

Méthodes, techniques
et outils
d'intervention



Guide pratique de recherche en réadaptation

Sylvie **TÉTREAU**
Pascal **GUILLEZ**

Préface de Marie-Hélène Izard et
Marie-Chantal Morel

Méthodes, techniques
et outils
d'intervention

Guide pratique de recherche en réadaptation

Sylvie **TÉTREAU**
Pascal **GUILLEZ**

Préface de Marie-Hélène Izard et
Marie-Chantal Morel

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : **www.deboeck.fr**

© De Boeck Supérieur s.a., 2014
Fond Jean Pâques, 4 – 1348 Louvain-la-Neuve

1^{re} édition

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Imprimé en Belgique

Dépôt légal : juin 2014
ISBN : 978-2-35327-267-9

Remerciements

Le défi de cet ouvrage repose sur la rareté des écrits francophones sur le sujet. Considérant cela, il fut nécessaire de mobiliser de nombreuses ressources et en particulier de nombreux réseaux professionnels. Nos remerciements s'adressent particulièrement à tous les directeurs des instituts de formation en ergothérapie de France, aux collègues de l'Institut Parnasse Deux-Alice de Bruxelles en Belgique et à ceux de la Haute École de travail social et de la santé de Lausanne en Suisse. Merci à Sylvie Meyer qui m'a hébergé en Suisse pendant la rédaction scientifique.

Nous tenons à remercier l'Université Laval de Québec pour nous avoir donné la possibilité d'élaborer ce livre. Il faut souligner l'apport précieux des collaborateurs qui ont participé à la rédaction des différents chapitres en fonction d'une expertise reconnue. Enfin, des remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué à cette réflexion, incluant les nombreux étudiants rencontrés.

*À Pierre,
Qui m'a toujours encouragé dans mes projets et qui
m'accompagne à chaque jour de ma vie.*

Sylvie Tétreault

Sommaire

Remerciements	3	CHAPITRE 6	
Préface	7	LES INSTRUMENTS DE MESURE	
Introduction	9	STANDARDISÉS ET LEURS	
		QUALITÉS MÉTROLOGIQUES	113
CHAPITRE 1		CHAPITRE 7	
RECHERCHE EN		EXPLORER LES ÉCRITS	
RÉADAPTATION : ÉVOLUTION		SCIENTIFIQUES	133
ET DÉVELOPPEMENT	11	Recension des écrits	137
		Étude de la portée	151
CHAPITRE 2		Revue systématique	161
DÉVELOPPEMENT DE LA		Méta-synthèse	177
RECHERCHE EN RÉADAPTATION :		Méta-analyse	187
DIFFÉRENTES PERSPECTIVES	19	Lignes directrices	199
CHAPITRE 3		CHAPITRE 8	
STRATÉGIES POUR POSER		MÉTHODES DE RECHERCHE POUR	
SA QUESTION DE RECHERCHE	31	EXPLORER CE QUE L'AUTRE	
CHAPITRE 4		PENSE, RESSENT, PERÇOIT	211
APPRIVOISER LA RECHERCHE	49	Entretien de recherche	215
Appropriation d'une terminologie	53	Élaboration d'un questionnaire	247
scientifique		Sondage	269
L'ABC de la recherche dans les bases	69	Technique Delphi	287
de données		Récit de vie ou histoire de vie	299
CHAPITRE 5			
GUIDE POUR ANALYSER			
LES ARTICLES SCIENTIFIQUES			
ET MAXIMISER SA LECTURE	87		

CHAPITRE 9

MÉTHODES DE RECHERCHE POUR DES GROUPES 313

Observation participante 317

Focus groupe 327

Méthode du groupe nominal 345

Méthode TRIAGE 355

Forum Ouvert ou place du marché 367

CHAPITRE 10

APPROCHES DE RECHERCHE INNOVANTES 379

Recherche-action participative :
nouvelles perspectives 383

La recherche évaluative : Porter un
jugement sur un programme
ou une intervention 423

Méthodologie Q 445

CHAPITRE 11

RECOMMANDATIONS POUR LA RÉADAPTATION 465

Adaptations méthodologiques
destinées aux personnes ayant
des limitations cognitives 469

Recherche qualitative et scientificité 489

Conclusion 509

Annexes 513

Présentation des auteurs 545

Préface

Depuis une quinzaine d'années, la dynamique de la recherche émerge de manière forte dans le monde de la réadaptation et particulièrement pour l'ergothérapie. Professions « jeunes » dans le champ de la santé en France, les pratiques en réadaptation évoluent, le métier se diversifie et élargit ses territoires. Or, ces pratiques restent surtout basées sur l'empirisme et non sur des données probantes. Il s'agit maintenant de dépasser le savoir et le savoir-faire issus de la pratique. Il importe de développer des outils d'évaluation et des interventions basées sur des évidences scientifiques. De plus en plus, il est indispensable d'apporter des preuves d'efficacité de nos interventions ! La recherche est un moyen puissant d'augmenter la crédibilité de ces professions auprès de la communauté scientifique.

De nombreux ouvrages existent en français sur le thème de la recherche. Néanmoins, l'originalité du livre de Sylvie Tétreault et de Pascal Guillez réside dans le fait qu'il est écrit par divers professionnels de la réadaptation et qu'il est destiné aux intervenants et aux étudiants dans ce domaine de la santé. Il est centré sur le besoin de rehausser les pratiques et d'améliorer leur efficacité, tout en tenant compte de la réalité des personnes vivant des situations de handicap.

Entreprendre seul une activité de recherche, sans formation sur les aspects méthodologiques, statistiques ou éthiques est parfaitement illusoire. C'est pour cette raison que de plus en plus d'intervenants en réadaptation s'inscrivent dans cette démarche par le biais de doctorats, dans des filières scientifiques diverses. De son côté, le réseau de formation se transforme, en particulier avec le processus de réingénierie et son approche par « compétences ». Par exemple, en France, les étudiants en ergothérapie doivent réaliser un « mémoire de recherche » devenu depuis 2010 « mémoire d'initiation à la recherche ». En somme, le développement d'une pédagogie de la recherche s'affirme dans les pays francophones comme il a évolué dans les pays anglophones.

Sylvie Tétreault et Pascal Guillez ont compris depuis longtemps l'importance des collaborations internationales dans le monde de la recherche et de

la formation. Ils travaillent ensemble depuis plus de dix ans sur divers projets. Leur ouvrage intègre des savoirs provenant du réseau francophone émergeant, que ce soit en Belgique, en France, au Québec ou en Suisse. Par leurs travaux, leurs communications lors de nombreux congrès internationaux, leur implication dans la formation des étudiants en ergothérapie et dans d'autres domaines de la réadaptation, ces deux professeurs ont aidé à démystifier la voie de la recherche. Ils ont réussi à regrouper divers auteurs ayant des compétences reconnues dans les champs professionnel, pédagogique et scientifique. Cela a permis la réalisation d'un ouvrage accessible et convivial sur le thème de la recherche.

Ce guide, par son contenu et son architecture, représente un véritable outil pédagogique nécessaire à la formation des professionnels et des étudiants en réadaptation. Sa lecture et son utilisation peuvent se faire « à la carte », en fonction des besoins : le lecteur y trouvera une aide pour s'approprier et exploiter les écrits scientifiques ; les chercheurs, les formateurs et les étudiants y puiseront une aide pour le choix pertinent d'un outil et pour son application.

Souhaitons que ce livre accompagne longtemps les intervenants en réadaptation sur le chemin de la recherche, tant nécessaire à la reconnaissance scientifique de cette spécialité au service de personnes en situation de vie complexe et difficile.

*Marie-Hélène IZARD de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier
et Marie-Chantal MOREL de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Bordeaux,
mars 2014.*

Introduction

POUR PARTIR DU BON PIED!

Lire des articles scientifiques, participer à des recherches ou élaborer des études pour documenter ses interventions représentent des activités de plus en plus courantes pour le professionnel et l'étudiant en réadaptation. Ils devront savoir comment utiliser les outils de la recherche afin de devenir proactif dans la construction des savoirs propres à leur domaine d'expertise. En fait, plusieurs raisons soutiennent et renforcent l'idée de développer un corpus de connaissances propre à la réadaptation. La première concerne la maîtrise des différentes étapes de la recherche. Ces savoirs permettront de trouver les meilleures pratiques pour répondre à des problèmes simples ou complexes. L'intervenant ou l'étudiant devra apprendre à lire les données scientifiques, à les comprendre, mais aussi à développer de nouvelles connaissances. Comme cet apprentissage est graduel, le but de ce livre est d'explorer les diverses composantes des méthodologies de recherche (*research design*), plus particulièrement en rééducation-réadaptation.

Plusieurs raisons justifient le besoin de connaître les différentes méthodologies ou devis de recherche et d'intégrer leurs caractéristiques. D'abord, les orientations gouvernementales exigent de répondre efficacement aux besoins de la population, particulièrement les personnes âgées. Ce contexte amène un besoin de rehausser les compétences en recherche clinique et de baser davantage les pratiques sur des données probantes. Puis, le processus de Bologne, initié en 1999 et mis en œuvre en 2010, a conduit à la création de l'espace européen de l'enseignement supérieur. Ce processus a amené des ajustements dans les programmes de formation des professionnels paramédicaux. Par exemple, dans le cadre de leur formation, les étudiants en ergothérapie et kinésiologie doivent maintenant être initiés à la démarche de recherche. De plus, ce changement permet à plusieurs personnes d'accéder à des études de grade maîtrise ou doctorat. Ces constats confirment la nécessité d'explorer les différentes facettes de la recherche et d'identifier les étapes pour la réaliser, particulièrement les méthodes de recherche.

Ce livre est original et comporte de nombreuses illustrations, afin de faciliter la compréhension du contenu. Il puise les informations autant dans les écrits scientifiques nord-américains qu'européens. Sa particularité concerne le fait qu'il pourra guider autant le professionnel de la réadaptation que l'étudiant, peu importe sa formation. Il a été écrit grâce à la contribution de nombreux chercheurs en réadaptation.

En somme, entreprendre une recherche, c'est d'abord comprendre les différents mécanismes pour répondre à une interrogation clinique, saisir avec facilité les concepts qui s'y rattachent et appréhender des outils de recherche pertinents au domaine de la réadaptation. Ce sont ces défis auxquels tente de répondre ce livre.

CHAPITRE 1

RECHERCHE EN RÉADAPTATION: ÉVOLUTION ET DÉVELOPPEMENT

Pascal Guillez M.Sc.

INTRODUCTION

Pour bien saisir la situation actuelle, il importe d'explorer brièvement l'histoire de la réadaptation dans les pays francophones. À ce propos, de nombreux textes ont fait mention de l'évolution de la médecine dite de « réadaptation ». En particulier, les événements historiques ont été définis comme à l'origine des progrès dans ce domaine. Il est ainsi classique de relier des événements historiques et des dominantes sociologiques à l'évolution de la réadaptation.

ÉVOLUTION DE LA RÉADAPTATION

D'une façon assez simpliste, on distingue trois périodes pour lesquelles les auteurs se rejoignent. D'abord, la première période, antérieure au 19^e siècle, intègre très peu la notion de réadaptation. En effet, la préoccupation essentielle relève de l'accueil et du soin, le plus souvent selon un modèle sociologique d'assistance et intégrée à un contexte religieux de charité. La seconde période se situe à la fin du 19^e et au début du 20^e siècle. Elle se caractérise par l'influence d'un « droit à réparation », qui signe l'appropriation collective et sociétale de la problématique du handicap et de la réadaptation. Une troisième période, particulièrement riche en prises de position des acteurs publics, s'amorce dès les années 1920. C'est ainsi que les deux Guerres mondiales constituent des repères classiques dans l'évolution des politiques de réadaptation et de réinsertion des personnes victimes de ces conflits. Par ailleurs, les conséquences sociologiques de ces événements ont aussi favorisé ce développement. Ainsi, les « Trente Glorieuses » en France (1945-1973) ont vu l'émergence de politiques spécifiques envers les travailleurs dont l'état de santé a été altéré par leur activité professionnelle. En effet, la reconstruction économique des pays concernés par la Seconde Guerre mondiale s'est faite avec une recrudescence de pathologies et d'accidents liés au travail. Cette situation a entraîné l'amélioration des actions thérapeutiques tout comme

la mise en place des processus de réinsertion et de compensations liées à la perte ou à la diminution de la capacité d'exercer une activité professionnelle (Collard & Samama, 2010). À cette époque, la réadaptation s'inscrit comme une spécialité médicale, incluse dans un processus de réinsertion qui, dans un premier temps, est essentiellement tourné vers l'activité professionnelle (Hamonet, 2012). Ce n'est que vers les années 1955-1960 que la notion d'insertion sociale des personnes handicapées se concrétise par des dispositifs réglementaires et statutaires (par exemple : en 1957, il y a eu l'introduction de la notion de « travailleur handicapé » en France). Toutefois, ces dispositifs restent peu appliqués, faute de systèmes de contrôle adaptés. À ces événements historiques mondiaux, il faut ajouter d'autres influences liées cette fois à des problèmes de santé publique et épidémiologique. La prévalence de certaines maladies représente tout naturellement un facteur d'influence de l'évolution médicale ou tout au moins d'une préoccupation renforcée d'un de ses champs d'intervention. Comme exemple, il suffit de penser aux ravages causés par la polio ou le mal de Pott.

