				
	Révision des progrès		•			

Selon la taxonomie de Weston et Cranton (1986).

¹ Incluent les dépliants et les formulaires d'objectifs; ² Incluent les documents vidéo.

Landry (1998) offre une taxonomie intéressante s'apparentant à celle des stratégies d'enseignement de Weston et Cranton (1986). Ainsi, les stratégies d'enseignement pourraient inclure toutes les formes d'actions (méthodes), d'objets et de symboles (outil) à la disposition de l'ergothérapeute pour réaliser son enseignement.

2.3 Synthèse des écrits

Les études réalisées auprès des ergothérapeutes en milieu communautaire ont permis d'entamer l'exploration de leur RC et de documenter leurs représentations des interventions d'enseignement. Leurs stratégies d'enseignement ont été sommairement décrites sans toutefois être observées ou contextualisées à une intervention fréquente et importante, l'enseignement des transferts. Le RC guidant le choix de ces stratégies n'a par ailleurs pas été exploré.

La recension des écrits a permis de souligner que les stratégies d'enseignement utilisées lors d'interventions relatives aux transferts n'ont pas été documentées, tout comme le RC menant au choix de ces stratégies.

CHAPITRE 3

QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Cette étude veut donner des éléments de réponse aux questions suivantes: a) Quelles sont les stratégies (méthodes et outils) d'enseignement utilisées par les ergothérapeutes en milieu communautaire lors d'interventions relatives aux activités de transfert auprès d'une clientèle âgée en perte d'autonomie fonctionnelle? et b) Comment les ergothérapeutes en milieu communautaire choisissent-ils leurs stratégies d'enseignement dans ce contexte?

L'**objectif général** de cette recherche est de mieux comprendre le RC des ergothérapeutes en milieu communautaire lorsqu'ils choisissent leurs stratégies d'enseignement des transferts à leurs clients âgés, selon la perspective des ergothérapeutes et le sens qu'ils donnent à leur RC dans ce contexte. Les **objectifs spécifiques** sont de a) identifier les stratégies d'enseignement qu'ils utilisent et b) explorer le RC qui détermine l'utilisation de ces stratégies.

CHAPITRE 4

MÉTHODES

Ce chapitre permet de présenter les aspects méthodologiques de l'étude. Tout d'abord, le dispositif de recherche est exposé. Ensuite, les procédures d'échantillonnage et de recrutement des participants (ergothérapeutes et clients), et de collecte de données sont décrites. Finalement, les outils de recherche, l'analyse et l'interprétation des données, les critères de rigueur de même que les considérations éthiques sont détaillés.

4.1 Dispositif de recherche

Pour répondre aux objectifs de la recherche, un dispositif qualitatif de type théorisation ancrée selon une perspective constructiviste (Charmaz, 2006) a été retenu. Tout d'abord, la perspective constructiviste permet de prendre en compte le sens que les participants donnent à un processus (ici le RC) et offre ainsi une opportunité de co-construction de la réalité entre les participants et le chercheur. Ce type de dispositif permet ensuite d'explorer et de définir un processus peu connu (le RC de l'ergothérapeute guidant son choix de stratégies d'enseignement utilisées auprès de son client âgé) en prenant en compte les actions qui en découle chez les participants (les stratégies d'enseignement). Le principal intérêt d'utiliser une méthode interprétative, telle la théorisation ancrée, est qu'elle permet l'étude de l'objet de recherche, ici le RC, dans ses contextes social et environnemental (Arocha et Patel, 2008; Greeno, 1989, 1998; Loftus et Smith, 2008; Patel, Kaufman et Arocha, 1995).

L'étude du RC rejoint les postulats de l'interactionnisme symbolique (Charon, 2001). En effet, selon le dispositif de recherche choisi et l'interactionnisme symbolique, l'humain est un être fondamentalement social, avec des habiletés de réflexion et une

capacité de choisir. Le choix d'entreprendre une action est influencé par la définition donnée à une situation et découle de ses interactions avec soi (pensée réflexive) et les autres. La réalité est ainsi construite socialement (Charon, 2001). Dans la présente recherche, le choix des stratégies d'enseignement est influencé par les perspectives que l'ergothérapeute donne à la situation, soit son RC. La méthode d'enseignement qu'il utilise (son action) et l'outil soutenant cette méthode (l'objet ou le symbole) est par conséquent fonction de la définition donnée à la situation d'enseignement dans son ensemble, incluant le client, le contexte et la tâche (son RC). La méthode et l'outil d'enseignement utilisés dépendent aussi de la définition donnée aux actions du client âgé et des autres personnes présentes (autres acteurs impliqués). La définition donnée à la situation d'enseignement et aux actions du client et des autres personnes présentes est évolutive (Charon, 2001), répondant au caractère dynamique du RC de l'ergothérapeute.

4.2 Participants : échantillonnage et procédures de recrutement

Cette étude a été réalisée auprès : a) d'ergothérapeutes oeuvrant en milieu communautaire et b) de leurs clients âgés.

4.2.1 Ergothérapeutes

Échantillonnage : La procédure d'échantillonnage utilisée est illustrée à la figure 2. Chaque ergothérapeute de la population à l'étude (ergothérapeutes oeuvrant en milieu communautaire de la région de l'Estrie) a tout d'abord fait l'objet d'un recensement à l'aide du répertoire des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ; N = 25). L'échantillonnage de convenance a ensuite permis de cibler les ergothérapeutes au sein de six Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Estrie (voir la section recrutement pour la convenance institutionnelle). Puis, parmi ceux ayant accepté de

participer à la recherche et répondant aux critères de sélection exposés un peu plus loin (n = 11), la procédure d'échantillonnage théorique a été utilisée. Cette procédure a été réalisée en phases successives de deux à trois participants, selon des critères guidés par les besoins de l'analyse de données (April, 2006).

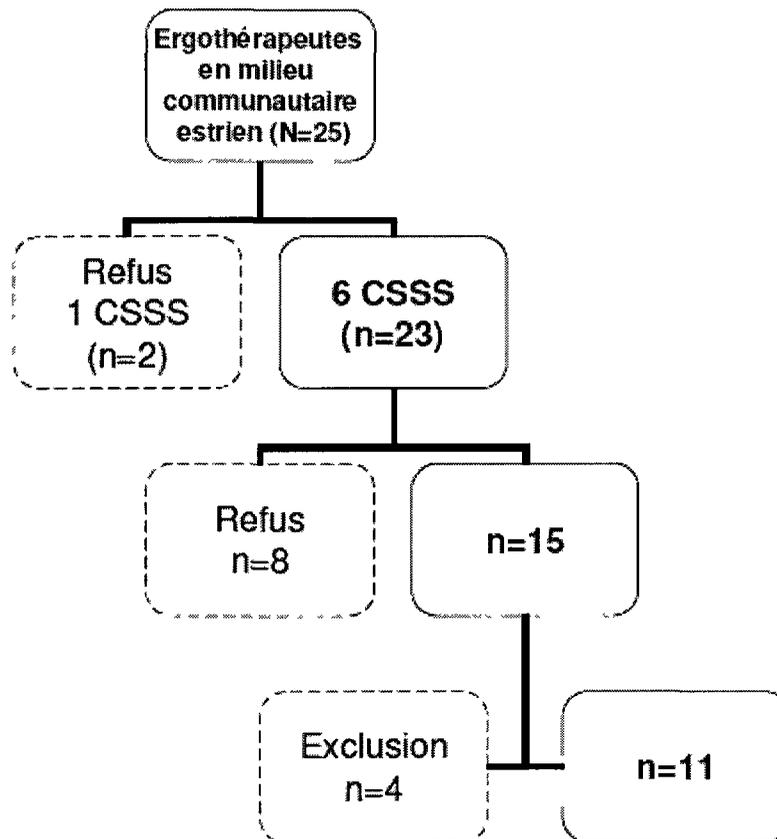


Figure 2. Les procédures d'échantillonnage et de recrutement des ergothérapeutes

De façon spécifique et afin de documenter les concepts et les liens conceptuels relatifs au processus identifié (voir section 5.4.1), l'analyse a révélé la nécessité de varier l'échantillon au niveau a) du nombre d'années d'expérience professionnelle de l'ergothérapeute, b) de son âge, c) de son expérience en enseignement, d) du programme-service auquel il est rattaché (variation du type de clientèle) et e) du fait d'être formateur

en principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). L'échantillonnage théorique a permis de recueillir une diversité de points de vue en variant les caractéristiques des participants, de même que les situations d'enseignement (voir section clients). Ainsi, en confrontant les concepts théoriques émergents à des contextes empiriques différents (April, 2006; Pires, 1997), l'atteinte de la saturation théorique, à savoir le moment où les données n'ajoutent aucune propriété nouvelle aux concepts théoriques identifiés (Pires, 1997), a été favorisée. Par ailleurs, un ergothérapeute participant a été rencontré à deux reprises (deux observations et entretiens) pour les raisons suivantes : a) le guide d'entretien a considérablement été raffiné après sa première participation et b) il s'agissait du seul participant masculin de notre échantillon.

Pour participer à l'étude, les ergothérapeutes devaient : a) être membre en règle de l'OEQ et b) œuvrer en milieu communautaire depuis au moins six mois. Les ergothérapeutes étaient exclus s'ils occupaient un poste qui ne permettait pas l'observation des situations recherchées, à savoir l'enseignement à domicile d'un transfert à une personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle.

Recrutement : Un premier contact a été réalisé par courriel auprès du gestionnaire responsable du programme Soutien à domicile (SAD; voir annexe 2), suivi d'un appel téléphonique afin d'évaluer la convenance institutionnelle (n = 7). Six CSSS ont accepté de participer, un a refusé en raison de listes d'attente importantes pour les services d'ergothérapie. Une vérification auprès de chaque gestionnaire a ensuite été faite afin de s'assurer d'avoir une liste à jour de tous les ergothérapeutes pratiquant au programme SAD de son établissement. Finalement, chaque ergothérapeute (n = 23) a reçu un courriel expliquant la recherche et la participation attendue, et l'informant que l'étudiante-chercheuse communiquerait par téléphone avec lui pour l'inviter à y participer (voir

annexe 3). Huit ergothérapeutes ont refusé de participer principalement en raison de la lourdeur de leur charge de travail. Parmi les 15 ergothérapeutes ayant signifié leur intérêt à participer, deux ont été exclus puisqu'ils ne répondaient pas aux critères d'admissibilité (transfert dans un autre service et clientèle exclusivement adulte). Deux autres qui répondaient aux critères d'admissibilité n'ont pu recruter de clients (clientèle majoritairement inapte à consentir ou en fin de vie).

4.2.2 Clients

Échantillonnage : Toujours pour diversifier les contextes empiriques, les situations d'enseignement ont impliqué des clients avec des conditions de santé variées (état stable vs dégénératif; condition aiguë vs chronique) et différents types de transfert (surfaces variées, avec ou sans équipement). Afin de diversifier davantage l'échantillon et de vérifier les particularités de l'enseignement auprès d'une clientèle gériatrique, un client plus jeune (46 ans) a également été recruté.

Les critères d'admissibilité pour les clients étaient : a) être âgé de 60 ans ou plus (à l'exception du client de 46 ans), b) avoir la capacité de fournir un consentement libre et éclairé, et c) nécessiter l'intervention d'un ergothérapeute à domicile en raison d'une difficulté aux transferts. L'aptitude à consentir était déterminée par le jugement clinique de l'ergothérapeute participant.

Recrutement : Les clients ont été contactés par les ergothérapeutes participants qui les ont sélectionnés à même les demandes de consultation reçues et leurs dossiers actifs. Lors d'un contact téléphonique et à l'aide d'un aide-mémoire qui lui avait été envoyé par courriel par l'étudiante-chercheuse (voir annexe 4), l'ergothérapeute expliquait la recherche au client et vérifiait son intérêt à participer.

4.3 Collecte de données

La collecte de données s'est déroulée de juin 2009 à mars 2010. Elle a été réalisée par l'étudiante-chercheuse auprès de chaque participant ergothérapeute (n = 11) selon l'ordre suivant : a) observation de situations d'enseignement des transferts à domicile, b) entretien semi-dirigé avec l'ergothérapeute, c) collecte de données relatives au client et d) collecte de données relatives à l'ergothérapeute.

Tout d'abord, les situations d'enseignement des transferts étaient observées au cours de visites à domicile (n = 12 auprès de n = 11 ergothérapeutes). Lors des observations, l'étudiante-chercheuse n'intervenait pas à moins qu'un des participants ne l'y invite (p.ex. : le client ou l'ergothérapeute l'impliquait dans la discussion). Les situations étaient enregistrées sur bande audio et documentées à l'aide d'une grille d'observation (voir section 4.4). L'enregistrement sur bande vidéo n'a pas été retenu en raison notamment des problèmes logistiques inhérents à cette méthode de collecte dans le contexte du domicile (p.ex. : changements de pièces fréquents au cours de la visite). Cette grille a permis de noter les méthodes d'enseignement utilisées par l'ergothérapeute (actions), les outils soutenant ces méthodes (objets et symboles), les actions du client, de même que les données contextuelles de la tâche. Immédiatement après l'observation et dans un lieu de son choix, un entretien semi-dirigé post-observation (n = 12) avec l'ergothérapeute, enregistré sur bande audio et retranscrit, était réalisé avec le soutien d'un guide d'entretien (voir section 4.4). À la fin de l'entretien, les ergothérapeutes participants fournissaient les données des clients, à l'aide d'un questionnaire de données socio-démographiques et cliniques, de même que leurs données socio-démographiques personnelles à l'aide d'un questionnaire auto-administré (voir section 4.4). L'étudiante-chercheuse a aussi communiqué par courriel avec cinq des onze ergothérapeutes

participants afin d'obtenir des précisions sur certains aspects de leur entretien (définition de l'enseignement ergothérapique [n = 4]; directives organisationnelles relatives au recours aux agents à la santé et aux services sociaux [ASSS] pour poursuivre l'enseignement à domicile [n = 1]). Toutes ces méthodes de collecte ont permis de mettre en évidence le RC de l'ergothérapeute et les méthodes d'enseignement utilisées qui en sont l'expression.

Tout au cours de la collecte des données, l'étudiante-chercheuse discutait avec les autres membres de l'équipe de recherche pour recevoir une rétroaction constructive sur le déroulement de la collecte (recrutement, échantillonnage théorique, modifications au guide d'entretien). De plus, des mémos (notes de l'étudiante-chercheure relatives à la collecte et à l'analyse) étaient utilisés afin de : a) noter les idées préconçues (journal de bord), b) préciser les choix méthodologiques (outil méthodologique ou *audit trail*) et c) exposer les concepts et catégories en émergence (source de données). Les mémos ont ainsi été utilisés comme source et outil d'analyse des données et d'interprétation des résultats (April, 2006; Charmaz, 2006).

4.4 Outils de recherche

Plusieurs outils ont été élaborés pour cette recherche : la grille d'observation, le guide d'entretien, le questionnaire socio-démographique et clinique du client, et le questionnaire socio-démographique de l'ergothérapeute.

4.4.1 Grille d'observation

La grille d'observation des situations d'enseignement, présentée à l'annexe 5, a permis de mettre en évidence : a) les stratégies d'enseignement (méthodes et outils) utilisées par les ergothérapeutes, b) les actions de leurs clients et, conséquemment lors de l'analyse (voir

section 4.5), c) le processus sous-jacent aux actions (Charmaz, 2006) des ergothérapeutes, leur RC. La grille a également permis de noter les données contextuelles de la tâche, soit : le nombre et le type de transferts, le nombre et le type d'équipements, la pièce du domicile où l'enseignement était réalisé, la présence d'autres personnes et leur lien avec le client, la durée de l'enseignement, la durée de la visite à domicile et si un suivi était prévu ou non.

La méthode de collecte par observation (grille) a été pré-testée auprès de deux ergothérapeutes ne participant pas à l'étude, une oeuvrant en milieu communautaire connaissant le projet de recherche et l'autre en pratique privée, dans le cadre d'une intervention impliquant une à deux situations d'enseignement des transferts. Aucune modification n'a été apportée à la grille originale.

4.4.2 Guide d'entretien

Auprès des deux mêmes ergothérapeutes, le guide d'entretien semi-structuré (voir la version finale à l'annexe 6) a également été pré-testé. Ce guide a permis d'aborder, à l'aide de questions ouvertes, les éléments pouvant influencer le RC des ergothérapeutes en regard de la stratégie d'enseignement utilisée. Le tableau 3 présente quelques exemples de questions incluses dans le guide. Les questions visaient à mettre à jour l'expérience spécifique des participants, tout en évitant l'utilisation de catégories préconçues (Charmaz, 2006). Le guide a été développé en respectant les principes sous-jacents à l'entretien d'explicitation (Vermersch, 2006). Cette technique d'entretien vise à rendre explicite le vécu de l'action par le participant, réduisant les risques de rationalisation *post-hoc* inhérents à la nature rétrospective de la méthodologie utilisée dans la présente étude. Ainsi, le respect des principes de l'entretien d'explicitation ajoute

de la rigueur au dispositif choisi et permet d'accroître la crédibilité des résultats obtenus. Le guide d'entretien a été validé par deux experts méthodologiques externes, un chercheur en sciences de la santé familial avec les dispositifs qualitatifs, et un chercheur en sciences de l'éducation familial avec la théorisation ancrée et l'entretien d'explicitation. Le guide d'entretien a évolué au cours de la collecte et l'analyse des données, selon les thèmes jugés pertinents par l'équipe de recherche et dans le but de favoriser la saturation théorique. Une définition de l'enseignement ergothérapeutique, telle que formulée par les quatre premiers participants, a notamment été ajoutée dès la cinquième entrevue afin de mieux orienter les participants sur l'objet de la recherche.

Tableau 3. Exemples de questions du guide d'entretien

« Décrivez-moi ce qui a guidé vos choix dans votre façon d'enseigner les transferts à ce client. »
« Qu'est-ce qui vous amène à varier votre façon d'enseigner un transfert : 1) à un client? Et 2) d'un client à l'autre? »
« Vous m'avez dit que <u>(telle action)</u> du client a guidé <u>votre (action)</u> . Quelles sont les autres actions/indices, s'il y en a d'autres, qui ont guidé votre action? Expliquez. »

4 4 3 Questionnaires de l'ergothérapeute et du client

Le questionnaire socio-démographique et clinique du client (voir annexe 7) a été utilisé pour recueillir ce que l'ergothérapeute connaît de son client, puisque ce sont ces éléments qui guident son action. Les données n'ont donc pas été extraites du dossier du client par l'étudiante-chercheuse. Ces données concernent : l'âge, le genre, les diagnostics et conditions associées, le niveau de scolarité, le niveau d'autonomie fonctionnelle (score SMAF) et le motif de la consultation.

Le questionnaire socio-démographique de l'ergothérapeute (voir annexe 8) a quant à lui permis d'obtenir un portrait des participants ergothérapeutes. Les écrits scientifiques ont guidé le choix des données pressenties comme pouvant influencer le RC des ergothérapeutes. Ces éléments concernent : l'âge, le genre, le lieu de formation en ergothérapie, le nombre d'années d'expérience en ergothérapie et en milieu communautaire, le type de formation PDSB reçue et le moment, les autres formations de niveau universitaire (premier, deuxième et troisième cycle), et, s'il y a lieu, le type de formation en pédagogie reçue et le moment.

4.5 Analyse et interprétation des données

Après chaque collecte, les données recueillies ont fait l'objet d'un premier traitement par l'étudiante-chercheuse afin de les préparer à l'analyse. Les données contextuelles de l'ergothérapeute et du client, de même que les données contextuelles de la tâche issues de la grille d'observation (nombre et type de transferts, utilisation d'équipement, équipement nouveau ou non, et durée de l'enseignement et de la visite à domicile) ont d'abord été réparties dans des tableaux de compilation. Les données observationnelles écrites (grille) ont ensuite été validées et complétées par l'écoute de la bande audio accompagnant l'observation. Puis, les stratégies utilisées (méthodes et outils) ont été identifiées une première fois à l'aide de codes descriptifs. La fréquence et la durée d'utilisation des méthodes, et la fréquence d'utilisation des outils ont été notées et compilées. Cette codification des données observationnelles relatives aux stratégies d'enseignement (écoute de la bande audio, révision des codes et compilation de la fréquence et de la durée) a été répétée à la fin de la période de collecte (mars 2010) afin de s'assurer : a) que les stratégies d'enseignement identifiées par les ergothérapeutes lors des entretiens et contenues dans le lexique (voir plus bas, codification) avaient été documentées lors des

observations, et b) de la précision de la codification. Les données issues des entretiens, quant à elles, ont été retranscrites par un assistant de recherche et le verbatim a été vérifié par l'étudiante-chercheure à l'aide des bandes audio.

Les données contextuelles relatives à l'ergothérapeute, au client, à la tâche et aux stratégies d'enseignement ont ensuite été analysées à l'aide de statistiques descriptives. La médiane et l'intervalle semi-interquartile ont été utilisés puisque les données n'étaient pas normalement distribuées. Finalement, puisqu'il est possible avec le dispositif choisi d'analyser les données quantitatives et qualitatives (Charmaz, 2000), l'ensemble des données recueillies a été analysé selon la perspective constructiviste (Charmaz, 2006) de la théorisation ancrée. Cette méthode flexible et ouverte facilite la compréhension d'un processus complexe (April, 2006) tel le RC. L'élaboration de liens entre les divers concepts significatifs du RC a permis de dégager un modèle conceptuel du RC sous-jacent à l'enseignement ergothérapeutique des transferts propre à la pratique communautaire auprès des personnes âgées. Pour ce faire, les données de sources multiples et variées (observations et entretiens auprès des ergothérapeutes, mémos et écrits scientifiques) ont été analysées selon un processus de comparaison constante. Les stratégies utilisées sont : a) la collecte et l'analyse simultanées des données; b) la codification (ouverte puis sélective); c) les méthodes d'analyses comparatives; d) l'utilisation de mémos favorisant l'analyse des concepts à l'étude; e) l'échantillonnage théorique visant le raffinement des construits théoriques et la saturation des données, et f) l'intégration de la structure théorique (c.-à-d., la mise à jour des liens conceptuels) facilitant l'émergence d'un modèle conceptuel de la pratique.

Spécifiquement, la collecte et l'analyse simultanées des données (a), la codification (b), initiale puis sélective, et les méthodes d'analyses comparatives (c) ont permis

d'orienter la collecte subséquente des données par l'échantillonnage théorique (e), d'atteindre la saturation théorique et de générer une théorie riche et ancrée dans les données (Charmaz, 2006). La codification (b) est une catégorisation des données à l'aide d'un mot (code) qui en démontre la substance et a constitué la première étape de conceptualisation des données empiriques. La codification initiale (ou ouverte), sous forme de gérondifs, a permis de faire abstraction des idées préconçues des chercheurs, démontrer l'action et voir les processus sous-jacents aux propos des participants. La codification sélective a servi à trier, synthétiser, intégrer et organiser en codes théoriques de grandes quantités de données à l'aide des codes initiaux les plus fréquents ou les plus significatifs. Afin d'éviter le « glissement » des codes initiaux (Charmaz, 2006), pour favoriser leur synthèse en codes sélectifs et pour orienter la réflexion de l'équipe de recherche, un lexique a été utilisé. Le lexique comprenait les codes, leurs descriptions et des extraits de verbatim représentatifs, et a évolué tout au cours de la collecte et de l'analyse. Les méthodes d'analyses (c), quant à elles, ont été de deux grands types : 1) comparaison des données avec les données (comparaison des données à l'intérieur d'un même entretien, entre entretiens, entre entretiens et mémos, avec les données contextuelles, avec les écrits scientifiques), et 2) comparaison des données empiriques avec les codes initiaux (lexique) et théoriques émergents et leurs liens conceptuels (schéma). Les mémos (d) ont servi d'outils de conceptualisation pour exposer, comparer, hiérarchiser, et relier les codes émergents tout au long de la collecte et de l'analyse des données. Une matrice (schéma) a été utilisée afin de mettre à jour les liens conceptuels unissant les différents codes et construits théoriques (f). Cette mise à jour a offert une possibilité de théorisation (April, 2006) et une compréhension abstraite du phénomène à l'étude (Laperrière, 1997). En effet, la synthèse visuelle des liens conceptuels a permis de

rechercher des patrons recouvrant d'importants sous-ensembles de données et, ainsi, d'intégrer et de pousser plus avant la théorie émergente.

L'analyse des données a été réalisée par les membres de l'équipe de recherche bidisciplinaire (ergothérapie et pédagogie) pour s'assurer de la justesse et de la précision de la codification (triangulation des chercheurs). Quatre entrevues sur douze (entrevues # 1, 2, 4 et 6) ont été co-codées (33,3%) et les codes (lexique) ont fait l'objet d'une révision par l'équipe de recherche, à tous les cycles de trois entrevues. La rétroaction constante de l'équipe a permis d'explorer des interprétations alternatives générant une compréhension plus riche du phénomène (Antony Bryant, communication personnelle, 2009). La bande audio des situations d'enseignement a permis d'appuyer les données issues de la grille d'observation. L'utilisation du logiciel NVivo© a facilité le traitement et la mise en relation des différentes données. Finalement, les résultats sont présentés sous forme illustrative (schéma dynamique du modèle conceptuel) et narrative (extraits de verbatim).

4.6 Critères de rigueur

La **crédibilité de l'étude** est la justesse et la pertinence du lien établi entre les données empiriques et leur interprétation (Laperrière, 1997). La crédibilité est assurée ici par le processus de comparaison constante, l'utilisation de mémos, la validation du guide d'entretien par des experts (deux chercheurs avec expérience de la théorisation ancrée et de l'entretien d'explicitation), et la triangulation à la fois des sources de données (ergothérapeutes, mémos, écrits scientifiques), des méthodes de collecte (observations et entretiens) et de l'analyse des données par l'équipe de recherche (Creswell, 2007; Laperrière, 1997). En limitant l'influence des préconceptions, ces éléments ont permis à la sensibilité théorique acquise par la recension préliminaire des écrits et l'expérience professionnelle de l'étudiante-chercheuse d'assurer une collecte et une analyse efficaces

et pertinentes (Charmaz, 2006; McCann et Clarke, 2003). La **fiabilité de l'étude**, c.-à-d. la congruence des résultats de la recherche et la reproductibilité des analyses (Laperrière, 1997), est augmentée par l'utilisation de bandes audio (observations et entretiens) et la description détaillée des stratégies de collecte et d'analyse des données, notamment à l'aide des mémos. L'implication de longue durée dans le milieu communautaire estrien (10 mois, 48 heures et 47 minutes d'observations et d'entretiens) augmente également la fiabilité de l'étude en permettant l'exploration en profondeur du processus (Creswell, 2007; Laperrière, 1997). La **transférabilité**, c.-à-d. la généralisation des résultats à d'autres populations ou des contextes ayant les mêmes caractéristiques, est assurée par une description étoffée de l'échantillon (ergothérapeutes et clients) et du contexte, par l'échantillonnage théorique, et par l'identification de liens conceptuels favorisant la compréhension abstraite du processus à l'étude (Laperrière, 1997). Ainsi, c'est la profondeur du processus social mis à jour, le RC des ergothérapeutes, qui permet d'assurer la généralisabilité par l'identification de ses éléments centraux et transférables.

