

Université de Montréal

Valoriser l'érudition chez les professionnels de la réadaptation de l'accident vasculaire  
cérébral : tout un défi !

par  
Barbara Fillion,erg.

Faculté des sciences de l'éducation en collaboration avec la Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté études supérieures et postdoctorales  
en vue de l'obtention du grade de M.A.  
en M.A. Sciences de l'éducation  
option Pédagogie universitaire des sciences médicales

Novembre 2012

© Barbara Fillion, 2012

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Valoriser l'érudition chez les professionnels de la réadaptation de l'accident vasculaire  
cérébral : tout un défi !

Présenté par :  
Barbara Fillion

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

François Bowen, président-rapporteur  
Annie Rochette, directrice de recherche  
Stéphane Ahern, membre du jury

## Résumé

**Titre :** Valoriser l'érudition chez les professionnels de la réadaptation de l'accident vasculaire cérébral : tout un défi !

**Introduction :** Les professionnels de la réadaptation de l'accident vasculaire cérébral (AVC) ont la responsabilité d'offrir des services de qualité ancrés dans les données probantes. Cette responsabilité relève du rôle d'érudit selon le cadre de compétences CanMEDS. Quelle place occupe par ce rôle en clinique? **Objectifs :** 1) Documenter les perceptions, expériences et vécus en lien avec le rôle d'érudit chez les professionnels de la réadaptation de l'AVC. 2) Identifier les facteurs perçus comme facilitant ou entravant ce rôle clinique. **Méthodologie :** Étude qualitative exploratoire d'orientation phénoménologique par entrevue individuelle de professionnels travaillant en réadaptation de l'AVC depuis au moins deux ans. Codification des verbatim avec le logiciel QDA-Miner. **Résultats :** Les participants (âge moyen 40,7 ans  $\pm$  11,2) sont majoritairement des femmes (9/11) et leur expérience de travail en AVC varie de 3 à 23 ans. Les principaux thèmes identifiés sont: 1) Les savoirs tacites sont perçus comme synonyme du rôle d'érudit; 2) L'expérience de travail et l'intuition clinique amènent confiance et confort dans les pratiques; 3) L'insatisfaction quant au manque de partage des connaissances; 4) L'importance de la diversification dans les tâches cliniques et 5) La pratique réflexive est peu développée. Les quatre facteurs influençant le rôle d'érudit sont: la motivation; l'incident critique, les stagiaires et le manque de temps. **Conclusion :** Le rôle d'érudit apparaît peu valorisé par les participants. Il existe un écart entre le rôle d'érudit tel que décrit dans les cadres de compétences et la façon dont il est actualisé en pratique clinique.

**Mots clés :** application des connaissances, cadre de compétences CanMEDS, pratique fondée sur les données probantes, pratique réflexive, réadaptation de l'AVC, rôle d'érudit, savoirs tacites.

## Abstract

**Title:** Valuing the Scholar Role at stroke rehabilitation professionals: it's quite a challenge!

**Introduction:** Stroke rehabilitation clinicians are responsible for offering quality services through evidence-based practice. This responsibility springs from the Scholar Role described in the CanMEDS framework. How is this role fulfilled in the clinical setting? **Objective:** 1) To explore the perceptions, experiences, and attitudes of rehabilitation professionals regarding their role as Scholar in their practice; 2) To identify factors that facilitate or hinder this role as scholar. **Methods:** Qualitative design with a phenomenological orientation. Face-to-face interviews were conducted among professional with at least two years experience in stroke rehabilitation using a pre-tested interview guide; Verbatims were coded using QDA-Miner software. **Results:** Mean age of the participants was 40.7 years  $\pm$  11.2. Participants were mostly women (n = 9/11). The role of scholar emerged as not having great value for the participants. Main themes emerging from the analysis include the following: 1) emphasis on tacit knowledge; 2) experience and clinical intuition leading to self-confidence and comfort in clinical practice; 3) dissatisfaction with the lack of knowledge sharing among clinicians; 4) importance of diversifying clinical tasks; 5) underdevelopment of reflective practice. The four factors influencing the role of scholar: motivation, critical incident as a trigger of reflective practice and interns facilitating reflective practice; lack of time acted as an obstacle. **Conclusion:** There is a discrepancy between the role of the scholar as described by the canMEDS framework and how it is actualized in clinical practice.

**Keywords:** knowledge translation, CanMEDS, evidence based-practice, reflective practice, stroke rehabilitation, scholar role, tacit knowledge.

## Table des matières

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>III</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>IV</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>V</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>VIII</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>IX</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>X</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>XII</b>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>XV</b>
1.1 TERMINOLOGIE EMPLOYÉE.....	XV
1.2 ORGANISATION DU MÉMOIRE .....	XXI
<b>CHAPITRE I — PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES</b> .....	<b>1</b>
1.1 PROBLÉMATIQUE.....	1
1.2 CADRE CONCEPTUEL .....	3
1.3 RECENSION DES ÉCRITS .....	5
1.3.1 <i>Quelques définitions</i> .....	5
1.3.2 <i>L'importance du rôle d'érudit</i> .....	8
1.3.3 <i>Le rôle d'érudit chez les professionnels de la santé</i> .....	10
1.3.4 <i>La pratique réflexive ou l'apprentissage du professionnel en pratique</i> .....	14
1.3.5 <i>L'application des connaissances</i> .....	18
1.3.6 <i>L'AVC et la réadaptation : le contexte de l'étude</i> .....	23
<b>CHAPITRE II – MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>27</b>
2.1 OBJECTIFS .....	27
2.2 MÉTHODOLOGIE.....	27
2.3 PARTICIPANTS VISÉS .....	29
2.4 TAILLE DE L'ÉCHANTILLON.....	29
2.5 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE .....	31
2.6 DÉVELOPPEMENT DU GUIDE D'ENTREVUE .....	31
2.7 COLLECTE DE DONNÉES .....	32
2.8 ANALYSE DES DONNÉES .....	34
2.8.1 <i>Phase préparatoire des données (sélection du matériel)</i> .....	34
2.8.2 <i>Les phases longitudinale-analyse en profondeur un participant à la fois ET transversale-comparaison des participants entre eux</i> .....	37
2.9 CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ .....	37
2.10 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES .....	38
<b>CHAPITRE III – LES RÉSULTATS</b> .....	<b>41</b>
ABSTRACT .....	43
INTRODUCTION .....	44

METHODS .....	46
<i>Study design</i> .....	46
<i>Participants and recruitment procedure</i> .....	46
<i>Sample Size</i> .....	46
<i>Interviews</i> .....	46
<i>Data collection</i> .....	47
<i>Data analysis and coding</i> .....	47
RESULTS .....	48
<i>Objective 1 – The role of scholar</i> .....	48
<i>Objective 2 – What factors influence the scholar role?</i> .....	49
DISCUSSION .....	51
<i>The role of scholar according to clinicians</i> .....	52
<i>Factors influencing the role of scholar</i> .....	53
CONCLUSION.....	56
ACKNOWLEDGMENTS.....	56
DECLARATION OF INTEREST .....	57
REFERENCES .....	58
LIST OF TABLES AND FIGURES .....	62
<i>Figure 1 – Definition of the scholar role and its relationship to other core competencies, according to CanMEDS (22)</i> .....	62
<i>Table 1 – Socio-demographic characteristics of participants</i> .....	63
<i>Table 2 – Portrait of the scholar role from the perceptions, experiences, and attitudes of stroke rehabilitation clinicians in their daily practice</i> .....	64
<b>CHAPITRE IV – RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES .....</b>	<b>67</b>
<b>CHAPITRE V – DISCUSSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>69</b>
5.1 LE RÔLE D'ÉRUDIT PEU VALORISÉ PAR LES PARTICIPANTS.....	69
5.2 LES STRATÉGIES DE VULGARISATION ET D'ACCESSIBILITÉ DES DONNÉES PROBANTES EN LIEN AVEC LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT .....	70
5.3 LA PRATIQUE RÉFLEXIVE ET LES NOMBREUSES STRATÉGIES POUR LA STIMULER.....	73
5.4 LES FACTEURS FACILITANT OU ENTRAVANT LE RÔLE D'ÉRUDIT .....	77
5.4 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	81
5.5 LES RETOMBÉES ANTICIPÉES .....	85
5.6 IMPLICATIONS ORGANISATIONNELLES.....	85
5.7 LES AVENUES DE RECHERCHE FUTURES.....	86
<b>CHAPITRE VI – CONCLUSION.....</b>	<b>89</b>
6.1 LES MESSAGES CLÉS DE CETTE ÉTUDE .....	90
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>92</b>
<b>LES ANNEXES.....</b>	<b>XV</b>
ANNEXE 1 – STRATÉGIE DE RECHERCHE ET D'EXTRACTION DES DONNÉES SELON LES DIVERSES SOURCES CONSULTÉES POUR RÉDIGER LA RECENSION DES ÉCRITS .....	XVI
ANNEXE 2 – LETTRE DE RECRUTEMENT AUX COORDONNATEURS DE RECHERCHE CLINIQUE DES ÉTABLISSEMENTS OU AUX GESTIONNAIRES .....	XVII

ANNEXE 3 – GUIDE D’ENTREVUE.....	XIX
ANNEXE 4 – QUESTIONNAIRE DES TYPOLOGIES .....	XXIII
ANNEXE 5 – CERTIFICAT DU COMITÉ D’ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES ÉTABLISSEMENTS DU CRIR .....	XXV
ANNEXE 6 – FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT.....	XXVIII
ANNEXE 7 – LE MODÈLE TRANSTHÉORIQUE DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT SELON PROCHASKA ET DI CLEMENTE .....	XXXIII