Il faut souligner que les travaux de Frattini (2010) ont documenté la complexité de l'émergence de la spécialité de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle (RRF), puis de sa stabilisation comme profession reconnue. En particulier, cet auteur précise la volonté des promoteurs de la spécialité de réadaptation médicale de se positionner comme porteurs d'une « médecine active » en opposition à la maladie chronique définie, dans les années 1950, comme « incurable ». Il s'agit donc de donner à un champ médical spécifique les moyens de restaurer les capacités et aptitudes des personnes dites « malades » afin qu'elles participent à la catégorie des « actifs », c'est-à-dire intégrés professionnellement dans la société. À ce premier axe relatif à l'insertion sociale, il faudra ajouter celui de l'intégration sociale, puis scolaire, qui deviendra l'une des orientations préconisées dans les années 2000.

Au fil du temps, le législateur en France a souhaité cerner la problématique de la situation de handicap. Sans revenir sur les périodes classiquement décrites dans les écrits, il importe de souligner la mutation sociologique qui survient dans les années 1960-1970. À cette époque, le contexte mondial est économiquement favorable et représente une période d'amorce pour une refonte sociologique profonde où s'oppose une pensée qualifiable de classique à une tendance universellement réformatrice. Par exemple, c'est à partir du rapport Bloch-Lainé (1969) que sera édifiée la base de la loi du 30 juin 1975. Il s'agit en France d'un tournant majeur dans les politiques publiques en faveur des personnes handicapées. Dans ce rapport, il est fait état d'une relation non proportionnelle du « handicap » et de « l'inadaptation ». Autrement dit, les données cliniques ne sont pas les seuls facteurs à considérer dans la dynamique de la réadaptation. La médecine de réadaptation se

retrouve enrichie de composantes non médicales (par exemple : sociales, familiales, ethniques, philosophiques, religieuses, etc.). C'est au cours de cette même année 1975 que l'assemblée générale des Nations Unies adopte « une déclaration des droits des personnes handicapées », dont l'article 6 réaffirme la recherche systématique d'une intégration ou d'une réintégration sociale.

En se référant à la loi française de février 2005, la définition du handicap intègre deux notions essentielles : la limitation d'activités et la restriction de participation sociale. Le handicap sort ainsi définitivement du cadre biomédical dans lequel il était largement inscrit pour s'ancrer dans une approche sociologique. De plus, cette même définition situe les causes de la situation de handicap bien au-delà des domaines locomoteur ou sensoriel, pour lesquels elle était principalement décrite jusqu'alors. La précédente loi de 1975 n'avait pas intégré aussi clairement les atteintes cognitives, mentales, mais aussi psychiques ou même des situations liées à « un trouble de santé invalidant ». Cette définition va dans le même sens que celle adoptée au Québec dans la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées (Chap. E.20.1, chap.1, section 1.g) : « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ». En somme, l'évolution de la réadaptation est étroitement liée à ces données sociologiques et politiques qui ont modifié la représentation sociale du handicap, puis l'ensemble des actions promulguées en faveur des personnes en situation de handicap (Hamonet *et al.*, 2010).

En dehors de ces repères relativement consensuels, une approche un peu différente permet d'aborder, non seulement, l'évolution du concept de réadaptation lui-même, mais également les contenus des activités dites « réadaptatives ». Cette approche repose sur « l'ambiance technologique ». Autrement dit, il importe de mettre en parallèle la transformation des techniques de rééducation, des programmes de réadaptation et des politiques de réinsertion sociale en tenant compte des nouvelles réalités technologiques, en particulier dans les pays à forte industrialisation. En fait, quatre « ères » peuvent être proposées, soit : (1) mécanique ; (2) électronique ; (3) informatique ; (4) micro-technologique.

Il est possible de situer la première période lorsque le concept de réadaptation a connu la plus forte croissance, c'est-à-dire de la fin du 19^e siècle à nos jours. Cette période a été marquée par une technologie mécanique. L'ère industrielle est à son apogée et l'essentiel des techniques de fabrication repose sur des systèmes mécaniques. Par exemple, un des ancêtres des systèmes informatisés est le « métier Jacquard ». Il s'y trouve l'introduction de pièces de précision complexes (déjà largement maîtrisées en horlogerie depuis le

17^e siècle), mais aussi ce fameux système de commande à carte qui vaut au métier Jacquard sa réputation. Cette ère mécanique se transpose également dans les activités médicales, plus précisément en chirurgie orthopédique (Broustet, 2010). À ce propos, le domaine des instruments chirurgicaux et des techniques de contention ainsi que les éléments prothétiques sont très largement conditionnés par la technologie mécanique. Les corsets de traitement scoliotique ou encore les prothèses mécaniques pour le membre inférieur sont des exemples concrets de cette période.

Utilisée un peu plus tard en réadaptation, la place de l'exploitation de l'électronique marquera une nouvelle ère d'activités pour les professionnels et définira une deuxième période d'évolution. Toutefois, il faut distinguer d'emblée deux aspects : (1) l'exploitation des propriétés physiques électriques ; (2) la possibilité de miniaturisation de pièces entrant dans la composition des dispositifs médicaux. Même si des traces très anciennes d'utilisation des phénomènes électriques à des fins thérapeutiques (par exemple : les poissons torpilles mentionnés dès le 1^{er} siècle ap. J.-C. par Claudius Scribonius Largus, technique à l'origine de l'électrothérapie) se retrouvent dans l'histoire de l'humanité, il faut attendre le 18^e, mais surtout le 19^e siècle pour voir l'électrothérapie dans les interventions thérapeutiques et plus précisément dans le traitement des « aliénations mentales ». Ce sont les travaux de Cerletti et Bini qui, en 1938, amorceront l'utilisation parfois démesurée des électrochocs dans le traitement des troubles psychiatriques. Parallèlement, il faut mentionner l'exploitation des stimulations électriques pour les atteintes musculaires. D'ailleurs, les travaux de Guillaume Duchenne de Boulogne sont à l'origine de l'emploi des électrostimulations, toujours utilisées aujourd'hui, voire même complètement passées dans le domaine du grand public. Ensuite, l'introduction de l'électronique, plus précisément des composants miniaturisés, a contribué au développement de nombreuses applications dans le domaine de la réadaptation, et ce, dès la fin de la Seconde Guerre mondiale. Il faut souligner deux domaines où l'électronique a permis un essor remarquable de la réadaptation : les aides techniques et l'appareillage prothétique. À titre d'exemple, la prothèse myoélectrique a constitué dans les années 1970 une réelle avancée en matière de réadaptation. Les travaux d'un pionnier québécois, le docteur Gustave Gingras, illustrent bien cette époque. Aujourd'hui, ce concept est complètement dépassé par l'avancée technologique des neuroprothèses (par exemple : les microtechnologies). Il en a été de même avec l'apparition des implants de stimulation médullaire (en se référant aux travaux du Professeur Rabischong, 2012) jusqu'aux très récentes applications des exosquelettes, dont les perspectives vont aujourd'hui bien au-delà des aides à la marche. Pour bien saisir les changements rapides caractérisant le domaine des aides techniques, il suffit de citer l'évolution technologique des téléthèses et des synthèses vocales,

depuis moins de 20 ans (Wirotius, 1999). L'exploitation de ces technologies en réadaptation n'est pas prioritaire. En effet, l'évolution tend vers une exploitation « universelle » de ces techniques et il suffit, pour s'en persuader, de se référer à des exemples tels que des systèmes de télécommandes multimédias ou de programmation domotique (Thoumie, 2004).

Pratiquement en parallèle de l'évolution électronique, mais dans des champs d'application différents, l'informatique a imprégné la troisième période. Là encore, il faut distinguer plusieurs domaines dans lesquels l'informatique a influencé les interventions en réadaptation. Tout d'abord, l'accès à l'information et à la communication a connu un tournant important en lien avec l'autonomie de personnes ayant des déficiences graves et des possibilités motrices très restreintes. La recherche s'est alors centrée non seulement sur les applications multimédias adaptées aux limitations fonctionnelles de ces personnes, mais également sur les interfaces avec les systèmes informatiques. Cette orientation a permis d'en assurer la commande surtout dans des situations extrêmes de déficience (par exemple : le pilotage des systèmes directement par la pensée). La recherche s'est également intéressée à l'application des supports multimédias de l'informatique dans le quotidien de la personne, grâce à des progiciels ou logiciels. Actuellement, l'exploitation de logiciels à des fins de thérapie cognitive a montré d'excellents résultats. L'informatique représente, non seulement, un support pour compenser les situations de handicap, mais elle est également exploitable en thérapie. Enfin, il faut aborder l'explosion des microtechnologies en réadaptation lors de la quatrième période. À titre d'exemple, il faut mentionner les neuroprothèses permettant de capter directement l'activité neuronale pour réaliser une action. De plus en plus, des objets quotidiens, destinés à tous, ont remplacé de nombreuses aides techniques complexes. Une autre illustration contemporaine concerne les « smartphones », qui sont actuellement des outils de communication à très large spectre d'utilisation.

CONCLUSION

L'évolution de la réadaptation répond ainsi à deux dimensions : sociologique et technologique. La dimension sociologique correspond aux retombées des événements historiques et au contexte social sur le devenir des personnes en situation de handicap. Actuellement, la dominante relève de la recherche comme un moyen d'insertion sociétale. L'autre dimension est technologique. Elle se caractérise par une influence réciproque de l'évolution des matériaux et équipements. En effet, les recherches réalisées dans le domaine « grand public » ont permis d'améliorer les activités des personnes atteintes de déficiences motrices ou sensorielles, mais réciproquement, les recherches faites

dans le cadre des aides techniques ont permis la promotion de produits accessibles à un très large public.

RÉFÉRENCES

Bloch-Lainé, F. (1969). *Étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées*. Rapport présenté au Premier Ministre, décembre 1967. *La Documentation française, notes et études documentaires, février 1969*.

Broustet, J.P. (2010). Historique de la réadaptation. Dans M. Fischbach, *Précis de réadaptation cardiaque* (pp. 14-22). Paris, FR: Édition Frison-Roche.

Cerletti, U. (1950). L'électrochoc, indications respectives des méthodes de choc (thérapeutiques biologiques). *Congrès International de Psychiatrie*. Paris, FR: Hermann & Cie.

Collard, F. & Samama, E. (2010). *Handicaps et sociétés dans l'histoire: L'estropié, l'aveugle et le paralytique de l'Antiquité aux temps modernes*. Paris, FR: L'Harmattan.

Fratini, M.O. (2010). La spécialité de rééducation et réadaptation fonctionnelle en France: Une construction entre médecine et politique, 1945-1973. *Journal de Réadaptation et Médecine*, 30, 177-183.

Hamonet, C. (2012). *Les personnes en situation de handicap* (7^e éd.). Paris, FR: Presses Universitaires de France.

Hamonet, C., Wirotius, J.M., Devailly, J.P., Dziri, C., Challe, G. & de Jouvencel, M. (2010). Faut-il réhabiliter la réadaptation? *Journal de Réadaptation Médicale*, 30 (4), 143-147.

Gouvernement du Québec. (1978). *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*. Québec, QC: Auteur.

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, *Journal officiel de la République française du 1^{er} juillet 1975*, 6596.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation citoyenne des personnes handicapées, *Journal officiel de la République française n° 36 du 12 février 2005*, 2353.

Organisation des Nations Unies. (1975). *Déclaration des droits des personnes handicapées*. Résolution 3447 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies du 9 décembre 1975.

Rabischong, P. (2012). *Le handicap* (2^e éd.). Paris, FR: Presses universitaires de France.

Thoumie, P. (2004). *Recherche technologique et diffusion de l'innovation au service du handicap*. Paris, FR: Ministère délégué à la Recherche et aux nouvelles technologies.

Wirotius, J.M. (1999). Histoire de la rééducation. *Encyclopédie Médico-chirurgicale*, 26-005-A-10.

CHAPITRE 2

DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN RÉADAPTATION: DIFFÉRENTES PERSPECTIVES

Sylvie Tétreault Ph.D.



INTRODUCTION

Comparativement aux pays anglo-saxons ou scandinaves, la recherche en réadaptation demeure un phénomène en émergence dans plusieurs pays francophones. Or, depuis une dizaine d'années, de plus en plus d'intervenants complètent des études supérieures et aspirent à mener des recherches dans leur domaine. Cette situation les amène à se détacher de la recherche purement médicale afin d'adopter des thématiques davantage liées à la participation sociale (par exemple : inclusion scolaire, habitudes de vie, science de l'occupation). En outre, de nombreuses études sont maintenant interdisciplinaires et intersectorielles. Cela ouvre la porte à plusieurs possibilités de collaboration et à de nouvelles problématiques à explorer.