4.7 Considérations éthiques

La recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche des CSSS de l'Estrie en mai 2009. La lettre d'approbation se retrouve à l'annexe 9. Deux formulaires de consentement (un par type de participants; voir annexes 10 et 11), incluant le but de la recherche, les retombées potentielles, les risques et les bénéfices ont été utilisés. Tous les participants ont donné leur consentement écrit libre et éclairé (Trois conseils, 2005). Tous avaient en tout temps l'opportunité de se retirer de l'étude, sans conséquence. Les participants ont également été informés du caractère confidentiel des données recueillies et des procédures suivies pour assurer cette confidentialité (données anonymisées, verrouillage des données numérisées et mise sous clé des données papier). Ces

procédures ont été rigoureusement appliquées tout au long de la recherche. Par ailleurs et considérant le nombre restreint d'ergothérapeutes pratiquant dans le milieu communautaire estrien, les participants ont été assurés que cette étude ne constituait pas une évaluation de leur pratique professionnelle et que les résultats diffusés ne permettraient pas leur identification.

CHAPITRE 5

RÉSULTATS

Le présent chapitre vise tout d'abord à décrire les participants (ergothérapeutes et clients). L'enseignement ergothérapeutique réalisé à domicile par les participants ergothérapeutes est ensuite présenté (objectif 1). Finalement, le RC sous-jacent à leur enseignement est explicité (objectif 2).

5.1 Description des participants ergothérapeutes

Tel que présenté au tableau 4, les ergothérapeutes participants (n = 11) sont majoritairement des femmes dont près de la moitié détient une formation de base en PDSB.

Tableau 4. Données socio-démographiques des participants ergothérapeutes (n = 11)

Variables continues	Md	Q	Étendue
Âge (ans)	37	7	23 – 55
Expérience en ergothérapie (ans)	15	6,8	0,5 – 32
Expérience en milieu communautaire (ans)	6	7	0,5 – 20
Variables catégoriques	N (%)		
Genre (féminin)	10 (90,9)		
Formation			
• en pédagogie (oui)	4 (36,4)		
• PDSB de base (oui)	5 (45,5)		
• PDSB de formateur (oui)	4 (36,4)		
• 1 ^{er} cycle universitaire autre qu'ergothérapie (oui)	1 (9,1)		
• Études supérieures de 2 ^e cycle (oui)	2 (18,2)		
Université de formation (ergothérapie)			
• Laval	5 (45,5)		
• Montréal	3 (27,3)		
• Ottawa	2 (18,2)		
• McGill	1 (9,1)		

Plus de la moitié (54,5 %*) détient une formation de formateur PDSB (c.-à-d. détient une accréditation pour enseigner la formation PDSB de base à d'autres intervenants) ou une formation en pédagogie (n = 2 ont les deux formations). Le nombre médian d'années d'expérience est de 15 ans en ergothérapie et de 6 ans en ergothérapie communautaire. Puisque la majorité des ergothérapeutes participants ont plus de cinq années d'expérience, ils peuvent être considérés « très compétents » ou « experts » en ergothérapie et en ergothérapie communautaire. La répartition des ergothérapeutes selon leur niveau d'expertise est présentée au tableau 5.

Tableau 5. Niveaux d'expertise* des participants ergothérapeutes (n = 11)

Années d'expérience	<1 Débutant avancé (<i>Advanced beginner</i>)	[1-5] Compétent (<i>Competent</i>)	[5-10] Très compétent (<i>Proficient</i>)	≥10 Expert
En ergothérapie	1 (9,1)**	2 (18,2)	1 (9,1)	7 (63,6)
En milieu communautaire	1 (9,1)	4 (36,4)	2 (18,2)	4 (36,4)

*Selon la classification de Schell (2009), inspirée des travaux de Benner (1984), et Dreyfus et Dreyfus (1986).

** n (%)

5.2 Description des participants clients

Les clients (voir tableau 6) sont majoritairement des femmes dont l'âge médian est de 80,5 ans et le nombre médian de problèmes de santé est de deux et plus. Les problèmes de santé sont surtout d'ordre cardiovasculaire et musculo-squelettique. Les motifs de consultation touchent principalement l'évaluation des transferts et de l'autonomie fonctionnelle. Puisque parfois inconnus des ergothérapeutes, les niveaux de scolarité et d'autonomie fonctionnelle n'ont pu être recueillis pour la totalité des participants et ne sont pas présentés ici.

* Donnée non incluse dans le tableau.

Tableau 6. Données socio-démographiques et cliniques des participants clients (n = 12)

Variable continue	Md	Q	Étendue
Âge (ans)	80,5	6	46 – 92
Variables catégoriques	n (%)		
Genre (féminin)	8 (66,7)		
Deux problèmes de santé ou plus (oui)	11 (91,7)		
Problèmes de santé			
• cardiaques et vasculaires	10 (43,5)		
• musculo-squelettiques	7 (30,4)		
• pulmonaires	3 (13,0)		
• neurologiques	1 (4,3)		
• visuels	1 (4,3)		
• digestifs	1 (4,3)		
Deux motifs de consultation (oui)	4 (33,3)		
Motifs de consultation			
• Transferts	7 (43,8)		
• Autonomie fonctionnelle et détermination des besoins de services à domicile	5 (31,3)		
• Sécurité à domicile	2 (12,5)		
• Adaptation domiciliaire	1 (6,3)		
• Positionnement (plaie)	1 (6,3)		

5.3 Enseignement ergothérapique à domicile

Un portrait succinct de l'enseignement ergothérapique réalisé à domicile par les participants ergothérapeutes est tout d'abord présenté. Ensuite, les stratégies d'enseignement (méthodes et outils) qu'ils ont utilisées de même que leur intensité sont décrites.

5.3.1 Portrait succinct de l'enseignement réalisé : temps alloué et types de transferts

Douze visites à domicile ont été observées (Md : 56 minutes; Q : 11 minutes 30 secondes; étendue : 33 – 86). L'ergothérapeute alloue à l'enseignement des transferts un temps médian de 8 minutes 38 secondes (Q : 5 minutes 20 secondes; étendue : 1 minute 8 secondes – 44 minutes 44 secondes), ce qui représente 9,5% du temps de la VAD. Pour l'ensemble des visites à domicile réalisées, 31 transferts ont été enseignés

(Md : 3,0; Q : 1,0; étendue : 1 – 5). Six types de transferts différents ont été enseignés et sont présentés au tableau 7. Les plus fréquents sont les transferts au lit, à la toilette et au bain.

Tableau 7. Observation des méthodes d'enseignement selon le type de transfert enseigné

Méthodes	Exposer	Démontrer	Faire expérimenter	Questionner	Impliquer le client	Rechercher la rétroaction du client	Recevoir la rétroaction du client	Rétroagir sur la performance
Transfert								
Lit (n=8)	8 (100,0) *	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (12,5)	2 (25,0)	2 (25,0)	3 (37,5)	0 (0,0)
Assis-debout (n=3)	3 (100,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (66,7)
Assis-debout (toilette) (n=7)	7 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (28,6)	1 (14,3)	1 (14,3)	2 (28,6)	0 (0,0)
Bain sans nouv. équ. (n=6)	5 (83,3)	4 (66,7)	3 (50,0)	1 (16,7)	5 (83,3)	2 (33,3)	1 (16,7)	2 (33,3)
Bain avec nouv. équ. (n=6)	6 (100,0)	5 (83,3)	5 (83,3)	0 (0,0)	3 (50,0)	5 (83,3)	3 (50,0)	3 (50,0)
Levier (n=1)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)

* Nombre absolu de transferts ayant été enseignés avec la méthode (%)

5.3.2 Stratégies d'enseignement utilisées et leur intensité

Les données présentées ici sont issues des observations et des entretiens semi-dirigés avec les ergothérapeutes participants. Les méthodes utilisées par l'ergothérapeute pour enseigner les transferts sont tout d'abord décrites. Ensuite, les outils utilisés avec ces méthodes sont exposés, pour terminer avec l'intensité de l'enseignement ergothérapeutique.

Afin de préserver leur anonymat, l'ensemble de ces résultats est présenté en évitant de les mettre en relation avec les caractéristiques des ergothérapeutes participants.

5.3.2.1 Méthodes d'enseignement. Lorsqu'il enseigne un transfert, l'ergothérapeute utilise un nombre médian de 3 méthodes d'enseignement (Q : 2 méthodes; étendue : 1 - 8 méthodes). Neuf méthodes d'enseignement, c.-à-d. les formes d'actions utilisées par l'ergothérapeute pour réaliser son enseignement, ont été répertoriées et sont présentées au tableau 8 (voir p. 47).

Au tableau 7, on peut voir que la méthode 'exposer' est utilisée dans pratiquement toutes les situations d'enseignement, quel que soit le type de transfert enseigné (83,3 % des transferts au bain sans nouvel équipement et 100,0 % des autres types de transfert). Les méthodes 'démontrer' et 'faire expérimenter' sont davantage utilisées lors de l'enseignement des transferts au bain, surtout si un nouvel équipement est impliqué. Tant au niveau de la fréquence que du temps alloué, la méthode 'exposer' occupe une large part de l'enseignement des transferts (voir tableau 8), spécifiquement, au début (80,6 %*) et à la fin (71,0%*) de l'enseignement d'un transfert donné. Les méthodes 'démontrer' et 'faire expérimenter' suivent ensuite respectivement en termes de fréquence et de temps alloué. La fréquence d'utilisation des autres méthodes (rétroagir sur la performance, impliquer le client, questionner, rechercher et recevoir la rétroaction du client) est comparable, mais leur durée d'utilisation est moindre.

* Données non incluses dans le tableau.

Tableau 8 Méthodes d'enseignement utilisées

Méthodes*	Description dans le contexte de l'étude	Fréquence**	Durée***
Exposer	L'ergothérapeute transmet de l'information théorique et pratique sur : la technique de transfert, les équipements, la sécurité et la conservation d'énergie en lien avec le transfert (contenu de l'enseignement associé à des connaissances déclaratives) Les instructions verbales (outil) sont inhérentes à cette méthode. « <i>Bien, dans le fond, c'est pour l'informer de ce que je propose, comme une espèce d'introduction</i> »	139 (50,4)	5031 (60,8)
Démontrer	L'ergothérapeute réalise lui-même la technique de transfert. Permet d'offrir une image visuelle de la façon de faire (contenu de l'enseignement associé à des connaissances procédurales). « <i>... quand moi, je le démontre, j'utilise leur côté visuel.</i> »	28 (10,1)	1323 (16,0)
Faire expérimenter	L'ergothérapeute fait réaliser au client la technique de transfert (enseignement expérientiel) Permet d'offrir un ancrage corporel de la façon de faire et de faciliter l'apprentissage (contenu de l'enseignement associé à des connaissances procédurales). « <i>leur faire faire, ça me permet [.] de les aider à intégrer</i> »	21 (7,6)	1328 (16,1)
Rétroaction sur performance	L'ergothérapeute commente verbalement la performance du client dans l'apprentissage. « <i>Super!</i> »; « <i>Vous y avez pensé : bravo!</i> »; « <i>... pour l'encourager, [...] ça amène une assurance pour le client. Il se dit : 'Je suis capable. J'ai fait une partie.' [...] elle [la cliente] dit : 'Regarde, elle a remarqué que je fais bien les choses.' Dans ce temps-là, c'est sûr que ça amène une ouverture.</i> »	24 (8,7)	52 (0,6)
Impliquer le client	L'ergothérapeute sollicite la participation active du client dans la situation d'enseignement-apprentissage; inclut l'ouverture aux questions du client et sa participation dans la prise de décision. « <i>Je vous propose</i> »; « <i>Êtes-vous d'accord pour .</i> »; « <i>Avez-vous des questions?</i> »	21 (7,6)	137 (1,7)
Rechercher la rétroaction du client	L'ergothérapeute pose des questions au client et écoute ses commentaires afin de connaître son opinion ou son expérience de l'enseignement réalisé. « <i>... puis je pose des questions pour voir si c'est correct ou si ce n'est pas correct.</i> »	17 (6,2)	235 (2,8)

Méthodes*	Description dans le contexte de l'étude	Fréquence**	Durée***
Recevoir la rétroaction du client	L'ergothérapeute écoute les commentaires spontanés du client afin de connaître son opinion ou son expérience de l'enseignement réalisé. « Puis après, il a dit : 'Ah! Bien oui.' Il a fait un commentaire à l'effet que ça avait l'air mieux... »	15 (5,4)	129 (1,6)
Questionner	L'ergothérapeute pose des questions au client afin de a) vérifier ses connaissances antérieures, ou b) valider sa compréhension sur un point particulier. « ... je lui ai demandé qu'est-ce qui faisait que c'était facile parce que je voulais qu'elle le conscientise par elle-même. Parce que c'était ça, mon but. [...]. Plutôt que ce soit moi qui lui explique, je voulais que ce soit elle qui me le dise... » « 'Vous avez bien compris? Bon. Qu'est-ce que vous allez faire?' 'Je vais faire ça.' 'OK. Faites-le.' »	11 (4,0)	38 (0,5)
Impliquer un collaborateur-enseignant	L'ergothérapeute implique un collaborateur (auxiliaire à la santé et aux services sociaux [ASSS] ou proche-aidant) pour poursuivre, à un autre moment, l'enseignement qu'il a débuté avec le client. « Donc, je fais de l'enseignement à la famille. L'auxiliaire y va, puis l'auxiliaire va poursuivre ce que j'ai fait. »; « ... j'allais dire à son mari la méthode qu'on avait utilisée pour l'aider à s'en rappeler. »	--	--
Total		276 (100,0)	8273 (100,0)

*En gras : méthode observée lors des VAD; **Fréquence effective de chaque méthode (fréquence relative pour l'ensemble des méthodes); ***Durée de chaque méthode en secondes (%; durée de chaque méthode sur durée totale de l'enseignement).

5.3.2.2 *Outils*. Lorsqu'il enseigne les transferts avec les méthodes 'exposer', 'démontrer' et 'faire expérimenter', l'ergothérapeute utilise un nombre médian d'un outil (Q : 1,5 outils; étendue : 0 – 5 outils). Les outils, c.-à-d. les objets et symboles utilisés par l'ergothérapeute pour réaliser son enseignement, varient selon la méthode (voir tableau 9 p. 50) et sont au nombre de huit. Dans 39,6 %§ des **exposés**, l'ergothérapeute utilise un outil. L'outil le plus utilisé est le geste, suivi de l'équipement; le moins utilisé est l'instruction écrite. L'ergothérapeute a généralement recours à un outil lors des **démonstrations** (96,4 %§) et de l'**expérimentation par le client** (81,0 %§), les plus fréquents étant l'instruction verbale et l'équipement. Les ergothérapeutes participants rapportent qu'ils ont recours aux outils lorsqu'ils jugent que c'est nécessaire pour optimiser leur enseignement et assurer l'apprentissage fait par leur client (voir section 5.4, étape 8).

§ Données non décrites dans les tableaux : nombre absolu de la méthode d'enseignement associée à l'utilisation d'un outil sur nombre absolu de la méthode d'enseignement.

Tableau 9. Outils d'enseignement utilisés

Outils*	Description dans le contexte de l'étude	Fréquence selon la méthode associée**			
		Exposer	Démontrer	Faire expé-ri-menter	
				Avec levier	Sans levier
Geste	<p>Utilisation de la main pour soutenir visuellement l'information verbale transmise. Par exemple, pour décrire un équipement :</p> <p>« ... j'utilise beaucoup mes mains. [...] j'explique dans le mouvement ce que ça veut dire. »</p> <p>« Je lui ai dit qu'il y avait deux grands bras, [...] je mimais, pour lui montrer, les deux grands bras qui se glissent [...] entre le matelas et le sommier. C'est ça qui tient la poignée. Il y a un bout qui sort, et je lui ai dit : 'Ça fait comme un U à l'envers, un N, qui dépasse.' Puis là, je lui montrais : 'Ça part d'ici, puis là, il y a une poignée [...]. Quand vous êtes assis, vous pouvez vous tenir ...' »</p>	36 (57,1)**	-	9 (15,3)	3 (13,0)
Équipement	<p>Équipement impliqué dans l'enseignement (p.ex. : banc de bain, tapis antidérapant, barre d'appui, etc.); peut être déjà utilisé par le client (sans nouvel équipement) ou non (avec nouvel équipement).</p> <p>« ... l'enseignement que je fais, premièrement, il y a l'installation de l'équipement et l'ajustement de l'équipement, avec explications pourquoi. Parce que, des fois, ils le déplacent pour laver le bain; puis je voudrais qu'il soit remis de cette façon-là ... »</p>	19 (30,0)	15 (36,6)	11 (18,6)	9 (39,1)

Outils*	Description dans le contexte de l'étude	Fréquence selon la méthode associée**			
		Exposer	Démontrer	Avec levier	Faire expérimenter Sans levier
Aides visuelles	Photos (p.ex. : catalogue de fournisseur), image ou dessin. « Là, je leur dis : 'Ah! Ça, ça pourrait peut-être vous aider : une chaise de bain, des appuis pour la toilette.' Puis là, ils n'ont aucune image. C'est souvent des mots... Un banc de transfert : ils ne savent même pas des fois c'est quoi la différence entre un banc de transfert puis une chaise de bain, ça fait que je leur présente par images. »	5 (7,9)	-	-	-
Instructions écrites	Feuille offrant un rappel écrit des informations transmises. « ... je laisse des recommandations sur papier. Souvent, par exemple, pour installer les barres d'appui ... »	3 (5,5)	-	-	-
Instructions verbales	Consignes verbales qui permettent d'attirer l'attention du client sur des éléments particuliers de la technique de transfert. Ne s'applique pas à la méthode 'exposer' puisqu'inhérente à la méthode. « ... je lui ai rappelé les étapes, plus en consignes verbales ... »	N/A	25 (61,0)	35 (59,3)	9 (39,1)
Instructions somatosensorielles	Assistance physique pour guider le mouvement du client. « ... je lui ai donné, je pense, un repère physique à un moment donné pour se retourner. »	-	-	3 (5,1)	-

Outils*	Description dans le contexte de l'étude	Fréquence selon la méthode associée**			
		Exposer	Démontrer	Faire expé-ri-menter§	
				Avec levier	Sans levier
Collaborateur comme client	Une personne « joue » le rôle du client. « ... j'utilise la personne qui est disponible pour le faire; aujourd'hui, ça a été toi [étudiante-chercheure]. »	-	1 (2,4)	-	-
Ergothérapeute comme client	L'ergothérapeute « joue » le rôle du client. « ... je vais le faire, moi, avec l'aidant, [...] on fait l'expérimentation, puis, après, on reprend avec le patient. C'est moins anxiogène pour l'aidant ... »	-	-	1 (1,7)	-
Total		63 (100,0)	41 (100,0)	59 (100,0)	23 (100,0)

***En gras** : outil utilisé lors des VAD; **Fréquence effective de chaque outil selon la méthode d'enseignement associée (%); §Avec levier : inclut les outils utilisés lors de l'enseignement du transfert au levier; Sans levier : les exclut. Pour assurer la représentativité de nos résultats, cette distinction 'Avec levier – Sans levier' apparaissait nécessaire en raison notamment du nombre d'instructions verbales utilisées lors de l'expérimentation du transfert au levier.

5.3.2.3 Intensité de l'enseignement. Les stratégies d'enseignement utilisées par les ergothérapeutes en milieu communautaire lors d'interventions associées aux activités de transfert de leur clientèle âgée en perte d'autonomie fonctionnelle ont été identifiées (objectif 1). Les ergothérapeutes rapportent par ailleurs adapter l'intensité des stratégies d'enseignement qu'ils utilisent à l'aide de modulateurs d'intensité (voir tableau 10 p. 54). Un modulateur est défini comme étant un élément qui produit une variation ou une adaptation selon certains critères ou certaines circonstances (Larousse, 2007). De façon spécifique, ces modulateurs permettent à l'ergothérapeute d'adapter l'amplitude, c.-à-d. le niveau de profondeur de son enseignement, le niveau de directivité, la durée, la fréquence et le rythme de son enseignement à la situation particulière de son client (voir facteurs extrinsèques, section 5.4). Les modulateurs 'répéter' et 'décortiquer l'activité' sont toutefois les seuls modulateurs ayant été observés lors des visites à domicile. Le modulateur 'répéter' est : a) deux fois plus fréquemment utilisé que le modulateur 'décortiquer' et b) exclusivement utilisé lors de l'exposé.

En résumé, les ergothérapeutes en milieu communautaire ayant participé à cette étude ont utilisé neuf méthodes d'enseignement, huit outils et cinq modulateurs d'intensité lorsqu'ils ont enseigné les transferts à leur client âgé. Leur enseignement se réalise largement sous forme d'exposés, la démonstration et l'expérimentation étant davantage utilisées lors de transferts au bain, surtout s'ils impliquent de nouveaux équipements. L'ergothérapeute utilise, selon la méthode d'enseignement, parfois (exposer) ou généralement (démontrer et faire expérimenter) des outils. Les outils les plus fréquemment utilisés selon la méthode sont : le geste et l'équipement (exposer), et les instructions verbales et l'équipement (démontrer et faire expérimenter). Maintenant que

les stratégies d'enseignement ont été identifiées (objectif 1), le RC menant au choix de ces stratégies et de leur intensité est exposé (objectif 2).

Tableau 10. Modulateurs d'intensité utilisés

Modulateurs d'intensité*	Description dans le contexte de l'étude	n
Amplitude --		
Aller plus loin	L'ergothérapeute augmente l'amplitude de son enseignement en accroissant la quantité d'information transmise, en utilisant certains outils (p.ex. : aides visuelles), ou en complexifiant la réalisation de la tâche. « ... si j'ai une cliente lucide [...]. Si j'ai une madame super scolarisée qui veut tout, tout, tout, tout, tout comprendre, bien, je vais lui en donner. »	
Aller à l'essentiel	L'ergothérapeute réduit l'amplitude de son enseignement en diminuant la quantité d'information transmise. « ... tu perds le client parce que là, il ne sait plus ce qui est essentiel de ce qui est 'on s'en fout que tu saches ça ou que tu ne saches pas ça'. » « Je ne veux pas trop en dire. Trop en dire, ce n'est pas mieux que de ne rien dire. Ils ont trop d'information. »	
Directivité --		
Être plus directif	L'ergothérapeute émet des consignes à suivre et laisse peu de place au choix du client. « Je vais probablement donner moins d'options. [...] Ça dépend du niveau de risque que j'évalue. »	
Durée --		
Couper court	L'ergothérapeute diminue la durée de son enseignement. « ... si j'ai quelqu'un de super fatigué [...], je vais couper ça court. »	
Prolonger	L'ergothérapeute augmente la durée de son enseignement. « ... je vais donner du temps à la personne si elle a besoin de plus de temps pour assimiler... »	

Modulateurs d'intensité*	Description dans le contexte de l'étude	n
Fréquence Répéter	<p>L'ergothérapeute utilise la répétition, en cours ou à la fin de la rencontre, pour bien faire ressortir les messages-clés de son enseignement. Plus spécifiquement lié aux méthodes 'exposer' et 'faire expérimenter'. La combinaison 'faire expérimenter' et 'répéter' correspond à l'entraînement.</p> <p><i>« Puis je veux toujours [...] répéter [...] à mon client avant de m'en aller [...]. Je vais récapituler [...] parce qu'on s'est dit tellement d'affaires; comment est-ce que je peux penser qu'il va se souvenir de la moitié de ce que je lui ai dit? Ce dont je veux absolument qu'ils se souviennent, je le mets là. »</i></p>	23
Rythme Accélérer Ralentir	<p>L'ergothérapeute augmente le rythme de son enseignement.</p> <p><i>« ... des fois, ça peut aller plus vite et c'est tout aussi efficace... »</i></p> <p>L'ergothérapeute diminue le rythme de son enseignement.</p> <p><i>« ... je fais très lentement, pour moi et pour eux autres, la démonstration première avant qu'ils fassent un essai ... »</i></p>	
Décortiquer l'activité	<p>L'ergothérapeute procède à l'enseignement du transfert par étape. Pour la méthode 'exposer' : description verbale détaillée du transfert. Pour 'démontrer' et 'faire expérimenter' : transfert scindé en plusieurs étapes de réalisation (habituellement accompagné d'instructions verbales sous forme de description détaillée transmise une consigne à la fois).</p> <p><i>« Pour [...] qu'ils voient qu'il y a différentes étapes dans la façon d'entrer, de s'installer, de se mettre à genoux, pour [...] qu'ils identifient que ces étapes-là, ce sont des moments spécifiques de la méthode. Donc, chacune de ces étapes-là, [...] c'est un moment différent dans la séquence. Parce que, si c'est tout d'un coup, [...] peut-être que, quand ils vont être confrontés à une difficulté, ils ne réaliseront pas nécessairement où ils sont rendus dans la séquence. »</i></p>	12

*En gras : modulateur observé lors des VAD.

Contrairement à leur fréquence d'utilisation qui a été traitée de façon isolée et que l'on retrouve dans ce tableau, la durée d'utilisation respective des modulateurs 'répéter' et 'décortiquer l'activité' est plutôt incluse dans la durée d'utilisation de la méthode d'enseignement avec laquelle ils ont été utilisés. Ce choix permet d'assurer une représentativité plus juste du temps alloué aux méthodes 'exposer', 'démontrer' et 'faire expérimenter' (voir tableau 8).

5.4 Raisonnement clinique sous-jacent à l'enseignement

À partir des données issues des observations et des entretiens semi-dirigés avec les ergothérapeutes participants, le processus (RC) a été mis à jour en utilisant les six stratégies d'analyse propres à la perspective constructiviste de la théorisation ancrée (voir section 4.5). En concordance avec le dispositif utilisé, les écrits scientifiques ont été intégrés dans l'élaboration des liens conceptuels menant à l'émergence du modèle conceptuel du RC.

De façon spécifique, l'analyse par comparaison constante des données observationnelles et des verbatim des entretiens a conduit à l'identification puis, à l'enrichissement de codes consignés dans un lexique. Afin d'explorer des interprétations alternatives des données, ce lexique a fait l'objet d'une révision constante de l'équipe de recherche et quatre entretiens ont été co-codés. Les mémos, utilisés en cours de collecte et d'analyse, ont permis d'identifier les codes nécessitant approfondissement, menant aux modifications du guide d'entretien, à l'échantillonnage théorique et, ultimement, à la saturation des données. Toujours à l'aide des mémos, la réduction et l'intégration des codes en concepts, puis, la mise à jour des liens unissant ces concepts, à savoir les étapes du processus (RC), le tout appuyé de schémas et enrichi des écrits scientifiques pertinents, ont été réalisées. L'approfondissement des concepts, par la modification du guide d'entretien et l'échantillonnage théorique, a ensuite favorisé l'atteinte de la saturation théorique. Finalement, les liens conceptuels mis à jour ont mené aux modifications finales du guide d'entretien afin d'en vérifier la justesse au regard des participants ergothérapeutes (boucle induction – déduction). Ainsi, tel que soutenu par Charmaz (2006), les résultats présentés constituent une co-construction du processus

étudié issue de la perspective des participants ergothérapeutes et de l'étudiante-chercheuse.