## Liste des Tableaux

Tableau I – Tableau récapitulatif des termes choisis .....	xvi
Tableau II – Différenciation entre ressources internes et externes .....	7
Tableau III – Compétences principales chez le médecin érudit (13) (p.21-22).....	9
Tableau IV – Comparaison du rôle d’érudit chez les différentes professions à l’étude. ....	12
Tableau V – Les données issues d'une approche phénoménologique.....	28
Tableau VI – Faisabilité du recrutement selon les centres de réadaptation affiliés au CRIR...	30
Tableau VII – Les différents facteurs qui influencent positivement ou négativement le rôle d’érudit.....	67



## Liste des figures

Figure 1– La terminologie CanMEDS schématisée.....	1
Figure 2 – Le cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins .....	3
Figure 3 – Schématisation du rôle d'érudit, des compétences (C) et des indicateurs spécifiques (IS) associés selon le cadre CanMEDS.....	4
Figure 4 – Adaptation du Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins par l'Association canadienne des ergothérapeutes : le Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada (2007) (24) (p.5).....	5
Figure 5 – Processus des connaissances à la pratique.....	19
Figure 6 – Formule de fiabilité entre codeurs (100) (p.126).....	36

## Liste des sigles et abréviations

AVC	Accident vasculaire cérébral
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
CRCL	Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
CRLB	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
CRMCC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
OMRU	Modèle d'Ottawa d'utilisation de la recherche

*À ma famille et mes proches pour leur amour et  
leur soutien inconditionnel tout au long de ce  
projet d'étude...*

## Remerciements

Mon aventure de trois ans se termine enfin! Comme vous le savez, la rédaction a été une étape souffrante de ma maîtrise. J'ai cheminé, évolué à travers les divers obstacles rencontrés et j'en sors grandit. Ce retour à la vie étudiante aura pour le moins été riche en émotions et en changements qui se sont avérés heureux et si positifs. Depuis quelques mois, j'anticipe avec grand plaisir la conclusion de cette épopée. Je remercie tous mes proches d'avoir été si compréhensifs et encourageants lors des moments intenses de stress, surtout avant les présentations et lorsque je me retrouvais devant l'inconnu et la nouveauté. Votre respect et votre compréhension lors de mon isolement pendant ces trois années de labeur m'ont permis de mener à terme ce mémoire. J'ai hâte de vous retrouver au quotidien. Je n'ai que deux mots à offrir pour exprimer ma gratitude envers tous ceux qui ont croisé ma route et m'ont aidée de près ou de loin pendant ce parcours : MERCI BEAUCOUP!

**Annie**, directrice extraordinaire avec qui je n'aurais pu souhaiter un meilleur encadrement. L'excellent mentor que tu es m'a offert toutes sortes d'opportunités et d'expérience en recherche depuis 2008, où j'ai pu me dépasser. Tu m'as ouvert plusieurs portes et je t'en suis très reconnaissante. Par ta patience, ton dévouement, ta disponibilité, tu as su apaiser mes angoisses et me ramener sur le bon chemin, tout en me laissant faire des erreurs, afin de me permettre d'apprendre. Tes précieux conseils m'ont réellement touchée et m'habitent encore. Merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir outillée et de m'avoir donné confiance en mes capacités en me poussant dans diverses expériences en cours de maîtrise. J'ai beaucoup grandi grâce à toi. Je te remercie sincèrement pour ta grande générosité.

**Mes parents et grand-maman Édith** pour votre amour, votre patience (ça se termine enfin!) et pour m'avoir soutenu moralement et généreusement... sans quoi je n'aurais pas pu poursuivre avec les événements survenus en cours de route. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir encouragée à chaque étape. Je vous en suis réellement reconnaissante et je vous aime. Merci pour tout!

**Ma sœur**, un grand merci de m'avoir comprise, permis de ventiler et de tout dire (...), de m'avoir fait rire, d'avoir été là pour toi et en fin de course de m'avoir remise en mode «*bootcamp*». C'est à mon tour de te rendre la pareille dans ton aventure d'IPS. Tu es un modèle de rigueur et de discipline pour moi.

**Sylvain**, mon compagnon de vie qui m'encourage à chaque instant, qui me rassure en cas de doute, qui m'a soutenue et aimée malgré «*the attitude*». Merci de croire en moi! Merci de m'avoir offert ton écoute, ton positivisme et ta patience. Merci de m'avoir fait rire quand je pensais que ce n'était plus possible. Tu es mon plus grand 'supporteur' et tu m'as réellement épaulée dans les moments difficiles de découragement. Nous avons maintenant un nouveau projet de vie, commun cette fois-ci, avec l'arrivée de bébé #1. **Victoria**, dans les derniers mois, tu m'as donné le courage et l'énergie de terminer la rédaction de ce projet de vie des trois dernières années. Je peux maintenant t'accueillir la tête légère.

**Monsieur Daoust**, sans qui ma santé mentale serait «*long gone*», sans qui j'aurais décompensé dans les périodes creuses et devant toutes les embûches! Vous m'avez soutenue grâce aux images, aux métaphores et à la constance de nos rencontres où la censure était bannie! Vous m'avez permis de découvrir mon coffre à outils internes et surtout aider à comprendre comment les utiliser. Je la termine enfin, MA maîtrise à MOI!

**Val** : pour m'avoir tant aidé, orienté dans cette grosse machine et surtout pour ta présence constante au cours des nuits blanches interminables de travail acharné en parallèle à l'*Expression* et au *Noir*. Enfin, pour les divertissements de tout genre, parfois farfelus, mais oh combien bénéfiques, ainsi que pour le kit-de-dépression-post-maîtrise si stimulant et motivant en fin de parcours... Merci d'avoir pavé le chemin!

**Caro** : toujours le bon mot pour m'encourager... Merci pour les relectures exigeantes que tu trouvais stimulantes?!? Avec toi, j'ai bien retenu la phrase de Nicolas Boileau (1636-1711) : «*Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement / Et les mots pour le dire arrivent aisément*».

**Phil** : pour ta générosité dans le partage de ton expérience, tu as été un modèle à suivre. Sache que j'admire ton intelligence et ta confiance dans tout ce que tu accomplis! Pour ton amitié et nos discussions si motivantes, mobilisatrices et ressourçâtes lors de nos soupers. Merci sincèrement pour tes précieux conseils de tout ordre et l'aide apportée depuis que l'on se connaît...

**MChou** : pour le bon mot au bon moment, pour les nombreuses heures de soutien et pour tous les '*Marie-approved*' et les nombreux conseils! Merci de m'avoir relue et de m'avoir rassurée.

**Marie-Ève, mon ex-coloc** : pour le soutien moral, les encouragements, je n'oublierai jamais les mots téléphoniques de ton p'tit Romain «Lâche pas Babaha!» et vos câlins si précieux!

**Isabelle G et Anik**: pour les discussions concernant nos projets et nos incertitudes, pour tous les documents échangés et l'entraide, je tiens à vous remercier collègues étudiantes.

**Cri-pro-procrastination, AméBé, Valou, Marie-Line, IsaT, Mélan, Andrée, Vio, Julie M, et Manon** : Merci d'avoir été là au besoin, de m'avoir épaulée et encouragée dans les bons moments comme dans les difficiles. Vos bons mots ont été entendus!

**Bernard Charlin** pour m'avoir fait confiance au départ, vous m'avez permis de progresser.

**Robert Gagnon** pour m'avoir aidée à structurer ma pensée en début de parcours.

**Martial Dembélé** pour avoir partagé votre passion de l'analyse des données qualitatives.

Finalement, je tiens à exprimer ma reconnaissance envers le CPASS, l'École de réadaptation pour l'octroi de bourses d'études et envers ma directrice pour une bourse de rédaction qui m'ont permis de me consacrer pleinement à mes études de maîtrise; ainsi que le CLSC Métro d'avoir accepté de me libérer pendant deux ans. Enfin, le dernier merci s'adresse aux participants de l'étude qui ont accepté de se dévoiler.

Sincèrement, Barbara

Montréal, Novembre 2012

# **Avant-Propos**

## **1.1 Terminologie employée**

L'un des grands problèmes auxquels les francophones font face lorsqu'ils utilisent les écrits scientifiques en anglais, est que plusieurs mots ont la même racine, et même parfois la même orthographe dans les deux langues, tout en n'ayant pas la même signification, définition et traduction d'un auteur à l'autre. Devant l'abondance des termes retrouvés dans les écrits scientifiques pour nommer les concepts utilisés tout au long de ce mémoire, des choix ont dû être faits dans le but d'uniformiser le registre langagier du mémoire. Pour les besoins de la présente étude, par souci de cohérence et pour orienter le lecteur, ces choix sont présentés au Tableau I.