ÉMERGENCE DE LA RECHERCHE EN RÉADAPTATION ET DE LA NOTION D'EFFICACITÉ

Un élément à considérer concerne l'importance grandissante de l'économie et de la reddition de comptes sur la pratique en réadaptation. La reddition de comptes est directement liée au concept de performance autant dans le domaine privé que public (Université Laval, 2005). Il s'agit de démontrer comment les activités proposées permettent d'atteindre les objectifs visés tout en considérant la gestion de l'entreprise (par exemple : l'hôpital ou le centre de réadaptation). En fait, le processus de reddition doit identifier des attentes en matière de rendement et impliquer une évaluation par un tiers (Université Laval, 2005). Aujourd'hui, cette vision d'entreprise gagne de plus en plus la pratique de la réadaptation dans les pays industrialisés et explique l'intérêt croissant pour les données probantes. Une illustration de cette orientation sociétale se retrouve dans le plan d'accès proposé au Québec en 2008 afin que les services de réadaptation soient accessibles à la population

dans un temps raisonnable. Il repose sur une meilleure gestion des listes d'attente, mais aussi des ressources financières, matérielles et humaines (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008).

De leur côté, Chumney et Simpson (2006) parlent de *cost-effectiveness analysis* (CEA), soit l'évaluation de la résultante et des coûts de l'intervention, particulièrement dans le domaine des services à la population. Cette approche se distingue d'une autre intitulée *cost-benefit analysis* (CBA), qui examine les résultats non monnayables (par exemple : bien-être, satisfaction). Cet environnement « économique-socio-politique » a entraîné la mise en place de systèmes d'évaluation de la performance et de la qualité, particulièrement en réadaptation (AQESSS, 2012). D'ailleurs, des indicateurs et des cibles de performance sont actuellement en place dans la majorité des structures de soins au Québec et ailleurs dans le monde (AQESSS, 2012). Par exemple, il peut s'agir de documenter à la fois les actes thérapeutiques, le climat organisationnel, la satisfaction au travail ou encore le nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services à domicile. Considérant cela, les intervenants en réadaptation seront de plus en plus appelés à devenir des gestionnaires et des administrateurs. Le système administratif exigera davantage de preuves confirmant les retombées des actions en réadaptation. Voilà pourquoi il importe de saisir les méthodes liées à l'analyse des besoins ou à la recherche évaluative.

En somme, le contexte budgétaire et l'exigence d'établir des priorités en matière de services sociaux et de santé créent un climat qui oblige les professionnels à se structurer davantage et à répondre à des contraintes administratives, parfois au détriment des besoins réels de la population. Le nombre de listes d'attente et les délais pour rencontrer un intervenant de la réadaptation justifient encore plus la pertinence de documenter les retombées des interventions et de déterminer lesquelles mettre en place (Feldman, Swaine, Gosselin, Meshefedjian & Grilli, 2008). Considérant l'état actuel des finances publiques dans plusieurs pays, il est certain que ce scénario sera de plus en plus fréquent (Le Monde, 2013). Or, dans un contexte de précarité économique, l'accent est mis sur la notion d'efficacité. Celle-ci se réfère à l'utilité de l'intervention, soit la production maximum de résultats avec le minimum de moyens, de temps et d'argent investis. C'est ainsi qu'une intervention en réadaptation sera qualifiée d'efficace lorsqu'elle permettra d'atteindre les résultats escomptés (fixés par les objectifs) en tenant compte du temps investi (de la part des ressources humaines, mais aussi du patient) et des coûts impliqués (bâtiment, matériel, espace). Lorsqu'il s'agit de mesurer l'efficacité de l'intervention, Clarke *et al.* (2001) utilisent le terme résultante ou *outcome measurement*. Ils identifient sept aspects à considérer : (1) amélioration de la santé ou de la qualité de vie ; (2) amélioration de la fonction ou du niveau d'indépendance ; (3) implication du client dans le choix des objectifs

d'intervention ; (4) atteinte des résultats escomptés en réadaptation ; (5) satisfaction du client ; (6) diminution du temps de séjour à l'hôpital ; (7) réduction du taux de réadmission. Cela atteste de l'importance d'apprendre des méthodes de recherche pour développer de nouvelles connaissances basées sur les données probantes. Par exemple, il faudra utiliser des grilles d'analyse pour explorer les articles scientifiques, ce qui permettra l'émergence de la pensée critique chez les intervenants et les étudiants (voir le chapitre 5). Ces éléments doivent être considérés dans un monde où les connaissances scientifiques sont accessibles facilement et où il importe de distinguer les plus pertinentes.

DÉFIS DE LA RECHERCHE EN RÉADAPTATION : TROUVER SA PROPRE VOIE

Pour le professionnel de la réadaptation, il s'avère essentiel de tenir compte des données probantes, mais également de connaître les différents niveaux de scientificité des études qu'il consulte. Pour cela, un système de hiérarchisation a été proposé par Sackett et ses collaborateurs (1996) (tableau 1). Selon Giroux (2012), Sackett fut un des pionniers dans le développement des données probantes.

TABEAU 1. Niveaux d'évidences scientifiques selon Sackett et al. (1996).

1	A	Revue systématique des écrits ou méta-analyse
	B	Essai contrôlé randomisé ou aléatoire
	C	Devis expérimental
2	A	Étude de cohorte
	B	Étude de cas-témoins
3	A	Conférence ou groupe de consensus
	B	Opinion d'experts
	C	Étude basée sur des observations
	D	Autres types d'études (ex. entrevues)
	E	Devis quasi expérimental, recherche qualitative
4		Communication personnelle

Depuis plusieurs années, le terme donnée probante (*evidence based*) se retrouve dans les écrits en réadaptation. Ce sont des preuves scientifiques qui découlent

de recherches récentes et qui permettent d'identifier les approches ou interventions qui s'avèrent efficaces. L'expression « pratique basée sur des données probantes » se traduit en anglais par *evidence based practice* (EBP) et s'inspire de *evidence based medicine* (EBM) (Addy, 2006 ; Kielhofner, 2006). Ce sont Sackett et ses collègues (1996) qui ont introduit ce terme pour la première fois. Il s'agit d'une pratique proposant une utilisation judicieuse, explicite et consciencieuse des données (ou évidences) scientifiques, afin de guider le professionnel dans le choix de ses interventions. Actuellement, de nombreux sites proposent des lignes directrices (*practical guidelines*) en fonction d'une clientèle précise (par exemple : le site *Internet Stroke engine*) ou d'un groupe de professionnels (par exemple : Association canadienne des ergothérapeutes).

Des auteurs (Grandage, Slawson & Shaughnessy, 2002) proposent une hiérarchisation des sources d'informations (figure 1).

D'abord, ils identifient une source très fiable de données probantes (par exemple : *Cochrane Library*). Il existe d'autres bases de données qui mettent l'accent sur les revues systématiques (par exemple, *Cochrane Database of Systemic Review*) ou encore sur l'efficacité des interventions (par exemple : *The Data-*

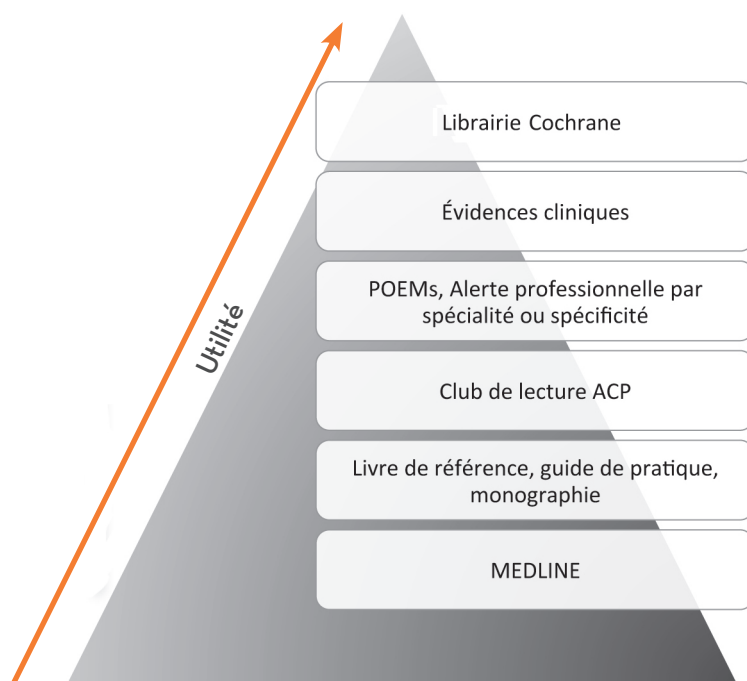


FIGURE 1.

Recherche de données probantes en médecine à partir de différentes sources selon Grandage, Slawson et Shaughnessy (2002).

base of Abstracts of Reviews of Effectiveness-DARE). Certains sites de données probantes sont destinés à des groupes de professionnels œuvrant auprès d'une clientèle spécifique (par exemple : PEDRO pour les kinésithérapeutes). Des documents liés à des évidences cliniques, comme les guides de pratiques, peuvent aussi être proposés (par exemple : le site de *CanChild*). Certains chercheurs utilisent l'acronyme POEMs, qui signifie *Patient-Oriented Evidence that Matters*. Il s'agit d'une autre forme de synthèse des évidences scientifiques, mais qui met l'accent sur des résultats liés davantage aux intérêts du patient (http://www.essentialevidenceplus.com/product/concept_infomastery.cfm). Les alertes professionnelles (ou veille) peuvent aussi correspondre à ce type de source d'informations (par exemple : <http://vigiepsychosociale.clipp.ca/> ou encore *vigie technoclinique*). Le club de lecture ACP (*ACP Journal club*) représente une base de données intéressante qui se spécialise en médecine basée sur des évidences scientifiques (*evidence-based medicine*). Elle est mise à jour tous les deux mois par des éditeurs, qui sélectionnent dans des périodiques réputés les meilleures études. Pour cela, ils utilisent des critères rigoureux de sélection (par exemple : qualité de l'approche méthodologique, pertinence pour la pratique clinique). De leur côté, Grandage *et al.* (2002) suggèrent les livres de référence, les mises à jour ainsi que les consultations virtuelles cliniques rapides (*5-Minute Clinical Consult* ou *5MCC*). Ce dernier site correspond à une base de données médicales, qui répond rapidement aux questions du médecin en lien avec une pathologie, un médicament, un traitement ou des symptômes. Elle est surtout utile pour les consultations en cabinet. Enfin, Grandage *et al.* (2002) inscrivent *Medline* comme un autre outil incontournable pour le professionnel.

De leur côté, Law et MacDermid (2008) soutiennent que l'approche basée sur des données probantes préconise l'utilisation de recherches récentes, qui visent l'efficacité des interventions. Selon eux, ces informations permettent de sélectionner une intervention offrant des résultats les plus significatifs afin d'atteindre des résultats optimaux et de répondre à des normes de qualité. Toutefois, Godlbloom (2003) soutient que cette approche ne doit pas représenter l'unique façon de faire. Il met en garde contre la pensée unique et promeut la créativité de l'intervenant. À ce propos, Housser (2012) ainsi que Carpenter et Sutto (2008) insistent sur le fait qu'il importe de ne pas se baser uniquement sur la proposition de Sackett *et al.* (1996), car elle concerne surtout la recherche médicale ou pharmaceutique. Ces auteurs recommandent trois piliers de la pratique basée sur des évidences, soit : (1) l'utilisation des meilleures évidences scientifiques, qui originent d'expériences et de recherches ; (2) l'opinion de groupe d'experts ; (3) la perception des patients et de leur entourage en ce qui concerne leurs besoins, leur satisfaction et la qualité de vie. Ils rajoutent la nécessité du raisonnement clinique dans le choix de la meilleure intervention à offrir à la personne. Par exemple, l'Association

canadienne des ergothérapeutes (von Zweck, 2004) recommande de s'engager dans un processus d'apprentissage tout au long de sa carrière professionnelle. Elle estime important de promouvoir des interventions de qualité basées sur des données probantes. Ces pratiques qualifiées d'exemplaires permettront de faire reconnaître l'apport unique de l'ergothérapeute.