Le RC présenté ici ne s'applique, *a priori*, qu'à l'intervention d'enseignement ergothérapique d'un transfert particulier à un client donné. Le processus sous-jacent au choix des stratégies d'enseignement et de leur intensité, illustré à la figure 3, est constitué de huit étapes réparties en trois temps : **Temps 1 – Élaboration du plan d'enseignement** : 1) Collecte d'information; 2) Élaboration du portrait; 3) Appariement au profil générique et au plan d'enseignement; **Temps 2 – Finalisation du choix du plan d'enseignement** : 4) Évaluation du plan; 5) Choix d'utiliser ou non le plan; **Temps 3 – Ajustement du plan d'enseignement en cours d'action** : 6) Mise en action du plan; 7) Prise d'information; 8) Modification (a) ou poursuite (b) du plan. Dans chacune de ces étapes, des facteurs extrinsèques et intrinsèques à l'ergothérapeute sont impliqués. Les facteurs extrinsèques sont : le client, son environnement, la tâche (c.-à-d. un transfert donné) et le contexte de pratique. Les facteurs intrinsèques, quant à eux, sont : la connaissance que l'ergothérapeute a de son client, ses connaissances et expériences, ses habitudes personnelles, sa disponibilité et sa préparation à l'enseignement, ainsi que sa conception de l'enseignement ergothérapique. Les facteurs extrinsèques et intrinsèques sont détaillés dans les tableaux 11 (p. 66) et 12 (p. 72) respectivement, où ils sont déclinés dans l'ordre chronologique où ils apparaissent dans le processus. Les facteurs identifiés par une majorité de participants ($n \geq 7$; 63,6 %) sont en gras. Les facteurs extrinsèques isolés de leur catégorie qui exercent une influence spécifiquement à l'étape 7 (voir la description détaillée de cette étape dans la section 5.4.1) sont en italique.

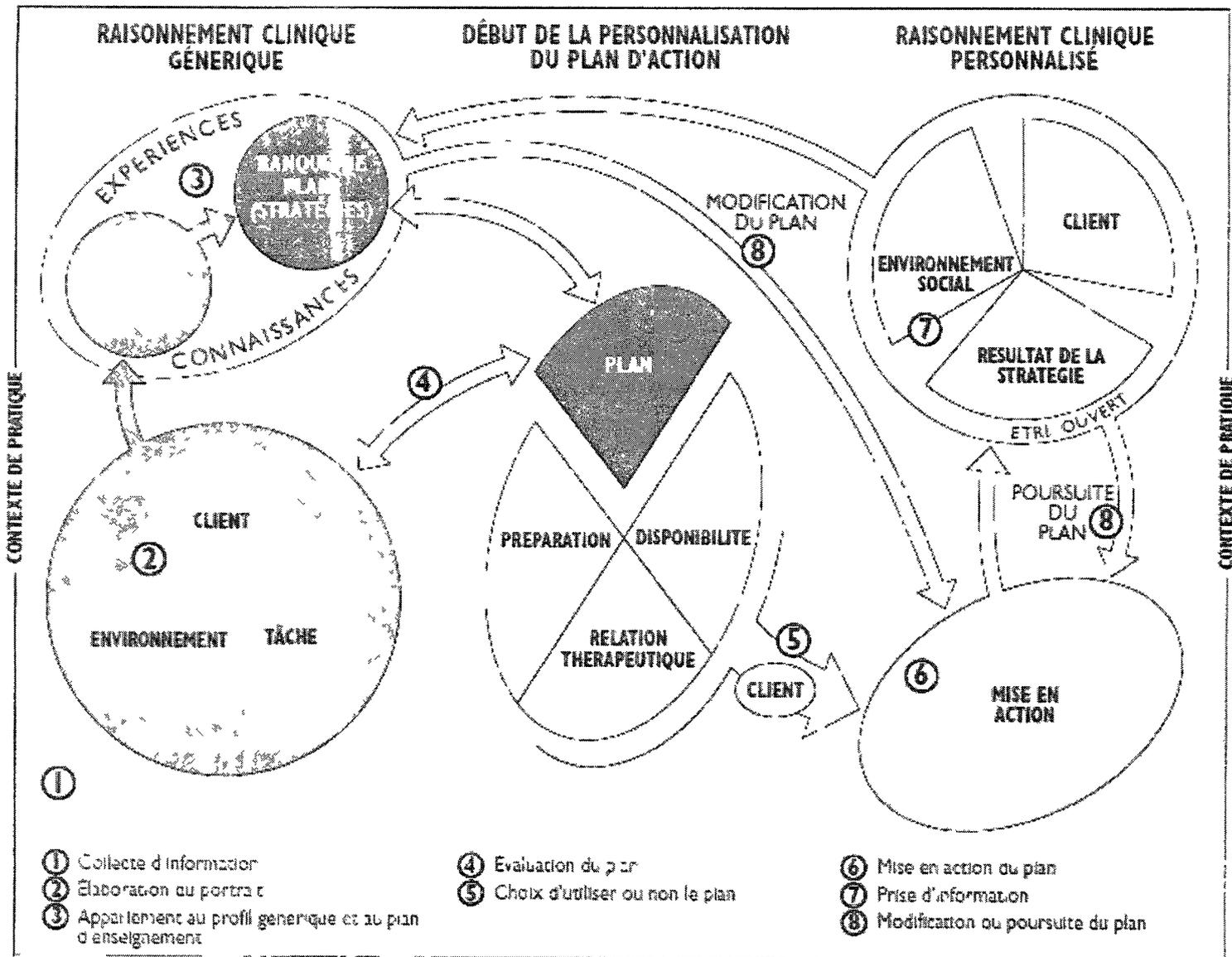


Figure 3. Processus du raisonnement clinique sous-jacent au choix des stratégies d'enseignement et de leur intensité par l'ergothérapeute

5.4.1 Le processus identifié

Le processus de RC identifié par la présente étude est maintenant présenté en soulignant l'influence des facteurs extrinsèques et intrinsèques à l'ergothérapeute à chacune des étapes.

Temps 1. Élaboration du plan d'enseignement

Le premier temps du processus de RC est constitué de trois étapes qui permettent d'élaborer un plan d'enseignement.

Étape 1. Collecte d'information

Pour élaborer son plan, l'ergothérapeute recueille tout d'abord l'information relative a) au client (C), b) à son environnement (E), c) à la tâche (T) et d) aux interactions entre ces éléments (interaction client – environnement; interaction client – tâche; interaction tâche – environnement). Ces différents éléments constituent des catégories de facteurs extrinsèques influençant le choix des stratégies d'enseignement et de leur intensité (voir étapes 2 et 3). La collecte des informations par l'ergothérapeute est réalisée principalement au cours de la visite à domicile, par observation et entretien. Par ailleurs, cette recherche d'information est influencée par un facteur intrinsèque à l'ergothérapeute, la connaissance qu'il a de son client et de sa situation : moins il connaît son client, plus l'ergothérapeute cherche à effectuer une collecte exhaustive. Toutefois, le contexte de pratique (facteur extrinsèque), spécifiquement les facteurs organisationnels tels les informations succinctes issues du dossier et de la requête, et la courte durée d'intervention, limitent la collecte d'information de l'ergothérapeute avec des conséquences possibles sur le choix de ses stratégies d'enseignement.

Étape 2. Élaboration du portrait

L'ergothérapeute « synthétise » les données recueillies (facteurs extrinsèques) en un « Portrait C-E-T ». Le portrait peut être plus ou moins complet en fonction de l'exhaustivité de la collecte d'information réalisée précédemment.

Étape 3. Appariement au profil générique et au plan d'enseignement

L'ergothérapeute relie le portrait de la présente situation à un des profils génériques C-E-T qui lui ressemble et est disponible dans sa banque de profils génériques. Le contenu de cette banque est tributaire des expériences de l'ergothérapeute. À ce stade, l'ergothérapeute est habituellement en mesure de qualifier le niveau de complexité de la situation d'enseignement. Le niveau de complexité est fonction des facteurs extrinsèques colligés lors de la collecte d'information. Par exemple, un client peu ouvert à l'enseignement (faible disponibilité émotionnelle), éprouvant des difficultés à apprendre (faible disponibilité cognitive), ne disposant pas d'un proche-aidant pour soutenir son apprentissage (pauvre environnement social) et nécessitant d'apprendre à réaliser un transfert comprenant de multiples étapes (tâche : contenu et objectif visé) constitue une situation d'enseignement complexe pour l'ergothérapeute.

À partir d'une autre banque, cette fois-ci de plans d'enseignement, l'ergothérapeute relie le profil générique à une séquence de stratégies d'enseignement et un niveau d'intensité particuliers (plan d'enseignement). Par exemple, plus une tâche d'enseignement est perçue comme étant complexe, plus l'intensité du plan d'enseignement pressenti est élevée. Cet appariement est défini comme la façon de faire « habituelle » (habitudes personnelles) avec ce type de situation (portrait C-E-T). Le contenu de la banque de plans d'enseignement est tributaire des expériences et des connaissances de l'ergothérapeute. La disponibilité émotionnelle de l'ergothérapeute (plus

spécifiquement sa personnalité, comme ses traits de caractères et préférences personnelles) influence également l'appariement. Par ailleurs, lorsqu'il ne connaît pas suffisamment les caractéristiques d'apprenant de son client, l'ergothérapeute a recours à un plan d'enseignement « général » qui inclut des stratégies variées afin d'utiliser le plus de modalités d'apprentissage possibles et ainsi, optimiser son enseignement.

Temps 2. Finalisation du choix du plan d'enseignement

Le deuxième temps du RC de l'ergothérapeute lui permet de finaliser le choix de son plan d'enseignement et est formé de deux étapes.

Étape 4. Évaluation du Plan

Pour finaliser son choix, l'ergothérapeute procède tout d'abord à une évaluation du plan initial pressenti en fonction de la présente situation (portrait C-E-T) et spécifiquement de : a) sa propre disponibilité et préparation, b) la disponibilité du ou des outils, c) l'efficacité anticipée de la stratégie (résultat de la stratégie), et d) l'état de la relation thérapeutique. L'état de la relation thérapeutique est le lien unissant l'ergothérapeute à son client et, le cas échéant, l'environnement social de celui-ci. Les stratégies d'enseignement sont choisies de façon à ce que ce lien soit facilité et préservé. La qualité du lien est évaluée par les réactions du client et les réactions internes de l'ergothérapeute. Puisqu'elle implique un retour à la présente situation, l'étape 4 constitue le début de la personnalisation du plan d'action et le passage d'un RC « générique » à un RC « personnalisé ».

Étape 5. Choix d'utiliser ou non le plan

À la suite de cette évaluation, l'ergothérapeute choisit d'utiliser ou de ne pas utiliser le plan initial, de reporter ou de terminer son enseignement. Avant de mettre en action son choix et afin d'obtenir l'accord explicite ou implicite du client (méthode 'impliquer le

client'), l'ergothérapeute consulte ce dernier sur le plan ou sur la première stratégie du plan. La conception qu'a l'ergothérapeute de l'enseignement ergothérapeutique exerce une influence sur son action de consulter le client, tout comme le lieu de l'intervention, le domicile du client (élément du contexte de pratique).

Temps 3. Ajustement du plan d'enseignement en cours d'action

Le choix du plan étant finalisé, le troisième temps du RC de l'ergothérapeute favorise l'ajustement de son plan en cours d'enseignement.

Étape 6. Mise en action

S'il a choisi d'utiliser le plan initial, l'ergothérapeute le met ensuite en action, c.-à-d. il démarre la séquence de stratégies en utilisant une stratégie et un niveau d'intensité donnée.

Étape 7. Prise d'information

L'ergothérapeute, s'il démontre une disponibilité suffisante (ouverture), peut prendre en compte : a) les réactions du client (informent sur sa disponibilité émotionnelle, cognitive et physique), b) les réactions de son environnement social, et c) les résultats obtenus par la stratégie d'enseignement et le niveau d'intensité utilisés. Ainsi, l'ergothérapeute réalise une évaluation sommaire de l'efficacité de ses actions (méthodes : 'rechercher' et 'recevoir la rétroaction du client', et 'questionner sur l'apprentissage').

Étape 8. Modification (a) ou poursuite (b) du plan

Si l'enseignement se déroule comme prévu (stratégie et intensité jugées efficaces, réaction positive du client et de son environnement social), l'ergothérapeute poursuit avec son plan initial. Si tel n'est pas le cas (stratégie et intensité jugées inefficaces, réaction négative du client ou de son environnement social), l'ergothérapeute modifie son plan. La modification peut porter sur la méthode elle-même, son niveau d'intensité (réduction ou

augmentation), l'ajout d'un outil à la méthode utilisée (p.ex. : geste ou aide visuelle dans l'exposé, instructions verbales dans la démonstration, instructions somatosensorielles dans l'expérimentation par le client) ou encore, le report ou l'arrêt de l'enseignement. Pour modifier son plan, l'ergothérapeute moins expérimenté procède davantage par essai et erreur en choisissant la stratégie à la pièce, directement dans la banque de plans. L'ergothérapeute plus expérimenté, quant à lui, réfère plutôt à ses expériences antérieures dans des situations similaires (reprise à l'étape 3). L'ergothérapeute poursuit ensuite son enseignement jusqu'à ce que l'objectif visé soit atteint. Il peut aussi juger que l'enseignement doit se poursuivre a) lors d'un suivi ou b) en ayant recours à un collaborateur-enseignant (ASSS ou proche-aidant). L'ergothérapeute peut par ailleurs estimer préférable d'arrêter l'enseignement en dépit de la non-atteinte de l'objectif.

5.4.2 Considérations générales en regard du processus identifié

Le processus du RC menant au choix des stratégies d'enseignement (excluant l'étape 8a) est le même pour tous les ergothérapeutes participants, peu importe leur expérience professionnelle. Quoiqu'il soit ici décrit linéairement, le processus, tel qu'observé par l'étudiante-chercheuse et décrit par les ergothérapeutes, est extrêmement rapide, circulaire et constant tout au long de la situation d'enseignement. Le raisonnement en action spontanément explicité par les ergothérapeutes porte davantage sur l'intervention « générale » ergothérapique (le choix du contenu à enseigner) que sur le choix de la stratégie d'enseignement et de son intensité. Certains ergothérapeutes mentionnent d'ailleurs ne pas avoir l'impression d'enseigner lorsqu'ils interviennent auprès de leur client. Le raisonnement en action des ergothérapeutes se fait en rapide succession d'un

élément (contenu à enseigner) à l'autre (façon de l'enseigner), en fonction de la reformulation constante qu'ils font de la situation d'enseignement.

Par ailleurs, le contexte de pratique semble exercer une influence diffuse et implicite sur la plupart des étapes du processus de choix. Tel que rapporté précédemment, les ergothérapeutes ont souligné spécifiquement que les facteurs organisationnels (informations succinctes issues du dossier et de la requête, rôle de consultant et courte durée d'intervention) affectent la connaissance qu'ils ont du client, notamment ses caractéristiques d'apprenant et, conséquemment, le portrait C-E-T et les étapes subséquentes qui mènent au choix de leurs stratégies. De plus, le lieu de l'intervention (domicile du client) influence l'importance qu'ils accordent à impliquer le client. Finalement, les directives administratives relatives à la santé et à la sécurité du travail influencent le choix de recourir ou non à un collaborateur-enseignant (ASSS).

En résumé, le processus du RC sous-jacent au choix des stratégies d'enseignement et de leur intensité, tel que décrit par les ergothérapeutes participants, est constitué de huit étapes réparties en trois temps. Le premier temps permet à l'ergothérapeute d'élaborer son plan d'enseignement en recueillant des informations relatives à la situation d'enseignement, en élaborant un portrait de cette situation et, enfin, en appariant ce portrait au profil générique, puis au plan d'enseignement. Le deuxième temps permet à l'ergothérapeute de finaliser son choix en regard du plan d'enseignement et inclut l'évaluation du plan pressenti et le choix de l'utiliser ou non. Finalement, le troisième temps est le moment où l'ergothérapeute adapte son plan d'enseignement en cours d'action en réalisant notamment une évaluation sommaire de l'efficacité de ses actions.

Ce processus de RC est influencé par des facteurs intrinsèques et extrinsèques à l'ergothérapeute. Les facteurs intrinsèques sont : sa connaissance du client, ses

connaissances et expériences, ses habitudes personnelles, sa disponibilité et sa préparation à l'enseignement, et sa conception de l'enseignement ergothérapeutique. Les facteurs extrinsèques, quant à eux, sont relatifs au client, à la tâche, à l'environnement et à l'interaction de ces différents facteurs. Le raisonnement en action explicité par les ergothérapeutes porte davantage sur l'intervention « générale » ergothérapeutique (le choix du contenu à enseigner) que sur le choix de la stratégie d'enseignement et de son intensité. En cours de processus, le RC de l'ergothérapeute passe graduellement d'un mode « générique » à un mode « personnalisé », permettant l'adaptation de l'enseignement à la situation particulière du client. Ainsi, le RC de l'ergothérapeute lui permet de choisir parmi les neuf méthodes, huit outils et cinq modulateurs d'intensité constituant sa banque de plans d'enseignement afin d'optimiser l'apprentissage de son client.

Tableau 11. Facteurs extrinsèques à l'ergothérapeute

Temps (T) et étapes (E)†	Facteurs extrinsèques	Description	Extraits de verbatim
<p>T1 : E1 – E2 T2 : E4 T3 : E7</p>	<p>CLIENT</p> <p>Disponibilité (émotive, cognitive, physique)</p>	<p><u>Personnalité</u> : timidité, anxiété, fierté.</p> <p><u>Ouverture</u> face à l'enseignement : prise de conscience des difficultés, motivation à apprendre.</p> <p><u>Caractéristiques d'apprenant</u> : niveau de scolarité, mode et vitesse d'apprentissage.</p> <p><u>Caractéristiques fonctionnelles</u> : a) profil fonctionnel (perte d'autonomie légère, modérée, sévère), b) type d'incapacités (cognitive, physique, affective, psychologique), c) pronostic. Les caractéristiques fonctionnelles sont en étroite interaction avec la tâche (p.ex. : déterminent l'objectif visé).</p>	<p>« Ce sont les gens qui vont faire la façon dont tu vas l'enseigner. »</p> <p>« Puis là, je vois si la personne est d'accord ou non à se faire enseigner ça. Parce que c'est sûr que ça part d'abord par ce que la personne accepte ou non. »</p> <p>« Mais il y a des fois que c'est plus facile d'expliquer en même temps parce, vu qu'ils sont très visuels, ils ne comprennent rien de ce que tu as dit. S'ils sont plus visuels ou s'ils sont plus auditifs, bien, dépendamment... »</p> <p>« Je pense qu'il a une difficulté à intégrer les informations. J'aime mieux lui en donner moins puis qu'il garde ce que je lui ai donné. Si je lui en donne trop, il va juste faire : 'Ouf! Oublie tout ça. C'était compliqué ce qu'elle disait.' »</p> <p>« Mais, quand la personne n'a pas la capacité cognitive ou bien qu'elle a de la difficulté à se rappeler des choses, [...] je vais plus le faire faire parce que, souvent, on se rappelle plus des choses qu'on a vraiment faites et qu'on a pratiquées. Puis, je vais répéter plus de fois aussi [...]. Puis, l'endurance aussi. Les soins palliatifs. Des fois, je vais expliquer parce que j'ai déjà ambitionné sur lui. Juste la première partie de l'entrevue, la personne est déjà fatiguée. »</p>

Temps (T) et étapes (E)†	Facteurs extrinsèques	Description	Extraits de verbatim
T1 : E1 – E2 T2 : E4	Connaissances antérieures	Connaissances et habitudes relatives au transfert.	« Ça fait qu’il faut comme que je parte mon enseignement là où il est [...]. Si je pars en dessous de ce qu’il connaît, il va dire : ‘Ah! Bien là, tu m’énerves. Tu me fais perdre mon temps.’ Mais, si je pars au-dessus --- si je ne pars pas d’où il est --- bien [brève hésitation] ça va moins coller à sa réalité puis je vais en donner moins. »
	Caractéristiques morphologiques	Taille et poids.	« Souvent, je lui montre le risque, par des paroles et par le geste, et je le lui fais vivre et c’est moi qui la ramasse, c’est moi qui suis là. Si c’est trop dangereux, [...] je ne me mets pas en danger. Par exemple, quelqu’un de 6 pieds et 4 pouces et de 250 livres, moi, à côté, c’est trop dangereux. »
T1 : E1 – E2 T2 : E4 T3 : E7	ENVIRONNEMENT Environnement physique et social du client	Obstacles et facilitateurs physiques et sociaux.	« Des fois, tu as à convaincre l’aidant naturel aussi et tu as à convaincre le client. D’autres fois, tu as juste à convaincre le client. »
T2 : E4	Disponibilité de l’outil	Outil disponible ou non au moment de l’enseignement.	« C’est que je ne l’avais pas sous la main; il était dans mon cartable. Il était sur la table de cuisine. [...] Des fois, c’est de dire : « Je l’ai dans l’auto, puis c’est ça et ça ressemble à ça. » Des fois, je ne l’ai pas [...] dans l’auto. Ça fait que j’utilise juste le catalogue. » « J’amène toujours le PDSB avec moi au cas où ils ne me comprennent pas ... »

Temps (T) et étapes (E)†	Facteurs extrinsèques	Description	Extraits de verbatim
Toutes les étapes	Contexte de pratique de l'ergothérapeute	<p><u>Lieu physique de l'intervention</u> : domicile du client.</p> <p><u>Facteurs organisationnels</u> : valeurs sous-jacentes, règles implicites et explicites, organisation du travail.</p> <p><u>Environnement social</u> : collègues</p> <p>L'influence du contexte de pratique est modulée par la personnalité de l'ergothérapeute.</p>	<p>« ... je trouve qu'à domicile, on est un peu limités dans la façon... On ne peut pas imposer des choses, ça fait qu'il faut y aller [...] avec la volonté des gens. »</p> <p>« C'est sûr que, à une fois, l'habitude ne va pas devenir ancrée; il faudrait que j'y aille six fois ou dix fois, dépendamment de la personne, pour vraiment m'assurer que... [...] Parce que, dans le cadre de mon travail, je ne peux pas faire ça; ce n'est pas ce qui est attendu de moi. »</p> <p>« ... c'est sûr qu'on a plein de monde en attente; il faut essayer d'y aller le plus vite possible [...]. Mais je ne peux pas dire que ça m'influence beaucoup; je suis capable de gérer cette pression [...]. Pour moi, c'est beaucoup plus important que le client soit autonome et sécuritaire dans son transfert que de bâcler ça puis de passer à un autre client. [...] Si j'ai besoin d'y retourner quatre ou cinq fois, je vais y retourner. »</p>
T1 : E1 – E2 T2 : E4	TÂCHE Contenu enseigné	<p><u>Type et complexité</u> : transferts et équipements impliqués.</p> <p><u>Quantité</u> : nombre de transferts et/ou de recommandations liées au transfert, et nombre d'équipements impliqués.</p>	<p>« Il fallait aussi que monsieur comprenne bien la fonction du siège élévateur. Ça demande peut-être un peu plus d'encadrement à ce niveau-là. [...] Ça demande plus de temps. L'enseignement se ressemble, mais il y a peut-être plus d'explications, un petit peu plus étoffé... »</p>

Temps (T) et étapes (E)†	Facteurs extrinsèques	Description	Extraits de verbatim
	Objectif visé	Objectif visé par l'enseignement déterminé par les caractéristiques particulières du client et de son environnement (p.ex. : informer, sensibiliser, familiariser, faire acquérir une connaissance procédurale).	<p>« ... c'est ça, mon objectif : [...] m'assurer qu'il est utilisé d'une façon adéquate puis sécuritaire. »</p> <p>« ... plus dans le souci de l'informer de ce qui existe [...]. Pas vraiment dans le but qu'il le fasse; c'est plus de l'information que de vouloir changer vraiment ses habitudes. »</p> <p>« Utiliser ces stratégies [...], ça va me permettre de m'assurer que le client exécute son transfert de manière sécuritaire et indépendante, [...] d'être certaine qu'il va être capable de le reproduire seul... »</p>
T1 : E1 – E2 T2 : E4	INTERACTION CLIENT – ENVIRONNEMENT Adéquation client – environnement	Degré de correspondance entre le client, et son environnement social et physique. Influence le niveau de risque associé à l'enseignement expérientiel (méthode 'faire expérimenter') et au maintien à domicile.	<p>« Un client [...] gros et grand, [...] on manque d'espace; s'il est petit, [...] ça va quand même bien aller. D'autres fois, le client tout seul dans la salle de bain, ça irait, mais moi en plus, c'est comme : 'Où est-ce que je me mets?' »</p> <p>« Ça me donnait l'indication que, au niveau de la mobilité, [...] ce ne serait pas dangereux [...] de faire [l'expérimentation] dans l'environnement qu'on avait. »</p>

Temps (T) et étapes (E)†	Facteurs extrinsèques	Description	Extraits de verbatim
T1 : E1 – E2 T2 : E4 T3 : E7	INTERACTION CLIENT – TÂCHE <i>Niveau de difficulté / de sécurité</i>	Difficulté éprouvée par le client et risque pour sa sécurité dans la réalisation du transfert (antérieurs à l'enseignement) <i>et lors de l'activité d'apprentissage.</i>	« Je suis présente proche, et je peux la guider verbalement. J'interviens très vite s'il y a un risque; j'arrête. S'il n'y a pas de risques puis que ça va bien, je la laisse aller. J'essaie de ne pas trop intervenir; je n'interviens que si je sens qu'il faut que j'intervienne, verbalement ou physiquement, et si la personne a besoin de se faire rassurer. » « Quand la personne [...] se met à risque. [...] je suis plus ferme puis directive. [...] quand ce n'est pas le cas, je vais laisser la personne faire. [...] je pense que ça se voit aussi quand j'enseigne, que je sais qu'il y a peut-être un risque de chute [...]; là, je dis: 'Ah! Non. Monsieur, il faut vraiment que vous mettiez votre main là.' »
T1 : E1 – E2 T2 : E4 T3 : E7	<i>Résultat de la stratégie</i>	Succès ou échec de la stratégie d'enseignement. Le résultat peut être <u>anticipé</u> (avant l'utilisation de la stratégie) ou <u>évalué</u> à l'aide des réactions du client (après l'utilisation de la stratégie).	« ... quand le verbal change de ton, quand je sens l'hésitation ou qu'ils posent carrément une question, [...] c'est là que j'interviens. [...] Tu vois l'hésitation dans les mouvements, les gestes sont moins assurés. Physiquement, elle reculait même un petit peu.» « Des fois, tu expliques quelque chose et tu vois que tu les as perdus bien raide, bien là, je vais procéder en expliquant en même temps que je démontre, ou bien en le faisant faire à la personne, dépendamment des personnes. »

Temps (T) et étapes (E)†	Facteurs extrinsèques	Description	Extraits de verbatim
	INTERACTION TÂCHE – ENVIRONNEMENT		
T1 : E1 – E2 T2 : E4	Adéquation tâche – environnement	Degré de correspondance entre le transfert, l'équipement utilisé et le lieu dans lequel il est réalisé. Influence le niveau de difficulté / de sécurité du client et le lieu (pièce du domicile) de l'enseignement.	« Mon plan initial, c'était que, vu que le salon et la chambre étaient encombrés, on va faire le premier essai dans un espace plus grand [...] surtout parce qu'on avait des observateurs. Ça permet plus d'espace à tout le monde, et c'est plus facile à enseigner. Puis, dans un deuxième temps, on irait valider si ça passe dans le corridor. »

†Étapes où les facteurs extrinsèques exercent une influence.