Tableau I – Tableau récapitulatif des termes choisis

Termes utilisés dans ce document	Raisons justifiant ces choix	Synonymes retrouvés dans les écrits scientifiques
<b>Discipline et Professionnel</b>	<p>Selon le dictionnaire électronique Antidote : Le terme «<b>Discipline</b>» : Étymologie : Emprunt au latin classique <i>disciplina</i>, ‘enseignement’. Définition : Branche particulière de la connaissance, de l’enseignement. Ensemble des règles de conduite imposées à une personne, à un groupe.</p> <p>Le terme «<b>Professionnel</b>» : Étymologie : Emprunt au latin impérial <i>professio</i>, ‘profession (métier)’. Définition : Qui se rapporte à une <b>profession</b>. Cette dernière se définit comme une occupation régulière et rémunérée, exigeant généralement des études universitaires. (ex. : Profession de médecin, d’ergothérapeute). Ensemble des personnes qui pratiquent une même occupation.</p> <p><b>La nuance est la suivante : les professionnels de la santé travaillant en réadaptation de l’AVC et provenant de disciplines différentes</b> (dans cette étude : médecin, ergothérapeute, orthophoniste, physiothérapeute, psychologue et neuropsychologue, travailleur social).</p> <p>En lien avec le cadre de compétences CanMEDS, les compétences transversales, dont le rôle d’érudit, sont communes aux différents</p>	N/A



	participants de l'étude. (cf. p.12 à p.14 du mémoire)	
<b>Professionnels en réadaptation de l'AVC</b>	Les professionnels de la santé travaillant en réadaptation de l'AVC et provenant de disciplines différentes. À la lumière de ces informations, dans ce mémoire, nous avons choisi d'utiliser le terme : <b>professionnel en réadaptation de l'AVC</b> . Ce terme est inclusif pour l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire en réadaptation de l'AVC.	Les auteurs canadiens en réadaptation de l'AVC utilisent plusieurs termes pour décrire les membres de l'équipe interdisciplinaire de réadaptation de l'AVC (recommandations canadiennes) : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stroke Rehabilitation Clinicians</li> <li>▪ Rehabilitation Professionals</li> <li>▪ Stroke Professionals</li> <li>▪ Clinicians</li> <li>▪ Clinicians working in adult neurology</li> <li>▪ Interdisciplinary team of rehab experts which included a physiotherapist, an occupational therapist, a speech-language pathologist, and a social worker (<a href="http://www.heartandstroke.com/site/apps/nlnet/content2.aspx?c=ikIQLcMWJtE&amp;b=6074245&amp;ct=8424947">http://www.heartandstroke.com/site/apps/nlnet/content2.aspx?c=ikIQLcMWJtE&amp;b=6074245&amp;ct=8424947</a>)</li> <li>▪ many different types of health professionals who make up the stroke team (<a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/stroke-accident_vasculaire_cerebral/rehabilitation-readaptation-fra.php">http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/stroke-accident_vasculaire_cerebral/rehabilitation-readaptation-fra.php</a>)</li> <li>▪ votre équipe de réadaptation post-AVC (<a href="http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562385/k.DF1B/AVC_R233adaptation.htm">http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562385/k.DF1B/AVC_R233adaptation.htm</a>)</li> <li>▪ OMS : utilise «Worker Health» qui n'est pas assez précis dans le contexte à l'étude.</li> <li>▪ Cliniciens qui offrent des services de réadaptation post-AVC spécialisés et interprofessionnels</li> <li>▪ Cliniciens ayant une expérience de la réadaptation post-AVC</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Équipe interprofessionnelle à l'œuvre durant la phase de réadaptation post-AVC</li> </ul>
<b>Cliniciens et professionnels de la santé</b>	<p>De l'anglais «<i>clinicians</i>» et «<i>health care professionals</i>».</p> <p>Ces 2 termes se retrouvent abondamment dans les écrits scientifiques médicaux et de réadaptation.</p> <p>Ils sont utilisés dans le mémoire lorsque le propos est plus général que se rapportant uniquement aux professionnels en réadaptation de l'AVC, selon les études auxquelles on a référées.</p>	N/A
<b>Rôle d'érudit (concept clé central)</b>	<p>De l'anglais «<i>Scholar</i>».</p> <p>Selon le <i>cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins</i>.</p> <p>Savoirs approfondis fondés sur la mise à jour des connaissances et des données probantes. (Définition cf. : 1.2.1; 1.2.2 et 1.2.3 du mémoire)</p>	Compétences d'érudition; Manifestations d'érudition
<b>Application des connaissances</b>	<p>De l'anglais «<i>Knowledge Translation</i>», terme adopté par les IRSC. (Définition cf. : 1.2.5)</p>	Transfert des connaissances; Transfert des savoirs
<b>Meilleures pratiques</b>	<p>De l'anglais «<i>Best practices</i>», terme adopté par l'Agence de santé publique du Canada</p>	Pratiques exemplaires; Pratiques recommandées
<b>Pratiques fondées sur les données probantes</b>	<p>De l'anglais «<i>Evidence-Based Medicine (EBM)</i>» ou «<i>Evidence-Based Practice (EBP)</i>» (1)</p>	Pratiques factuelles; Pratique fondée sur des preuves scientifiques; Données probantes; Médecine basée sur des données probantes; Médecine basée sur le niveau de preuve; Médecine fondée sur des données probantes; Médecine fondée sur le niveau de preuve; Niveau de preuve
<b>Collaboration interprofessionnelle</b>	<p>Professionnels de la santé travaillant en réadaptation de l'AVC et provenant de disciplines</p>	N/A

<p><b>et équipe interdisciplinaire</b></p>	<p>différentes (dans cette étude : médecin, ergothérapeute, orthophoniste, physiothérapeute, psychologue et neuropsychologue, travailleur social).</p> <p>Dans les centres de réadaptation, l'équipe comprend différents professionnels et médecins selon les besoins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Éducateur spécialisé</li> <li>• Ergothérapeute</li> <li>• Infirmière</li> <li>• Infirmière auxiliaire</li> <li>• Neuropsychologue</li> <li>• Nutritionniste</li> <li>• Omnipraticien</li> <li>• Orthophoniste</li> <li>• Pharmacien</li> <li>• Physiatre</li> <li>• Physiothérapeute</li> <li>• Préposé aux bénéficiaires</li> <li>• Préposé ergo/physio</li> <li>• Psychoéducateur</li> <li>• Psychologue</li> <li>• Technicien en loisirs</li> <li>• Travailleur social</li> </ul> <p>D'autres intervenants s'ajoutent à l'équipe selon les besoins de la clientèle par exemple un sexologue ou des médecins spécialistes (psychiatre, urologue).</p> <p><b>Ces professionnels en réadaptation de l'AVC travaillent en <u>collaboration interprofessionnelle</u></b></p>	
--	---	--

	<p><b><u>au sein d'une équipe interdisciplinaire.</u></b></p> <p>L'approche interdisciplinaire inclut toutes les interventions quotidiennes des cliniciens sont concertées, complémentaires et globales. Les évaluations et interventions offertes peuvent être disciplinaires et interdisciplinaires.</p> <p>Dans les articles traitant de la réadaptation de l'AVC au Canada, les auteurs emploient le terme : «Members of the interdisciplinary team».</p>	
<p><b>Responsable de l'étude (Barbara Fillion) (BF)</b></p>	<p>À la suite de commentaires de divers réviseurs.</p>	<p>Étudiante, Chercheuse principale, intervieweur, auteure</p>

## 1.2 Organisation du mémoire

Ce mémoire par article est constitué de six chapitres.

Le chapitre I sert d'introduction au sujet à l'étude en présentant brièvement la problématique et principalement la recension des écrits scientifiques, qui se divise en cinq sections. La première section sert à définir les termes et concepts que l'on retrouve dans l'étude et dans la recension des écrits scientifiques. La deuxième traite de l'importance du rôle d'érudit. Le concept de la pratique réflexive est présenté dans la troisième section. Ensuite, la quatrième présente l'application des connaissances. Enfin, la dernière section porte sur la famille de situations retrouvée en réadaptation de l'AVC. Il est à noter que la recension des écrits a été bonifiée en deux temps après la rédaction du devis de recherche initial, soit pour le début du protocole de recherche au jury scientifique le 1<sup>er</sup> mars 2011 et lors de la rédaction du mémoire en 2012.

Les différentes étapes de la méthodologie permettant d'assurer la rigueur scientifique de l'étude sont présentées dans le chapitre II.

Les résultats de cette étude sont exposés dans le chapitre III, sous la forme d'un article scientifique, intitulé «*Challenges of being a scholarly clinician as perceived by stroke rehabilitation professionals*» et qui a été soumis le 31 juillet 2012 à la revue «*Advances in Health Sciences Education*». Les références bibliographiques liées au manuscrit sont incluses à la fin de l'article.

Des résultats complémentaires ont été présentés au chapitre IV. Une discussion générale mettant en lien le sujet de l'étude, la problématique et les résultats constituent l'objet du chapitre V. Les forces et limites de l'étude, les retombées anticipées, les implications organisationnelles ainsi que les perspectives de recherche futures projetées par la responsable de l'étude sont présentées à la fin de ce chapitre.

On trouve finalement au chapitre VI la dernière partie de ce processus de raisonnement, soit une conclusion proposant une brève synthèse de l'étude.

Les références bibliographiques relatives au chapitre I-II-IV-V-VI se retrouvent à la fin du mémoire, suivi des annexes.