RECHERCHE ET INTERVENTION: UNE INTÉGRATION EN CONTINU

Aujourd'hui à l'ère de l'information instantanée et d'Internet, il est de plus en plus facile de s'informer sur les dernières études en réadaptation. La participation à des congrès et la lecture des journaux professionnels représentent différentes façons de se mettre à jour. Par ailleurs, de nombreux moteurs de recherche sont disponibles. Pour être efficace, il faut prendre le temps de bien définir le thème à explorer et identifier les mots clés qui s'y rattachent. À ce propos, Grandage et ses collègues (2002) proposent l'équation suivante pour déterminer l'utilité d'un texte.

$$\text{UTILITÉ} = \frac{\text{Validité} \times \text{Niveau de pertinence}}{\text{Travail}}$$

La validité de l'information réfère à la rigueur scientifique (tableau 1 et selon la hiérarchisation des devis scientifiques). Au tableau 2, Tétrault (2010) suggère plusieurs façons d'interroger les bases de données et de consulter

TABLEAU 2.

Questions à se poser pour évaluer la validité des sources d'informations, adaptée de Grandage et al. (2002).

- Est-ce que l'information correspond à mon besoin ?
 - Est-ce que les caractéristiques de la population étudiée sont similaires à celles avec laquelle je travaille ?
 - Est-ce que l'intervention proposée semble réalisable dans mon contexte de travail ?
 - Quelles sont les variables qui ont été documentées dans cette étude ?
 - Est-ce que les résultantes (*outcomes*) étudiées représentent un intérêt pour les clients ou patients ?
- Est-ce que l'étude évalue vraiment ce qu'elle doit évaluer ?
- Est-ce que ce texte, site web ou livre présente toutes les informations ? Est-ce qu'elles sont adéquates, véridiques, valables ?

des articles scientifiques en anglais. Le lecteur trouvera en ANNEXE 1 une liste de différents sites Internet ainsi qu'un court descriptif. Il existe aussi des moteurs de veille fort intéressants. Il s'agit de sites qui permettent une alerte professionnelle. Chaque site regroupe les articles, documents ou activités scientifiques en lien avec un sujet précis. Par exemple, le bulletin de veille informationnelle du Réseau provincial en adaptation-réadaptation (REPAR) donne accès à des articles, des résumés et des informations sur les événements scientifiques à venir. Des archives permettent aussi de consulter les bulletins antérieurs. C'est gratuit et en français. Pour s'inscrire, il suffit d'aller à l'adresse suivante : <http://repar.veille.qc.ca/fr/bulletin.html>.

INTÉGRATION DE LA RECHERCHE DANS LA FORMATION EN RÉADAPTATION

Il ressort qu'en Amérique du Nord, les étudiants en réadaptation ont été sensibilisés à la nécessité de s'investir en recherche depuis les années 1980. Les programmes de formation, notamment d'ergothérapie, d'orthophonie et de physiothérapie, incluent des cours de recherche. Dans l'espace francophone, il existe des structures spécifiquement dédiées à la recherche en réadaptation, telles que le centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRI) dans la ville de Québec ainsi que le centre de Recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR) à Montréal. Ce type de structure contribue, non seulement, à la recherche en matière de réadaptation, mais également à l'enseignement et à la diffusion scientifique.

En Europe, la dynamique de la recherche en réadaptation est également présente via les associations professionnelles, mais aussi par le biais d'organismes publics ou associatifs dont la mission est centrée sur la recherche en réadaptation. Ces organismes sont intégrés dans une université (par exemple : l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation de Lyon) ou bien en lien avec des établissements prodiguant des programmes de réadaptation (par exemple : l'Institut de recherche en réadaptation-réinsertion en Suisse, l'Institut Régional de Médecine Physique et de réadaptation de Nancy en France). À noter le rôle particulier d'associations médicales, telles que la SOFMER (Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation), qui participent à la promotion de la recherche grâce à l'enseignement médical et la communication de travaux de recherche (congrès et revues).

Dans le domaine plus particulier de l'ergothérapie, les dispositions relatives à la formation et à la recherche émanent du groupe ENOTHE (*European Network of Occupational Therapy in Higher Education*). Il s'agit d'une association

créée à l'initiative du COTEC (*Council of Occupational Therapists in the European Countries*). En France, l'initiation à la recherche pour les futurs ergothérapeutes est intégrée depuis 2004 grâce à la réalisation d'un mémoire pour les étudiants qui préparent le diplôme d'État. Cette approche épistémologique a été consolidée en France par les dispositions réglementaires de 2010 qui ont confirmé la réalisation de ce travail de recherche durant le parcours de l'étudiant.

CONCLUSION

En somme, il ressort clairement que les professionnels et les étudiants en réadaptation ont accès facilement à une foule d'informations scientifiques. Celles-ci ont des niveaux variables de scientificité et de pertinence clinique. Il importe de connaître les sites les plus sérieux, de se doter d'une grille d'analyse systématique et de développer une curiosité pour chercher à comprendre ce qui se passe ailleurs. Ces filtres permettront d'utiliser des données valables et pertinentes ainsi que d'enrichir la pratique.

RÉFÉRENCES

- Addy, L. (2006). *Occupational therapy evidence in practice for physical rehabilitation*. Oxford, EN : Blackwell.
- Association Québécoise d'Établissements de Santé et des Services Sociaux (2012). *Les CRDP-mission 2012*. Retrouvé sur le site de www.aerdpq.org/les-crdp/mission.
- Carpenter, C. & Sutto, M. (2008). *Qualitative research for occupational and physical therapists. Practical guide*. Oxford, EN : Blackwell.
- Clarke, C., Sales-Lapes, C. & Kotsch, L. (2001). *Outcomes measures. Informations pack for occupational therapists*. London : College of occupational therapists.
- Chumney, E.C.G. & Simpson K.N. (2006). *Methods and design for outcomes research*. Bethesda, MD : ASHSP.
- Feldman, D.E., Swaine, B., Gosselin, J., Meshefedjian, G. & Grilli, L. (2008). Is waiting for rehabilitation services associated with changes in function and quality of life in children with physical disabilities? *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 4, 291-304.
- Giroux, D. (2012). *La pratique basée sur des données probantes : Comment l'intégrer à la pratique ?* Dans M.H. Izard et R. Nespoulous, *Expériences en ergothérapies* (25^e série) (pp. 94-99). Montpellier, France : Sauramps medical.

- Goldbloom, D. (2003). La psychiatrie fondée sur des données probantes. *Bulletin de l'Association des Psychiatres du Canada*, Éditorial, décembre. Retrouvé sur <http://www1.cpa-apc.org:8080/publications/archives/bulletin/2003/december/editorialfr.asp>
- Grandage, K.K., Slawson, M.D. & Shaughnessy, A.F. (2002). When less is more : A practical approach to searching for evidence-based answers. *Journal of the Medical Library Association*, 90, 298-304.
- Houser, J. (2012). *Nursing research. Reading, using and creating evidence* (2^e éd.). Sudbury, MA : Jones & Bartlett Learning.
- Kielhofner, G. (2006). *Research in Occupational therapy. Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia, PA : F.A. Davis.
- Law, M. & MacDermid, J. (2008). *Evidence-based rehabilitation: A guide to practice* (2nd ed.). Thorofare, NJ : Slack Incorporated.
- Le Monde. (2013). *Le déficit budgétaire a dérapé d'un milliard en 2012*. Retrouvé sur le site www.lemonde.fr/economie/article/2013/01/14
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2008). *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience afin de mieux vivre ensemble. Déficience physique, déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W.M.C. & Gray, R. (1996). *Evidence based medicine*. Edimbourg, Écosse : Churchill Livingstone.
- Tétreault, S. (2010). Pourquoi lire les écrits scientifiques en ergothérapie ? Comment les trouver et les comprendre ? Dans A. Alexandre, G. Lefèvre, M. Palu, et B. Vauvillé, *Ergothérapie en pédiatrie* (pp. 41-54). Paris, France : Solal.
- Université Laval. (2005). *La reddition de comptes, bureau du vérificateur interne*. Retrouvé sur le site www.bai.ulaval.ca/files/content/sites/bai/files/redcomptes.pdf
- von Zweck, C. (2004). Comprendre le contexte dans lequel se situe la pratique de l'ergothérapie : La clé des stratégies garantes de notre succès dans l'avenir. *Journal Canadien d'Ergothérapie*, 71, 135-137.



CHAPITRE 3

STRATÉGIES POUR POSER SA QUESTION DE RECHERCHE

Sylvie Tétreault Ph.D.

INTRODUCTION

L'étape initiale de toute activité de recherche est de déterminer le sujet d'étude, les différentes cibles (population, pathologie, problématique) et les objectifs envisagés. Ce chapitre propose divers moyens pour élaborer une question claire, précise et réalisable.

COMMENT SE POSER UNE QUESTION DE RECHERCHE?

Toute étude ou recherche débute par une question provenant d'une réflexion à partir d'une situation clinique, d'une observation ou d'une lecture ayant suscité la curiosité. Or, qu'importe son origine, le choix de la question reste crucial, car il détermine la suite du processus de recherche. Il existe les interrogations classiques pouvant guider la réflexion et préciser les éléments constituant la question (tableau 1).

TABLEAU 1. *Interrogations guidant l'élaboration de la question de recherche.*

Qui ? qui est concerné ? (personne, entourage, intervenant, etc.)
Quoi ? de quoi s'agit-il ? (objet, thème, concept, phénomène, etc.)
Où ? où cela a-t-il lieu ? (endroit, contexte, milieu, environnement, etc.)
Quand ? quand cela se passe-t-il ? (date, période, durée, fréquence, etc.)
Comment ? comment cela fonctionne-t-il ? (procédure, technique, moyen, etc.)
Pourquoi ? pourquoi cela se passe-t-il ainsi ? (justification, raison d'être, etc.)

Afin de saisir l'importance de cette première démarche, le tableau 2 propose une application de ces interrogations à partir de différentes questions provenant de travaux de fin d'année réalisés dans le cadre de l'obtention de diplômes d'état en ergothérapie (Tétreault, 2013). Cette illustration permet de ressortir les éléments essentiels à distinguer dans une question de recherche et de clarifier le point d'intérêt de l'étude proposée.

TABEAU 2. *Analyse de différentes questions de recherche.*

Interrogation	Point principal à l'étude	Questions
Qui	Apport de l'ergothérapeute auprès de l'aidant	<i>Quel est l'apport spécifique de l'ergothérapeute auprès du conjoint de la personne Alzheimer dans le cadre d'une équipe spécialisée ?</i>
Quoi	Amélioration de la communication	<i>Quels sont les éléments susceptibles d'améliorer la communication des enfants ayant une infirmité motrice cérébrale ?</i>
Où	Salle snoezelen	<i>Quels sont les avantages et les limites de la salle snoezelen pour les enfants polyhandicapés ?</i>
Quand	Prise en charge lors du retour à domicile	<i>Quel est le relai à la sortie du centre de rééducation fonctionnelle pour la personne ayant un traumatisme crânien ?</i>
Comment	Utilisation de la modalité du plein air thérapeutique	<i>Comment le plein air thérapeutique peut-il s'intégrer dans l'intervention de l'ergothérapeute auprès de la personne schizophrène ?</i>
Pourquoi	Nécessité d'accompagner la personne en ce qui a trait à sa sexualité	<i>Pourquoi aborder la sexualité avec les personnes ayant une déficience physique ?</i>

La figure 1 permet de saisir les différentes orientations que peut prendre une question de recherche. Ainsi, en partant de la base de la pyramide, le chercheur débutant tentera d'abord de comprendre un phénomène ou une situation. Par la suite, il visera à trouver et explorer des modèles théoriques. Il cherchera à décrire les actions possibles de l'intervenant. Afin de consolider son analyse, il sera judicieux de sélectionner les meilleures pratiques, soit celles basées sur des évidences scientifiques ou données probantes. Il

pourra également constater la situation actuelle et établir la nécessité de développer des instruments de mesure plus précis. Ce type de recherche permet par la suite d'en réaliser d'autres qui documenteront les retombées des interventions. Enfin, le développement ou la création d'approches novatrices représente le sommet de la démarche scientifique.

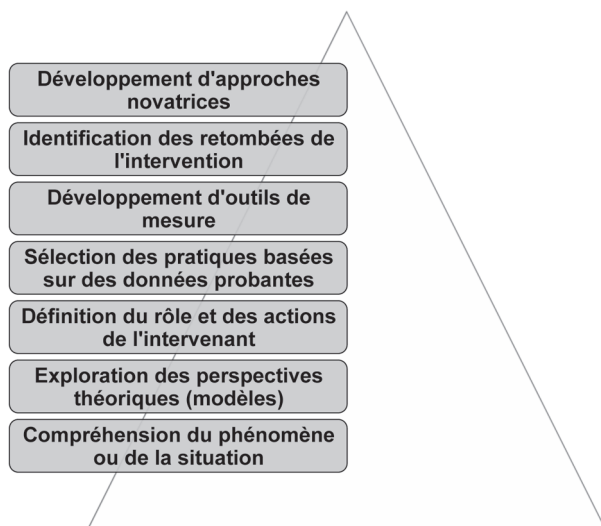


FIGURE 1.

Différentes orientations de la question de recherche.