T1 – Élaboration du plan d'enseignement : E1 Collecte d'information, E2 Élaboration du portrait, E3 Appariement au profil générique et au plan d'enseignement;

T2 – Finalisation du choix du plan d'enseignement : E4 Évaluation du plan, E5 Choix d'utiliser ou non le plan;

T3 – Ajustement du plan d'enseignement en cours d'action : E6 Mise en action du plan, E7 Prise d'information, E8 Modification (a) ou poursuite (b) du plan.

Tableau 12. Facteurs intrinsèques à l'ergothérapeute

Temps (T) et étapes (E)†	Facteurs intrinsèques*	Description	Extraits de verbatim
T1 : E1 à E3	Connaissance du client	Niveau de connaissances relatives à la disponibilité émotive, cognitive et physique du client à l'enseignement	<p>« Surtout, prends le temps de créer un moment pour connaître ton client, pour apprendre à savoir qui il est. Puis ça, ce petit temps-là que tu passes avec le client, c'est ça qui va te dire comment tu vas faire ton enseignement de transferts. »</p> <p>« Des fois, on va le faire avec le client, mais, quand je ne suis pas certaine du client et que je ne le connais pas, je vais le faire avec une personne, je vais dire 'saine', quelqu'un qui va bien participer. »</p> <p>« J'essaye de passer par tous les chemins parce que je ne les vois pas sur une longue période et je n'ai pas toujours le temps de décoder : lui, est-ce que c'est un visuel? Est-ce que c'est un rationnel? Je n'ai pas le temps. J'essaye de prendre trois ou quatre chemins. Est-ce que c'est un affectif? Parce qu'il y en a pour qui ça passe par l'affectif. C'est pour ça que je vais voir l'aidant. »</p> <p>« Pour notre méthode d'enseignement, [...] on ne passe pas [...] du temps avec le client pour savoir au début : 'Comment est-ce que vous apprenez mieux?' »</p>

Temps (T) et étapes (E)†	Facteurs intrinsèques*	Description	Extraits de verbatim
T1 : E3 T3 : E7	Connaissances et expériences (professionnelles et personnelles)	<p><u>Connaissances</u> relatives à la nature de l'apprentissage, à l'enseignement, l'activité, au PDSB et aux équipements; <u>Expériences</u> relatives aux réactions et caractéristiques des clients, à l'enseignement, et au transfert.</p> <p>La banque de plans d'enseignement (stratégies et intensité) évolue dans le temps avec l'acquisition de nouvelles expériences et connaissances.</p>	<p>« Parce que [...] si on enseigne des méthodes PDSB, [...] je vais le faire faire à la préposée, parce que, ce qu'on vit avec notre corps, on l'intègre plus. C'est une chose de le connaître en théorie et de le faire en pratique. »</p> <p>« ... avec le bagage que j'ai pu acquérir, [...] je savais pas mal où je m'en allais. »</p> <p>« ... parce que tu l'as tellement fait souvent que tes options vont venir toutes seules. »</p> <p>« Quelqu'un qui ne comprend pas, il va te venir peut-être plus d'idées [...]. [...] il va te venir des déclics parce que tu te revois dans des situations... [...] Au début, quand tu n'as pas l'expérience pour t'apporter ces idées-là que tu as déjà faites, [...] il faut plus que tu les crées, tes idées, dans ta tête, [...] Je pense que c'est plus difficile au début. »</p>
T1 : E3	Habitudes personnelles	Façon habituelle d'enseigner dans ce type de situation d'enseignement (correspond à l'appariement profil – plan).	« ... tu procèdes toujours de la même façon, mais je ne veux pas dire qu'il y a juste une façon de faire non plus. À ton analyse [...], tu dis : 'Regarde, pour lui, je vais faire telle affaire. Je vais m'y prendre comme ça puis je vais voir si ça marche [...]' Comme dans bien d'autres choses, c'est personnalisé pour chaque client. »
T2 : E4	Préparation	Niveau de préparation à l'enseignement. La nécessité de se préparer est tributaire des connaissances et expériences de l'ergothérapeute.	<p>« Tu essayes au moins minimalement de te familiariser parce que, pour moi, tu n'es pas aidant si tu te rends chez un client pour faire l'enseignement d'un équipement que tu ne connais pas. »</p> <p>« Dans le fond, plus [...] tu es prêt avant, plus [...] c'est facile durant. »</p> <p>« Le fait d'y avoir réfléchi avant, ça va me permettre de l'expliquer beaucoup mieux que s'il faut que je réfléchisse en même temps que je l'explique. »</p>

Temps (T) et étapes (E)†	Facteurs intrinsèques*	Description	Extraits de verbatim
T1 : E3 T2 : E4 T3 : E7	Disponibilité (émotive, cognitive, physique)	<p><u>Personnalité</u> : traits de caractère, préférences personnelles comme apprenant et enseignant. Influence tempérée par l'expérience personnelle et professionnelle</p> <p><u>Niveau de fatigue cognitive et physique</u></p> <p><u>Ouverture aux réactions du client et de son environnement social</u>. Ces réactions informent sur le résultat de la stratégie utilisée.</p>	<p>« ... ce que j'aime bien, c'est faire expérimenter aux gens et, après ça, leur demander : 'Comment vous trouvez ça? Trouvez-vous que ça va bien?' »</p> <p>« Le type d'encadrement que je vais apporter va peut-être être différent de quelqu'un d'autre. [...]. Je suis plutôt calme. J'aime y aller avec douceur avec mes clients. [...]. Je ne suis pas maternante, mais j'ai un peu cette vision-là de bien superviser, de bien encadrer, d'y aller tranquillement [...]. Je pense que ça vient influencer la manière que je l'enseigne. On y va doucement, on fait une chose à la fois. 'Est-ce que vous me comprenez bien?' »</p> <p>« Si c'est à 3 heures de l'après-midi, des fois, je suis fatiguée, puis là, j'arrive et je me dis : 'Ah! Mon Dieu! Là, ça va être trop pour moi aujourd'hui, premièrement pour moi, mais peut-être pour le client aussi.' »</p> <p>« Je suis plus à l'aise. Je suis moins gênée [qu']au début, ce qui fait que je peux répéter et insister un petit peu plus. »</p> <p>« ... j'essaie vraiment d'avoir une ouverture d'esprit et de m'adapter au client, plus que de forcer le client à s'adapter à où je m'en vais. »</p> <p>« Mais lui, rapidement, il est allé dans le bain; il est allé plus vite que ce que je lui aurais proposé. En fait, je lui aurais demandé : 'Voulez-vous l'essayer?' Mais il y est allé. Bon. Go! On y va. »</p>

Temps (T) et étapes (E)†	Facteurs intrinsèques*	Description	Extraits de verbatim
T2 : E5	Conception de l'enseignement ergothérapique	L'enseignement – apprentissage est un processus bidirectionnel, interactif et dynamique, modulé en termes d'intensité, et constitue l'aboutissement de l'intervention ergothérapique. L'enseignement – apprentissage se distingue de l'adaptation de l'environnement et de la modification du comportement.	« Là-dedans, j'entends beaucoup que c'est nous qui avons la solution, et que le client, il faut qu'il écoute. Je ne suis pas sûre de ça, moi. ». « C'est la personne aussi qui fait ses choix puis qui décide. C'est pour ça. Nous autres, on l'accompagne. »

†Étapes où les facteurs extrinsèques exercent une influence.

T1 – Élaboration du plan d'enseignement : E1 Collecte d'information, E2 Élaboration du portrait, E3 Appariement au profil générique et au plan d'enseignement;

T2 – Finalisation du choix du plan d'enseignement : E4 Évaluation du plan, E5 Choix d'utiliser ou non le plan;

T3 – Ajustement du plan d'enseignement en cours d'action : E6 Mise en action du plan, E7 Prise d'information, E8 Modification (a) ou poursuite (b) du plan.

CHAPITRE 6

DISCUSSION

La discussion est présentée en quatre volets. Tout d'abord, les résultats obtenus sont discutés en lien avec les deux objectifs de la recherche. Ensuite, les forces et limites de l'étude sont soulignées. Finalement, les retombées de l'étude de même que les recommandations pour la recherche concluent ce chapitre.

6.1 Discussion des résultats

Les résultats relatifs aux stratégies d'enseignement (objectif 1) sont tout d'abord discutés, suivis des résultats relatifs au RC (objectif 2).

6.1.1 Stratégies d'enseignement

L'objectif 1 de cette recherche était d'identifier les stratégies d'enseignement, c.-à-d. les méthodes et les outils, utilisés par les ergothérapeutes en milieu communautaire lors d'interventions associées aux activités de transfert des personnes âgées. Plusieurs similitudes, puis des différences ont été relevées avec les stratégies recensées dans les écrits. Notre étude a notamment permis de répertorier neuf méthodes d'enseignement, certaines ayant déjà été décrites dans les écrits (voir tableau 2 à la p. 24) : l'exposé et la démonstration, mis en évidence par Bandord *et al.* (2001), Hammond (1997), Schemm et Gitlin (1998) et Landry (1998), et l'expérimentation par le client, identifiée par Hammond (1997) et Landry (1998). Pour ce qui est de la démonstration à l'aide d'un collaborateur et l'expérimentation avec l'ergothérapeute comme client, elles s'apparentent aux jeux de rôle mis en évidence par Brikholtz *et al.* (2004) ou aux simulations décrites par Weston et Cranton (1986). En effet, ces méthodes impliquent la

réalisation de la situation d'enseignement (enseignant – apprenant – activité enseignée – autres acteurs impliqués) en contexte artificiel : l'un ou l'autre des éléments de la situation sont « simulés ». Dans le cadre de notre étude, l'élément « simulé » de la situation d'enseignement était relatif à un des acteurs. En effet, le collaborateur ou l'ergothérapeute jouait le rôle du client dans le transfert. La rétroaction du client, sollicitée ou non, correspond, quant à elle, au retour sur l'activité décrit par Landry (1998). En ce qui a trait à la rétroaction sur la performance, elle peut s'apparenter à l'utilisation de formulaires d'objectifs et de révision des progrès rapportée par Brikhotz *et al.* (2004).

Notre étude a toutefois permis d'identifier formellement des méthodes qui n'ont pas, à notre connaissance, leur équivalent dans les études descriptives ergothérapeutiques, soit 'impliquer le client', 'questionner' et 'impliquer un collaborateur-enseignant'. Il est possible que les méthodes de collecte utilisées dans les études antérieures (questionnaire et entrevue sans observation directe) n'aient pas permis d'identifier ces méthodes d'enseignement auparavant. Par exemple, les méthodes 'impliquer le client' et 'questionner' favorisent la participation active du client dans la situation d'enseignement. Or, la participation active du client dans le processus ergothérapeutique est une composante essentielle des théories formelles et de la pratique de l'ergothérapie (ACE, 1997; Atkins et Ersser, 2008; Crabtree et Lyons, 1997; Fondiller *et al.*, 1990; Restall *et al.*, 2003). Les méthodes 'impliquer le client' et 'questionner' peuvent ainsi être utilisées de façon implicite par les ergothérapeutes rendant nécessaire l'observation des interventions pour favoriser leur explicitation.

Neuf méthodes sont utilisées par les ergothérapeutes en milieu communautaire. Pourtant, l'exposé demeure le plus important tant en termes de fréquence que de durée.

Ce constat rejoint les résultats obtenus par Schemm et Gitlin (1998) qui s'intéressaient également à l'enseignement ergothérapeutique d'une tâche procédurale, soit l'utilisation d'une aide technique en centre de réadaptation. Considérant la nature largement procédurale du contenu enseigné dans la présente étude (transfert), les stratégies démonstratives ou expérientielles auraient pu être davantage utilisées ou rapportées par les ergothérapeutes. En effet, d'après Sabari (2002), ce type de stratégies favorise l'acquisition optimale de contenu procédural. Plusieurs hypothèses peuvent toutefois expliquer pourquoi de telles stratégies n'ont pas été davantage utilisées. Ces hypothèses sont en lien avec : a) le contenu à enseigner; b) l'objectif visé par l'enseignement; c) les connaissances antérieures du client; d) le contexte de pratique (facteurs organisationnels), et e) le niveau de formation pédagogique des ergothérapeutes. Le contenu (a) réfère à la modification qui doit être apportée à la façon habituelle de transférer du client. Une modification perçue par l'ergothérapeute comme mineure entraîne l'utilisation de l'exposé. L'objectif visé (b), étroitement lié au contenu enseigné, peut avoir influencé la méthode utilisée. Par exemple, informer/sensibiliser le client relève davantage de l'acquisition de connaissances déclaratives par le client, tandis qu'aider à apprendre une nouvelle façon de faire réfère à l'acquisition de connaissances procédurales (Sabari, 2002). Un objectif lié à l'acquisition de connaissances déclaratives se traduit par l'utilisation de l'exposé, tandis qu'un objectif lié à l'acquisition de connaissances procédurales, par l'utilisation d'une stratégie démonstrative ou expérientielle. L'objectif visé est en partie déterminé par les connaissances antérieures du client (c). Ces connaissances peuvent avoir été développées par l'enseignement ergothérapeutique des transferts en centre hospitalier préalable au congé. Aussi, puisqu'il procède à l'enseignement de plusieurs transferts au cours d'une seule visite à domicile (d, facteurs

organisationnels), l'ergothérapeute tend à prioriser certains transferts à enseigner de façon démonstrative et expérientielle (par exemple : au bain), selon le niveau de difficulté ou de risque perçu pour le client. Enfin, il est également possible que le niveau de formation pédagogique de l'ergothérapeute (e) ne lui permette pas de distinguer clairement les stratégies à utiliser pour enseigner différents types de contenus (déclaratif vs procédural).

Par ailleurs, notre étude apporte des précisions intéressantes quant aux outils (lesquels sont utilisés et comment ils le sont) et à la nature des modulateurs d'intensité. Premièrement, des outils qui n'étaient pas documentés dans les études descriptives ont pu être mis en évidence : le geste, les instructions somatosensorielles, le collaborateur comme client, l'ergothérapeute comme client et l'équipement. Ici encore, l'observation des situations d'enseignement, une méthode de collecte qui n'a pas été utilisée dans les études recensées, a certainement contribué à l'obtention de ces résultats. Par ailleurs, il faut rappeler que le domaine relatif aux stratégies d'enseignement utilisées par les ergothérapeutes est peu étudié.

Deuxièmement, l'utilisation de certains outils par nos participants diffère de celle des participants de l'étude de Landry (1998). De façon spécifique, Landry rapportait que l'expérimentation par le client du transfert enseigné se déroulait tout d'abord avec des instructions verbales, puis sans instruction, mais sous supervision. Les participants de notre étude, pour leur part, utilisaient plutôt les instructions, verbales ou somatosensorielles, lorsqu'ils jugeaient que le client en avait besoin pour bien réaliser le transfert (modification au plan initial lors de l'utilisation de la méthode 'Faire expérimenter'). En effet, les outils n'étaient pas utilisés d'emblée; ils venaient plutôt appuyer une méthode n'obtenant pas les résultats escomptés. Les participants de l'étude de Landry utilisaient les instructions d'une façon s'apparentant au retrait graduel, décrit

par Richardson (2006), Sabari (2002) et Stern (2009), ou à l'échafaudage (*scaffolding*). Frenay et Bédard (2004) définissent l'échafaudage comme un support offert à l'apprenant sous forme d'indices pistant sur la façon de traiter la situation. Nos participants utilisaient plutôt les instructions comme outil de *coaching*. Le *coaching* consiste, selon Frenay et Bédard, à observer l'apprenant durant l'exécution d'une tâche et à intervenir auprès de lui lorsque le besoin se manifeste. Rappelons que Landry s'attardait à explorer les représentations que les ergothérapeutes en milieu communautaire ont de leurs actions éducatives. L'utilisation différente des instructions lors de l'expérimentation par le client peut s'expliquer de deux façons : a) la différence, décrite par Vermersch (2006), entre les représentations des personnes (ici les ergothérapeutes) et leurs actions effectives ou, b) le faible niveau de complexité des transferts enseignés observés ne nécessitant pas le recours à l'échafaudage.

Enfin, outre la répétition, les modulateurs d'intensité n'étaient pas formellement identifiés dans les écrits recensés. Précisons toutefois que, dans notre étude, seuls les modulateurs 'répéter' et 'décortiquer l'activité' ont été observés lors des VAD. La méthode de collecte peut expliquer ce résultat. Par exemple, il était difficile pour l'étudiante-chercheuse de juger si l'ergothérapeute était plus ou moins rapide qu'à l'habitude dans sa façon d'enseigner.

En bref, la présente étude a permis d'appuyer les stratégies utilisées et la nature de l'enseignement ergothérapeutique (largement sous forme d'exposés) retrouvées dans les écrits antérieurs relatifs au domaine. L'étude a aussi permis de nuancer les stratégies utilisées, particulièrement les outils, la façon d'utiliser les outils et les modulateurs d'intensité. Le raisonnement clinique de l'ergothérapeute sous-jacent au choix des stratégies d'enseignement (objectif 2) est discuté dans la prochaine section.

6.1.2 Raisonement clinique

Le deuxième objectif de cette recherche était d'explorer le RC menant au choix des stratégies d'enseignement par les ergothérapeutes. La discussion s'attardera premièrement au processus, incluant les facteurs intrinsèques et extrinsèques à l'ergothérapeute, puis au contenu du RC.

6.1.2.1 Processus. Les étapes 1 à 3 du processus de RC mis en évidence dans la présente étude s'apparentent à la résolution de problème utilisant la reconnaissance de patron, décrite par Carr et Shotwell (2008) et Lindsay et Norman (1980). Aux étapes 2 et 3 spécifiquement, les expériences et les connaissances des participants (facteurs intrinsèques) exercent une influence concordante avec le rôle important attribué aux expériences et à l'expertise de l'ergothérapeute dans la formulation du problème, tel que rapporté notamment par Fortune et Ryan (1996), Hagedorn (1996), et Roberts (1996). Dans notre étude, la formulation du problème (situation d'enseignement) à l'aide de la reconnaissance de patron (profil générique) pourrait donc s'expliquer par la proportion des participants pouvant être considérés « experts » en ergothérapie (63,6 %) et « très compétents » ou « experts » en milieu communautaire (54,6 %). Pour les autres, il est possible que, en concordance avec les écrits, les situations observées représentaient a) des situations d'enseignement « simples » (Hagedorn, 1996; Smith *et al.*, 2008) ou encore, b) des situations d'enseignement fréquentes (Fortune et Ryan, 1996; Hagedorn, 1996) pour lesquelles les participants avaient développé une expertise. Ainsi, les expériences et l'expertise de l'ergothérapeute détermineraient la stratégie cognitive utilisée pour formuler le problème.

Par ailleurs, dans la recherche de solutions (appariement profil générique – plan d'enseignement, étape 3) et selon les écrits (Anderson, 1993; Lindsay et Norman, 1980),

la tactique utilisée apparaît davantage de nature algorithmique (c.-à-d. un ensemble de règles menant automatiquement à la bonne solution) qu'heuristique (c.-à-d. un ensemble de règles empiriques menant à une solution incertaine). Les tactiques algorithmiques étant généralement utilisées dans la résolution de problèmes « simples » pour lesquels une solution certaine est possible, deux hypothèses peuvent être envisagées pour expliquer ce résultat. La première est que les situations d'enseignement observées constituaient, tel que mentionné, des situations « simples », menant à une solution (plan d'enseignement) automatique. La deuxième est que les connaissances et les expériences spécifiques à la pédagogie de nos participants étaient limitées et les rendaient incapables de voir la complexité d'une situation d'enseignement donnée. Compte tenu de l'influence de la personnalité de l'ergothérapeute (élément de la disponibilité, facteur intrinsèque) à l'étape 3 et du type de dispositif utilisé dans la présente étude, il est difficile de statuer clairement sur l'utilisation de la tactique algorithmique pour appairer le profil au plan d'enseignement. Puisqu'il favorise la mise à jour des processus cognitifs sous-jacents au RC, l'utilisation d'un dispositif de type 'protocole à voix haute' dans le futur pourrait apporter des précisions intéressantes sur la nature psycho-cognitive du processus impliqué en excluant toutefois l'influence du contexte, comme le soulignent Arocha et Patel (2008), et Patel *et al.* (1995).

Dans son étude utilisant un dispositif de type 'protocole à voix haute', Unsworth (2005) a décrit la généralisation du RC à laquelle s'apparentent les étapes 1 à 4 du RC identifiées dans la présente recherche. En effet, l'étape 1 correspond au raisonnement relatif à la situation particulière du client. Les étapes 2 et 3 constituent une forme de généralisation du raisonnement au cours desquelles l'ergothérapeute réfère à ses expériences antérieures et à ses connaissances (raisonnement « générique »). Finalement,

l'étape 4 est un retour du raisonnement vers la situation présente (début du raisonnement « personnalisé »). Il n'est pas clair toutefois si cette généralisation du raisonnement est exclusivement une forme de raisonnement *a posteriori*. On ne sait pas non plus en quoi cette généralisation diffère de la résolution de problème par le recours à la reconnaissance de patron. La présente étude n'a pas permis de répondre à ces questions. Par contre, et considérant la discussion relative au contenu du RC qui suit à la section 6.1.2.2, l'hypothèse la plus probable est que la généralisation corresponde au processus cognitif de résolution de problème à l'aide de la reconnaissance de patron.

Les étapes 4 et 5, quant à elles, s'apparentent au processus cognitif de prise de décision décrit par Lindsay et Norman (1980). Pour évaluer le plan qu'il envisage utiliser (étape 4), l'ergothérapeute prend en compte sa disponibilité et sa préparation à l'enseignement, deux éléments de son contexte personnel. Notre étude supporte ainsi l'influence du contexte personnel sur la prise de décision relative à l'intervention d'enseignement. Par ailleurs, même si la présente étude n'a pu mettre en évidence cet aspect, il est toutefois fort probable que le contexte personnel influence aussi la perception qu'a l'ergothérapeute du client et de sa situation (étapes 1 et 2), et conséquemment, tel qu'avancé par Unsworth (2004), l'ensemble du processus en découlant. Un autre élément du contexte personnel de l'ergothérapeute, sa conception de l'enseignement ergothérapeutique, apporte une dimension interactive à la prise de décision en impliquant le client dans celle-ci (étape 5). En effet, puisque l'ergothérapeute considère l'enseignement comme un processus bidirectionnel, interactif et dynamique, l'implication du client dans la prise de décision lui apparaît essentielle. Cette implication du client respecte les lignes directrices de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE, 1997), les principes d'un enseignement centré sur le client décrits par Dreeben

(2010) et a aussi été documentée par les études de Landry (1998) et de Munroe (1996). Cette influence du contexte personnel demeure toutefois difficile à départager de celle du contexte de pratique. En effet, les valeurs propres au milieu communautaire (p.ex. : l'autonomisation du client) et l'intervention réalisée au domicile du client, des éléments du contexte de pratique, exercent également une influence sur l'action d'impliquer le client dans la prise de décision. Il n'est pas clair non plus si la conception de l'enseignement est issue de la formation initiale de l'ergothérapeute, de ses expériences personnelles et professionnelles ou encore, de l'influence du contexte de pratique. Les valeurs professionnelles et le lieu de l'intervention occupent toutefois une place prépondérante dans le discours des participants à ce sujet.

Par ailleurs, lorsque le plan d'enseignement n'a pas l'effet escompté (étapes 7 et 8), l'ergothérapeute le modifie : a) en référant à ses expériences ou b) par essai et erreur. L'essai et erreur s'apparente à la stratégie cognitive hypothético-déductive décrite par Carr et Shotwell (2008), davantage utilisée par les ergothérapeutes ayant peu d'expertise. Les expériences de l'ergothérapeute exercent ici aussi une influence importante puisque le recours à l'une ou l'autre de ces options pour modifier le plan est tributaire des expériences des participants : les plus expérimentés réfèrent à leurs expériences antérieures, les moins expérimentés procèdent par essai et erreur. Cependant, le degré d'influence de leurs expériences en ergothérapie par rapport à leurs expériences en pédagogie n'a pu être précisé, tout comme celui d'avoir des connaissances en pédagogie par rapport à ne pas en avoir.

Parmi les facteurs extrinsèques, il peut paraître étonnant à première vue que l'âge du client n'affecte pas le choix de la stratégie d'enseignement. Les écrits théoriques, notamment Dreeben (2010), soulignent pourtant l'importance, lors d'interventions

éducatives, d'adapter la communication aux personnes âgées, notamment en raison de leurs pertes fonctionnelles. Ce résultat peut laisser croire que les ergothérapeutes participants ne considèrent généralement pas les caractéristiques particulières de leur client âgé, ce qui n'est pas le cas. En effet, outre les autres caractéristiques du client (p.ex. : ouverture, personnalité, caractéristiques d'apprenant, connaissances antérieures), ses caractéristiques fonctionnelles, facteur extrinsèque exerçant une grande influence (voir tableau 11), incluent notamment les pertes fonctionnelles associées au vieillissement telles que les pertes sensorielles et la diminution de la vitesse de traitement de l'information.

Enfin, de façon globale, il est intéressant de souligner que les facteurs extrinsèques correspondent au contenu du RC dans la phase générique du RC (éléments statiques). Spécifiquement, l'ergothérapeute collecte l'information relative au client, à l'environnement, à la tâche et à l'interaction entre ces éléments, élabore le portrait et l'apparie à un profil générique. Tout en demeurant le contenu du RC, ils exercent en plus une influence directe sur le processus dans la phase personnalisée du RC (éléments dynamiques) en menant, par exemple, à une modification potentielle au plan initial. Spécifiquement à l'étape 7, les réactions du client et de son environnement social ainsi que le résultat obtenu par la stratégie utilisée déterminent la suite du processus du RC (étape 8a ou 8b).