# Chapitre I — Problématique et recension des écrits scientifiques

## 1.1 Problématique

Plusieurs études ont démontré qu'il existait un écart important entre les meilleures pratiques et les pratiques cliniques des professionnels de la réadaptation de l'accident vasculaire cérébral (AVC) (2-7). La vitesse à laquelle les données probantes sont renouvelées constitue un enjeu majeur pour les professionnels en réadaptation de l'AVC qui doivent sans cesse bonifier et modifier leurs pratiques pour offrir des services de qualité (8-12). Selon le cadre de compétences CanMEDS 2005, cette responsabilité relève du **rôle d'érudit**. La section 1.2 permet de mieux comprendre ce que signifie «être érudit» selon le cadre de compétences CanMEDS 2005, qui définit ce rôle selon quatre compétences essentielles, lesquelles renvoient à 25 indicateurs spécifiques. La Figure 1 schématise la hiérarchie de la terminologie du cadre CanMEDS, employée dans ce mémoire afin de diminuer les ambiguïtés liées aux multiples traductions et synonymes retrouvés dans les écrits scientifiques.

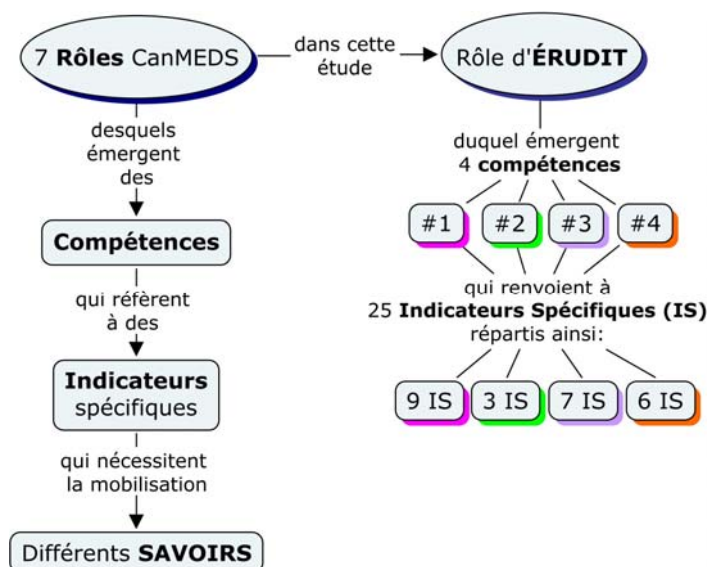


Figure 1– La terminologie CanMEDS schématisée

Le concept de compétence a été popularisé par les médias lors de la réforme scolaire au Québec (Renouveau pédagogique) en 2000. L'approche par compétences était alors sur toutes les lèvres du milieu éducatif. Depuis, elle a également gagné le milieu de l'éducation universitaire et a amené un changement de paradigme en enseignement. Cela se traduit par la transmission de connaissances vers la formation par le développement des compétences transversales et spécifiques relatives au développement de l'expertise professionnelle, notamment dans les disciplines de la santé. Par ailleurs depuis 2005, on a observé un changement dans les normes d'éducation médicale continue. Plusieurs organismes d'accréditation médicale ont adopté un mode de formation selon l'approche par compétences par opposition à la traditionnelle formation par objectifs, et ce, dans la finalité de permettre une meilleure intégration-application des connaissances enseignées. Le but étant bien évidemment d'offrir les meilleurs soins et services aux patients selon l'approche-qualité (13, 14). La problématique de la recherche est **l'écart entre les pratiques cliniques et les meilleures pratiques**.

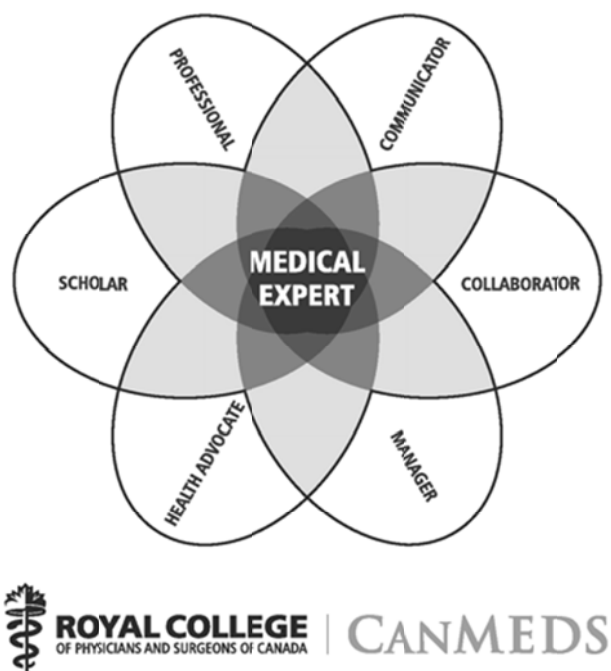
Quelle est **la place occupée par le rôle d'érudit dans les pratiques cliniques**? Globalement comment est vécu **l'exercice de la pratique réflexive chez les professionnels de la réadaptation de l'AVC**? Pour ce faire, la pratique réflexive et la pensée critique ancrée seront explorées dans les écrits de Schön (15-17), afin de conceptualiser comment les professionnels choisissent de se maintenir à jour.

Le point sera également fait sur ce que l'on sait de l'application des connaissances ou du défi que constitue la mise à jour et l'intégration des données probantes dans les pratiques cliniques selon le modèle du processus des connaissances à la pratique de Graham et collaborateurs (8). **Comment les professionnels de la santé** (médecin, infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, psychologue et travailleur social) **perçoivent-ils, vivent-ils et donnent-ils un sens au rôle d'érudit en réadaptation de l'AVC**? C'est à cette question que cette étude tente de répondre en utilisant une approche phénoménologique pour identifier le sens, les perceptions et le vécu accordé au rôle d'érudit dans ce contexte.



## 1.2 Cadre conceptuel

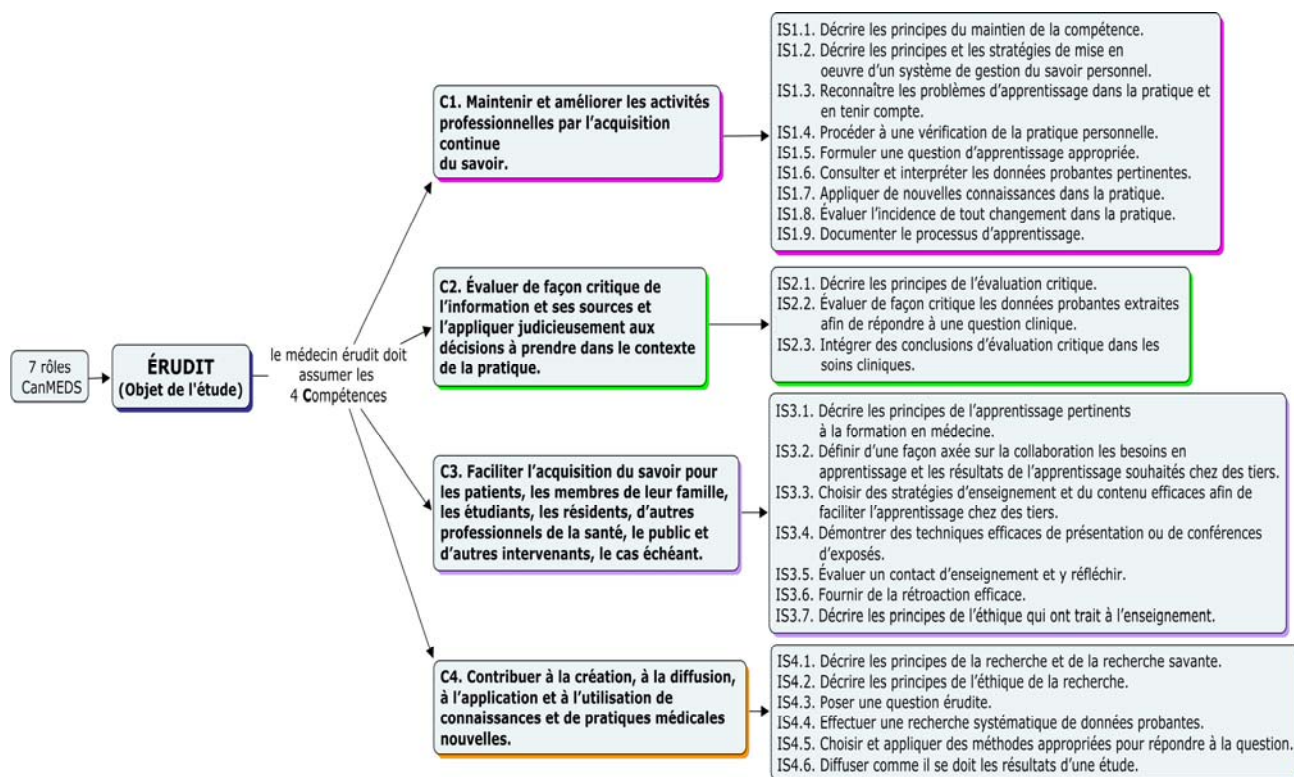
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui est l'association professionnelle nationale commune à l'ensemble des médecins au Canada, supervisant la formation médicale, a publié « le cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins », traduction de l'anglais «CanMeds roles». Ce cadre est retenu comme sous-jacent à cette étude. Il est fondé sur les rôles que doivent jouer les médecins en exercice, et agit à titre de balises et de normes pour s'assurer que ses membres dispensent des soins de qualité aux patients (13). Le cadre CanMEDS 2005 a été élaboré avec la contribution de plusieurs professionnels de la santé. Il détermine les compétences organisées de façon thématique autour de sept rôles soit : expert médical, communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit et professionnel. Les relations entre les rôles sont schématisées sous la forme d'une fleur ayant pour rôle pivot intégrateur (au centre de la fleur) l'expert médical. Les six autres rôles sont interdépendants et symbolisés par les pétales. Ils sont utilisés de manière combinée pour s'articuler autour du rôle d'expert médical (voir Figure 2).