■ EXPLORATION DES ÉLÉMENTS QUI FAVORISENT L'ÉMERGENCE DE LA QUESTION

Qu'importe la manière d'élaborer la question, quatre items sont habituellement considérés par la personne. Il s'agit de son intérêt personnel, de la pertinence du sujet choisi, de la faisabilité de l'étude projetée et de l'aspect novateur (figure 2). Afin de saisir leur utilisation lors de la construction d'une question de recherche, chacun de ces items sera détaillé.

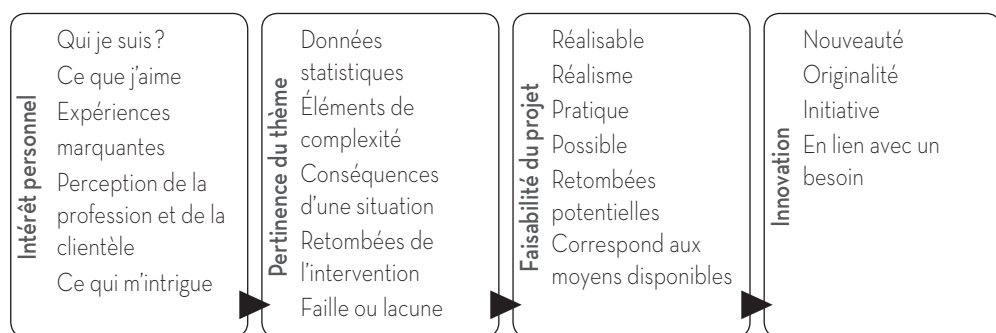


FIGURE 2. Éléments justifiant la question de recherche ou la thématique à l'étude.

Premièrement, l'intérêt personnel guide très souvent le choix de la thématique. Les questionnements qui découlent de la pratique, de lectures, d'expériences de stage ou d'observations servent souvent de point de départ. Avec la question suivante : *Quelles sont les utilisations de l'animal comme médium thérapeutique en ergothérapie ?*, il est possible d'envisager que la personne explore son intérêt pour les animaux et répond à un désir de les intégrer en thérapie. Une motivation bien personnelle se retrouve dans cette question : *Quels sont les bienfaits du théâtre auprès des personnes ayant un problème de santé mentale ?* ou encore dans celle-ci : *Comment utiliser le conte comme activité médiatrice auprès des personnes présentant des symptômes dépressifs et des troubles anxieux ?* Tout compte fait, ce que la personne est, ce qu'elle aime, ce qu'elle a vécu et ce qu'elle perçoit comme intéressant constituent une façon d'amorcer le questionnement de recherche. Bien que cela puisse paraître simple, la motivation à s'investir dans le projet repose souvent sur le fait d'avoir un lien affectif (c'est-à-dire d'aimer ce que l'on fait) avec l'étude proposée.

Deuxièmement, la notion de pertinence doit être mise en avant pour bonifier la réflexion et consolider le choix de la thématique. Pour mieux la documenter, il est nécessaire de s'appuyer sur des données statistiques, sociodémographiques ou épidémiologiques. Par exemple, la situation démographique de nombreux pays industrialisés se caractérise par le vieillissement des citoyens et par l'accroissement du nombre de personnes âgées présentant la maladie d'Alzheimer ou une atteinte apparentée. Considérant cela, il est pertinent de se poser la question suivante : *Comment peut collaborer l'ergothérapeute avec les aidants familiaux pour favoriser le maintien à domicile des personnes Alzheimer ?* Par ailleurs, les conséquences de cette situation sur la qualité de vie ou l'état de santé de la personne et de son entourage représentent d'autres éléments de pertinence, comme dans cet exemple : *Comment l'ergothérapeute peut-il améliorer les capacités relationnelles des personnes âgées vivant*

en institution et présentant des troubles de comportement? Une question pertinente peut émerger, s'il y a absence d'évaluation ou d'intervention précise pour un certain groupe de la population, soit: *Quelles modalités thérapeutiques en ergothérapie correspondent aux attentes et à la réalité des adolescents ayant une dyspraxie?* ou bien: *Comment l'intervenant en réadaptation peut-il accompagner la personne en fin de vie?* En outre, la complexité de certaines atteintes confirme aussi le besoin de s'en préoccuper, comme les toxicomanies multiples (drogue et alcool) associées à des traumatismes de la route: *Comment intégrer les différentes habitudes de consommation du jeune adulte traumatisé crânien dans son projet de vie?* Cette question soulève autant d'éléments liés à l'éthique et à l'auto-détermination qu'à la réadaptation de la personne. Également, les conséquences d'une situation précise (par exemple: *Quelles sont les retombées de la prématurité sur le développement du jeu chez le jeune enfant? Quelle est l'influence du stagiaire dans la relation thérapeutique?*) sont aussi des questions appropriées. Un autre objet lié à la pertinence se rapporte aux lacunes ou failles dans l'organisation des soins (par exemple: *Quelles sont les compétences du thérapeute pour travailler auprès de personnes d'autres cultures? Comment se vit la psychose en dehors des murs?*). La notion de pertinence doit être documentée avec des faits les plus près du milieu dans lequel se déroulera l'étude. Ainsi, une question pourrait être adéquate au Québec (AQESSS, 2012), comme: *Quels sont les effets des listes d'attente en réadaptation sur les enfants d'âge préscolaire?*, mais ne pas concerner la situation en France ou en Belgique. En somme, la justesse de la logique qui sous-tend une question doit être considérée avant de finaliser son choix.

Le troisième élément cible la faisabilité, c'est-à-dire la possibilité de réaliser l'étude avec les conditions offertes par l'environnement, par l'établissement ou par la communauté. Dans le cadre d'un travail scolaire, l'étudiant doit aussi tenir compte du délai imposé et des autres exigences académiques. Par exemple, les contraintes liées à cette question: *Quelles sont les retombées d'un atelier d'écriture pour des personnes schizophrènes?* sont différentes d'un projet qui vise: *Quels sont les effets sur la douleur de la mise en place d'orthèses destinées aux personnes atteintes de sclérodémie?* Pour l'intervenant et l'étudiant, le temps disponible, l'accès à un financement, les possibilités de collaboration avec l'équipe et le nombre de patients visés par la question sont des éléments à considérer. En tenant compte des différentes contraintes inhérentes au contexte de la réadaptation, cet aspect demeure un incontournable, tout comme la prise en compte des retombées potentielles de l'étude. Par exemple, il peut s'avérer plus facile de documenter les effets d'une vidéo comme outil de sensibilisation aux chutes pour les auxiliaires de vie scolaire que celles liées à un forum de discussion (ou clavardages) sur Internet destiné aux patients toxicomanes. Par ailleurs, le développement d'un outil d'évaluation ou d'une intervention, bien que pertinent, demande davantage

de ressources et de temps pour être réalisable comparativement à un sondage sur la satisfaction suite à une visite à domicile.

Enfin, l'aspect d'innovation et de nouveauté constitue le quatrième item à considérer. Il importe de faire des liens avec les besoins (par exemple : des individus, de la famille, des membres de l'équipe, de la profession, de l'organisation) et de préciser l'originalité de la démarche proposée. Ainsi, les questions suivantes peuvent s'avérer innovantes pour certains et non pour d'autres : *Quel est l'apport de l'activité cuisine pour augmenter la confiance en soi chez des personnes alcoolo-dépendantes ? ; Quel est le potentiel d'un outil informatique pour soutenir la scolarité de l'enfant dyslexique ? ; Quelles sont les retombées du surf thérapeutique pour le jeune adulte autiste ?* Bref, la notion d'innovation doit être mise en avant afin de pouvoir contribuer de façon originale à l'avancement des connaissances actuelles.

MÉTHODES SIMPLES POUR DÉTERMINER SA QUESTION DE RECHERCHE

Suite à une analyse de plus de 700 mémoires de fin d'étude réalisés en 2011-2012 dans les Instituts de Formation en Ergothérapie en France (Tétreault, 2013), deux méthodes ressortent pour organiser la question de recherche. La première méthode intitulée logique simple (figure 3) repose sur quatre éléments pour lesquels la personne doit se positionner et choisir sa cible, soit : (1) l'individu ; (2) le groupe ; (3) la pathologie ; (4) une situation particulière. Les exemples de question proviennent de l'étude de Tétreault (2013).

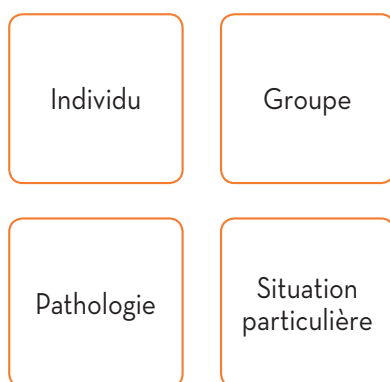


FIGURE 3.

Modèle logique simple pour élaborer la question de recherche.

Si la question porte sur l'individu, elle peut prendre la forme suivante : *De quelle façon peut-on communiquer efficacement avec une personne aphasique? ou encore : Comment l'escalade permet d'améliorer l'estime de soi d'un patient schizophrène?* Dans ces cas-ci, l'emphase est mise sur la personne et cela correspond souvent à un devis nommé : étude de cas (*case study*).

Lorsque le choix se pose sur un groupe (que ce soit des patients, des intervenants ou autre groupes), les questions peuvent être formulées ainsi : *Quelles sont les compétences à maîtriser pour travailler en équipe dans le domaine de la santé mentale? Analyse comparative de deux organisations de travail; Quelles sont les retombées d'un groupe de prévention de la douleur destiné aux personnes blessées médullaires?; Comment faciliter la collaboration entre les ergothérapeutes et les aides-soignantes dans un établissement pour personnes âgées?* L'orientation désirée par le chercheur ressort clairement dans ces questions.

Pour plusieurs intervenants et étudiants, il est plus facile que la question cible rapidement une pathologie. Cette façon de faire restreint le domaine de recherche d'informations et permet de préciser la question à l'étude. Voici quelques exemples : *Est-ce que la désorientation spatiale cause les troubles de comportement en unités spécialisées Alzheimer?; Comment un livret-conseil peut-il prévenir les lombalgies chez les parents d'enfants polyhandicapés?; Comment des exercices de dépistage des troubles des fonctions exécutives peuvent-ils s'intégrer dans la prise en charge en ergothérapie?*

D'autres personnes vont opter pour une situation particulière, qui est singulière et liée à un contexte spécifique ou à une organisation des soins. Ce choix s'illustre à l'aide des questions suivantes : *Comment l'ergothérapeute œuvrant dans un centre de réadaptation peut-il accompagner le patient lombalgique dans sa réinsertion professionnelle?; De quelle façon accompagner l'adulte brûlé des mains dans sa réinsertion socio-professionnelle?; Pourquoi et comment faciliter l'accès à la voirie pour les personnes se déplaçant en fauteuil roulant manuel?; De quelle façon permettre la reconnaissance de l'ergothérapeute libéral par les médecins généralistes?*

La deuxième méthode nommée logique ciblée est complémentaire à la première (figure 4). Elle favorise un autre angle pour décider de la question de recherche. Elle concerne quatre items : (1) le modèle théorique et les concepts qui s'y rattachent ; (2) l'organisation des services ; (3) l'approche thérapeutique ; (4) la technique spécifique. Pour le premier élément, qui se rapporte au modèle théorique, différentes questions peuvent être formulées, comme : *Quelle est l'utilisation des modèles conceptuels en rééducation et réadaptation fonctionnelle adulte?; Quelle est l'évolution des concepts théoriques en lien avec la rééducation du membre supérieur hémiplégié?; Comment appliquer le modèle Kawa lors des interventions destinées aux personnes en fin de vie?* En somme, l'emphase vise l'exploration d'un modèle théorique, que ce soit son utilisation, ses possibilités ou limites.

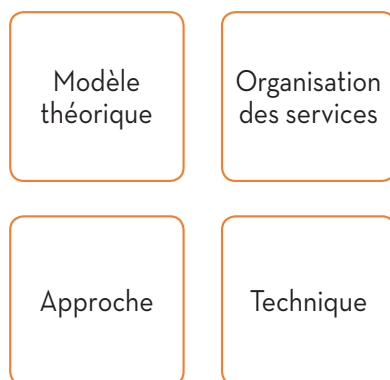


FIGURE 4.

Modèle logique ciblé pour élaborer la question de recherche.