6.1.2.2 Contenu du RC. Tel que souligné précédemment, les facteurs extrinsèques à l'ergothérapeute constituent le contenu du RC, c.-à-d. ce sur quoi porte le raisonnement de l'ergothérapeute. Les ergothérapeutes participants traitent l'ensemble des informations issues de la situation particulière du client en mettant beaucoup d'emphasis sur le contenu de l'enseignement (le choix de la méthode de transfert) comparativement au choix de la

façon de l'enseigner. Deux hypothèses peuvent expliquer ce constat : a) les connaissances (formation formelle) limitées des participants ergothérapeutes en matière de pédagogie ne leur permettent pas de distinguer clairement les éléments de nature pédagogique, ou b) puisque, tel que rapporté dans les écrits (Filiatrault et Richard, 2005; Landry, 1998), l'enseignement fait intrinsèquement partie de l'intervention ergothérapeutique en milieu communautaire, l'explicitation du RC sur cet aspect isolé est ardue. En considérant que le RC détermine le choix des stratégies d'enseignement, qui, pour leur part, influencent l'efficacité de l'intervention d'enseignement (Landry, 1998; McGrath, 2004; Richardson, 2006), il est possible que le peu d'attention portée au choix de la stratégie puisse influencer l'efficacité de l'enseignement des participants ergothérapeutes. L'apprentissage du client, sa capacité à réutiliser les connaissances acquises dans différents contextes et donc, l'amélioration de sa mobilité, peuvent ainsi être altérés. Si tel est le cas, les conséquences sont importantes puisque les problèmes de mobilité non résolus peuvent compromettre le maintien à domicile (Neidstat, 1996) et générer des coûts personnels et sociétaux importants (MSSS, 2004b).

Par ailleurs, les facteurs extrinsèques mis en évidence correspondent aux dimensions du RC des écrits recensés. Le tableau 13 présente cette correspondance qui corrobore la position de Roberts (1996a) et Strong *et al.* (1995) affirmant que les dimensions représentent le contenu du RC. Tel que souligné précédemment, notre étude démontre que, selon l'étape du processus de choix des stratégies d'enseignement, les facteurs extrinsèques peuvent être statiques et dynamiques. Ce double « statut » (statique – dynamique) pourrait expliquer en partie la confusion qui existe dans les écrits entre les dimensions et les processus cognitifs (résolution de problème et prise de décision), la difficulté, rapportée par Tomlin (2008), à intégrer les dimensions entre elles et avec les

processus cognitifs, et, conséquemment, la difficulté à conceptualiser le RC. D'ailleurs, la similarité importante entre le processus cognitif de résolution de problème par reconnaissance de patron et la généralisation identifiée par Unsworth (2005; section 6.1.2.1) pourrait être un symptôme de cette confusion entre contenu et processus. En distinguant clairement les dimensions (contenu du RC, c.-à-d. facteurs statiques), les processus cognitifs sous-jacents au RC et leurs facteurs d'influence (facteurs dynamiques), la conceptualisation du RC ergothérapeutique pourrait être facilitée.

Tableau 13. Correspondance entre facteurs extrinsèques et dimensions du raisonnement clinique

Facteurs extrinsèques	Dimensions
Portrait de la situation du client	Scientifique [a]
Contexte de pratique	Pragmatique [c]
Disponibilité de l'outil envisagé pour enseigner	
Disponibilité émotionnelle du client	Interactive [e]
Réactions de son environnement social	
État de la relation thérapeutique*	
Objectif visé par l'enseignement	Conditionnelle [f]
Efficacité anticipée du Plan d'enseignement pressenti	

*La relation thérapeutique est un facteur extrinsèque (pôle client) et intrinsèque (pôle ergothérapeute).

Enfin, comme rapporté par les études portant sur le RC des ergothérapeutes en milieu communautaire (Mitchell et Unsworth, 2004, 2005; Munroe, 1996), la dimension interactive occupe une large part du contenu du RC des ergothérapeutes participants (particulièrement aux étapes 4, 5, 7 et 8) et plusieurs dimensions [a, c, e et f] sont traitées en même temps (particulièrement aux étapes 4, 5 et 8). Leur RC est multidimensionnel, avec une part importante consacrée à la relation thérapeutique les unissant à leur client et à son environnement social (dimension interactive). Les ergothérapeutes participants utilisent ainsi un RC et des interventions d'enseignement concordantes avec une pratique

centrée sur le client et les valeurs qui la sous-tendent telles que décrites dans les écrits (ACE, 1997; Atkins et Ersser, 2008; Crabtree et Lyons, 1997; Fondiller *et al.*, 1990; Restall *et al.*, 2003). Considérant les évidences scientifiques grandissantes quant à l'influence positive de la pratique centrée sur le client sur l'engagement du client dans le processus de réadaptation (Lequerica et Kortte, 2010) et l'efficacité des interventions (Turner-Stokes, 2007), l'usage prépondérant de la dimension interactive par les participants ergothérapeutes pourrait favoriser l'apprentissage de leurs clients.

En bref, la présente étude a permis de mettre en évidence un RC concordant avec les écrits en regard des processus cognitifs (résolution de problème et prise de décision) et des facteurs d'influence intrinsèques (expériences, contexte personnel) et extrinsèques (client, contexte de pratique) à l'ergothérapeute. Relativement aux facteurs intrinsèques, les résultats soulèvent des questionnements quant à l'influence importante des expériences et des connaissances (élément du contexte personnel) en pédagogie des ergothérapeutes sur leur processus de choix des stratégies d'enseignement. Les résultats soutiennent aussi la position divergente de certains auteurs relative à la nature exacte des dimensions du RC ergothérapeutique (contenu vs processus) et fournissent une piste pouvant mener à une conceptualisation plus claire du RC de l'ergothérapeute.

6.2 Forces et limites

Cette étude a permis d'explorer un aspect peu investigué de la pratique ergothérapeutique et de mettre en évidence le RC des ergothérapeutes dans ce contexte. La perspective constructiviste du dispositif utilisé a enrichi les résultats obtenus en offrant une plus grande ouverture au sens accordé par les participants au processus étudié, leur RC, et un apport accru de l'équipe de recherche dans l'exploration d'interprétations alternatives. Le respect des choix méthodologiques bien définis et reconnus assure la rigueur scientifique

de l'étude. Ces choix ont aussi facilité l'obtention de données riches à l'aide d'entretiens en profondeur et d'exposition prolongée sur le terrain, en concordance avec les recommandations de Creswell (2007). La diversité intragroupe, décrite par Pires (1997), a par ailleurs permis d'étoffer le modèle conceptuel généré. La collecte réalisée par la même personne, l'étudiante-chercheuse, a assuré une certaine uniformité et la connaissance de la recherche. Son expérience professionnelle d'ergothérapeute en milieu communautaire a également constitué une force puisqu'elle a permis une sensibilité théorique accrue, tel qu'avancé par McCann et Clarke (2003).

Cette expérience peut toutefois avoir aussi constitué une limite en raison des préconceptions possibles, notamment en regard de l'influence du contexte de pratique sur le RC. Le recours aux mémos et la triangulation des chercheurs ont cependant permis de pallier cette limite potentielle. La désirabilité sociale est un biais possible selon Fisher (1993). Ce biais a été limité par une explication détaillée des objectifs de la recherche (c.-à-d. l'objectif n'était pas d'évaluer la pratique de l'ergothérapeute) et la réassurance quant à la rectitude des réponses aux questions de l'entretien (c.-à-d. qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses). Les effets du chercheur sur le site et du site sur le chercheur, décrits par Miles et Huberman (2003), sont également à considérer, notamment parce que l'étudiante-chercheuse connaissait certains des ergothérapeutes participants à l'étude (n = 5). Cela a pu influencer la collecte négativement (auto-censure des participants ergothérapeutes et clients, observations biaisées de l'étudiante) ou positivement (meilleure ouverture des participants ergothérapeutes basée sur une relation de confiance, accès à des données plus riches).

Enfin, l'utilisation d'une méthode rétrospective pour accéder au RC du professionnel a été critiquée par Harries et Harries (2001), et Unsworth (2004, 2005) en

raison des risques d'oubli et de rationalisation *post-hoc* pouvant survenir. Cette critique présuppose toutefois une réalité neutre et objective. Selon cette perspective, l'observation *in situ*, immédiatement suivie par l'entrevue, et l'intégration des principes de l'entretien d'explicitation de Vermersch (2006) au guide d'entretien visaient à atténuer cette limite. Compte tenu de la perspective constructiviste de cette recherche, les résultats sont cependant la représentation de la réalité telle qu'interprétée par les participants et l'équipe de recherche au moment des entretiens et de l'analyse.

6.3 Retombées de l'étude

Cette étude offre une description détaillée des méthodes et outils utilisés par des ergothérapeutes en milieu communautaire, basée sur des données observationnelles et selon une taxonomie claire. L'étude offre également une première description du processus menant au choix des stratégies d'enseignement et a permis de favoriser la pratique réflexive des participants ergothérapeutes. Les résultats obtenus complètent par ailleurs les résultats d'autres études, favorisant une meilleure compréhension de certains aspects de la pratique ergothérapique communautaire, un champ de pratique en expansion. L'ensemble des résultats obtenus pourra servir de tremplin à des projets de recherche de plus grande envergure (voir section 6.4), de même que pour la formation aux étudiants en ergothérapie. Notamment, les résultats soulèvent la pertinence d'intégrer une formation pédagogique formelle dans les curricula menant à l'exercice de la profession. L'utilisation d'algorithmes décisionnels pour soutenir le processus de choix des stratégies d'enseignement par les étudiants afin de pallier leur absence d'expériences professionnelles est une autre piste soulevée.

6.4 Recommandations pour la recherche

En utilisant les résultats de la présente recherche, il serait intéressant de générer une théorie formelle du choix des stratégies d'enseignement. Pour ce faire, il serait possible d'étudier le processus de choix (RC) des ergothérapeutes en milieu communautaire lors de l'enseignement d'autres tâches (p. ex. : activités de la vie quotidienne ou domestiques) ou encore, par des ergothérapeutes d'autres milieux de pratique lors de l'enseignement des transferts. Les autres avenues de recherche possibles pourraient être de déterminer l'effet d'une formation formelle en pédagogie sur le RC de l'ergothérapeute et sur son choix de stratégies d'enseignement. Il serait également intéressant de documenter davantage l'influence exacte d'éléments du contexte personnel de l'ergothérapeute, tels son intérêt pour le travail, sa motivation et sa personnalité, sur son RC et les stratégies d'enseignement qu'il utilise. Par exemple, ces variables pourraient être mesurées et différents profils de RC pourraient être documentés et mis en relation avec le choix des stratégies d'enseignement. Finalement, l'influence du contexte de pratique sur le RC de l'ergothérapeute et le choix de ses interventions, incluant ses stratégies d'enseignement, reste à être précisée.

CONCLUSION

Cette recherche visait à mieux comprendre le RC des ergothérapeutes en milieu communautaire lorsqu'ils choisissent les stratégies pour enseigner les transferts à leurs clients. Plus spécifiquement, cette recherche cherchait à a) identifier les stratégies d'enseignement qu'ils utilisent et b) explorer le RC qui détermine leur utilisation.

Alors que des études se sont attardées à décrire les stratégies d'enseignement utilisées par les ergothérapeutes de différents milieux de pratique, dont le milieu communautaire, aucune n'avait toutefois eu recours aux observations de situations d'enseignement. Les résultats de notre étude démontrent que la banque de stratégies d'enseignement de l'ergothérapeute en milieu communautaire est constituée d'au moins neuf méthodes, huit outils et cinq modulateurs d'intensité. Trois méthodes, cinq outils et quatre modulateurs d'intensité ont été mis en évidence dans la présente recherche. À notre connaissance, c'est la première fois que cela est fait. L'enseignement des ergothérapeutes participants se réalise toutefois principalement sous la forme d'exposés, malgré la nature procédurale du contenu à enseigner. Notre étude a par ailleurs permis de nuancer l'utilisation des outils par les ergothérapeutes. En effet, les outils ne sont pas utilisés d'emblée, ils viennent plutôt appuyer une méthode qui n'obtient pas les résultats escomptés. Les stratégies utilisées sont déterminées par le RC de l'ergothérapeute.

Tout en considérant les résultats des études antérieures qui ont permis d'identifier les processus cognitifs, c.-à-d. la résolution de problème et la prise de décision, de même que les dimensions du RC des ergothérapeutes, la présente étude a permis de préciser le processus du RC menant au choix de stratégies d'enseignement. Il est constitué de huit étapes, réparties en trois temps : **Temps 1 – Élaboration du plan d'enseignement :**

1) Collecte d'information; 2) Élaboration du portrait; 3) Appariement au profil générique et au plan d'enseignement; **Temps 2 – Finalisation du choix du plan d'enseignement :** 4) Évaluation du plan; 5) Choix d'utiliser ou non le plan; **Temps 3 – Ajustement du plan d'enseignement en cours d'action :** 6) Mise en action du plan; 7) Prise d'information; 8) Modification (a) ou poursuite (b) du plan. Les étapes 1 à 3 s'apparentent à la formulation du problème à l'aide de la reconnaissance de patron et les étapes 4 et 5 s'apparentent à la prise de décision. L'ensemble des étapes du processus mis à jour par la présente étude sont influencées par des facteurs intrinsèques et extrinsèques à l'ergothérapeute. Parmi les facteurs intrinsèques, l'influence des expériences de l'ergothérapeute et de son contexte personnel a particulièrement été mise en évidence (respectivement aux étapes 2, 3 et 8, et aux étapes 4, 5 et 7). Les facteurs extrinsèques pour leur part constituent le contenu du RC, c.-à-d. ce sur quoi porte le raisonnement de l'ergothérapeute, et correspondent aux dimensions du RC décrites dans les écrits recensés. À l'instar de ces écrits, la dimension interactive occupe une large part du contenu du RC et plusieurs dimensions sont utilisées simultanément. En cours de processus, le RC de l'ergothérapeute passe graduellement d'un mode « générique » à un mode « personnalisé », permettant l'adaptation de l'enseignement à la situation particulière du client. Ainsi, le RC de l'ergothérapeute lui permet de choisir dans sa banque de plans d'enseignement afin d'optimiser l'apprentissage de son client.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire contient l'apport « caché » de plusieurs personnes et je tiens ici à expliciter cet apport.

J'aimerais tout d'abord remercier mon équipe de direction. Johanne, par ton exemple de travail acharné et ta rigueur, tu me donnes le goût de me dépasser professionnellement et personnellement. Denis, par ta passion de la pédagogie et ton souci envers tes étudiants, tu me donnes le goût d'améliorer mes compétences d'enseignante et de partager à mon tour ma passion. Mélanie, par ta ténacité et ton écoute, tu me donnes le goût de poursuivre l'aventure des études supérieures.

J'aimerais également remercier : pour l'excellence de leur travail, mes collaborateurs, Julien Bélanger, Élisabeth Poulin et Lise Lapalme; pour leurs précieux conseils méthodologiques, Johanne April, Annick Bourget, Mélanie Couture et Frances Gallagher; pour avoir transformé mes gribouillis en une magnifique représentation figurative du raisonnement clinique, Alain Lajeunesse; pour leur disponibilité et leur soutien, les professeurs et collègues des sciences cliniques, de même que le personnel du Centre de recherche sur le vieillissement (secrétariat, informatique, bibliothèque), plus particulièrement Julie, Francis et Martin; pour leur soutien financier important, le Fonds de recherche en santé du Québec et la Fondation canadienne de l'ergothérapie; pour leur soutien financier dans la diffusion de mes travaux, le Centre de recherche sur le vieillissement et les programmes des sciences cliniques; pour leur appui indéfectible et surtout, leur complicité et leur capacité à me faire rire quand j'en ai besoin, mes amis Stéphanie, Mélanie et Michaël; pour leur présence, leur entrain, leur énergie et surtout, parce qu'ils m'obligent à m'arrêter et à profiter de la vie, mes enfants, Lucas, Mathias et

Évelyne; pour son appui, sa patience, sa compréhension et surtout, sa disponibilité dans les moments où « Ça déborde! », mon conjoint, Doris.

Et finalement, j'aimerais remercier de leur grande générosité ceux sans qui rien n'aurait été possible : les ergothérapeutes du milieu communautaire estrien et leurs clients.

À tous ces gens, du plus profond du cœur, MERCI!

RÉFÉRENCES

- Anderson, J.R. (1993). *Rules of the mind*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- April, J. (2006). L'adaptation et la flexibilité d'une chercheuse dans l'évolution de sa démarche méthodologique. *Recherches qualitatives*, 26, 145-168.
- Arocha, J.F. et Patel, V.L. (2008). Methods in the study of clinical reasoning. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3^e édition (p. 193-204). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Association canadienne des ergothérapeutes (1997). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des soins et des services à domicile (2008). *Les soins à domicile : Le prochain service essentiel. Répondre aux besoins de notre population vieillissante*. Ottawa, ON.
- Atkins, S. et Ersser, S.J. (2008). Clinical reasoning and patient-centred care. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3^e édition (p. 77-88). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Banford, M., Kratz, M., Brown, R., Emick, K., Ranck, J., Wilkins, R. et Holm, M.B. (2001). Stroke survivor caregiver education: methods and effectiveness. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 19, 37-51.
- Bannigan, K. et Moores, A. (2009). A model of professional thinking: Integrating reflective practice and evidence based practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76, 342-350.
- Barris, R. (1987). Clinical reasoning in psychosocial occupational therapy: The evaluation process. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 7, 147-162.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Brikholtz, M., Aylwin, L. et Harman, R.M. (2004). Activity pacing in chronic pain management: one aim, but which method? Part two: national activity pacing survey. *British Journal of Occupational Therapy*, 67, 481-487.
- Carrier, A., Levasseur, M., Bédard, D. et Desrosiers, J. (sous presse). Community occupational therapists' clinical reasoning: identifying tacit knowledge. *Australian Journal of Occupational Therapy*.
- Carr, M. et Shotwell, M. (2008). Information processing theory and professional reasoning. In B.A.B. Schell et J.W. Schell (dir.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (p. 36-68). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.

- Chapparo, C. et Ranka, J. (2008). Clinical reasoning in occupational therapy. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3^e édition (p. 265-278). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Charmaz, K. (2000). Grounded Theory: Objectivist and Constructivist Methods. In Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research*, 2^e édition (p. 509-535). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Charon, J.M. (2001). *Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*, 7^e édition. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
- Costa, D.M. (2008). Facilitating health literacy. *OT Practice*, 13, 13-16, 18.
- Crabtree, M. et Lyons, M. (1997). Focal points and relationships: a study of clinical reasoning. *British Journal of Occupational Therapy*, 60, 57-64.
- Creswell, W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design : Choosing Among Five Traditions*, 2^e édition. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Crossan-Botting, W. (2004). As associated with others': Teaching/learning as ethical occupational therapy practice. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 51, 23-27.
- Doumanov, P. et Rugg, S. (2003). Clinical reasoning skill of occupational therapist and support staff: a comparaison. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 10, 195-203.
- Dreeben, O. (2010). *Patient education in rehabilitation*. Sudbury, MA : Jones and Bartlett publishers.
- Dreyfus, H.L. et Dreyfus, S.E. (1986). *Mind over machine. The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York, NY : Free Press.
- Filiatrault, J. et Richard, L. (2005). L'apport des théories des changements comportementaux aux interventions de prévention et de promotion de la santé de l'ergothérapeute. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 72, 45-56.
- Fisher, R.J. (1993). Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *Journal of Consumer Research*, 20, 303-315.
- Fleming, M.H. (1993). Aspects of clinical reasoning in Occupational therapy. In H.L. Hopkins et H.D. Smith (dir.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy*, 8^e édition (p. 867-881). Philadelphia, PA : J.R.Lippincott.
- Fleming, M.H. et Mattingly, C. (2008). Action and narrative: two dynamics of clinical reasoning. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (dir.), *Clinical*

reasoning in the health professions, 3^e édition (p. 55-64). Philadelphia, PA : Butterworth.

- Fondiller, E.D., Rosage, L.J. et Neuhaus, B.E. (1990). Values influencing clinical reasoning in occupational therapy: An exploratory study. *Occupational Therapy Journal of Research*, 10, 41-55.
- Fortune, T. et Ryan, S. (1996). Applying clinical reasoning : a caseload management system for community occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 207-211.
- Frenay, M. et Bédard, D. (2004). Des dispositifs de formation universitaire s'inscrivant dans la perspective d'un apprentissage et d'un enseignement contextualisés pour favoriser la construction de connaissances et leur transfert. In A. Presseau et M. Frenay (dir.), *Le transfert des apprentissages* (p. 239-267). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Fricke, J. et Unsworth, C. (1992). The status of activities of daily living: A victorian perspective. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 39, 29-31.
- Gibson, D., Velde, B., Hoff, T. Kvashay, D., Manross, P.L. et Moreau, V. (2000). Clinical reasoning of a novice versus an experienced Occupational therapist: a qualitative study. *Occupational Therapy in Health Care*, 12, 15-31.
- Greber, C., Zivian, J. et Rodger, F. (2007a). The Four-Quadrant Model of facilitated learning (part 1): Using teaching-learning approaches in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, S31-S39.
- Greber, C., Zivian, J. et Rodger, F. (2007b). The Four-Quadrant Model of facilitated learning (part 2): Strategies and applications. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, S40-S48.
- Greeno, J.G. (1989). A perspective on thinking. *American Psychologist*, 44, 134-141.
- Greeno, J.G. (1998). The situativity of knowing, learning, and research. *American Psychologist*, 53, 5-26.
- Hagedorn, R. (1996). Clinical decision making in familiar cases: a model of the process and implications for practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 217-222.
- Hammond, A. (1997). Joint protection education: What are we doing? *British Journal of Occupational Therapy*, 60, 401-406.
- Hamilton, T.B. (2008). Narrative reasoning. In B.A.B. Schell et J.W. Schell (dir.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (p. 125-168). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.

- Harries, P.A. et Harries, C. (2001). Studying clinical reasoning, Part 1: Have we been taking the wrong “track”? *British Journal of Occupational Therapy*, 64, 164-168.
- Hébert, M., Maheux, B. et Potvin, L. (2000). L’ergothérapie dans les CLSC du Québec après le virage ambulatoire (1^{ère} partie). *Revue québécoise d’ergothérapie*, 9, 23-28.
- Hébert, M., Maheux, B. et Potvin, L. (2001). L’ergothérapie dans les CLSC du Québec après le virage ambulatoire (2^e partie). *Revue québécoise d’ergothérapie*, 10, 16-22.
- Hébert, M., Maheux, B. et Potvin, L. (2002). Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l’ergothérapie. *Revue canadienne d’ergothérapie*, 69, 31-39.
- Higgs, J., Fish, D. et Rothwell, R. (2008). Knowledge generation and clinical reasoning in practice. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3^e édition (p. 163-172). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Higgs, J. et Jones, M.A. (2008). Clinical decision making and multiple problem spaces. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3^e édition (p. 1-18). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Hussey, S.M. (2007). Clinical reasoning. In S.M.Hussey, B. Sabonis-Chafee et J. Clifford O'Brien (dir.), *Introduction to Occupational Therapy*, 3^e édition (p. 245-255). St. Louis, MO : Mosby.
- Ikiugu, M.N. (2007). Clinical reasoning: Goal setting and treatment planning. In M.N. Ikiugu (dir.), *Psychosocial Conceptual Practice Models in Occupational Therapy: Building Adaptive Capability* (p. 106-118). St-Louis, MO : Mosby.
- Jensen, G., Resnik, L. et Haddad, A. (2008). Expertise and clinical reasoning. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3^e édition (p. 123-136). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Kanny, W.M. et Slater, D. Y. (2008). Ethical reasoning. In B.A.B. Schell et J.W. Schell (dir.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (p. 188-208). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.
- Landry, A. (1998). *Les représentations de la dimension éducative des interventions ergothérapeutiques chez les ergothérapeutes praticiennes en C.L.S.C. de la région de l’Outaouais*. Mémoire de maîtrise non publié. Université du Québec à Hull.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, L. Mayer et A.R. Pires (dir.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 365-390). Boucherville : Gaétan Morin.
- Larousse (2007). *Le Petit Larousse illustré 2008*. Paris : Larousse.

- Lequerica, A.H. et Kortte, K. (2010). Therapeutic engagement: A proposed model of engagement in medical rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 89, 414-422.
- Lindsay P.H. et Norman, D.A. (1980). *Traitement de l'information et comportement humain : une introduction à la psychologie*. Montréal : Études vivantes.
- Loftus, S. et Smith, M. (2008). A history of clinical reasoning research. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3^e édition (p. 205-212). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Mathews, M.M. et Burton, M.T. (2001). Treatment contexts. In L.W. Pedretti et M.B. Early (dir.), *Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction*, 5^e édition (p. 29-38). St Louis, MO : Mosby.
- McCann, T. et Clark, E. (2003). GT in nursing research : Part 1 – Methodology. *NurseResearcher*, 11, 7-18.
- McGarth, T. (2004). Health literacy: Implications for client-centred practice. *The Irish Journal of Occupational Therapy*, 33, 2-10.
- Miles M.B. et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2004a). *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004b). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Pour faire les bons choix. Chez-soi : le premier choix. Politique de soutien à domicile*. Québec.
- Mitchell, R. et Unsworth, C.A. (2005). Clinical reasoning during community health home visits: Expert and novice differences. *British Journal of Occupational Therapy*, 68, 215-223.
- Mitchell, R. et Unsworth, C.A. (2004). Role perceptions and clinical reasoning of community health occupational therapists undertaking home visits. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51, 13-24.
- Moyers, P.A. (1999). The guide to occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 247-322.
- Munroe, H. (1996). Clinical reasoning in community occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 196-202.

- Neidstat, M. E. (1996). An Information Processing Approach to Functionnal Skills Training with Older Adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 14*, 19-38.
- Patel, V.L., Kaufman, D.R. et Arocha, J.F. (1995). Steering through the murky waters of a scientific conflict : situated and symbolic methods models of clinical cognition. *Artificial Intelligence in Medicine, 7*, 413-438.
- Patterson, M. et Summerfield-Mann, L. (2006). Clinical reasoning. In E.A.S. Duncan (dir.), *Foundations for Practice in Occupational Therapy*, 4^e édition (p. 313-334). Philadelphia, PA : Churchill Livingstone.
- Pedretti, L.W. et Early, M.B. (2001). Treatment planning. In L.W. Pedretti et M.B. Early (dir.), *Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction*, 5^e édition (p. 46-57). St Louis, MO : Mosby.
- Pierce, S. (2002). Restoring competence in mobility. In C.A. Trombly et M.V. Radomski (dir.), *Occupational Therapy for physical dysfunction* (p. 665-693). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.
- Pires, A.R. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, L. Mayer et A.R. Pires (dir.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 365-390). Boucherville : Gaétan Morin.
- Restall, G., Ripat, J., et Stern, M. (2003). A framework of strategies for client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 70*, 103-112.
- Richardson, P. (2006). Teaching activities in Occupational therapy. In H.M. Pendleton et W. Schultz-Krohn (dir.), *Pedretti's Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction*, 5^e édition (p. 101-109). St Louis, MO : Mosby/Elsevier.
- Roberts, A.E. (1996a). Approaches to reasoning in occupational therapy: a critical exploration. *British Journal of Occupational Therapy, 59*, 233-236.
- Roberts, A.E. (1996b). Clinical reasoning in occupational therapy: idiosyncracies in content and process. *British Journal of Occupational therapy, 59*, 372-376.
- Robertson, L. (1999). Assessing Mabel at home: A complex problem-solving process. In S.E. Ryan et E.A. McKay (dir.), *Thinking and reasoning in therapy. Narratives from Practice* (p. 19-30). Cheltenham : Stanley Thornes Publishers.
- Robertson, L.J. (1996a). Clinical reasoning part 1: the nature of problem solving, a literature review. *British Journal of Occupational Therapy, 59*, 178-182.
- Robertson, L.J. (1996b). Clinical reasoning part 2: novice/expert differences. *British Journal of Occupational Therapy, 59*, 212-216.