**Figure 2 – Le cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins**

Source : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>

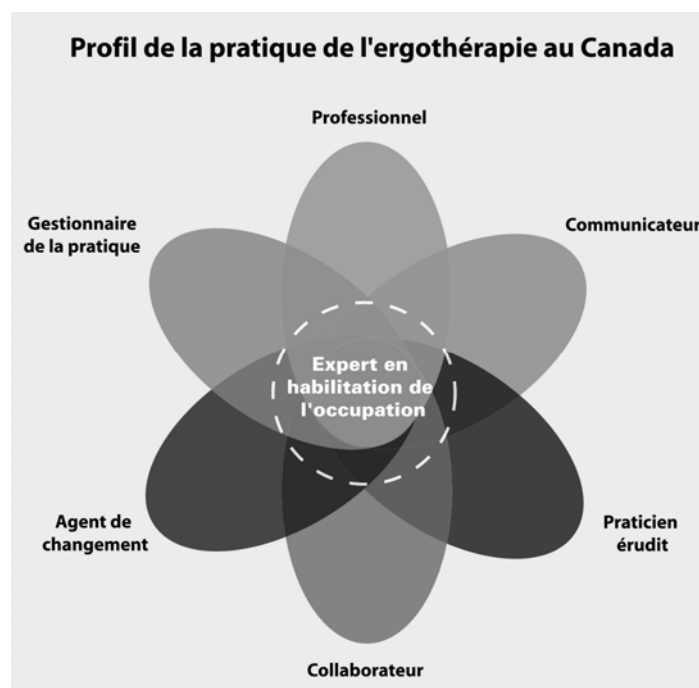
Chacun des rôles a été défini et décrit en fonction des compétences clés (entre deux et six par rôles) lesquelles renvoient à des indicateurs (appelé objectifs spécifiques dans le cadre CanMEDS) (13). La figure 3 schématise concrètement les concepts du cadre CanMEDS. Le rôle d'érudit a été détaillé puisqu'il s'agit du sujet à l'étude.



**Figure 3 – Schématisation du rôle d'érudit, des compétences (C) et des indicateurs spécifiques (IS) associés selon le cadre CanMEDS**

Ce cadre a été choisi parce qu'après sa publication, il a été adopté par de nombreuses administrations partout dans le monde (13, 18). Il est utilisé autant par les enseignants, les apprenants (étudiants en médecine), les médecins cliniciens, les chercheurs, les autres professionnels de la santé, les dirigeants et le public. Les rôles énoncés par le cadre CanMEDS ont orienté l'éducation médicale et plusieurs autres organismes se sont approprié ce modèle (19-23). Ces organismes ont adapté le modèle en modifiant la terminologie, les définitions et les descriptions selon les spécificités propres à leur profession. L'expertise disciplinaire continue de jouer le rôle central et s'entoure de six rôles transversaux. À titre d'exemple de

modifications, le Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada (2007) a modifié l'expert médical pour l'expert en habilitation de l'occupation; le promoteur de la santé pour l'agent de changement et le gestionnaire pour le gestionnaire de la pratique (Figure 4).



**Figure 4 – Adaptation du Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins par l'Association canadienne des ergothérapeutes : le Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada (2007) (24) (p.5)**

### 1.3 Recension des écrits

#### 1.3.1 Quelques définitions

En premier lieu, un **rôle** se définit par un assortiment de normes consistant à prescrire les comportements qu'on attend d'une personne ou d'un groupe conformément à leur position dans un contexte donné. Selon Leclerc (1999), «*les rôles correspondent aux conduites prescrites attendues des personnes qui occupent une position sociale déterminée*» (25) (p.96). Ainsi, la personne qui interprète un rôle se doit de replacer ses actions dans l'environnement selon les rapports entre les rôles d'autrui qui sont en interrelation. Pour jouer un rôle, la

personne doit le comprendre, mais aussi déduire les rôles complémentaires associés au contexte de pratique.

En deuxième lieu, les **compétences** ont été abordées dans la section du cadre conceptuel, mais on est en droit de se demander ce qu'est une compétence. On dénote une polysémie entourant le terme « compétence » lorsque l'on regarde dans d'autres domaines, comme en ergonomie du travail (Les compétences requises pour être pilote de chasse sont...) ou en ressources humaines (A-t-il les compétences requises pour ce poste?). Cette polysémie peut amener de la confusion lorsque vient le temps de vérifier si une formation est réellement orientée selon l'approche par compétences.

Selon Perrenoud (26), dans le domaine de l'éducation, les termes habiletés, capacités et compétences sont encore utilisés de manière interchangeable, sans se préoccuper des différences de sens. L'auteur avance qu'une procédure spécifique relève des habiletés (ex. : une technique) ou des capacités (ex. : être capable de...) comme un ensemble d'aptitudes acquises. Dans le livre intitulé « L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement », Tardif (2006) définit la compétence comme : « *Un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations* » (27) (p.22).

On distingue deux aspects de la construction d'une compétence : 1) l'acquisition des ressources et 2) la mobilisation adéquate de ces ressources. Le Boterf (28) a explicitement différencié les termes « ressources internes » et « ressources externes » qui sont repris dans la définition proposée par Tardif. Pour utiliser nos compétences de manière efficace, on doit être soutenu par la combinaison de ces ressources. Une ressource interne (savoirs, savoir-faire, savoir-être) réfère à ce qui est à l'intérieur de nous et une ressource externe représente les sources, humaines ou non, que l'on consulte, interroge ou exploite dans notre environnement. Le Tableau II permet d'illustrer par des exemples concrets la distinction entre ces deux termes.

**Tableau II – Différenciation entre ressources internes et externes**

<b>Ressources internes</b>	<b>Ressources externes</b>
<b>Savoirs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connaissances déclaratives</li> <li>▪ Informations déjà mémorisées</li> <li>▪ Représentations du réel</li> </ul>	<b>Environnement académique professionnel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Livres, articles scientifiques</li> <li>▪ Banque de données</li> <li>▪ Internet</li> <li>▪ Documentaires</li> <li>▪ Échange avec ses pairs</li> </ul>
<b>Savoir-faire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connaissances procédurales</li> <li>▪ Habiletés</li> <li>▪ Stratégies</li> <li>▪ Procédures</li> </ul>	<b>Environnement social et culturel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Familles</li> <li>▪ Amis</li> <li>▪ Communauté</li> <li>▪ Leaders d'opinion</li> <li>▪ Télévision et médias</li> <li>▪ Bibliothèque</li> </ul>
<b>Savoir-être</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Attitudes</li> <li>▪ Valeurs</li> <li>▪ Opinions</li> <li>▪ Perceptions</li> <li>▪ Intuitions</li> </ul>	

Source : [http://crmcc.medical.org/meetings/podcasts/134\\_Boucher\\_presentation.pdf](http://crmcc.medical.org/meetings/podcasts/134_Boucher_presentation.pdf)

(Adaptation de : Durand MJ et Chouinard R. *L'évaluation des apprentissages*. UdeM, 2006 (29) (p.36))

Toujours selon Le Bortef (28), le concept de « famille de situations » renvoie au fait que lorsque l'on aborde une compétence, on doit la définir en se référant à un contexte donné ou à une catégorie de situations. En d'autres mots, être compétent au niveau attendu signifie être capable de mobiliser ses ressources internes et externes de façon pertinente et au moment opportun dans un regroupement de situations représentant des caractéristiques contextuelles similaires, c'est-à-dire une famille de situations.

Selon Tardif (27), une compétence ou savoir-agir complexe comprend cinq caractéristiques clés identifiées comme un caractère intégrateur, combinatoire, développemental, contextuel et évolutif. Le *caractère intégrateur* d'une compétence signifie qu'on utilise une variété de ressources internes et externes (par ex. : en terme d'attitudes, de schèmes, de différentes sortes de connaissances ou de savoirs). Le *caractère combinatoire* d'une compétence permet de

mobiliser et de combiner l'ensemble des différentes ressources internes et externes de l'individu pour réagir adéquatement face aux exigences de la situation. Le *caractère développemental* désigne que l'acquisition d'une compétence n'est jamais achevée et suit une trajectoire d'apprentissage échelonnée dans le temps. Certains indicateurs de développement mettent l'accent sur des apprentissages critiques (générateurs de nouvelles conduites) reliés à des étapes précises du développement de la compétence et ils visent à déterminer les niveaux de développement. Par exemple, au terme de la formation, les professionnels de la santé sont suffisamment compétents pour avoir une pratique autonome, réfléchie et éthique. Le *caractère contextuel* fait référence au fait que chaque compétence est orientée et répond à une finalité distincte dans un contexte d'une situation particulière qui oriente l'action. C'est ce caractère qui amène l'idée des familles de situations dans la définition d'une compétence de Tardif. Le *caractère évolutif* concerne les familles de situations qui « évoluent », se transforment au fil du temps et se complexifient; la compétence ne peut répondre adéquatement à ces nombreuses situations que si elle a intégré de nouvelles ressources qui ont fusionné à celles déjà maîtrisées par la personne.