En ce qui concerne l'organisation des services, plusieurs questions s'offrent à l'étudiant et à l'intervenant, soit : *Afin de soutenir la scolarité post-bac des jeunes en situation de handicap, quels aménagements prioritaires doivent faire les établissements pour les accueillir?; Quels sont les apports de l'ergothérapeute au sein d'une équipe œuvrant auprès des prisonniers ayant des problèmes de santé mentale?; Comment développer des services d'interventions précoces à domicile pour les parents et les bébés avec des troubles posturaux?*

Le troisième item porte sur les approches thérapeutiques, comme l'intégration sensorielle ou encore neurodéveloppementale. Les questions suivantes correspondent à cette catégorie : *En tenant compte de l'approche écologique, quels sont les outils pour faciliter l'implication de la personne traumatisée crânienne dans l'élaboration de son projet de vie?; Quels sont les avantages et les limites de l'approche Snoezelen auprès des enfants avec une déficience visuelle?; Comment transférer des principes de l'approche d'intégration sensorielle aux enseignants des élèves ayant un trouble du spectre de l'autisme?*

Le dernier item vise à intégrer les techniques et les modalités thérapeutiques dans la question. Plusieurs exemples sont proposés : *De quelle façon la remédiation cognitive peut-elle s'intégrer dans les interventions en ergothérapie?; Quel est l'apport des lunettes prismatiques lors de l'utilisation d'un ordinateur par la personne ayant une négligence spatiale unilatérale?; Comment se servir de la vidéo pour l'évaluation des fonctions exécutives?; Quelles sont les retombées de l'utilisation des jeux vidéo chez les enfants dyspraxiques d'âge scolaire?*

Il est certain que chacun peut s'inspirer d'éléments provenant de l'un ou de l'autre des modèles proposés. L'importance est d'avoir un point de départ pour élaborer sa question et savoir comment la préciser au fur et à mesure.

MOYENS MNÉMOTECHNIQUES POUR DÉTERMINER SA QUESTION DE RECHERCHE

Différents moyens mnémotechniques existent pour concevoir une question de recherche (tableau 3). La plus connue est celle représentée par l’acronyme PICO(T). Elle a été élaborée et proposée par des chercheurs en sciences infirmières afin de permettre l’élaboration d’une question pouvant être scientifiquement répondue (Polit & Beck, 2014).

TABEAU 3. *Méthodes mnémotechniques pour développer une question de recherche.*

PICOT	PIVOT	SUCRE	SIROP
P atient, population ou problème	P ersonne ou population	S ujet à l'étude	S ujet à l'étude
I ntervention à évaluer	I nterrogation qui sous-tend l'étude	U tilité de l'étude	I ntérêt de l'étude
C omparaison	V ariable à l'étude	C onnaissances à acquérir	R etombées possibles
O utcomes (résultante)	O ù se déroule l'étude	R echerche en termes de devis	O uverture vers le futur
T emps d'intervention	T emps ou période visée	E xploration possible	P roposition de développement
<i>Recherche expérimentale</i>	<i>Recherche exploratoire</i>	<i>Recherche dans les écrits scientifiques</i>	<i>Développement théorique ou conceptuel</i>

Pour bien comprendre la signification de chacun de ces acronymes et guider le lecteur dans le développement de sa question de recherche, chacun d’entre eux sera explicité à l’aide d’un exemple.

PICO, PICOT ou PICOTS

- **P**: Patient, population ou problème, soit le sujet à l'étude. La question peut préciser les caractéristiques, comme l'âge ou le genre. Le problème de santé peut aussi être indiqué.
- **I**: Intervention qui sera évaluée. Il peut s'agir de l'introduction d'un nouveau traitement ou encore d'un test diagnostique destiné au patient.
- **C**: Comparateur, comparaison, contrôle. Ceci peut représenter le placebo, le non traitement, le groupe ou le test de référence.
- **O**: Outcome ou résultante. C'est-à-dire l'événement mesuré, le résultat attendu, le critère de jugement. Par exemple, il peut s'agir du taux de satisfaction, de la diminution du risque de chute, de l'augmentation de l'indépendance fonctionnelle. Il s'agit de préciser ce que le chercheur désire modifier avec le traitement qui sera expérimenté.
- **T**: Temps, soit la durée de l'exposition au traitement.
- **S**: *Study design* ou devis méthodologique (par exemple: étude de cohorte, étude de cas contrôlés, etc.). Cela signifie que la question comporte des informations sur la méthode scientifique utilisée pour vérifier les effets de l'intervention X sur la clientèle Y.

PIVOT

- **P**: Personne ou population visée à l'étude. Il s'agit de préciser qui est concerné par l'étude.
- **I**: Interrogation. Cet élément demande de préciser ce que le chercheur désire explorer comme thématique, mais aussi l'orientation de la question: Pourquoi? Comment? De quelle façon?
- **V**: Variables. La question doit comprendre les variables à l'étude, celles qui feront l'objet de mesures ou d'observations.
- **O**: Où, c'est-à-dire l'endroit (par exemple: l'école, le domicile), le contexte (par exemple: la réinsertion au travail) ou l'environnement désigné par la question de recherche (par exemple: les chutes dans la salle de bain).
- **T**: Temps, c'est-à-dire la période de temps visée (par exemple: l'adolescence), le moment dans un processus de soins de réadaptation (par exemple: lors du retour à domicile).

SUCRE

- **S**: Sujet à l'étude.
- **U**: Utilité. Il faut préciser dans la question l'utilisation des résultats.
- **C**: Connaissance. Il s'agit de mettre de l'avant les connaissances qui découleront de la recherche. Par exemple, il peut s'agir d'aider les intervenants à déterminer si l'approche de groupe est préférable à celle individuelle.
- **R**: Recherche. C'est la spécification de la méthode qui sera utilisée pour rechercher dans les écrits scientifiques (par exemple, une étude de la portée, une revue systématique).
- **E**: Exploratoire. La question donne des repères, indique les variables ou items qui seront documentés.

SIROP

- **S**: Sujet à l'étude.
- **I**: Intérêt de poser cette question, sa pertinence.
- **R**: Retombées. C'est-à-dire quelles seront les retombées potentielles, attendues de la démarche de recherche. Ainsi, une recherche peut viser à offrir des lignes directrices pour les intervenants en fonction d'un groupe de patients.
- **O**: Ouverture. Dans le sens de où mène cette réflexion, vers quoi tend la démarche de recherche.
- **P**: Proposition de développement, direction à prendre. C'est ainsi que la question de recherche peut contenir une orientation à promouvoir. Par exemple, quelles sont les caractéristiques du jeu à mettre de l'avant pour favoriser l'autonomie de l'enfant ?

MÉTHODE PLUS COMPLEXE POUR DÉTERMINER SA QUESTION DE RECHERCHE

La figure 5 décline les cinq niches dans lesquelles les recherches peuvent se positionner. Elle débute par l'exploration des écrits scientifiques pour bien saisir les recherches sur le sujet et aboutit à la démonstration de la preuve, à la documentation scientifique de la confirmation que l'intervention apporte les résultats escomptés.

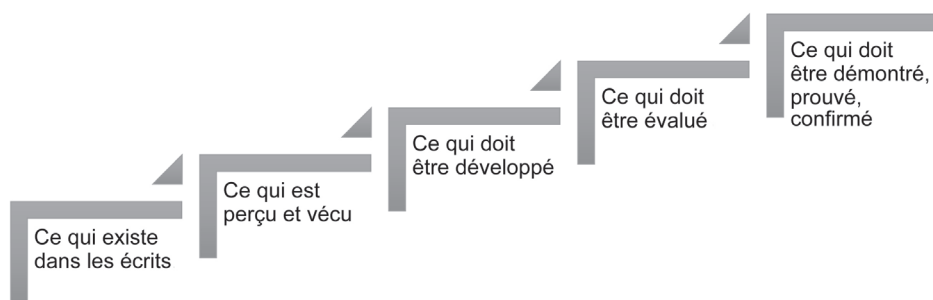


FIGURE 5.

Modèle stratégique pour élaborer la question de recherche.

1. Étude de ce qui existe dans les écrits scientifiques

Les questions de départ se posent ainsi : Quel est l'état des connaissances sur le sujet X ? Quels sont les résultats probants (démontrant l'efficacité) en lien avec l'approche proposée par Y ? Que suggèrent les auteurs pour intervenir auprès de personnes ayant la condition Z ? Comment comprendre le phénomène qui m'interpelle ?

En fait, il s'agit de trouver une réponse à la question en explorant de façon systématique les études antérieures dans le but de rédiger un bilan ou une synthèse. L'analyse peut se baser sur des recherches publiées dans des revues scientifiques ayant un comité de pairs pour évaluer la qualité ; sur des travaux réalisés dans le cadre d'études supérieures (licence, maîtrise, doctorat) ; sur des documents provenant d'organisations reconnues (par exemple : Gouvernement, ONU) ; sur des documents non publiés ou diffusés à un large public, qui portent le nom de littérature grise (par exemple : rapport de recherche, actes de congrès, thèses). Plusieurs devis permettent d'analyser les écrits, soit : recension des écrits, revue narrative, revue systématique, méta-analyse, méta-synthèse, *scoping review* ou étude de la portée, guide de pratique. Le chapitre 7 du présent livre aborde ces méthodologies de recherche.

2. Étude de ce qui est perçu et vécu

Tout au long de son parcours professionnel, l'intervenant ou l'étudiant peut se questionner sur le vécu de la personne ou de son entourage. Par exemple, il peut se demander : Comment la famille s'adapte-t-elle ? Quelles sont les perceptions de l'employeur vis-à-vis de la personne handicapée ? De quelle façon un étudiant handicapé s'intègre à l'école ? Il s'agit de documenter les percep-

tions des individus qui ont vécu de près ou de loin un événement ou qui possèdent une expérience liée à la variable étudiée. L'analyse de leurs perceptions apporte une compréhension approfondie et contribue à mieux saisir leur réalité. Différents devis favorisent cette exploration comme l'utilisation d'échelles de mesure ou de tests standardisés, le questionnaire maison, l'entretien de recherche (individuel ou de groupe), le sondage ou l'enquête, l'histoire de vie ou le groupe de discussion (*focus group*). Trois devis permettent à la fois d'explorer, mais aussi de prioriser, soit le groupe TRIAGE, la technique Delphi et le groupe nominal. Les chapitres 8, 9 et 10 explorent ces différentes méthodologies de recherche.

3. Étude de ce qui doit être développé

Après avoir analysé un problème sous plusieurs angles, il est possible de faire le constat de la nécessité de développer que ce soit par exemple un outil de mesure, une intervention, un objet ou une aide technique. L'élaboration de théories, de modèles conceptuels ou d'approches s'avère d'autres options possibles. Pour permettre ce développement, de nombreuses méthodes sont disponibles, dont quelques-unes sont proposées dans ce livre.

4. Étude de ce qui doit être évalué

Le domaine de l'évaluation est un secteur d'activités de recherche ayant des caractéristiques particulières et possédant ses propres schèmes de références. L'évaluation des besoins représente une avenue de plus en plus appliquée à la réadaptation avec des possibilités de modélisation causale. L'évaluation de programme d'intervention d'un point de vue administratif est aussi un autre élément clé de ce secteur. Ces recherches s'adressent à une diversité de questionnements et peuvent utiliser une variété de devis (autant qualitatifs que quantitatifs). En fait, la recherche évaluative permet d'optimiser les actions des professionnels par l'évaluation de leurs interventions, des systèmes de distribution des services et les politiques de santé et services sociaux. Le lecteur intéressé peut se référer à la section écrite par Michel Rousseau (chapitre 10).

5. Étude de ce qui doit être démontré, prouvé et confirmé

La logique de preuve repose sur la capacité de démontrer, prouver et confirmer que quelque chose fonctionne tel que prévu. Il s'agit pour le chercheur de mettre en place un devis méthodologique le plus rigoureux possible afin de documenter cette preuve. Pour cela, les protocoles expérimentaux sont les

meilleurs. Or, ils sont parfois difficilement applicables dans le contexte de la réadaptation. Par exemple, l'utilisation de double aveugle ou encore la possibilité d'offrir ou non une intervention à une personne peuvent être discutables d'un point de vue éthique. En somme, le niveau de preuve correspond à la capacité d'une étude de répondre à la question en ayant le plus de correspondance avec la cible (par exemple : population, objet de recherche, le niveau de sévérité scientifique, l'adéquation des tests statistiques) tout en ayant le moins de biais possible (voir tableau 1 du chapitre 2).