- Rogers, J.C. et Holm, M.B. (1991). Occupational therapy diagnosis reasoning: A component of clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 1045-1053.
- Sabari, J.S. (2002). Teaching activities in Occupational Therapy. In L.W. Pedretti et M.B. Early (dir.), *Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction*, 5^e édition (p. 83-90). St Louis, MO : Mosby.
- Schell, B.A. (2008a). Pragmatic reasoning. In B.A.B. Schell et J.W. Schell (dir.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (p. 169-187). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.
- Schell, B.A. (2008b). Interactive and conditional reasoning: a process of synthesis. In B.A.B. Schell et J.W. Schell (dir.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (p. 209-226). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.
- Schell, B.A. (2009). Professional reasoning in practice. In E.B. Crepeau, E.S. Cohn et B.A. Boyt Schell (dir.), *Willard et Spackman's Occupational Therapy*, 11^e édition (p. 314-327). Philadelphia, PA : Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins.
- Schell, B.A., Unsworth, C.A. et Schell, J.W. (2008). Theory and practice: new directions for research in professional reasoning. In B.A.B. Schell et J.W. Schell (dir.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (p. 401-431). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.
- Schemm, R.L. et Gitlin, L.N. (1998). How Occupational Therapists teach older patients to use bathing or dressing devices in rehabilitation. *American Journal of Occupational therapy*, 52, 276-282.
- Schön, D. (1983). The reflective practitioner. How professionals think in action, London : Temple Smith.
- Smith, M., Higgs, J. et Ellis, E. (2008). Factors influencing clinical decision making. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3^e édition (p. 89-100). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Stern, P. (2009). Principles of learning and behavior change. In E.B. Crepeau, E.S. Cohn et B.A. Boyt Schell (dir.), *Willard et Spackman's Occupational Therapy*, 11^e édition (p. 375-386). Philadelphia, PA : Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins.
- Strong, J., Gilbert, J., Cassidy, S. et Bennett, S. (1995). Expert clinicians' and students' views on clinical reasoning in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 58, 119-123.
- Tomlin, G.S. (2008). Scientific reasoning. In B.A.B. Schell et J.W. Schell (dir.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (p. 91-124). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.

- Townsend, E. (1996). Institutional ethnography: A method for showing how the context shapes practice. *Occupational Therapy Journal of Research*, 16, 179-199.
- Townsend, E.A. (2003). Reflections on power and justice in enabling occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70, 74-87.
- Townsend E.A. et Polatajko, H.J. (2008). *Faciliter l'occupation. L'avancement de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Trois conseils (2005). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Institut de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Ottawa.
- Turner-Stokes, L. (2007). Politics, policy and payment – facilitators or barriers to person-centred rehabilitation? *Disability and Rehabilitation*, 29, 1575-1582.
- Unsworth, C.A. (1999). Clinical reasoning in occupational therapy. In C.A. Unsworth (dir.) *Cognitive and perceptual dysfunction: a clinical reasoning approach to evaluation and intervention* (p.43-73). Philadelphia, PA : FA Davis.
- Unsworth, C.A. (2001). The clinical reasoning of novice and expert occupational therapist. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, 163-173.
- Unsworth, C.A. (2004). Clinical reasoning: How do pragmatic reasoning, worldview and client-centredness fit? *British Journal of Occupational Therapy*, 67, 10-19.
- Unsworth, C.A. (2005). Using a head-mounted video camera to explore current conceptualizations of clinical reasoning in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 31-40.
- Vermersch, P. (2006). *L'entretien d'explicitation*. Issy-les-Moulineaux: ESF éditeur.
- Weston, C. et Cranton, P.A. (1986). Selecting instructional strategies. *Journal of Higher Education*, 57, 259-288.
- Zimolag, U., French, N. et Paterson, M. (2002). Striving for professional excellence: The role of evidence-based practice and professional artistry. *OTNow*, 4, 8-10.

ANNEXE 1

ARTICLE «COMMUNITY OCCUPATIONAL THERAPISTS' CLINICAL REASONING: IDENTIFYING TACIT KNOWLEDGE»

Carrier, A., Levasseur, M., Bédard, D. et Desrosiers, J. (sous presse). Community occupational therapists' clinical reasoning: identifying tacit knowledge. Australian Journal of Occupational Therapy.

Abstract

Background Occupational therapy interventions in the community, a fast expanding practice setting, are central to an important social priority, the ability to live at home. These interventions generally involve only a small number of home visits which aim at maximizing the safety and autonomy of community-dwelling clients. Knowing how community occupational therapists determine their interventions, i.e. their clinical reasoning, can improve intervention efficacy. However, occupational therapists are often uninformed about and neglect the importance of clinical reasoning, which could underoptimize their interventions. **Aim** To synthesize current knowledge about community occupational therapists' clinical reasoning. **Method** A scoping study of the literature on community occupational therapists' clinical reasoning was undertaken. **Results** Fifteen textbooks and 25 articles, including six focusing on community occupational therapists' clinical reasoning, were reviewed. Community occupational therapists' clinical reasoning is influenced by internal and external factors. Internal factors include past experiences, expertise and perceived complexity of a problem. One of the external factors, practice context (e.g. organizational or cultural imperatives, physical location of intervention), particularly shapes community occupational therapists' clinical reasoning, which is interactive, complex and multidimensional. However, the exact influence of many factors (personal context, organizational and legal aspects of health care, lack of resources and increased number of referrals) remains unclear. **Conclusion** Further studies are needed to better understand the influence of internal and external factors. The extent to which these factors mould the way community occupational therapists think and act could have a direct influence on the services they provide to their clients.

Key words: clinical reasoning, community intervention, community practice, literature review, occupational therapy

Introduction

Occupational therapists' (OT) clinical reasoning (CR) can be defined as the way they solve problems and make decisions (Higgs & Jones, 2008; Ikiugu, 2007). Clinical reasoning can also be described as “the process that practitioners use to plan, direct, perform, and reflect on client care” (Schell, 2009, p. 314). Since client care is the focus of the therapeutic process, CR therefore guides the actions of OTs throughout the five stages of the therapeutic process: referral, evaluation, intervention planning, intervention and discharge (Moyers, 1999). In fact, CR modulates the therapeutic process whatever the practice setting in which it takes place.

With population aging and the current emphasis on ambulatory care (Bridge, Kendig, Quine & Parsons, 2002; WHO, 2003), community practice, including OT services (Bridge et al., 2002; Canadian Home Care Association, 2008), is a fast expanding practice setting. Community OTs' interventions are mainly carried out with impaired individuals (Hébert, Maheux & Potvin, 2001) whose impairments can compromise their ability to live at home (Neidstat, 1996). The ability to live at home is an important priority for clients as well as decision-makers (Bridge, Phibbs, Kendig, Mathews & Bartlett, 2006; Steultjens et al., 2004). To meet that priority, interventions which aim at maximizing the autonomy and safety of community-dwelling clients such as community OTs services (Lysack & Neufeld, 2003; Steultjens et al., 2004) are pivotal and need to be effective. Indeed, community OT interventions generally involve only a small number of home visits (Hébert, Maheux & Potvin, 2000; Landry, 1998; Mitchell & Unsworth, 2005; Robertson, 1999), making efficacy particularly important. Since intervention efficacy can be influenced by CR (Hussey, 2007; Ikiugu, 2007), it is

important to know more about how OTs, and specifically community OTs, determine the choice of their interventions.

The choice of interventions, which is part of CR, is much more than the application of theory (Patterson & Summerfield-Mann, 2006). In community practice, OTs typically use home-made assessment instruments (Fricke & Unsworth, 1992; Mitchell & Unsworth, 2004, 2005) and informal theories developed in the course of their practice (Hébert, Maheux & Potvin, 2002). Informal theories or tacit knowledge therefore play an important role in how community OTs choose their interventions. Integrating tacit knowledge with formal knowledge may optimize OTs' education and interventions (Higgs, Fish & Rothwell, 2008). To do so, it is imperative to make tacit knowledge explicit. Because 1) tacit knowledge is generated through practice (Higgs et al., 2008), and 2) what influences community OTs is specific to the profession (Strong, Gilbert, Cassidy & Bennett, 1995) and cannot be inferred from the other health professions literature (Ikiugu, 2007; Unsworth, 1999), studies on community OTs' CR might prove helpful in understanding community OT practice (Mitchell & Unsworth, 2004; Munroe, 1996). Indeed, since CR is "a means of excavating, examining, and passing on theories in use" (Schell, Unsworth & Schell, 2008, p. 414), these studies could shed light on how community OTs choose their interventions and what influences their choice. The present study thus aimed to synthesize current knowledge about community OTs' CR. To our knowledge, community OTs' CR has not been the subject of any comprehensive published literature review.

Method

A scoping study of scientific articles, OT textbooks and grey literature was undertaken to “map” relevant literature and synthesize current knowledge about community OTs’ CR. Scoping studies are “specifically designed to identify gaps in the evidence base where no research has been conducted” and “summarize and disseminate research findings” (Arksey & O’Malley, 2005, p. 21). The five stages of scoping studies’ methodological framework were followed: 1) Identifying the research question; 2) Identifying relevant studies; 3) Selecting the studies; 4) Charting the data; and 5) Collating, summarizing and reporting results (Arksey & O’Malley, 2005).

After identifying the research question (What are the particular characteristics, if any, of community OTs’ CR?), the Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews, Ovid Nursing Database, OTDBASE, OTSeeker, CINAHL, Allied & Complementary Medicine Database (AMED), Embase and MANTIS databases were searched. To ensure as accurate a portrait as possible of knowledge about community OTs’ CR, the search covered the period from January 2000 to April 2009. Categories of key words combined were 1) “clinical reasoning” with 2) “occupational therapy” or “rehabilitation”, and then with 3) “community practice” or “home care”. An extensive review of titles and, when available, abstracts was done. All French or English articles which sufficiently considered community OTs’ CR or help to further understand community OTs’ CR were included and analyzed. Indeed, CR of OTs from other practice settings shares some similar aspects with, and helps underline the particular characteristics of, community OTs’ CR. A manual search of bibliographies, OT textbooks, as well as grey literature was also part of the review.

Fundamental elements of community OTs' CR were first identified in the preliminary analysis of the literature (community OTs' CR only). All documents (OTs' and community OTs' CR) were then analyzed using these elements, which are detailed in the results section.

Results

Results show that the research on community OTs' CR is undoubtedly in its early days. Of the 652 articles found using the key word "clinical reasoning", 159 (24.4%) also included the key words "occupational therapy" or "rehabilitation" while only ten (0.02%) contained the key words "community practice" or "home care". After reviewing titles and abstracts, 24 of the 159 articles were retrieved for further analysis, including five of the ten articles identified with the key words "community practice". Fifteen textbooks were included for their synthesis of empirical articles and conceptualization of CR. The bibliographies of the textbooks and retrieved articles were manually searched, from which sixteen other articles were identified, including four focusing on community OTs' CR, and a doctoral thesis that could not be accessed. An Internet search on health-related web sites led to the retrieval of one article. The final analysis was done on fifteen textbooks and 25 articles (n = 19 on OTs' CR, n = 6 on community OTs' CR).

Community OTs' CR articles include five key elements (frequency and percentage of occurrence): 1) Cognitive processes underlying CR (n = 3; 50%); 2) Dimensions of CR (n = 4; 67%); 3) Factors influencing CR (n = 6; 100%); 4) Methods used to document CR (n = 6; 100%); and 5) Elements of community OTs' CR still unknown (n = 4; 67%). Important details about one or more of these key elements are presented in the three following sections. First, what is known about OTs' CR that helps understand

characteristics of community OTs' CR is described (section 1). Second, particular characteristics of community OTs' CR are examined (section 2), followed by methodological challenges and potential avenues for future research (section 3). Finally, strengths and limitations of the present study are discussed.

1. Clinical reasoning in occupational therapy

Cognitive processes, i.e. problem solving and decision making, underlying OTs' CR are presented first, followed by CR's different dimensions. Finally, factors influencing OTs' CR are examined.

i) Underlying cognitive processes: Problem solving and Decision making

For every OT, regardless of practice setting, the client's occupational situation including his/her disabilities represents, cognitively, a "problem" to solve. Problem solving is a cognitive process that must be distinguished from the OT's actions to solve the occupational difficulties of his/her client. Problem solving can be described as the way OTs combine theory with personal and professional experiences to get an understanding of the client's situation (Schell, 2009). Although different cognitive strategies have been identified in problem solving, such as hypothetico-deduction and pattern recognition (e.g. Lindsay & Norman, 1977; specifically to health professionals: Higgs & Jones, 2008; to OTs: Schell, 2009), the focus here will be only on pattern recognition. Indeed, pattern recognition is the cognitive strategy most commonly used by experienced OTs (Carr & Shotwell, 2008), who are the main participants in studies about community OTs' CR. Problem solving using pattern recognition has four stages (Figure 1): 1) problem sensing, 2) cue acquisition, 3) problem formulation using cues and mnemonic schemata of past experiences stored in long-term memory, and

4) identification of potential solutions (Lindsay & Norman, 1977). For example, an OT evaluates and intervenes to address the difficulty a client with hemiplegia has in transferring to the bath tub autonomously. The OT first perceives the “problem” to solve (**problem sensing**): the client’s difficulty with bath transfer. The **cues** the OT perceives, such as the client’s posture or the layout of the bathroom, trigger **knowledge** about and **past experiences** with other clients with hemiplegia or in similar environmental settings. These cues, knowledge and past experiences are used to **formulate the problem** to solve. In this example, the client cannot step over the side of the bath tub and the position of the toilet prevents the use of a transfer bench. The OT then **identifies different solutions** to solve the problem. The resolution of the problems is followed by decision making.

Problem solving and decision making are distinct but interrelated cognitive processes (Lindsay & Norman, 1977), which are part of CR (Patterson & Summerfield-Mann, 2006; Schell, 2009; Smith, Higgs & Ellis, 2008). The evaluation of potential solutions and the choice of one of them represent decision making (Lindsay & Norman, 1977), which leads to OT actions (Robertson, 1996a; Rogers & Holm, 1991). These actions in turn influence the problem, and thus its formulation is constantly reframed. The red and blue boxes in Figure 1 represent this model of problem solving (using pattern recognition) and decision making. Furthermore, CR is a context-dependant social phenomenon larger than its underlying cognitive processes (Fleming & Mattingly, 2008) and includes multiple dimensions.

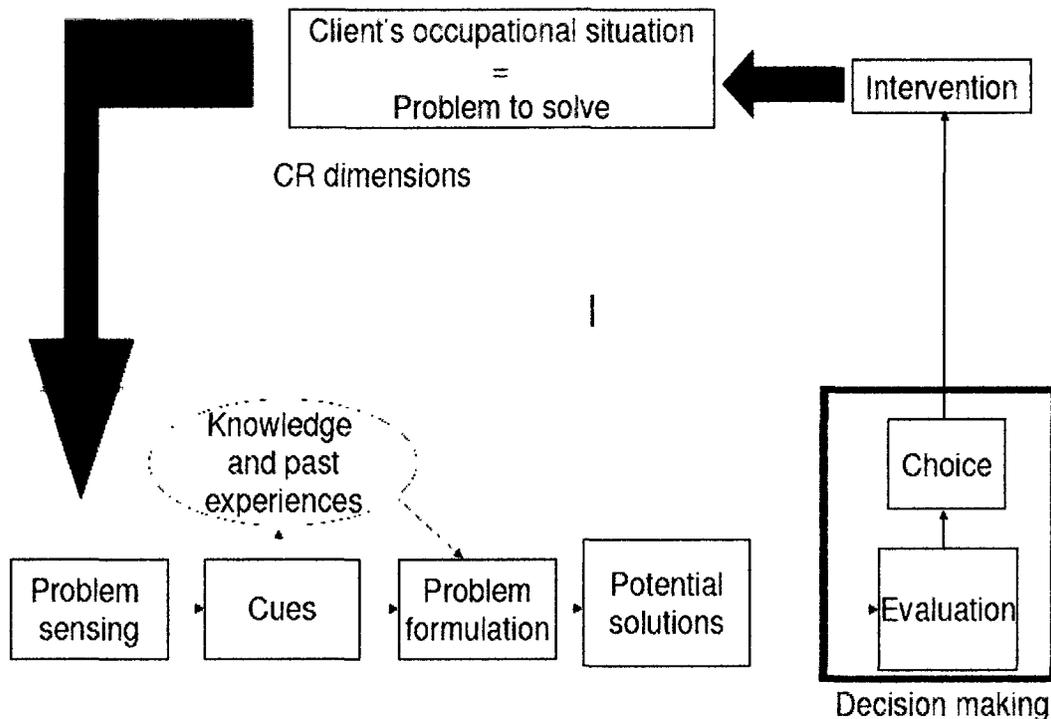


Figure 1: OTs' CR processes and dimensions

Inspired by: Chapparo & Ranka, 2008; Fleming, 1993; Fleming & Mattingly, 2008; Hagedorn, 1996; Ikiugu, 2007; Lindsay & Norman, 1977; Opacich, 1991; Robertson, 1996a; Roberts, 1996a; Rogers & Holm, 1991; Schell, 2009; Smith, Higgs & Ellis, 2008; Unsworth, 1999.

ii) Clinical reasoning dimensions

Studies of OTs' CR have found multiple dimensions that are used with CR (Table 1). Dimensions used depend on which aspect of the "problem" is analyzed (Schell, 2009; Chapparo & Ranka, 2008; Crabtree & Lyons, 1997; Fleming, 1993; Hussey, 2007). In our example, when OTs think about their client's condition (hemiplegia) and the required intervention (improving hygiene independence), they use the scientific [a] dimension. To better understand the way their client feels about and lives with his/her hemiplegia, OTs tell themselves (or other professionals involved) the "story" of their client (narrative [b] dimension). As OTs are confronted with practical and logistical aspects affecting their

clinical practice, such as which type of bath equipment is available or reimbursed by insurance, the pragmatic [c] dimension is activated. They might then have to choose between recommendations for the required equipment that is not reimbursed or less appropriate equipment that is reimbursed. That kind of reflection about desirable actions from a moral perspective requires the ethical [d] dimension of OTs' CR. As OTs interact face-to-face with their client or other people involved, such as the client's family, the interactive [e] dimension is brought into play. Finally, calling upon the conditional [f] dimension of their CR, OTs might assure themselves that bathing independently is a common goal, and adapt the intervention to fit their client's particular situation, present as well as future. As such and contrary to some authors (e.g. Fleming, 1993; Unsworth, 1999), the conditional dimension is described by Schell (2009) as being a blend of all the other dimensions rather than a dimension on its own. CR is the synthesis of the interaction between all these dimensions and allows OT to solve problems.

This way of conceptualizing CR, although generally accepted in the literature, is not supported by all authors. Clear integration of CR's dimensions between themselves and with cognitive processes (problem solving and decision making) is difficult. As asserted by Tomlin (2008), there is a "need to reconceptualize all types of reasoning so as to reflect their ultimate interconnectivity" (p. 116). Furthermore, Roberts (1996a) and Strong et al. (1995) maintain that dimensions represent the static content of CR and therefore dimensions must be clearly distinguished from the active processes of problem solving and decision making. Since their position, although interesting, was not reflected in the other studies we reviewed, we decided to focus on the most accepted position, but with a concern to distinguish between processes and dimensions in the results. CR dimensions are indicated in Figure 1 in respect to 1) Tomlin's (2008) assertion, i.e. their

lack of interconnectivity, and 2) the opinion of Roberts (1996a) and Strong et al. (1995), i.e. as static content of CR distinct from problem solving and decision making.

Table 1 Occupational therapists' clinical reasoning dimensions and factors influencing them

Aspects of the problem	CR dimensions 2,5,9,10,12,13,16,17,25,28,29,32	Factors of influence
Condition of client	a) Scientific :	Expertise level ^{1,2,7,14,19-21,30}
i) Occupational diagnosis	i) Diagnostic	Personal context ^{2,3,9,10,19,21,22,27,30,31}
ii) Occupational intervention	ii) Procedural	Client ^{3,4,7,12,19-22,25,30,32} Practice context ^{2,3,9,19,21,22}
Significance of his/her own condition for the client	b) Narrative	Expertise level ^{7,8,14,32} Personal context ^{2,8,10,31} Client ^{3,5,8}
Practical and logistical aspects affecting clinical practice	c) Pragmatic	Expertise level ¹⁴ Personal context ^{3,10,23,25,26,31} Practice context ^{2-4,9,12,18,23,25,26,28}
Desirable actions from a moral perspective	d) Ethical	Expertise level ¹⁴ Personal context ^{2,10,31} Practice context ^{3,11}
OT's interpersonal relationship with client and other people involved	e) Interactive	Expertise level ^{9,12,14,32} Personal context ^{3,10,24,31} Client ^{3,4,32} Practice context ^{14,15,24}
Therapy tailored to the client's particular situation	f) Conditional	Expertise level ^{7,9,12,14,20,24,32} Personal context ^{10,27,31} Client ²

1.Carr & Shotwell, 2008; 2.Chapparo & Ranka, 2008; 3.Crabtree & Lyons, 1997; 4.Early, 2001; 5.Fleming, 1993; 6.Fleming & Mattingly, 2008; 7.Hagedorn, 1996; 8.Hamilton, 2008; 9.Hussey, 2007; 10.Ikiugu, 2007; 11.Kanny & Slater, 2008; 12.Leicht & Dickerson, 2001; 13.Mendez & Neufeld, 2003; 14.Mitchell & Unsworth, 2005; 15.Munroe, 1996; .16.Patterson & Summerfield-Mann, 2006; 17.Pellerito & Burt, 2006; 18.Radomski, 2002; 19.Robertson, 1999; 20.Robertson, 1996b; 21.Rogers & Holm, 1991; 22.Rogers & Masagatani, 1982; 23.Schell, 2008a; 24.Schell, 2008b; 25.Schell, 2009; 26.Schell & Cervero, 1993; 27.Schell, Unsworth & Schell, 2008; 28.Schultz-Krohn & Pendleton, 2006; 29.Strong, Gilbert, Cassidy & Bennett, 1995; 30.Tomlin, 2008; 31.Unsworth, 2004; 32.Unsworth, 1999.

iii) Factors influencing clinical reasoning

Clinical reasoning of OTs is influenced by four factors (Table 1), internal and external, which operate interactively (Barris, 1987). The internal factors are OTs' expertise level (1) and personal context (2) while the external factors are the client (3) and the practice context (4).

OTs reach **expertise level (1)** through professional and personal experiences and active reflection on those experiences (Gibson et al., 2000; Hussey, 2007; Jensen, Resnik & Haddad, 2008). The expertise continuum ranges from novice to expert (Jensen et al., 2008; Schell, 2009; both inspired by Benner, 1984 and Dreyfus & Dreyfus, 1986), where the latter typically has more than ten years of professional experience (Hagedorn, 1996; Schell, 2009; Schell, J.W., 2008). Experts' experiences give them access to a wide range of mnemonic schemata (Carr & Shotwell, 2008; Robertson, 1996b; 1999), accessible through cues frequently used unconsciously (Hagedorn, 1996; Hussey, 2007; Lindsay & Norman, 1977). Experts' CR is therefore non-linear (Hagedorn, 1996; Patterson & Summerfield-Mann, 2006), more intuitive (Gibson et al., 2000; Harries & Harries, 2001; Hussey, 2007; Schell, 2009), complex and harder to articulate than novices' CR (Early, 2001; Mendez & Neufeld, 2003; Unsworth, 2001). Experts also have more confidence in their CR (Strong et al., 1995) and are usually more efficient in their use of its diagnostic dimension (component of [a]) than novices (Chapparo & Ranka, 2008; Robertson, 1999; Rogers, 1991; Unsworth, 1999). Furthermore, experts' mnemonic schemata allow them to use different CR dimensions simultaneously and thus be flexible (Hussey, 2007; Schell, 2009), fast, effective (Carr & Shotwell, 2008; Hagedorn, 1996; Leicht & Dickerson, 2001) and creative (Zimolag, French & Paterson, 2002) in their interventions. Finally, expertise depends on the OT's practice area (Hagedorn, 1996; Jensen et al., 2008;

Leicht & Dickerson, 2001; Pellerito & Blanc, 2006; Radomski, 2002; Robertson, 1999; Rogers & Holm, 1991; Schell, 2009); the same OT can be a novice in one area and an expert in another.

The OT's **personal context (2)** also influences CR. Stemming from their personal and professional being, personal context includes OTs': i) perceived capability and self-efficacy to treat clients (Smith et al., 2008); ii) knowledge (Chapparo & Ranka, 2008; Leicht & Dickerson, 2001; Rogers & Holm, 1991; Schell, 2009); iii) interest in, views and conceptions of occupational therapy and its role (Chapparo & Ranka, 2008; Crabtree & Lyons, 1997; Fondiller, Rosage & Neuhaus, 1990; Higgs & Jones, 2008; Leicht & Dickerson, 2001; Radomski, 2002; Unsworth, 2004); and iv) beliefs about and interest in clients (Chapparo & Ranka, 2008; Crabtree & Lyons, 1997; Fondiller et al., 1990; Higgs & Jones, 2008; Radomski, 2002; Unsworth, 2004). Personal context might have an isolated influence on specific dimensions such as: scientific [a] (Chapparo & Ranka, 2008; Crabtree & Lyons, 1997; Robertson, 1999; Rogers & Holm, 1991; Schell et al., 2008; Tomlin, 2008), narrative [b] (Chapparo & Ranka, 2008; Hamilton, 2008), pragmatic [c] (Crabtree & Lyons, 1997; Schell, 2009; Schell, 2008a; Schell & Cevero, 1993), ethical [d] (Chapparo & Ranka, 2008) and interactive [e] (Crabtree & Lyons, 1997; Schell, 2008b). Or the personal context might simultaneously influence all dimensions of CR (Ikiugu, 2007; Unsworth, 2004) and consequently have an impact on OTs' every action (Smith et al., 2008).