En dernier lieu, les indicateurs permettent d'établir des niveaux de développement des compétences et de cibler le degré de maîtrise anticipé (27). Un **indicateur** permet donc d'inférer l'atteinte d'un objectif lorsque l'on observe un comportement ou la manifestation d'une compétence. Tardif ajoute qu'il est impossible de déduire les indicateurs en se basant sur l'objectif ou la compétence et qu'ils ne peuvent se réduire à un ensemble d'éléments permettant d'en inférer la présence (30). Par conséquent, la sélection des indicateurs de manière juste et appropriée peut être remise en question en tout temps. Pour renchérir, Van Der Maren souligne que « *l'observation d'une action réussie dans une tâche à un moment et dans un contexte donnés n'est pas forcément un indicateur prédictif de l'effectivité de la compétence souhaitée.* » (31) (p.46).

### ***1.3.2 L'importance du rôle d'érudit***

Le rôle de professionnel **érudit** est défini par le cadre de compétences CanMEDS 2005, le

tableau III met l'emphase sur les quatre compétences principales se manifestant selon des indicateurs spécifiques (Figure 3). La description du médecin érudit correspond à chercher :

«pendant toute leur vie à maîtriser leur domaine d'expertise. Comme apprenants, ils reconnaissent qu'il faut apprendre continuellement et donner l'exemple aux autres. Par leurs activités savantes, ils contribuent à créer, diffuser, appliquer et utiliser les connaissances médicales. Comme formateurs, ils facilitent la formation de leurs étudiants, patients, confrères et d'autres personnes» (13) (p.21).

**Tableau III – Compétences principales chez le médecin érudit (13) (p.21-22)**

<b>Compétences</b>	<b>Le médecin érudit doit...</b>
<b>#1</b>	<b>maintenir et améliorer les activités professionnelles par l'acquisition continue du savoir</b>
<b>#2</b>	<b>évaluer de façon critique de l'information et ses sources et l'appliquer judicieusement aux décisions à prendre dans le contexte de la pratique</b>
<b>#3</b>	<b>faciliter l'acquisition du savoir pour les patients, les membres de leur famille, les étudiants, les résidents, d'autres professionnels de la santé, le public et d'autres intervenants, le cas échéant</b>
<b>#4</b>	<b>contribuer à la création, à la diffusion, à l'application et à l'utilisation de connaissances et de pratiques médicales nouvelles</b>
<b>Éléments inclus dans le rôle d'érudit selon CanMEDS et auxquels nous avons référé dans l'étude.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acquisition continue du savoir</li> <li>▪ Obligation morale et professionnelle de maintenir la compétence et de rendre des comptes</li> <li>▪ Répercussions sur tous les aspects de la pratique</li> <li>▪ Autoévaluation</li> <li>▪ Définition des lacunes des connaissances</li> <li>▪ Questions efficaces pour apprendre</li> <li>▪ Accès à l'information pour la pratique</li> <li>▪ Évaluation critique des données probantes</li> <li>▪ Médecine factuelle</li> <li>▪ Application des connaissances (données probantes) dans la pratique</li> <li>▪ Application des connaissances à la compétence professionnelle</li> <li>▪ Amélioration de la compétence professionnelle</li> <li>▪ Utilisation de tout un éventail de méthodes d'apprentissage</li> <li>▪ Principes de l'apprentissage</li> <li>▪ Modélisation</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation des apprenants</li> <li>▪ Rétroaction</li> <li>▪ Mentorat</li> <li>▪ Éthique enseignant-étudiant, questions de pouvoir, confidentialité, limites</li> <li>▪ Apprendre ensemble</li> <li>▪ Collectifs de pratique</li> <li>▪ Recherche/curiosité scientifique</li> <li>▪ Éthique de la recherche, divulgation, conflits d'intérêts, sujets humains et relations avec l'industrie</li> </ul>
--	--

### ***1.3.3 Le rôle d'érudit chez les professionnels de la santé***

Sans vouloir être réducteur, le rôle d'érudit chez les professionnels de la santé pourrait se résumer en trois volets portant sur 1) la pratique réflexive, 2) l'application des connaissances et 3) la réadaptation de l'AVC. Tous les professionnels de la santé ont un rôle transversal d'érudit qui inclut entre autres, à la fois la pratique réflexive et l'application des connaissances concernant leur propre discipline. Dans le cadre de la présente étude, le contexte de travail ciblé est en réadaptation de l'AVC. Les associations ou ordres professionnels ne nomment pas ce rôle de la même façon; mais tous leurs membres ont l'obligation de maintenir leurs compétences à jour. Peu d'études scientifiques portant spécifiquement sur le rôle d'érudit chez les professionnels de la santé ont été trouvées. Voici ce qui a été relevé comme pertinent. L'Annexe 1 décrit la stratégie d'extraction de données et de recherche ainsi que les bases de données consultées pour rédiger la recension des écrits.

Verma et collaborateurs (22, 23), dans ces deux recensions des écrits totalisant 23 articles, ont travaillé sur les compétences de base, transversales aux professionnels de la santé en déterminant les bases communes pour décrire une compréhension partagée de la portée et des exigences d'un des six rôles spécifiques<sup>1</sup>, dont celui d'érudit. Les auteurs soutiennent que la croyance prétend que les compétences professionnelles soient distinctes et existent en silos indépendants pour chacun des professionnels de la santé, constituant ainsi un obstacle à l'éducation médicale et interprofessionnelle continue. Ils soutiennent aussi que tous les ordres

<sup>1</sup> Les auteurs suggèrent de regrouper sous un seul rôle le promoteur de la santé et le professionnel afin d'harmoniser les compétences communes d'une profession à l'autre.



professionnels et les associations fournissent à leurs membres des normes et des directives qui déterminent les connaissances, habiletés, compétences et jugement qu'un professionnel doit posséder pour offrir des soins et services de qualité. Ces directives peuvent être identifiées dans les codes de déontologie, guides de pratique, normes de conduite professionnelle ou de pratique, et/ou les profils de compétences essentielles — mais tous font allusion aux responsabilités essentielles et aux compétences exigées des professionnels en question.

Dans l'article publié en 2006, l'équipe de Verma (22) a étudié et mis en commun les rôles transversaux requis pour être un professionnel<sup>2</sup> compétent (en se basant sur les éléments clés des compétences CanMEDS) chez les **médecins**, **infirmières**, **physiothérapeutes** et **ergothérapeutes**. L'équipe propose l'utilisation d'un nouveau modèle pour l'éducation dans les programmes d'étude. L'équipe conclut qu'un modèle harmonisé pour l'ensemble des professionnels de la santé pourrait améliorer le travail d'équipe interdisciplinaire et de formation continue puisqu'il permettrait aux professionnels de se rejoindre en maintenant leurs identités respectives, mais en utilisant un langage commun.

Dans l'article publié en 2009, Verma et collaborateurs (23) ont utilisé le modèle développé en 2006 pour l'appliquer aux compétences de base identifiées pour d'autres professionnels de la santé soit : techniciens en radiologie, **travailleurs sociaux**, **psychologues** et pharmaciens. Pour ce faire, ils ont utilisé les guides de pratique (documents officiels ou Internet) propres à chaque discipline. Le cadre CanMEDS a été appliqué par un panel d'experts (validité) aux guides de pratique disciplinaires en considérant le contenu et la terminologie commune. Si les professionnels comprennent et respectent les compétences de base qu'ils partagent, la collaboration interprofessionnelle sera facilitée en formation continue et dans les pratiques. Encore ici, le cadre de compétences CanMEDS constitue la toile de fond de la présente problématique.

Les professions de la santé identifiées par Verma et coll. partagent les mêmes compétences transversales. Le Tableau IV démontre concrètement que les professionnels de la santé à

---

<sup>2</sup> Les professionnels identifiés en caractère gras sont tous inclus dans la population étudiée dans cette étude. Il ne manque que l'orthophonie qui n'a pas été étudiée dans les études de Verma et collaborateurs.

l'étude ont un rôle commun et transversal d'érudit, même si les définitions et les compétences diffèrent d'un à l'autre.

**Tableau IV – Comparaison du rôle d'érudit chez les différentes professions à l'étude.**

<b>Profession / Cadre de compétences</b>	<b>Définition du rôle d'érudit</b>	<b>Compétences s'appliquant au rôle d'érudit</b>
<b>Médecin / Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins (13, 22)</b>	Comme <i>érudits</i> , les médecins démontrent un engagement de toute une vie envers l'apprentissage fondé sur la réflexion, ainsi que la création, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances médicales.	c.f. Tableau III
<b>Ergothérapeute / Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada 2007 (22, 24)</b>	En tant que praticiens érudits, les ergothérapeutes incorporent l'évaluation critique, la réflexion et l'amélioration de la qualité dans leur pratique quotidienne ainsi que l'apprentissage tout au long de la vie. À titre d'éducateurs, les ergothérapeutes facilitent l'apprentissage des clients, des membres d'équipes et d'autres apprenants.	<b>E.6.1 Maintenir et rehausser ses compétences personnelles par l'apprentissage continu.</b>  <b>E.6.2 Évaluer de façon critique l'information afin d'appuyer les décisions concernant le client, les services et la pratique.</b>
<b>Physiothérapeute / Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada, octobre 2009 (21, 22)</b>	Les physiothérapeutes sont engagés dans la formation continue, dans le but d'améliorer les résultats chez leurs clients, et ce, par la recherche, la création, l'application, la diffusion et la transposition du savoir dans la pratique de la physiothérapie.	<b>6.1 Avoir recours à une approche réfléchie de la pratique.</b>  <b>6.2 Incorporer l'éducation permanente et ses propres expériences aux pratiques exemplaires.</b>
<b>Psychologue / Cube des compétences</b>	Les psychologues doivent tenir leurs connaissances, aptitudes et compétences à jour et rester au fait	Le rôle d'érudit se retrouve selon deux types de compétences. 1. <u>Compétences générales</u> :