CONCLUSION

En somme, la question de recherche doit permettre au lecteur de saisir le sujet à l'étude, les orientations privilégiées et les variables importantes. C'est le début du raisonnement scientifique. Il est normal qu'elle émerge après une période d'égarement, de doutes et de tentatives. Il s'agit d'une situation inconfortable, mais permise. Plusieurs auteurs, qui se sont intéressés à cette étape, proposent quatre éléments incontournables résumant le présent chapitre :

1. **Se connaître** : Il s'agit de préciser ses goûts personnels, de connaître ses compétences et de situer sa compréhension du phénomène ou concept à explorer. Quels sont vos intérêts en lien avec ce sujet ? Avez-vous à votre disposition les ressources et les outils pour répondre à votre question ? Croyez-vous posséder les habiletés et connaissances nécessaires pour entreprendre cette démarche de recherche ? Est-ce que ce projet est motivant et stimulant ?
2. **Connaître ce qui existe sur le sujet** : Qu'est-ce qui se trouve dans les bases de données sur ce sujet ? N'hésitez pas à questionner différentes personnes en lien avec la thématique. Vous devez vous documenter le plus possible à propos du sujet. Il importe de savoir s'il s'agit d'un thème innovant ou bien d'un concept qui a été exploité dans les recherches antérieures.
3. **Déterminer le caractère réalisable du projet et l'utilisation potentielle des résultats** : Est-ce possible de faire cette recherche dans vos conditions de travail (et adaptée aux contraintes de temps) ? Est-ce qu'il y a suffisamment de personnes pouvant collaborer à l'étude ? Comment les résultats seront-ils utilisables ?
4. **Préconiser des thèmes originaux** : Est-ce une question originale ? Innovante ? Comment cette question contribuera-t-elle au développement des connaissances pour la réadaptation ? Pour votre profession ? Comment cette thématique suscitera-t-elle l'intérêt des intervenants, des personnes visées et de leur entourage ?

RÉFÉRENCES

Association Québécoise d'Établissements de Santé et des Services Sociaux (2012). *Les CRDP-mission 2012*. Retrouvé sur le site www.aerdpq.org/les-crdp/mission.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2014). *Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice* (8^e éd.). Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins.

Tétreault, S. (2013). Orientations des thématiques abordées lors des mémoires de fin de d'études en ergothérapie : Analyse des titres et perspectives futures. Dans M.H. Izard (dir.), *Expériences en ergothérapie* (pp. 45-53). Montpellier, FR : Sauramps Médical.

CHAPITRE 4

APPRIVOISER LA RECHERCHE

Sylvie Tétreault Ph.D.

Présentation des auteurs

AUTEURS PRINCIPAUX

Sylvie Tétreault Ph.D.

Université Laval, Faculté de médecine, département de réadaptation, Canada
sylvie.tetreault@rea.ulaval.ca

Pascal Guillez M.Sc.

Institut Régional de Formation en Ergothérapie, ASFA, Ile de La Réunion
directeur.irfe@asfa.re

COLLABORATRICES ET COLLABORATEURS

Martine Bertrand Leiser Ph.D.

HES-SO, Haute École de Travail social et de la Santé, Lausanne, Suisse
martine.bertrand@eesp.ch

Sophie Blais-Michaud B. Psy. (cand.)

Université Laval, Faculté des sciences sociales, École de psychologie, Canada
sophie.blais-michaud.1@ulaval.ca

Jean-Michel Caire Ph.D. (cand.)

Institut de formation en ergothérapie de Bordeaux, Bordeaux, France
jean-michel.caire@chu-bordeaux.fr

Chantal Camden Ph.D.

Université de Sherbrooke, École de réadaptation, Canada
chantal.camden@usherbrooke.ca

Emmanuelle Careau Ph.D.

Université Laval, Faculté de médecine, département de réadaptation, Canada
emmanuelle.careau@rea.ulaval.ca

Chantal Desmarais Ph.D.

Université Laval, Faculté de médecine, département de réadaptation, Canada
chantal.desmarais@rea.ulaval.ca

Colette Jourdan-Ionescu Ph.D.

UQTR, département de psychologie, Trois-Rivières, Canada
colette.jourdan@uqtr.ca

Francine Julien-Gauthier Ph.D.

Université Laval, Faculté d'éducation, département de psychoéducation, Canada
francine.julien-gauthier@fse.ulaval.ca

Nicolas Khüne Ph.D.

HES-SO, Haute École de Travail social et de la Santé, Lausanne, Suisse
nicolas.kuhne@eesp.ch

Marie-Eve Lamontagne Ph.D.

Université Laval, Faculté de médecine, département de réadaptation, Canada
marie-eve.lamontagne@rea.ulaval.ca

Marie-Pier Legendre M.O. (cand.)

Université Laval, Faculté de médecine, département de réadaptation, Canada
marie-pier.legendre.1@ulaval.ca

Michelle Monin M.Ed.

HES-SO, Haute École de Travail social et de la Santé, Lausanne, Suisse
michelle.monin@eesp.ch

Frédérique Poncet Ph.D.

Équipe Recherche 6_UPMC, Paris, France
frederiqueponcet@gmail.com

Michel Rousseau Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières, département de psychoéducation, Canada
roussemi@uqtr.ca

Catherine Vallée Ph.D.

Université Laval, Faculté de médecine, département de réadaptation, Canada
catherine.vallee@rea.ulaval.ca

Table des matières

Remerciements	3
Préface	7
Introduction	9

CHAPITRE 1

RECHERCHE EN RÉADAPTATION : ÉVOLUTION ET DÉVELOPPEMENT 11

Introduction	13
Évolution de la réadaptation	13
Conclusion	17
Références	18

CHAPITRE 2

DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN RÉADAPTATION : DIFFÉRENTES PERSPECTIVES 19

Introduction	21
Émergence de la recherche en réadaptation et de la notion d'efficacité	21
Défis de la recherche en réadaptation : Trouver sa propre voie	23

Recherche et intervention : une intégration en continu	26
Intégration de la recherche dans la formation en réadaptation	27
Conclusion	28
Références	28

CHAPITRE 3

STRATÉGIES POUR POSER SA QUESTION DE RECHERCHE 31

Introduction	33
Comment se poser une question de recherche?	33
Exploration des éléments qui favorisent l'émergence de la question	35
Méthodes simples pour déterminer sa question de recherche	38
Moyens mnémotechniques pour déterminer sa question de recherche	41
Méthode plus complexe pour déterminer sa question de recherche	43
1. Étude de ce qui existe dans les écrits scientifiques	44
2. Étude de ce qui est perçu et vécu	44
3. Étude de ce qui doit être développé	45
4. Étude de ce qui doit être évalué	45
5. Étude de ce qui doit être démontré, prouvé et confirmé	45

Conclusion	46
Références	47

CHAPITRE 4

APPRIVOISER LA RECHERCHE 49

Appropriation d'une terminologie scientifique 53

Introduction	53
Termes de base : variables et autres	53
Termes généraux en lien avec la méthodologie	56
Termes généraux en lien avec la recherche qualitative	60
Termes généraux en lien avec la recherche quantitative	61
Termes généraux en lien avec la temporalité de l'étude	63
Termes généraux en lien avec les études cliniques ou appliquées	64
Termes généraux en lien avec les biais en recherche	66
Conclusion	67
Références	67

L'ABC de la recherche dans les bases de données 69

Introduction	69
Plan de recherche documentaire	69
Interroger les bases de données scientifiques	71
Organiser les idées grâce à une carte conceptuelle	71
Questionner avec des opérateurs logiques	72
Thésaurus et autres suggestions	75
Gestion des références	76
Fiches de lecture	76

Structure d'un article	77
Lecture des textes en anglais	82
Conclusion	83
Références	83

CHAPITRE 5

GUIDE POUR ANALYSER LES ARTICLES SCIENTIFIQUES ET MAXIMISER SA LECTURE 87

Analyse d'un texte scientifique : La clé de voûte !	89
Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)	89
Description du contenu du GFASAS-2013 et application de la méthode PQN	92
1. Parties communes à tous les articles	92
2. Article sur l'analyse des écrits scientifiques existants	98
3. Article portant sur une étude quantitative	100
4. Article portant sur une étude qualitative	103
5. Article présentant une opinion, un commentaire, la description d'une intervention ou d'un fonctionnement	105
Formulaire accompagnant le guide francophone pour une analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)	107
1. Parties communes à tous les articles	107
2. Article sur l'analyse des écrits scientifiques existants	109
4. Article portant sur une étude qualitative	111
5. Article présentant une opinion, un commentaire, la description d'une intervention, ou d'un fonctionnement	112

CHAPITRE 6

LES INSTRUMENTS DE MESURE STANDARDISÉS ET LEURS QUALITÉS MÉTROLOGIQUES 113

Introduction	115
Caractéristiques des instruments de mesure	115
Critères pour le choix des instruments de mesure	116
Qualités métrologiques	117
Fidélité	118
Méthodes d'analyse des données et coefficients de fidélité	120
Validité	122
Sensibilité au changement	126
Conclusion	129
Références	129

CHAPITRE 7

EXPLORER LES ÉCRITS SCIENTIFIQUES 133

Recension des écrits 137

Introduction	137
Définition de la recension des écrits	137
Fonctions de la recension des écrits	138
Étapes de la recension des écrits	140
1 ^{re} étape: Sélectionner un sujet de recherche	140
2 ^e étape: Déterminer les mots-clés, les bases de données et les critères de sélection	141
3 ^e étape: Procéder à la recherche des textes à l'aide des bases de données	142
4 ^e étape: Réunir, résumer et analyser les écrits	144
5 ^e étape: Faire la synthèse des résultats	145
Exemples de recension des écrits	146
Conclusion	147
Références	147

Étude de la portée 151

Introduction	151
Définition d'une étude de la portée	151
Caractéristiques d'une étude de la portée	152
Fonctions de l'étude de la portée	152
Organisation d'une étude de la portée	153
1 ^{re} étape: Définir l'objectif et la question de recherche	153
2 ^e étape: Identifier les sources d'informations pertinentes	154
3 ^e étape: Faire la sélection des études	155
4 ^e étape: Analyser les données à l'aide d'une grille	155
5 ^e étape: Rassembler, résumer et présenter les résultats	156
6 ^e étape (facultative): Consulter des experts	157
Exemples d'application d'une étude de la portée	157
Conclusion	158
Références	158

Revue systématique 161

Introduction	161
Définition de la revue systématique	161
Caractéristiques de la revue systématique	162
Buts de la revue systématique	164
Étapes d'une revue systématique	166
1 ^{re} étape: Le protocole	167
2 ^e étape: La question	168
3 ^e étape: La stratégie de recherche documentaire	168
4 ^e étape: Les critères d'inclusion et d'exclusion	170
5 ^e et 6 ^e étapes: L'évaluation de la robustesse des écrits et la description des données extraites et présentées dans le rapport	172
7 ^e étape: Le rapport écrit	173

Conclusion	174
Références	174

Méta-synthèse 177

Introduction	177
Définition d'une méta-synthèse	177
Fonctions d'une méta-synthèse	178
Caractéristiques d'une méta-synthèse	179
Organisation d'une méta-synthèse	179
1 ^{re} étape: Définir la question de recherche	180
2 ^e étape: Sélectionner les critères d'inclusion et d'exclusion	180
3 ^e étape: Identifier les écrits et les rassembler	181
4 ^e étape: Évaluer la qualité des écrits	181
5 ^e étape: Faire la synthèse des résultats	182
Exemples d'application d'une méta-synthèse	182
Conclusion	184
Références	184

Méta-analyse 187

Introduction	187
Définition de la méta-analyse	187
Fonctions d'une méta-analyse	188
Caractéristiques d'une méta-analyse	190
Organisation d'une méta-analyse	190
1 ^{re} étape: Définir l'objectif de la recherche	190
2 ^e étape: Rechercher les informations sur les bases de données	191
3 ^e étape: Sélectionner les articles selon des critères	191
4 ^e étape: Extraire les résultats et les traiter statistiquement	192
5 ^e étape: Interpréter les données et rédiger une synthèse	194

En complément: l'approche PRISMA	194
Exemples de méta-analyse	195
Conclusion	196
Références	196

Lignes directrices 199

Introduction	199
Définition des lignes directrices	199
Fonctions des lignes directrices	200
Caractéristiques des lignes directrices	201
Élaboration de lignes directrices	202
1 ^{re} étape: Définir l'objectif et la question guidant les lignes directrices	202
2 ^e étape: Faire une revue systématique des données	203
3 ^e étape: Déterminer la direction et la force des recommandations	203
4 ^e étape: Dégager et synthétiser des lignes directrices	205
5 ^e étape: Valider les lignes directrices	205
Exemple de lignes directrices	205
Conclusion	207
Références	207

CHAPITRE 8

MÉTHODES DE RECHERCHE POUR EXPLORER CE QUE L'AUTRE PENSE, RESSENT, PERÇOIT 211

Entretien de recherche 215

Introduction	215
Définition de l'entretien	215
Fonctions de l'entretien	216
Caractéristiques de l'entretien	216
Élaboration de l'entretien	221
Types d'entretien	221
Guide d'entretien	224