OTs' CR and ways of intervening are thus highly personal (Higgs & Jones, 2008; Schell, 2009), but are nevertheless also influenced by external factors: the client and the practice context. Indeed, the characteristics of the **client (3)** impact first on the problem sensing (Rogers & Holm, 1991). Then the understanding of the client's particular

situation, developed through mutual interactions, leads to the problem formulation (Ikiugu, 2007; Leicht & Dickerson, 2001; Robertson, 1996b; 1999; Rogers & Holm, 1991; Rogers & Masatagani, 1982; Schell, 2009). The problem formulated reflects the client's multifaceted needs, personal and environmental contexts (Higgs & Jones, 2008; Opacich, 1991; Unsworth, 1999) and defines the OTs' cognitive "task", i.e. the decision making leading to the particular action (Crabtree & Lyons, 1997; Smith et al., 2008). The level of complexity, difficulty and uncertainty of the "task" influences the OTs' capacity to problem sense and formulate effectively, their decision speed and their use of CR dimensions (Hagedorn, 1996; Smith et al., 2008). In addition, because of the client's active participation throughout the OT therapeutic process, including the decision making (Early, 2001), the narrative [b] (Crabtree & Lyons, 1997; Fleming & Mattingly, 2008; Hamilton, 2008), interactive [e] (Crabtree & Lyons, 1997; Fleming & Mattingly, 2008; Unsworth, 1999) and conditional [f] (Chapparo & Ranka, 2008; Schell & al., 2008) dimensions of CR come into play. The influence of the client on the OTs' CR is therefore partly tied to the philosophy and values of the profession (Fleming, 1993), such as client-centered practice (Crabtree & Lyons, 1997; Fondiller et al., 1990). These values can be supported by the practice context (Atkins & Ersser, 2008; Restall, Ripat & Stern, 2003).

According to Barris (1987), the **practice context (4)** has greater influence on CR than the OTs' personal context. The practice context includes the physical location of the intervention, and the organizational, legal (Matthews & Burton, 2001) and social environments (Smith et al., 2008). Its influence on OTs' CR affects the scientific [a] (Crabtree & Lyons, 1997; Hussey, 2007; Rogers & Holm, 1991; Robertson, 1999; Rogers & Masatagani, 1982), pragmatic [c] (Chapparo & Ranka, 2008; Crabtree & Lyons, 1997; Early, 2001; Hussey, 2007; Leicht & Dickerson, 2001; Radomski, 2002; Schell, 2009;

Schell, 2008a; Schultz-Krohn & Pendleton, 2006) and ethical [d] dimensions (Crabtree & Lyons, 1997; Kanny & Slater, 2008). The OTs' actions are therefore modulated by the conditions and constraints of the present practice context (Barris, 1987; Townsend, 1996). Through the mnemonic schemata, OTs' actions are also modulated by the past practice context (Chapparo & Ranka, 2008). OTs' CR therefore cannot be fully understood outside a specific context (Bannigan & Moores, 2009; Higgs & Loftus, 2008; Loftus & Smith, 2008; Patterson & Summerfield-Mann, 2006; Smith et al., 2008). For that reason, it is important to study CR in a particular context, such as community practice (Robertson, 1999).

2. Particular characteristics of community occupational therapists' clinical reasoning

Scientific papers that focused on community OTs' CR suggest some particular characteristics of the underlying cognitive processes and dimensions. Studies which mainly address cognitive processes (problem solving and decision making) are presented first, followed by studies focusing on CR dimensions.

i) Problem solving and decision making

Roberts (1996b) studied problem solving with 38 community OTs who each processed two typical client referrals. The 76 written accounts of problem solving examined showed non-linear use of the stages involved and great variation between the participants in the sequence and length of those stages. Three profiles of problem solving were identified: 1) rapid formulation (formulation *precedes* problem sensing and cue acquisition), 2) formulation (formulation *follows* problem sensing and cue acquisition), and 3) non-formulation of the problem. The profile used by OTs varies according to the type of referrals processed. Contrary to "formulators" and "non-formulators", the CR of "rapid

formulators” contains more objectives for gathering information related to the client’s history and elements to be assessed and suggestions for potential interventions (Roberts, 1996b). In addition, rapid formulators refer more to their past experiences, and are more confident, proactive and flexible.

Another study (Fortune & Ryan, 1996) showed that past experiences also influence the perceived complexity of the “problem”, i.e. the client’s disability and particular situation. To establish a system of caseload management, three OTs evaluated the complexity of 70 community-dwelling clients’ problems. The more experience an OT has of a particular problem, the less likely that problem is perceived as complex (Fortune & Ryan, 1996). The complexity of the client’s disability and situation is characterized either by an unclear problem, a non-apparent solution, difficulty in interactions between OT and client, variability of or sudden change in the client’s health, or the client’s frustration (Fortune & Ryan, 1996). The procedural dimension (component of [a]) of CR will not suffice to solve a complex problem. Other dimensions of CR are required. Past experiences therefore determine perceived problem complexity, which in turn influences CR.

Munroe (1996) specifically studied community OTs’ decision making using observation of 29 OTs during three or four home visits at different stages of the therapeutic process. Observations were followed by semi-directed interviews. This qualitative study showed that reasoning (defined by the author as the process of accounting for and ascribing meaning to clinical actions) is difficult to articulate and follows decision making instead of preceding it (Munroe, 1996). Decision making is of three types: technical (e.g. choice of equipment, environmental modifications), procedural (e.g. policies and procedures) and interactive (e.g. interpersonal behaviour).

Munroe (1996) maintains that, surprisingly given the mostly technical interventions community OTs must do, interactive decision making is the most frequent, leading to greater use of the interactive dimension [e] of CR. That prominence might be explained by the therapeutic relationship between OTs and clients and factors related to the community practice context, such as organizational or cultural imperatives (e.g. empowerment values) or physical location of the intervention (“Being a guest in the client’s home”).

ii) Clinical reasoning dimensions

Two other studies focused on the evaluation stage of the therapeutic process using case histories followed by semi-directed interviews (Doumanov & Rugg, 2003) or self-administered questionnaires (Mitchell & Unsworth, 2004). These studies showed that community OTs’ CR is complex, using different dimensions simultaneously (Mitchell & Unsworth, 2004).

From a critical perspective, it might be wondered if the particular characteristics of OTs’ CR described so far (rapid formulation, decision making prior to reasoning, interactive decisions most frequent, use of different CR dimensions simultaneously) are specific to community OTs. Indeed, these particular characteristics have some similarity to the CR of experts, so the level of expertise of OTs participating in those studies might explain these results. Mitchell and Unsworth (2005) compared novice and expert community OTs’ CR using retrospective protocol analysis in the form of videotaped home visits followed by feedback on the video footage. Use of the interactive dimension [e] of CR was similar for novices and experts. Novices also used different dimensions of CR simultaneously but they tended to use fewer dimensions at the same time than the

experts (two instead of three), focusing more on the procedural dimension (component of [a]). However, even for the experts, when a complex procedural task had to be done (e.g. difficult home modification), the procedural dimension was used more often (Mitchell & Unsworth, 2005). Certain specific characteristics of OTs' CR (using the interactive decision most often and different CR dimensions simultaneously) are thus particular to community OTs.

To summarize, OTs' CR is a complex, multidimensional process, which is influenced by internal (level of expertise and personal context) and external (client and practice context) factors. The past experiences and expertise of community OTs determine the perceived complexity of a problem and thus influence CR. Several dimensions of community OTs' CR are generally used simultaneously. The interactive [e] dimension is called upon more, possibly but not exclusively because of the practice context.

3) Methodological challenges and potential avenues for future research

CR knowledge development is influenced by the methods used to study it (Loftus & Smith, 2008; Unsworth, 2008). CR has mostly been studied through protocol analysis and interpretative methods. Protocol analysis, using for example case scenarios or observational videos, is an effective way to highlight the cognitive processes underlying CR (Arocha & Patel, 2008; Patel, Kaufman & Arocha, 1995). However, this method is not sufficient when one wants to illustrate the influence of interactions, personal and practice contexts on CR (Norman, 1980). Interpretive methods have frequently been used to study CR and consider the environmental and social context in which CR takes place (Arocha & Patel, 2008; Greeno, 1989; 1998; Loftus & Smith, 2008; Patel, Kaufman &

Arocha, 1995). Specifically, ethnographic designs have been used most often in that regard. This might explain the descriptive nature of OTs' CR and the proliferation of CR dimensions lacking dynamic interrelations. Other types of designs, such as grounded theory, have been used (Fondiller et al., 1990; Rogers & Masatagani, 1982) and could be used more often to underline the dynamic process taking place when an OT intervenes with a community-dwelling client. Interpretive methods have, however, been criticized because of possible omissions or post-hoc rationalization (Harries & Harries, 2001; Unsworth, 2004; 2005). The use of techniques such as "making explicit" methods that allow effective reminiscence might reduce these limitations significantly (Vermersch, 2006).

Regardless of the methods used, past studies have demonstrated the importance of developing knowledge about the particular characteristics of community OTs' CR (Mitchell & Unsworth, 2004; 2005). Future studies could identify, for example, the exact influence of personal context on community OTs' CR. The impact of external factors, such as organizational and legal aspects of health care or lack of resources and increased number of referrals on community OTs' CR, should also be investigated.

Strengths and limitations

This study followed the rigorous scoping studies' methodological framework and systematically retrieved articles on community OTs' CR in numerous databases. Results obtained were enriched by knowledge on CR of OTs from multiple practice settings, although articles on these settings were not systematically retrieved. Results provide an accurate and up-to-date synthesis of knowledge about community OTs' CR and an original portrait of its particular characteristics. However, and as is usually the case with

scoping studies (Arksey & O'Malley, 2005), this study does not provide a quality assessment of the studies examined. Furthermore, because textbooks are not systematically included in electronic databases, information available in some textbooks might have been missed. The electronic search could also have covered a longer period and used more keywords such as “professional reasoning” or “critical reasoning” and “community interventions” or “home-based interventions”. This analysis is thus a first step, which could lead to more in-depth studies.

Conclusion

CR guides OTs' actions and influences their interventions. Problem solving and decision making are cognitive processes underlying CR. OTs' CR is, however, a context-dependant social phenomenon larger than these cognitive processes. Its six dimensions (scientific, narrative, pragmatic, ethical, interactive and conditional) are used depending on which aspect of the “problem”, i.e. the client's occupational situation, is analyzed. OTs' CR is also influenced by internal (level of expertise and personal context) and external (client and practice context) factors. The practice context particularly shapes community OTs' CR. Much remains unknown about community OTs' CR. Considering the importance of community practice and of integrating tacit with formal knowledge which could optimize OTs' interventions, further studies are needed. Indeed, the extent to which internal (personal context) and external factors (organizational and legal aspects of health care, lack of resources and increased number of referrals) mould the way community OTs think and act could have a direct influence on the services they provide to their clients.

Acknowledgments

Annie Carrier is a Fonds de la recherche en santé du Québec (#13893) and Canadian Occupational Therapy Foundation scholarship student. Mélanie Levasseur is a Canadian Institutes of Health Research postdoctoral trainee (#174439). Johanne Desrosiers is a Fonds de la recherche en santé du Québec National Researcher.

References

- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19-32.
- Arocha, J.F. & Patel, V.L. (2008). Methods in the study of clinical reasoning. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3rd Edition (193-204). Philadelphia, PA: Butterworth.
- Atkins, S. & Ersser, S.J. (2008). Clinical reasoning and patient-centred care. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3rd Edition (77-88). Philadelphia, PA: Butterworth.
- Bannigan, K. & Moores, A. (2009). A model of professional thinking: Integrating reflective practice and evidence based practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76, 342-350.
- Barris, R. (1987). Clinical reasoning in psychosocial occupational therapy: The evaluation process. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 7, 147-162.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Bridge, C., Kendig, H., Quine, S. & Parsons, A. (2002). *Housing and care for younger and older adults with disabilities. Final Report*. Sydney: Australian Housing and Urban Research Institute.
- Bridge, C., Phibbs, P., Kendig, H., Mathews, M. & Bartlett, H. (2006). *The costs and benefits of using private housing as the 'home base' for care for older people: A systematic literature review*. Sydney: Australian Housing and Urban Research Institute.
- Canadian Home Care Association (2008). *Home care: the next essential service. Meeting the needs of our aging population*. Ottawa, ON.
- Carr, M. & Shotwell, M. (2008). Information processing theory and professional reasoning. In B.A.B. Schell & J.W. Schell (Eds.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (36-68). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Chapparo, C. & Ranka, J. (2008). Clinical reasoning in occupational therapy. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3rd Edition (265-278). Philadelphia, PA: Butterworth.
- Crabtree, M. & Lyons, M. (1997). Focal points and relationships: a study of clinical reasoning. *British Journal of Occupational Therapy*, 60, 57-64.
- Dreyfus, H.L. & Dreyfus, S.E. (1986). *Mind over machine. The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press.

- Doumanov, P. & Rugg, S. (2003). Clinical reasoning skill of occupational therapist and support staff: a comparison. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 10, 195-203.
- Early, M.B. (2001). The Occupational Therapy Process – An Overview. In L.W. Pedretti & M.B. Early (Eds.), *Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction*, 5th Edition (21-28). St. Louis: Mosby.
- Fleming, M.H. (1993). Aspects of clinical reasoning in occupational therapy. In H.L. Hopkins & H.D. Smith (Eds.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy*, 8th Edition (867-881). Philadelphia: J.R.Lippincott.
- Fleming, M.H. & Mattingly, C. (2008). Action and narrative: two dynamics of clinical reasoning. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3rd Edition (55-64). Philadelphia, PA: Butterworth.
- Fondiller, E.D., Rosage, L.J. & Neuhaus, B.E. (1990). Values influencing clinical reasoning in occupational therapy: An exploratory study. *Occupational Therapy Journal of Research*, 10, 41-55.
- Fortune, T. & Ryan, S. (1996). Applying clinical reasoning: a caseload management system for community occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 207-211.
- Fricke, J. & Unsworth, C. (1992). The status of activities of daily living: A victorian perspective. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 39, 29-31.
- Gibson, D., Velde, B., Hoff, T. Kvashay, D., Manross, P.L. & Moreau, V. (2000). Clinical reasoning of a novice versus an experienced occupational therapist: a qualitative study. *Occupational Therapy in Health Care*, 12, 15-31.
- Greeno, J.G. (1989). A perspective on thinking. *American Psychologist*, 44, 134-141.
- Greeno, J.G. (1998). The situativity of knowing, learning, and research. *American Psychologist*, 53, 5-26.
- Hagedorn, R. (1996). Clinical decision making in familiar cases: a model of the process and implications for practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 217-222.
- Hamilton, T.B. (2008). Narrative reasoning. In B.A.B. Schell & J.W. Schell (Eds.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (125-168). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Harries, P.A. & Harries, C. (2001). Studying clinical reasoning, Part 1: Have we been taking the wrong “track”? *British Journal of Occupational Therapy*, 64, 164-168.

- Hébert, M., Maheux, B. & Potvin, L. (2000). L'ergothérapie dans les CLSC du Québec après le virage ambulatoire (1re partie) [Community occupational therapy in Québec after the ambulatory care orientation (Part one)]. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 9, 23-28.
- Hébert, M., Maheux, B. & Potvin, L. (2001). L'ergothérapie dans les CLSC du Québec après le virage ambulatoire (2^e partie) [Community occupational therapy in Québec after the ambulatory care orientation (Part two)]. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 10, 16-22.
- Hébert, M., Maheux, B. & Potvin, L. (2002). Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie [Theories stemming from the day-to-day practice of community occupational therapy]. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69, 31-39.
- Higgs, J., Fish, D. & Rothwell, R. (2008). Knowledge generation and clinical reasoning in practice. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3rd Edition (163-172). Philadelphia, PA: Butterworth.
- Higgs, J. & Jones, M.A. (2008). Clinical decision making and multiple problem spaces. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3rd Edition (1-18). Philadelphia, PA: Butterworth.
- Higgs, J. & Loftus, S. (2008). A place for new research directions. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3rd Edition (213-220). Philadelphia, PA: Butterworth.
- Hussey, S.M. (2007). Clinical reasoning. In S.M. Hussey, B. Sabonis-Chafee & J. Clifford O'Brien (Eds.), *Introduction to Occupational Therapy*, 3rd Edition (245-255). St. Louis: Mosby.
- Ikiugu, M.N. (2007). Clinical reasoning: Goal setting and treatment planning. In M.N. Ikiugu (Ed.), *Psychosocial Conceptual Practice Models in Occupational Therapy: Building Adaptive Capability* (106-118). St-Louis: Mosby.
- Jensen, G., Resnik, L. & Haddad, A. (2008). Expertise and clinical reasoning. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3rd Edition. (123-136). Philadelphia, PA: Butterworth.
- Kanny, W.M. & Slater, D. Y. (2008). Ethical reasoning. In B.A.B. Schell & J.W. Schell (Eds.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (188-208). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Landry, A. (1998). *Les représentations de la dimension éducative des interventions ergothérapeutiques chez les ergothérapeutes praticiennes en C.L.S.C. de la région de l'Outaouais* [Representations of the educational dimension in occupational therapy

- interventions by community occupational therapists from the Outaouais region]. Unpublished master's thesis. Université du Québec à Hull.
- Leicht, S.B. & Dickerson, A. (2001). Clinical reasoning, looking back. *Occupational Therapy in Health Care, 14*, 105-130.
- Lindsay P.H. & Norman, D.A. (1977). *Human information processing: an introduction to psychology*, 2nd Edition. New York, NY: Academic Press.
- Loftus, S. & Smith, M. (2008). A history of clinical reasoning research. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3rd Edition (205-212). Philadelphia, PA: Butterworth.
- Lysack, C.L. & Neufeld, S. (2003). Occupational therapist home evaluations: Inequalities, but doing the best we can? *American Journal of Occupational Therapy, 57*, 369-379.
- Matthews, M.M. & Burton, M.T. (2001). Treatment contexts. In L.W. Pedretti & M.B. Early (Eds.), *Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction*, 5th Edition (29-38). St. Louis: Mosby.
- Mendez, L. & Neufeld, J. (2003). *Clinical reasoning: what is it and why should I care?* Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Mitchell, R. & Unsworth, C.A. (2004). Role perceptions and clinical reasoning of community health occupational therapists undertaking home visits. *Australian Occupational Therapy Journal, 51*, 13-24.
- Mitchell, R. & Unsworth, C.A. (2005). Clinical reasoning during community health home visits: Expert and novice differences. *British Journal of Occupational Therapy, 68*, 215-223.
- Moyers, P.A. (1999). The guide to occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy, 53*, 247-322.
- Munroe, H. (1996). Clinical reasoning in community occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy, 59*, 196-202.
- Neidstat, M. E. (1996). An information processing approach to functional skills training with older adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 14*, 19-38.
- Norman, D. (1980). Twelve issues for cognitive science. *Cognitive Science, 4*, 1-32.
- Opacich, K.J. (1991). Assessment and informed decision-making. In C. Christiansen & C. Baum (Eds.), *Occupational Therapy: Overcoming Human Performance Deficits* (354-372). Thorofare, NJ: Slack.

- Patel, V.L., Kaufman, D.R. & Arocha, J.F. (1995). Steering through the murky waters of a scientific conflict: situated and symbolic methods models of clinical cognition. *Artificial Intelligence in Medicine*, 7, 413-438.
- Patterson, M. & Summerfield-Mann, L. (2006). Clinical reasoning. In E.A.S. Duncan (Ed.), *Foundations for Practice in Occupational Therapy*, 4th Edition (313-334). Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Pellerito, J.M. & Blanc, C.A. (2006). The driver rehabilitation team. In J.M. Pellerito (Ed.), *Driver Rehabilitation and Community Mobility: Principles and Practice* (52-73). St-Louis: Mosby.
- Pellerito, J.M. & Burt, C.J. (2006). Continuing competence in driver rehabilitation. In J.M. Pellerito (Ed.), *Driver Rehabilitation and Community Mobility: Principles and Practice* (610-614). St. Louis: Mosby.
- Radomski, M.V. (2002). Planning, Guiding, and Documenting Therapy. In C.A. Trombly & M.V. Radomski (Eds.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*, 5th Edition (443-461). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Restall, G., Ripat, J. & Stern, M. (2003). A framework of strategies for client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70, 103-112.
- Roberts, A.E. (1996a). Approaches to reasoning in occupational therapy: a critical exploration. *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 233-236.
- Roberts, A.E. (1996b). Clinical reasoning in occupational therapy: idiosyncracies in content and process. *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 372-376.
- Robertson, L. (1999). Assessing Mabel at home: A complex problem-solving process. In S.E. Ryan & E.A. McKay (Eds.), *Thinking and reasoning in therapy. Narratives from Practice* (19-30). Cheltenham: Stanley Thornes (Publishers).
- Robertson, L.J. (1996a). Clinical reasoning part 1: the nature of problem solving, a literature review. *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 178-182.
- Robertson, L.J. (1996b). Clinical reasoning part 2: novice/expert differences. *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 212-216.
- Rogers, J.C. & Holm, M.B. (1991). Occupational therapy diagnosis reasoning: A component of clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 1045-1053.
- Rogers, J.C. & Masagatani, G. (1982). Clinical reasoning of occupational therapists during the initial assessment of physically disabled patients. *Occupational Therapy Journal of Research*, 2, 195-219.

- Schell, B.A. (2008a). Pragmatic reasoning. In B.A.B. Schell & J.W. Schell (Eds.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (169-187). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schell, B.A. (2008b). Interactive and conditional reasoning: a process of synthesis. In B.A.B. Schell & J.W. Schell (Eds.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (209-226). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schell, B.A. (2009). Professional reasoning in practice. In E.B. Crepeau, E.S. Cohn & B.A. Schell (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy*, 11th Edition (314-327). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins.
- Schell, B.A. & Cervero, R.M. (1993). Clinical reasoning in occupational therapy: An integrative review. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 605-610.
- Schell, B.A., Unsworth, C.A. & Schell, J.W. (2008). Theory and practice: new directions for research in professional reasoning. In B.A.B. Schell & J.W. Schell (Eds.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (401-431). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schell, J.W. (2008). Epistemology: knowing how you know. In B.A.B. Schell & J.W. Schell (Eds.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (229-257). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schutz-Krohn, W. & Pendleton, H.M. (2006). Application of the occupational therapy practice framework to physical dysfunction. In H.M. Pendleton (Ed.), *Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction*, 6th Edition (28-52). St. Louis: Mosby.
- Smith, M., Higgs, J. & Ellis, E. (2008). Factors influencing clinical decision making. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3rd Edition (89-100). Philadelphia, PA: Butterworth.
- Steultjens, E.M.J., Dekker, J., Bouter, L.M., Jellema, S., Bakker, E.B. & van den Ende, C.H.M. (2004). Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age and Ageing*, 33, 453-460.
- Strong, J., Gilbert, J., Cassidy, S. & Bennett, S. (1995). Expert clinicians' and students' views on clinical reasoning in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 58, 119-123.
- Tomlin, G.S. (2008). Scientific reasoning. In B.A.B. Schell & J.W. Schell (Eds.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (91-124). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Townsend, E. (1996). Institutional ethnography: A method for showing how the context shapes practice. *Occupational Therapy Journal of Research*, 16, 179-199.

- Unsworth, C.A. (1999). Clinical reasoning in occupational therapy. In C.A. Unsworth (Ed.) *Cognitive and perceptual dysfunction: a clinical reasoning approach to evaluation and intervention* (43-73). Philadelphia: FA Davis.
- Unsworth, C.A. (2001). The clinical reasoning of novice and expert occupational therapist. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, 163-173.
- Unsworth, C.A. (2004). Clinical reasoning: How do pragmatic reasoning, worldview and client-centredness fit? *British Journal of Occupational Therapy*, 67, 10-19.
- Unsworth, C.A. (2005). Using a head-mounted video camera to explore current conceptualizations of clinical reasoning in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 31-40.
- Unsworth, C.A. (2008). Reviewing of methodologies for researching clinical reasoning. In B.A.B. Schell & J.W. Schell (Eds.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (371-400). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Vermersch, P. (2006). *L'entretien d'explicitation*. [The explicitation interview]. Issy-les-Moulineaux: ESF éditeur.
- World Health Organization (2003). *Home-based long-term care*. Geneva.
- Zimolag, U., French, N. & Paterson, M. (2002). Striving for professional excellence: The role of evidence-based practice and professional artistry. *OTNow*, 4, 8-10.

ANNEXE 2
COURRIEL ENVOYÉ AUX GESTIONNAIRES RESPONSABLES
DU PROGRAMME SOUTIEN À DOMICILE

Objet : Participation du CSSS _____

Bonjour _____,

J'aimerais solliciter la participation du CSSS _____ à un projet de recherche qui sera réalisé de juin 2009 à février 2010. Ce projet porte sur l'enseignement aux transferts réalisé par les ergothérapeutes du Soutien à domicile auprès des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle. Il se déroulera sous la direction de deux chercheurs expérimentés, ma directrice principale, Johanne Desrosiers erg. PhD, directrice de l'École de réadaptation et mon co-directeur, Denis Bédard PhD, professeur titulaire au département de pédagogie. Vous trouverez ci-joint un résumé du protocole de recherche.

Je désire recruter douze ergothérapeutes répartis au sein de chacun des sept CSSS de l'Estrie, dont votre établissement. Votre participation implique ma présence en tant qu'observatrice lors de deux visites à domicile de l'ergothérapeute suivies d'une entrevue semi-dirigée de 45-60 minutes. Ayant moi-même oeuvré de nombreuses années en CLSC et connaissant la rareté des ressources "ergo", je tiens à souligner que ce projet de recherche demandera un investissement minime pour le clinicien et pour votre établissement et aura des retombées au niveau de l'efficacité et de l'efficience des interventions ergothérapeutiques.

Je communiquerai avec vous par téléphone au cours de la semaine du 26 janvier afin de solliciter votre approbation.

Veillez agréer mes meilleures salutations,

Annie Carrier

ANNEXE 3
COURRIEL ENVOYÉ AUX ERGOTHÉRAPEUTES
DU PROGRAMME SOUTIEN À DOMICILE

Objet : Participation au projet de recherche « Raisonement clinique sous-jacent à l'enseignement ergothérapeutique des transferts aux personnes âgées en milieu communautaire »

Bonjour _____,

Je communique avec vous afin de solliciter votre participation à mon projet de recherche, qui a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche des CSSS de l'Estrie. Vous avez été identifié _____ (à l'aide du répertoire des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec ou par votre supérieur immédiat).

En tant qu'ergothérapeute en CLSC, il vous arrive fréquemment d'enseigner les transferts (déplacements du corps d'une surface à une autre) à votre clientèle. Or, on connaît peu les stratégies d'enseignement que l'ergothérapeute utilise et ce qui en détermine le choix. L'objet du présent projet est donc le raisonnement clinique (processus décisionnel) menant au choix des stratégies d'enseignement. L'objectif est de mieux comprendre comment les ergothérapeutes en CLSC choisissent leurs stratégies d'enseignement lors d'interventions associées aux activités de transfert auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie fonctionnelle.