<b>(23, 32-34)</b>	des développements professionnels et scientifiques qui touchent leur domaine d'exercice et les services qu'ils offrent.	<b>-pratique réflexive/autoévaluation</b> <b>-connaissances et méthodes scientifiques.</b> <b>2. Compétences fonctionnelles:</b> <b>-évaluations/ interventions</b>
<b>Travailleur social (23, 35)</b>	Les travailleurs sociaux doivent contribuer à l'évolution de la pratique professionnelle en s'engage dans le développement professionnel continu et le maintien des compétences dans leur pratique.	1. Saisir les possibilités de participer à la recherche clinique. 2. Enrichir / améliorer la pratique professionnelle en utilisant les données probantes de la recherche actuelle. 3. Participer à titre de clinicien à la validation d'une recherche. 4. Se soucier de l'efficacité de la pratique et des approches cliniques. 5. Collaborer à la préparation de la relève.
<b>Orthophoniste / Profil de compétences des audiologistes et des orthophonistes au Canada (fondé sur le cadre CanMEDS)</b>	En cours d'élaboration <sup>3</sup>	Information manquante
<b>Soins infirmiers (22, 36-38)</b>	Information manquante	1. Utilisez des connaissances factuelles provenant des soins infirmiers, sciences de la santé, et disciplines connexes pour sélectionner et d'individualiser les interventions 2. Faire preuve d'une évaluation critique des données de recherche et appliquer les conclusions pertinentes pour la prise en charge des clients 3. Chercher des occasions de croissance professionnelle qui améliorent et renforcent les compétences 4. Mentorat 5. Sensibiliser aux tendances, enjeux

<sup>3</sup> [http://www.caslpa.ca/PDF/French\\_Essential\\_Competencies\\_Project\\_March\\_18\\_08.pdf](http://www.caslpa.ca/PDF/French_Essential_Competencies_Project_March_18_08.pdf)

		<p>et besoins de formation en soins infirmiers</p> <p>6. Prendre de conscience de l'avancement de la recherche dans la pratique des soins infirmiers et en éducation</p> <p>7. Savoir faire preuve d'intuition, créativité, pensée analytique et attitude bienveillante</p>
--	--	---

Ainsi on constate que même s'il n'est pas nécessairement nommé ou identifié par la même terminologie, le rôle d'érudit est présent chez l'ensemble de ces professionnels de la santé.

### ***1.3.4 La pratique réflexive ou l'apprentissage du professionnel en pratique***

La pratique réflexive est sous-jacente au rôle d'érudit et permet de conceptualiser les quatre compétences du cadre de compétences CanMEDS, tel que vu au Tableau III. Le défi est d'amener les professionnels à se questionner, à s'analyser au sujet de leurs pratiques et à inspecter leurs façons de faire, de manière à se réajuster, se maintenir à jour, s'actualiser et se réinventer tout au long de leur carrière professionnelle pour offrir des soins et services de qualité. Il est toutefois possible de former les professionnels à acquérir une pratique réflexive, selon Brouwer et collaborateurs (39) qui ont tenté de démontrer la possibilité d'inculquer cette compétence à des professionnels (enseignants).

Schön (15), aux États-Unis, fait figure de pionnier à propos de la pratique réflexive chez les professionnels du domaine de l'éducation. Pour lui, un professionnel, peu importe la discipline, est un expert dans son domaine. La pratique réflexive est applicable à tous les professionnels et est considérée comme une approche holistique transposable entre les disciplines (40). Schön a développé une approche épistémologique pour aborder la pratique professionnelle en colligeant les façons dont un professionnel expérimenté ou compétent démontre à un novice comment faire des tâches. La base de son étude sur le praticien réflexif repose dans « *l'analyse de la structure de la réflexion en cours d'intervention professionnelle et sur cet agir* » (15) (p.19).

Pour Schön (15), il y a d'une part les personnes, surtout dans les universités, qui analysent les savoirs et produisent les connaissances, et d'autre part les professionnels ou les apprenants qui les « reçoivent » et les « appliquent » concrètement dans leurs pratiques sur le terrain. Toujours selon Schön, les professionnels produisent des connaissances dites « privées », qui leur permettent de résoudre les problèmes se présentant quotidiennement. Au quotidien, leur travail repose sur un savoir pratique privée ou tacite. Les savoirs tacites sont issus de l'intégration des connaissances au fil des expériences et réfèrent à des contenus pratiques et contextuels, voire intuitifs, qui ne sont pas nécessairement formalisés ou démontrés par des données probantes. De par leur nature, ils sont plus difficilement transférables, mais n'en demeurent pas moins essentiels (41). Ces connaissances ne disposent pas de la même visibilité que les connaissances produites par les personnes qui élaborent et développent des savoirs « publics » (livres, articles scientifiques, guides de pratique) (42).

La notion que la réflexion améliore la pratique professionnelle et l'apprentissage a gagné plus de popularité au cours des dernières années (43). Chaubet (42) réfère au postulat que tous les professionnels qui font preuve de pratique réflexive peuvent approfondir les processus afin d'avoir un niveau d'éveil et de conscience face à leurs pratiques et ainsi, maintenir un savoir-agir efficace et être disposés à juger de la situation avec justesse. Les expériences antérieures permettent d'enrichir la compréhension de la nouvelle situation.

Il y a deux types de réflexions selon Schön (44):

1) *en cours d'action (reflection-in-action)* qui suppose que le professionnel réfléchit constamment et délibérément afin de modifier son action sur le terrain :

- Réaliser nos activités cliniques/professionnelles tout en se questionnant, en observant, en évaluant et en ajustant notre réponse en fonction de la situation immédiate (ex. : un médecin prenant des décisions pendant une chirurgie, un thérapeute qui ajuste son niveau de langage durant l'entrevue)

2) *sur l'action (reflection-on-action)*: qui suppose que le professionnel, après une expérience clinique, analyse ses réactions à la situation et explore les raisons autour ainsi que les conséquences de ses actions *a posteriori*.

- Revenir sur sa pratique, ses actions, ses expériences et les analyser pour bonifier son savoir-agir et améliorer la qualité des soins et services aux patients et à leurs proches;
- Identifier de nouvelles approches de résolution de problèmes;
- Utiliser un outil permettant de documenter la pratique réflexive *sur* l'action, soit le portfolio professionnel (entre autres utilisé par les ergothérapeutes, physiothérapeutes et soins infirmiers), le journal de bord, l'auto-évaluation, le mentorat, les études de cas.

Ainsi, chaque nouvelle expérience de la réflexion *en cours* et *sur* l'action enrichit le répertoire d'expériences personnelles du professionnel. Lorsqu'un professionnel découvre une nouvelle façon de faire correspondant à ses références, il acquiert une autre perspective sur la situation de laquelle émane la nouvelle façon de faire ainsi qu'un nouveau levier d'action. Toutefois, cette découverte de la pertinence et de l'utilité de cette nouvelle perspective doit se faire *en cours* d'action. Schön (1987) s'appuie sur ce constat pour expliquer que la réflexion effectuée *en cours* d'action exige à la fois de réfléchir et d'agir en même temps. Par conséquent, seul un professionnel ayant une certaine expérience y est apte. Il peut donc se questionner sur la situation actuelle tout en changeant sa façon de faire, ce qui lui permet d'accroître ses compétences. Même si la réflexion *en cours* d'action demande de se référer à ses expériences antérieures, la réflexion *sur* l'action peut être utilisée par les professionnels peu expérimentés et les étudiants constituant ainsi un point de départ pour le développement de la conscience de soi et ultérieurement de la réflexion *en cours* d'action.

On doit se demander ce qui peut aider les professionnels à s'investir dans une démarche de pratique réflexive incluant un regard critique sur ses activités professionnelles, dans un processus d'autoréflexion, d'introspection, mais aussi dans une analyse du fonctionnement et des pratiques en équipe interdisciplinaire, des actions ainsi que des décisions prises en cours d'action. Ce regard critique peut amener une prise de conscience de ses actions, croyances, pratiques, cohérences et/ou incohérences. Favoriser la réflexion avec les collègues et les supérieurs permet de prendre de la distance, de rencontrer d'autres points de vue et d'obtenir de la rétroaction permettant au professionnel réflexif d'ajuster ses pratiques en conséquence.

Une telle démarche suppose une attitude d'ouverture de la part du professionnel qui expose ses pratiques non figées dans le temps, en évolution (15, 17, 45).

Pour confirmer la faible utilisation des pratiques fondées sur les données probantes, Korner-Bitensky et collaborateurs (10) ont documenté les styles de pratique (chercheur, réceptif, traditionnel, pragmatique) chez les ergothérapeutes et physiothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle à la suite d'un AVC. Cette enquête transversale, menée auprès de 243 professionnels (117 ergothérapeutes et 126 physiothérapeutes) travaillant auprès de la clientèle AVC en Ontario, a démontré que seulement 3 % des professionnels sont de type « chercheur », c'est-à-dire qu'ils sont enclins à changer leur pratique pour intégrer les données probantes ou les meilleures pratiques dans le choix de leurs évaluations et interventions. Par ailleurs, plus de la moitié des professionnels participants (n= 134/243) étaient de type « pragmatique », c'est-à-dire qu'ils fonctionnent dans une routine bien établie et changent leurs façons de faire uniquement selon la demande des patients, plutôt qu'en considérant les données probantes (10). Il serait légitime de se questionner si seuls les professionnels de type « chercheur » sont engagés dans une pratique réflexive.