1 ^{re} partie: Introduction et considérations éthiques	224	Sondage	269
2 ^e Partie: Considérations éthiques	226	Introduction	269
3 ^e partie: Questions en lien avec la thématique	226	Définition du sondage	269
4 ^e partie: Conclusion de l'entretien	231	Fonctions du sondage	270
Réalisation de l'entretien	232	Caractéristiques du sondage	274
Organisation	232	Organisation du sondage	275
Sélection des participants	233	1 ^{re} étape: Élaborer le sondage	275
Analyse des données provenant de l'entretien	233	2 ^e étape: Constituer l'échantillonnage des participants	278
Différents types d'entretien	234	3 ^e étape: Réaliser le sondage et recueillir les données	281
Exemples d'utilisation de l'entretien	240	4 ^e étape: Analyser les données et rédiger le rapport	281
Conclusion	241	Exemples d'application du sondage	282
Références	242	Conclusion	283
Élaboration d'un questionnaire	247	Références	284
Introduction	247	Technique Delphi	287
Types de question	247	Introduction	287
Format des questions ouvertes	249	Définition de la technique Delphi	287
Item à compléter	250	Fonctions de la technique Delphi	288
Questions à court et à long développement	250	Caractéristiques de la technique Delphi	288
Format des questions fermées	251	1 ^{re} étape: Choisir un thème, identifier les experts et solliciter leur participation	290
Questions dichotomiques (oui/non, vrai/faux)	251	2 ^e étape: Transformer le problème sous forme de question de départ et débiter la 1 ^{re} ronde de consultation	292
Questions à choix multiples	252	3 ^e étape: Recueillir les réponses, les analyser et faire un rapport synthèse qui servira lors de la 2 ^e consultation	293
Échelles d'attitude	253	4 ^e étape: Préparer la liste d'énoncés, identifier une question de validation et procéder à une autre consultation	293
Liste de pointage (Checklist)	256	5 ^e étape: Recueillir les réponses, faire une synthèse des réponses et reprendre l'étape 4 jusqu'au consensus entre les experts	294
Façons d'élaborer des questions	257		
1. Type d'information recherchée	258		
2. Structure des questions	260		
3. Choix des mots	261		
Biais de désirabilité sociale	263		
Organisation des questions	264		
Exemples de recherches utilisant un questionnaire	266		
Conclusion	267		
Références	267		

Différentes variantes de la technique Delphi	295
Exemples d'application de la technique Delphi	296
Conclusion	296
Références	296

Récit de vie ou histoire de vie 299

Introduction	299
Définition du récit de vie	299
Fonctions du récit de vie	300
Caractéristiques du récit de vie	302
Organisation du récit de vie	305
1 ^{re} étape: Définir l'objectif du récit de vie et élaborer le guide d'entretien	305
2 ^e étape: Identifier et solliciter les participants	305
3 ^e étape: Réaliser le récit de vie et recueillir les données	306
4 ^e étape: Analyse des données	307
Différentes variantes du récit de vie	307
Exemples d'application du récit de vie	308
Conclusion	310
Références	310

CHAPITRE 9

MÉTHODES DE RECHERCHE POUR DES GROUPES 313

Observation participante 317

Introduction	317
Définition de l'observation participante	317
Fonctions de l'observation participante	318
Caractéristiques de l'observation participante	319

Organisation de l'observation participante	320
1 ^{re} étape: Déterminer les objectifs et planifier l'observation participante	321
2 ^e étape: Identifier le groupe et les participants potentiels	321
3 ^e étape: Réaliser l'observation participante et recueillir les données	322
4 ^e étape: Analyser les données et rédaction du rapport	323

Exemples d'application de l'observation participante	323
Conclusion	324
Références	324

Focus groupe 327

Introduction	327
Définition du focus groupe	327
Fonctions du focus groupe	328
Caractéristiques du focus groupe	329
Organisation du focus groupe	330
1 ^{re} étape: Définir l'objectif et élaborer le guide d'entretien	331
2 ^e étape: Identifier et solliciter les participants	336
3 ^e étape: Réaliser la rencontre et recueillir les données	336
4 ^e étape: Analyser les données et produire le rapport	339

Différentes variantes du focus groupe	340
Exemple d'application du focus groupe	340
Conclusion	342
Références	342

Méthode du groupe nominal 345

Introduction	345
Définition de la méthode du groupe nominal	345

Fonctions de la méthode du groupe nominal	346	Caractéristiques du forum ouvert	368
Caractéristiques de la méthode du groupe nominal	346	1 ^{er} principe : Tous ceux qui viennent sont les bonnes personnes	368
Organisation du groupe nominal	347	2 ^e principe : Quoiqu'il se passe, c'est la seule chose qui aurait pu se passer	369
1 ^{re} étape : Définir l'objectif et élaborer la question de recherche	347	3 ^e principe : Quel que soit le moment où cela commence, c'est le bon moment	369
2 ^e étape : Identifier et solliciter les participants	348	4 ^e principe : Quand c'est fini, c'est fini!	369
3 ^e étape : Réaliser la rencontre et recueillir les données	348	Loi des deux pieds ou de la mobilité	369
Variante du groupe nominal	352	Les abeilles	370
Exemples d'application de la méthode du groupe nominal	352	Les papillons	370
Conclusion	353	Esprit de travail collectif	370
Références	353	Organisation de la rencontre	371
Méthode TRIAGE	355	1 ^{re} étape : Définir les conditions préalables	371
Introduction	355	2 ^e étape : Identifier et solliciter les participants	373
Définition de TRIAGE	355	3 ^e étape : Créer l'ordre du jour et ouvrir la place du marché	374
Fonctions de TRIAGE	356	4 ^e étape : Récolter les données et rédiger le rapport	375
Caractéristiques de TRIAGE	357	Conclusion	376
Organisation de TRIAGE	357	Références	377
1 ^{re} étape : Définition de l'objectif de TRIAGE, élaboration du matériel et sollicitation des experts	357		
2 ^e étape : Phase de production individuelle	359		
3 ^e étape : Phase de production de groupe	360		
4 ^e étape : Analyse des données et rédaction du rapport	363		
Différentes variantes de TRIAGE	364		
Exemples d'application de TRIAGE	364		
Conclusion	365		
Références	365		
Forum Ouvert ou place du marché	367		
Introduction	367		
Définition de la méthode	367		
		CHAPITRE 10	
		APPROCHES DE RECHERCHE INNOVANTES	379
		Recherche-action participative : nouvelles perspectives	383
		Introduction	383
		Définition de la recherche action-participative	384
		RAP : Processus de recherche différent des approches traditionnelles	384
		Une finalité d'action	387
		La participation d'acteurs dans la recherche	388
		Autres approches intégrant recherche, action et participation	391
		Vers une définition de la recherche-action participative	393

Recherche-action participative et réadaptation	394
<i>Intérêt pour la réadaptation</i>	394
<i>Retombées des RAP et buts visés</i>	395
<i>Limites et défis de la RAP</i>	399
Différents types de recherche-action participative	402
<i>Objectif visé: Changement organisationnel ou autodétermination des usagers</i>	402
<i>Origine du leader: insider ou outsider</i>	403
<i>Différentes étapes de la recherche-action participative</i>	404
Conclusion	413
Références	416

La recherche évaluative: Porter un jugement sur un programme ou une intervention 423

Introduction	423
Définition de l'évaluation	424
Fonctions de l'évaluation	426
Objet de l'évaluation: programme, composantes et dimensions	428
<i>Définition d'un programme</i>	428
<i>Théorie du programme</i>	428
<i>Présentation du modèle logique</i>	430
<i>Parallèle avec l'intervention</i>	432
Cadre théorique de l'évaluation selon Stufflebeam: Modèle Contexte, Structuration, Implantation, Produit\Résultat (CSIR)	433
<i>Évaluation du contexte</i>	433
<i>Évaluation de la structuration</i>	434
<i>Évaluation de l'implantation</i>	435
<i>Catégories de résultats: Cibles de l'évaluation</i>	438
<i>Performance du programme:</i>	
<i>Efficacité et efficacité du programme</i>	439
<i>Qualité du programme: Satisfaction des participants, fidélité du programme</i>	439

Performance au plan individuel:	
<i>Bien-être physique et psychologique</i>	440
Qualité au plan individuel: Inclusion sociale, qualité de la vie, développement personnel, autodétermination, participation sociale	440
Évaluation de l'efficacité du programme	441
Conclusion	441
Références	443

Méthodologie Q 445

Introduction	445
Définition de la méthodologie Q	445
Fonctions de la méthodologie Q	446
Caractéristiques de la méthodologie Q	447
<i>Q-sort, une échelle de réponse</i>	447
<i>Méthodologie Q et petits échantillons de participants</i>	448
Organisation de la méthodologie Q	448
<i>1^{re} étape: Définir l'objectif d'une étude en méthodologie Q et élaborer les outils nécessaires à sa mise en œuvre</i>	448
<i>2^e étape: Identifier et solliciter les participants</i>	452
<i>3^e étape: Réaliser l'activité et recueillir les données</i>	453
<i>4^e étape: Analyse des données et rédaction du rapport</i>	454
Différentes variantes de la méthode Q-méthodologie	458
<i>Q-sort comme technique au service du changement</i>	458
<i>Q-sort comme outil d'évaluation normatif</i>	460
<i>Exemples d'application de la Q-méthodologie</i>	460
Conclusion	461
Références	461

CHAPITRE 11

RECOMMANDATIONS POUR LA RÉADAPTATION 465

Adaptations méthodologiques destinées aux personnes ayant des limitations cognitives 469

Introduction	469
Nécessité de considérer le point de vue de ces personnes	470
Contraintes en lien avec les caractéristiques de ces personnes	471
Suggestions pour favoriser une communication efficace	474
Moyens pour faciliter les interactions avec les personnes	477
Propositions pour l'élaboration de documents écrits	480
L'obtention du consentement à la recherche	481
Conclusion	482
Références	483

Recherche qualitative et scientifique 489

Introduction	489
Évaluer la scientificité d'une recherche qualitative	490
<i>Recours à des critères communs pour les deux types de recherche</i>	491
<i>Abandon de critères spécifiques au profit d'une pratique réflexive</i>	492
<i>Adoption de critères plus adaptés à la recherche qualitative</i>	493
Définir les critères de scientificité	493
<i>Crédibilité et cohérence</i>	494
<i>Transférabilité</i>	494
<i>Imputabilité procédurale</i>	495
<i>Transparence</i>	495
<i>Authenticité</i>	496
<i>Adéquation de l'échantillon</i>	496

Stratégies de vérification pour assurer la scientificité des recherches qualitatives 497

<i>Journal réflexif et notes terrain</i>	497
<i>Suivi des pistes de décisions (audit trail)</i>	497
<i>Présence prolongée sur le terrain</i>	498
<i>Triangulation des données et des sources</i>	498
<i>Vérification référentielle</i>	498
<i>Processus itératif de collecte et analyse des données</i>	499
<i>Validation auprès des participants</i>	499
<i>Validation auprès des pairs</i>	499

Grilles pour évaluer la scientificité des études qualitatives 502

Conclusion	505
Références	505

Conclusion 509

Annexes 513

1. Liste de quelques sites internet intéressants	515
2. Exemple d'un guide d'entretien	521
3. Exemple d'une lettre d'information et d'un feuillet de consentement	527
4. Exemples des premières communications avec les participants	533
5. Exemples d'un tableau synthèse de la démarche Delphi	537
6. Exemple de guide d'animation d'un focus group provenant de l'étude de Tétreault, Beaupré, Carrière, Freeman et Gascon (2010)	539
7. Directives pour la mise en place d'un focus group	543

Présentation des auteurs 545

Guide pratique de recherche en réadaptation

Ce guide explore les diverses méthodologies de recherche (*research design*) adaptées au domaine de la rééducation/réadaptation.

L'ouvrage est construit autour d'une préoccupation majeure : le développement d'une pratique fondée sur des données probantes, répondant aux préoccupations croissantes d'amélioration de la qualité d'intervention des professionnels.

Comportant de nombreux exemples concrets, ce livre puise ses références autant dans les écrits scientifiques nord-américains qu'euro-péens. Il guidera le professionnel de la réadaptation et l'étudiant quelle que soit sa formation. Il leur fournira des outils de recherche pertinents. De nombreux collaborateurs francophones ont apporté leur expertise en respectant les principales étapes de l'élaboration d'un projet de recherche.

Plus qu'un guide pratique, cet ouvrage veut démystifier la recherche en réadaptation et la rendre envisageable au travers d'une démarche précise et rigoureuse.

Biographie



Sylvie TÉTREAU est ergothérapeute et professeure titulaire à l'Université Laval à Québec, Canada. Elle est activement impliquée en recherche depuis plus de 30 ans et elle s'intéresse aux méthodologies de recherche en réadaptation. Elle a contribué à plus d'une centaine d'articles scientifiques et de conférences internationales.



Pascal GUILLEZ est ergothérapeute. Il est diplômé en Pédagogie des Sciences de la Santé. Il a exercé comme formateur en ergothérapie et enseignant dans diverses disciplines de réadaptation. Depuis une quinzaine d'années, il participe à la création de plusieurs structures de formation en France et à l'étranger.

<http://noto.deboeck.com> : la version numérique de votre ouvrage

- 24h/24, 7 jours/7
- Offline ou online, enregistrement synchronisé
- Sur PC et tablette
- Personnalisation et partage



GUIPRAREA
ISBN 978-2-3532-7267-9

www.deboeck.fr