Si vous acceptez de participer à ce projet, il faudra tout d'abord que vous réalisiez, sous mon observation, une intervention à domicile visant l'enseignement d'un ou des transferts à une personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle. Ensuite, vous devrez répondre à des questions qui permettront d'explorer votre processus décisionnel relatif aux stratégies utilisées pour enseigner les transferts à votre client. Une rencontre de 60 minutes sera nécessaire pour répondre à ces questions. À un autre moment, une seconde intervention à domicile, avec une autre personne âgée, sera également observée et suivie d'une entrevue. Les entrevues auront lieu à l'endroit de votre choix et seront enregistrées sur bande audio. À la suite de ces deux rencontres, il est possible que je vous contacte par téléphone pour explorer davantage ou valider certains aspects de votre processus décisionnel. Il est aussi possible que je vous suggère des éléments pour guider le choix de la situation d'enseignement à réaliser (par exemple, le type de transfert ou de problématique du client).

Je communiquerai avec vous par téléphone dans la semaine qui vient afin de répondre à vos questions et vérifier votre intérêt à participer à ce projet.

Veillez agréer mes meilleures salutations,

Annie Carrier erg., B.A.(psy), LL.M.

ANNEXE 4
AIDE-MÉMOIRE
« PREMIER CONTACT AVEC LE CLIENT »

**Formulaire premier contact client:
Aide-mémoire de l'ergothérapeute participant**

Pour nous assurer que votre client comprenne bien la nature de la participation que l'on sollicite de sa part au projet de recherche et afin d'obtenir un premier consentement verbal, je vous demande de vous assurer d'aborder les points suivants avec lui :

- Il s'agit d'un projet de recherche qui vise à **mieux comprendre comment les ergothérapeutes enseignent les transferts aux personnes qui ont de la difficulté à se déplacer.**
- La recherche **porte donc sur l'ergothérapeute uniquement**, mais l'étudiante-chercheure doit tout de même **observer les interactions entre l'ergothérapeute et le client.**
- Les services du CSSS ne seront **pas affectés, peu importe le choix** du client de participer ou non à ce projet de recherche.
- Avant la visite à domicile de l'ergothérapeute, l'étudiante-chercheure se rendra au domicile du client. Elle lui expliquera plus en détail le projet de recherche et pourra répondre à ses questions. **Le client sera à ce moment libre de participer ou non au projet.**
- S'il le désire (**à vérifier s.v.p.**), l'étudiante-chercheure recontactera le client par téléphone avant la visite à domicile. Elle peut également être rejointe au

ANNEXE 5
GRILLE D'OBSERVATION DES SITUATIONS D'ENSEIGNEMENT

Description du contexte**Transfert** bain toilette lit autres : _____ **Nombre de transferts abordés** : _____**Lieux** : _____ **Équipements utilisés lors du transfert** banc/planche/b trsft/ barre appui au bain levier roues/portatif/rail planche trsft/safety pole/disque trsft/barre appui au lit/trapèze siège toilette/cadre rigide/pliant/siège d'aisance/barre d'appui à la toilette autres : _____**Présence d'autres personnes** : non oui Qui (lien avec client ou avec l'ergo)? : _____**Temps approximatif alloué à l'enseignement du ou des transferts** : ____ **Temps total de la VAD** : ____**Suivi prévu** : oui non

Actions de l'ergothérapeute (stratégies : méthodes ⁵ et matériel ⁶)	Actions du client	Questionnements

5 Méthode : exposé, démonstration, expérimentation, répétition, rétroaction, jeux de rôle...

6 Matériel (Outils/Moyens) : instructions verbales, visuelles (incluant vidéos, photos), écrites, somatosensorielles...

ANNEXE 6
GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

Certains participants m'ont parlé que pour eux, en tant qu'ergothérapeute, l'enseignement voulait dire **favoriser chez le client le réapprentissage ou l'apprentissage d'activités et de façons de faire**. (Lui **apprendre à faire** son transfert ou lui **donner des informations** sur les équipements, la technique, la sécurité, etc.)

Et quand
Tandis que
Tout en continuant à
Et au moment où
Et pendant que
Qu'est-ce que
Qu'est-il arrivé après?

- Est-ce que ça rejoint aussi votre perception de l'enseignement ergothérapeutique? Comment?
- Décrivez-moi comment vous avez enseigné les transferts à votre client.
- Décrivez-moi ce qui a guidé vos choix dans votre façon d'enseigner les transferts à ce client.

À partir d'actions observées relatives à l'enseignement et des données déjà collectées non traitées aux deux premières questions

- Quand vous faisiez telle (action), qu'est-ce que vous faisiez? Qu'est-ce qui vous a mené à faire telle (action)?
- Quand vous utilisiez tel (moyen/outil), qu'est-ce que vous faisiez?
 - Qu'est-ce qui vous a mené à utiliser tel (moyen/outil)?
 - Vous m'avez dit que (telle action) du client a guidé votre (action). Quelles sont les autres actions/indices, s'il y en a d'autres, qui ont guidé votre action?
 - Comment cette action a-t-elle influencé, si elle l'a influencé, votre intervention subséquente?
- Qu'est-ce qui vous amène à varier votre façon d'enseigner un transfert (stratégies et séquence de stratégies) 1) à un client? 2) d'un client à l'autre? (*stratégies = méthodes et moyens/outils*)
- En quoi (voir points subséquents, si non ressortis précédemment) ont-ils influencé, s'ils l'ont influencé, votre façon d'enseigner les transferts avec ce client? Avec d'autres clients?

Facteurs intrinsèques	Facteurs extrinsèques
Vos préférences personnelles	La présence de distractions (chiens, chats, fumée)
Vos habitudes personnelles (vs stratégies et séquence de stratégies)	La complexité de la situation d'enseignement [type de transfert, caractéristiques du client et de son environnement social] * Qu'est-ce qu'une situation d'enseignement « facile » ou simple? « difficile » ou complexe? <u>Exemples svp.</u>
Votre personnalité	Le lien thérapeutique entre vous et votre client
	L'environnement où l'enseignement a lieu
Avoir une banque de stratégies En avez-vous une? Quelles sont-elles?	<ul style="list-style-type: none"> • L'échec ou la réussite d'une façon d'enseigner. Qu'est-ce qui vous permet de déterminer s'il s'agit d'un échec ou d'une réussite? • Votre organisation du travail ou votre contexte de travail
Le fait d'avoir ou non expérimenté vous-mêmes la méthode, l'équipement, etc.	La disponibilité ou non d'aides visuelles/documents écrits (moyen/outil pédagogique)

En quoi la complexité de l'environnement / de la tâche / la « lourdeur » de la perte d'autonomie du client affectera-t-elle, si elle l'affecte, le niveau d'intensité (durée, répétition) de votre enseignement?

Notre rencontre touche à sa fin.

- Y a-t-il autre chose à laquelle vous pensez qui permettrait de mieux comprendre comment un ergothérapeute choisit sa façon d'enseigner les transferts?
- Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez me demander?
- Puis-je vous téléphoner ou correspondre avec vous par courriel si j'ai d'autres questions ou si j'ai besoin de précisions?

Je vous remercie pour cette rencontre. Si vous avez des idées ou des questions qui vous viennent en lien avec ce dont nous avons parlé, vous pouvez les noter et me les transmettre par courriel ou par téléphone, à un moment qui vous convient.

ANNEXE 7
QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE
ET CLINIQUE DU CLIENT

Données socio-démographiques et clinique du client

Date : _____ # code : _____

1) Âge : _____

2) Sexe Homme Femme

3) Diagnostic et conditions associées :

4) Niveau de scolarité :

Inconnu

Connu : _____

5) Niveau d'autonomie fonctionnelle (score SMAF) :

Inconnu

Connu : _____

6) Motif de la visite à domicile :

7) Autres informations jugées pertinentes

ANNEXE 8
QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE
DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

Données socio-démographiques de l'ergothérapeute

Date : _____ # code : _____

1) Sexe : Masculin Féminin

2) Âge : _____

3) Année de diplômation en ergothérapie : _____

4) Lieu de formation en ergothérapie : ULaval UMtl UMcGill
 UOttawa Autre : _____

5) Nommez les différents milieux de pratique où vous avez oeuvré en tant qu'ergothérapeute :

6) Nombre total d'années d'expérience de travail : _____

7) Nombre total d'années d'expérience de travail en CLSC : _____

8) Avez-vous reçu une formation PDSB? oui non

Si oui, laquelle? (Indiquez l'année de formation initiale et de la dernière réaccréditation obtenue)

	Formation initiale	Dernière réaccréditation
<input type="checkbox"/> De base	_____	_____
<input type="checkbox"/> De base, Soins à domicile	_____	_____
<input type="checkbox"/> De formateur	_____	_____
<input type="checkbox"/> De formateur, Soins à domicile	_____	_____

9) Indiquez, s'il y a lieu, toute formation universitaire suivie (autre que l'ergothérapie) :

	Domaine d'étude	Diplôme obtenu?		
<input type="checkbox"/> Certificat	_____	<input type="checkbox"/> oui (Année : __)	<input type="checkbox"/> non, en cours	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Baccalauréat	_____	<input type="checkbox"/> oui (Année : __)	<input type="checkbox"/> non, en cours	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Maîtrise	_____	<input type="checkbox"/> oui (Année : __)	<input type="checkbox"/> non, en cours	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Doctorat	_____	<input type="checkbox"/> oui (Année : __)	<input type="checkbox"/> non, en cours	<input type="checkbox"/> non

10) Avez-vous reçu une formation en pédagogie? oui non

Si oui, laquelle? (Indiquez le **nombre d'heures** de formation et l'**année** de la formation)

Merci!

ANNEXE 9
APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE
DE LA RECHERCHE DES CSSS DE L'ESTRIE

Le 25 mai 2009

Madame Annie Carrier
Centre de recherche sur le vieillissement
Centre de santé et de services sociaux -
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Objet : Évaluation éthique et scientifique du projet Raisonement clinique sous-jacent à
l'enseignement ergothérapeutique des transferts aux personnes âgées en milieu
communautaire MP-CSSS-ESTRIE-09-006

Madame,

Le formulaire de consentement du participant ainsi que le formulaire de premier contact avec le client déposés au secrétariat du CÉR sont conformes aux exigences du comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie. Vous pouvez donc amorcer votre collecte de données dans le ou les établissements concernés.

Veillez agréer, Madame, mes salutations sincères et bon succès dans votre projet.

Présidente du comité,



Nicole Dubuc

c. c. Monsieur Mario Wilhelmy, directeur des services professionnels, Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
Monsieur Pierre-André Rainville, directeur général, Centre de santé et de services sociaux de la MRC de Coaticook
Monsieur Pierre Latulippe, directeur général, Centre de santé et de services sociaux du Granit
Monsieur Mario Morand, directeur général, CSSS des Sources
Monsieur Jacques Boissonneault, directeur général, CSSS du Haut-St-François
Madame Johanne Archambault, directrice de la coordination et des affaires académiques, CSSS-IUGS
Madame Johanne Desrosiers, directrice de mémoire, Université de Sherbrooke

ANNEXE 10
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
DU PARTICIPANT ERGOTHÉRAPEUTE

Formulaire de consentement du participant (ergothérapeute)

1^{RE} PARTIE : DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS

Titre du projet: **Raisonnement clinique sous-jacent à l'enseignement ergothérapeutique des transferts aux personnes âgées en milieu communautaire**

Sources de financement: Fonds de la recherche en santé (FRSQ)
Fondation canadienne d'ergothérapie (FCE)

Responsables: Annie Carrier, erg., étudiante à la maîtrise en sciences cliniques et chercheuse principale
Johanne Desrosiers, erg., Ph.D., directrice de recherche
Denis Bédard, Ph.D., co-directeur de recherche
Mélanie Levasseur, erg., Ph.D., co-directrice de recherche

Déclaration de responsabilité

Le chercheur principal ainsi que les chercheurs-collaborateurs sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire de consentement.

Signature des chercheurs responsables de l'étude :	

2^E PARTIE : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

1. Présentation

L'ergothérapeute en milieu communautaire enseigne fréquemment les transferts, c'est-à-dire les déplacements du corps d'une surface à une autre, à sa clientèle. Or, on connaît peu les stratégies d'enseignement qu'il utilise et ce qui en détermine le choix. L'objet du présent projet est donc le raisonnement clinique (processus décisionnel) menant au choix des stratégies d'enseignement.

Vous correspondez au profil des personnes recherchées pour participer à cette recherche et avez été identifié à l'aide du répertoire des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) ou par votre supérieur immédiat.

2. Objectif du projet

Ce projet de recherche vise à mieux comprendre comment les ergothérapeutes en milieu communautaire choisissent les stratégies d'enseignement utilisées lors d'interventions associées aux activités de transfert auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie fonctionnelle.

3. Nature de la participation

Si j'accepte de participer à cette recherche, je devrai tout d'abord réaliser, sous observation de l'étudiante, une intervention à domicile visant l'enseignement d'un ou des transferts à une personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle. Je devrai ensuite répondre à des questions de l'étudiante qui permettront d'explorer mon processus décisionnel relatif au choix des stratégies que j'ai utilisées pour enseigner les transferts lors de cette intervention à domicile. Pour répondre à ces questions, une rencontre d'environ 60 minutes sera nécessaire. Dans un deuxième temps, une seconde intervention à domicile, avec une autre personne âgée, sera également observée et suivie d'une entrevue. Les entrevues auront lieu à l'endroit de mon choix et seront enregistrées sur cassettes audio. À la suite de ces deux rencontres, il est possible que l'étudiante me contacte par téléphone pour explorer davantage ou valider certains aspects de mon processus décisionnel. Il est aussi possible que l'étudiante me suggère des éléments pour guider le choix de la situation d'enseignement à réaliser (par exemple, le type de transfert ou de problématique du client).

4. Bénéfices

Ma participation au projet de recherche me permettra de faire une mise au point sur ce qui guide mon choix de stratégies d'enseignement à utiliser lors d'intervention à domicile associée aux activités de transfert de la clientèle âgée en perte d'autonomie fonctionnelle. De plus, je contribuerai à l'avancement des connaissances scientifiques sur ce sujet. Enfin, les résultats aideront à documenter le processus décisionnel des ergothérapeutes et pourront améliorer la formation dispensée aux ergothérapeutes et aux étudiants en ergothérapie afin d'optimiser l'efficacité de leurs interventions.

5. Risques et inconvénients

Cette étude n'ayant aucun lien avec les ressources humaines du Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) ou des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) suivants : Coaticook, Haut-St-François, Granit, Memphrémagog et des Sources, il est entendu que ma participation à cette étude n'affectera aucunement les relations de travail m'unissant à l'établissement où je pratique. De plus, cette étude ne servira aucunement à des fins d'évaluation de mon travail. Il est entendu que ma participation à ce projet de recherche ne me fait courir aucun risque sur le plan médical quel qu'il soit.

Il n'y a pas d'inconvénient direct pouvant découler de ma participation sauf une fatigue lors de l'entrevue faisant suite à l'observation. Si je suis fatigué(e), je pourrai répondre aux questions sur plus d'une rencontre. La présence de l'étudiante pourrait m'indisposer. Si tel était le cas, il me sera toujours possible en tout temps de lui demander de quitter.

6. Confidentialité

L'équipe de recherche m'a assuré que les informations recueillies demeureront strictement confidentielles. Afin d'assurer cette confidentialité, mon nom sera remplacé par un code auquel seule l'étudiante aura accès. Compte tenu du nombre restreint d'ergothérapeutes pratiquant dans le cadre de la mission CLSC des CSSS de l'Estrie, une attention particulière sera portée pour éviter que l'utilisation des données socio-démographiques ne permette l'identification de mes propos. Toutes les données, incluant les cassettes audio, seront conservées sous clé. Les cassettes audio seront effacées à la fin de la recherche et les questionnaires et manuscrits seront détruits au plus tard 5 ans après la fin de la recherche.

7. Retrait de la participation

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que je reste, à tout moment, libre de mettre fin à ma participation sans avoir à motiver ma décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Advenant que je me retire de l'étude, l'étudiante pourra me demander de conserver les documents écrits et les cassettes audio qui me concernent afin de bonifier son analyse.

8. Communication des résultats

Les résultats obtenus par cette étude seront diffusés dans le cadre de communications scientifiques et d'articles dans des périodiques. Je serai invité à participer, avec l'ensemble des ergothérapeutes participants, à un déjeuner-causerie où ils me seront divulgués. S'il advenait que je ne puisse y prendre part, l'étudiante sera disponible pour répondre à mes questions.

9. Études ultérieures

J'autorise les personnes responsables de ce projet à me recontacter pour me proposer d'utiliser les données recueillies à mon sujet pour les fins d'une autre recherche ou pour me proposer de participer à un autre projet de recherche à l'intérieur d'une période maximale de cinq ans.

Oui → [] Non → []

10. Arrêt du projet par le chercheur

Il est possible que l'étudiante mette fin à ma participation au présent projet de recherche dans l'éventualité où les données déjà collectées lui soient suffisantes pour répondre à l'objectif de l'étude. Je serai avisé dans les meilleurs délais si tel était le cas.

11. Compensation pour la participation à la recherche

Il n'y a aucune compensation prévue pour ma participation à ce projet de recherche.

12. Indemnisation en cas de dommages résultant de la participation à la recherche

Il n'y a aucune indemnisation prévue en cas de dommages résultant de ma participation à ce projet de recherche.

ANNEXE 11
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT CLIENT
(VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE)

Formulaire de consentement du participant (client)

1^{RE} PARTIE : DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS

Titre du projet: Comment les ergothérapeutes enseignent-ils les transferts aux personnes qui ont de la difficulté à se déplacer?

Sources de financement: Fonds de la recherche en santé (FRSQ)
Fondation canadienne d'ergothérapie (FCE)

Responsables : Annie Carrier, erg., étudiante à la maîtrise en sciences cliniques et chercheuse principale
Johanne Desrosiers, erg., Ph.D., directrice de recherche
Denis Bédard, Ph.D., co-directeur de recherche
Mélanie Levasseur, erg., Ph.D., co-directrice de recherche

Déclaration de responsabilité

Le chercheur principal ainsi que les chercheurs-collaborateurs sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire de consentement.

Signature des chercheurs responsables de l'étude :	

2^E PARTIE : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

1. Présentation

L'ergothérapeute en CLSC enseigne fréquemment les transferts, c'est-à-dire les déplacements du corps d'une surface à une autre, aux personnes qui éprouvent de la difficulté à se déplacer. Or, on connaît peu comment il choisit sa façon d'enseigner. L'objet du présent projet est donc de mieux comprendre comment l'ergothérapeute en CLSC choisit ses moyens d'enseignement.

Vous avez été identifié par votre ergothérapeute comme étant une personne ayant besoin de son enseignement pour apprendre à vous déplacer de façon plus sécuritaire et adaptée à vos capacités.

2. Objectif du projet

Ce projet de recherche vise à mieux comprendre comment les ergothérapeutes en CLSC choisissent les moyens qu'ils utilisent lorsqu'ils enseignent des façons de se déplacer d'une surface à une autre (transfert) à leurs clients.

3. Nature de la participation

Si j'accepte de participer à cette recherche, une étudiante observera une visite à domicile de mon ergothérapeute. Elle prendra des notes et cette rencontre sera enregistrée sur cassette audio. Aucune action supplémentaire de ma part ne sera nécessaire suite à cette observation. L'étudiante demandera également à mon ergothérapeute quelques informations sur ma situation, par exemple la raison pour laquelle je reçois des services.

4. Bénéfices

Ma participation au projet de recherche permettra de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques sur les interventions d'enseignement des ergothérapeutes. Les résultats pourront améliorer la formation dispensée aux ergothérapeutes et aux étudiants en ergothérapie afin d'améliorer l'efficacité de leurs interventions.

5. Risques et inconvénients

Cette étude n'ayant aucun lien avec les services du Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) ou des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) suivants : Coaticook, Haut-St-François, Granit, Memphrémagog et des Sources, il est entendu que ma décision de participer ou non à cette étude n'entravera aucunement les services que je reçois ou que je pourrais recevoir de l'un ou l'autre de ces établissements. Il est également entendu que ma participation à ce projet de recherche ne me fait courir aucun risque sur le plan médical quel qu'il soit. Il n'y a pas d'inconvénient direct pouvant découler de ma participation. La présence de l'étudiante pourrait par contre m'indisposer. Si tel était le cas, il me sera toujours possible en tout temps de lui demander de quitter.

6. Confidentialité

L'équipe de recherche m'a assuré que les informations recueillies demeureront strictement confidentielles. Afin d'assurer cette confidentialité, mon nom sera remplacé par un code auquel seule l'étudiante aura accès. Toutes les données, incluant les cassettes audio, seront conservées sous clé. Les cassettes audio seront effacées à la fin de la

recherche et les questionnaires et manuscrits seront détruits au plus tard 5 ans après la fin de la recherche.

7. Retrait de la participation

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que je reste, à tout moment, libre de mettre fin à ma participation sans avoir à motiver ma décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Advenant que je me retire de l'étude, l'étudiante pourra me demander de conserver les documents écrits et les cassettes audio qui me concernent afin de bonifier son analyse.

8. Communication des résultats

Les résultats obtenus par cette étude seront diffusés dans le cadre de communications scientifiques et d'articles dans des revues scientifiques. Je ne serai pas personnellement informé de ces résultats mais l'étudiante sera disponible pour répondre à mes questions au besoin.

9. Études ultérieures

J'autorise les personnes responsables de ce projet à me recontacter pour me proposer d'utiliser les données recueillies à mon sujet aux fins d'une autre recherche ou pour me proposer de participer à un autre projet de recherche à l'intérieur d'une période maximale de cinq ans.

Oui → []

Non → []

10. Compensation pour la participation à la recherche

Il n'y a aucune compensation prévue pour ma participation à ce projet de recherche.

11. Indemnisation en cas de dommages résultant de la participation à la recherche

Il n'y a aucune indemnisation prévue en cas de dommages résultant de ma participation à ce projet de recherche.

12. Personne à contacter de l'équipe de recherche

Pour toute information, en regard du déroulement de la recherche ou de la survenue d'un incident, pour discuter des modalités d'un éventuel retrait ou pour toute urgence, veuillez contacter Madame Annie Carrier (819-780-2220 poste 45614), étudiante à la maîtrise, ergothérapeute et responsable du projet de recherche.

13. Droits en tant que sujets de recherche d'un établissement de santé

Si vous voulez formuler une plainte en lien avec votre participation à cette recherche, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

14. Approbation par le comité d'éthique de la recherche

Ce projet de recherche a été évalué et accepté par le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie. Pour tout problème éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable de la recherche, expliquer ses préoccupations à la présidente de ce comité en contactant son secrétariat au (819) 780-2220, poste 47101.

15. Consentement

Je soussigné(e), _____ déclare que _____ m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche, que j'ai pris connaissance du formulaire de consentement et qu'on m'en a remis un exemplaire, que j'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction, et qu'on m'a accordé un temps de réflexion. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche. Ceci étant, j'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche.

Signature du sujet : _____

Je soussigné(e), Annie Carrier, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement :

Fait à _____, le _____ 200_.

Research consent form (client)

1ST SECTION: RESEARCHERS RESPONSIBILITY DECLARATION

Project title: How do occupational therapists teach transfer skills to persons with mobility problems?

Financing: Fonds de la recherche en santé (FRSQ)
Fondation canadienne d'ergothérapie (FCE)

Researchers: Annie Carrier, OT, student researcher
Johanne Desrosiers, OT, Ph.D., research supervisor
Denis Bédard, Ph.D., research supervisor
Mélanie Levasseur, OT, Ph.D., research supervisor

Responsibility declaration

The student researcher and her research supervisors are responsible for the conduct of the present research project and commit themselves to complying with the obligations provided for herein. They also commit to informing you of anything that might modify the nature of your consent.

Student researcher and research supervisors signatures:	

2NDSECTION: CONSENT FORM

1. Introduction

The CLSC occupational therapist frequently teaches transfer skills, i.e. moving from one surface to another, to persons with mobility problems. We do not know much about how the occupational therapist chooses the way he teaches. Thus, this research project aims at understanding how the CLSC occupational therapist chooses his teaching methods.

You were identified by your occupational therapist as a person who needs his services to help you learn new ways to move safely and according to your capacities.

2. Purpose of the research project

This research project aims at better understanding how CLSC occupational therapists choose their methods when they teach their clients ways to move from one surface to another (transfer skills).

3. Subject's participation

If I agree to take part in this research project, the research student will observe my occupational therapist during one home visit. She will take notes and this home visit will be audio recorded. No other supplementary action will be necessary on my part following this observation. The research student will also ask my occupational therapist a few questions regarding my situation, such as the reason why I receive services.

4. Benefits

My participation in this research project will contribute to scientific knowledge development regarding occupational therapists' teaching interventions. Results will help improve occupational therapists and occupational therapy students education and thus will help improve the efficacy of their interventions.

5. Risks and disadvantages

The present research project is not linked to Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) services or to the services of the following Centres de santé et de services sociaux (CSSS): Coaticook, Haut-St-François, Granit, Memphrémagog et des Sources. It is thus understood that my decision to take part in this research project will not affect the services I receive or might receive from one of these institutions. It is also understood that my participation does not put me at medical risk whatsoever.

There is no direct disadvantage for my participation to the research project. However, the research student presence might affect me. If it is the case, it is always possible to ask her to leave at any moment.

6. Confidentiality

The research team has assured me that all gathered information will be held strictly confidential. To ensure confidentiality, my name will be replaced with a code that only the research student will have access to. All data, including audio recording, will be kept under lock and key. Audio recordings will be erased at the end of the research project and questionnaires and manuscripts will be destroyed at the latest 5 years after the end of the research project.

7. Participation withdrawal

It is understood that my participation in this research project is voluntary and that I am free to withdraw at any time for any reason without having to justify my decision or incur consequences of any kind. If I choose to withdraw from the research project, the research student might ask me to keep written documentation and audio recording related to myself in order to improve her analysis.

8. Results publication

The results from this research project will be published in medical journals or shared with third parties during scientific discussions. I will not be personally informed of these results but the research student will gladly answer my questions if I have any.

9. Subsequent research projects

I authorize the research student or the research supervisors to contact me to request my permission to use the collected data in another research project or to request my participation in another research project for a 5 years maximum period.

Yes → [] No → []

10. Compensation for participation

There is no intended compensation for my participation in the research project.

11. Compensation in case of damage resulting from participation

There is no intended compensation in case of damage resulting from my participation in the research project.

12. Resource person

If you have questions, you want to discuss an incident relating to this research project, you want to withdraw your participation or for any emergency, please contact Mrs Annie Carrier (819-780-2220 poste 45614), research student, occupational therapist and research coordinator.

13. Participants rights

If you want to file a complaint regarding your participation in the research project, you can contact the local service quality and complaints commissioner of your CSSS.