Une autre étude rapporte que, parmi les grands défis que les professionnels de la santé ont à relever, on compte celui de maintenir à jour leurs connaissances. Hadouda et collaborateurs (46) mentionnent que certains Ordres professionnels exercent une pression sur leurs membres pour qu'ils suivent de la formation continue ayant comme finalité l'utilisation d'outils d'évaluations standardisés et d'interventions efficaces provenant des données probantes. L'enquête consistait à reprendre le questionnaire précédemment utilisé par l'équipe de Korner-Bitensky (10) pour déterminer dans quels styles de pratique se situent les étudiants au baccalauréat en ergothérapie (n=92) et en physiothérapie (n=86). Encore une fois, le type prédominant chez les étudiants était à > 75 % « pragmatique ou traditionnel » et le moins prévalent à < 1 % était l'étudiant de type « chercheur » [59]. On aurait donc tout intérêt à commencer tôt à outiller les futurs professionnels, dès leur formation initiale, afin qu'ils développent une pratique réflexive.

Pour les professionnels de la santé qui amorcent des changements dans leurs pratiques suivant la logique de développement continu des compétences, il n'est pas évident d'être en mesure de bien expliciter les barrières auxquelles ils font face et de bien préciser leurs processus de pensées internes. Un exemple de blocage potentiel serait d'arrimer les données probantes et les meilleures pratiques en AVC au savoir *sur* et *en cours* d'action. La réflexion et l'analyse de ses pratiques consistent à se questionner sur les différentes composantes de sa pratique, c'est-à-dire les actions posées (évaluations, interventions, approches, stratégies, etc.), les compétences et habiletés développées, les connaissances construites et les attitudes adoptées. Les professionnels doivent établir des liens entre ces composantes pour cheminer vers une cohérence entre ses croyances (conceptions et convictions) et ses pratiques, entre ses pensées et ses actions posées. La pratique réflexive permet au professionnel de faire le point sur son niveau de compétences et de se questionner sur son niveau de connaissances, ce qui le mène habituellement vers l'acquisition de nouvelles connaissances. Comment ces connaissances nouvellement acquises sont effectivement intégrées dans la pratique quotidienne constitue un autre défi en soi et est le thème de la prochaine section de la recension des écrits.

### ***1.3.5 L'application des connaissances***

#### *1.3.5.1 Définition*

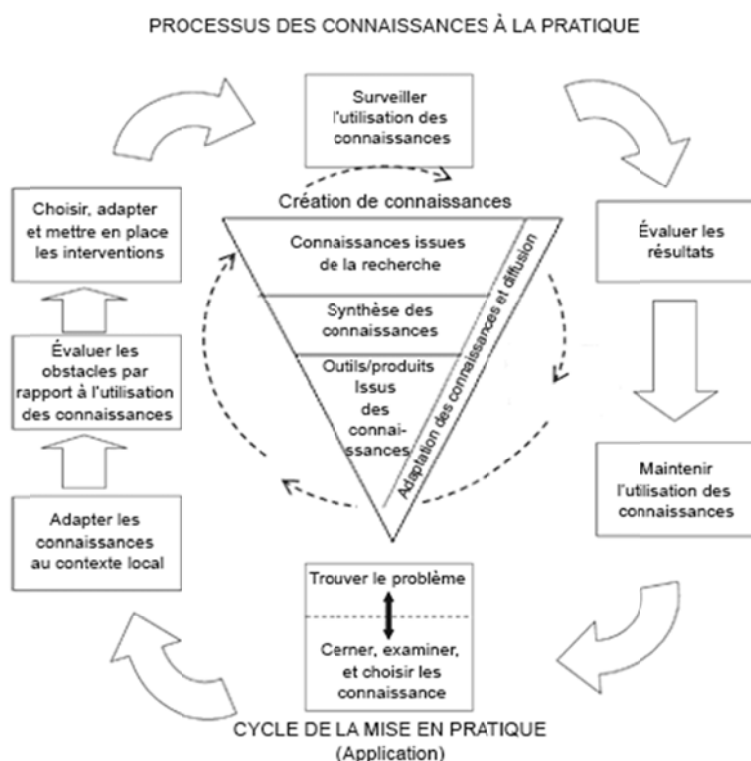
Selon les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'application des connaissances, qui peut être aussi nommée dans les écrits scientifiques «transfert des connaissances» (c.f. Tableau I), se définit simplement comme « *un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé* » (47) (2009, par. 1).

#### *1.3.5.2 Les modèles*

Le modèle conceptuel du processus des connaissances à la pratique, illustré à la Figure 5, permet de bien conceptualiser le processus d'application des connaissances vers l'action. Il s'agit d'un modèle s'inscrivant dans le paradigme interactionniste, qui favorise l'application des connaissances en mettant l'accent sur les échanges entre chercheurs et professionnels. Il



illustre l'ensemble des étapes nécessaires à l'application des connaissances et comporte deux cycles en interaction, soit celui de la *production des connaissances* (*triangle*) et celui de la *mise en application* (*cycle en externe*). Par le principe de l'entonnoir, le cycle de la *production des connaissances* vise en trois étapes à obtenir des connaissances de plus en plus précises et pertinentes pour les professionnels. Le second cycle comprend sept étapes dynamiques par lesquelles les connaissances sont intégrées ou appliquées aux pratiques (8).



**Figure 5 – Processus des connaissances à la pratique**

Source : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/33747.html>

Les IRSC l'ont d'ailleurs choisi comme référence dans leur programme d'application des connaissances. Malgré le fait qu'il n'est pas entièrement validé de façon empirique, ce modèle est l'un des cadres théoriques les plus utilisés en santé et en recherche sur l'application des connaissances (47).

Dans le devis qualitatif en recherche-action participative conduit par Campbell (48) dans une communauté de pratique rurale en santé auprès de la clientèle pédiatrique, c'est le modèle d'Ottawa d'utilisation de la recherche (OMRU) qui a été employé. Cette étude avait pour objectif d'améliorer la qualité de la performance des membres de la communauté. Dans son article, Campbell y décrit les définitions de l'application des connaissances (*knowledge translation*), les meilleures pratiques et les différents modèles d'application des connaissances pour les membres de la communauté de pratique en collaboration avec les chercheurs, les enfants et leurs parents. Dans un contexte de communauté rurale, elle a relié à l'OMRU des éléments appartenant à la recherche-action participative pour développer un cadre conceptuel d'application des connaissances pour les communautés rurales de pratiques. Cet article a servi à la compréhension de l'utilisation de l'OMRU pour voir les différences avec le modèle de Graham et collaborateurs.

L'OMRU (49, 50) est un modèle théorique et interdisciplinaire adapté aux besoins des utilisateurs et des milieux de pratique pour faciliter la production et l'implantation des connaissances scientifiques. Ce modèle propose trois types de barrières à l'utilisation des connaissances soit : l'environnement de pratique des utilisateurs; les caractéristiques des utilisateurs et les caractéristiques de l'innovation à implanter. Il permet les échanges entre chercheurs et utilisateurs, mais accorde peu d'importance aux connaissances tacites des utilisateurs dans les différentes étapes de création et d'application des connaissances.

Les IRSC situent le processus d'application des connaissances à la pratique dans un contexte différent de celui de l'OMRU. Ce dernier décrit les activités axées seulement à l'étape de la mise en application des données probantes, tandis que le processus d'application des connaissances à l'action s'amorce pendant le cycle de la recherche (*triangle de production des connaissances*). Dans le cadre de la présente étude, où le rôle d'érudit est au centre de la problématique, l'utilisation du modèle de Graham et collaborateurs (8) s'impose comme le meilleur choix, notamment de par l'importance accordée à l'étape de la production des connaissances et de par l'importance accordée aux interactions entre les chercheurs et les professionnels afin de favoriser l'utilisation des connaissances. À cet effet, soulignons qu'Eveland (51) recommande que l'application des connaissances soit un processus itératif et

évolutionnaire, et que le modèle soit toujours choisi en fonction de son utilité pour une fin particulière.

#### *1.3.5.3 L'application des connaissances : tout un défi!*

Dans un monde idéal, les professionnels en réadaptation, tout comme dans les autres domaines de la santé, devraient intégrer les nouvelles connaissances issues des données probantes à leur pratique (52). Or, dans les faits, un écart important persiste (3, 4, 6, 53). Il est donc légitime de se questionner sur le défi de l'application des connaissances, puisqu'il nécessite non seulement un accès et une bonne compréhension des connaissances, mais également l'intégration de ces dernières dans les pratiques cliniques. Pour les professionnels et les gestionnaires (54, 55), le cœur des enjeux du transfert des connaissances se situe au niveau de l'application des concepts sous-jacents à l'acquisition du savoir et à l'intégration des connaissances. En effet, pour surmonter les obstacles et pour rendre réaliste, faisable et durable une telle entreprise, le professionnel motivé doit présenter une forte conviction de l'apport positif du changement, doublé d'un environnement favorable essentiel à la réussite de la démarche (12, 56, 57).

Bliss-Holtz (58) précise que cela fait plus de 30 ans que l'on note l'existence d'un écart important entre les données probantes et les pratiques cliniques. On remarque un intérêt grandissant des chercheurs pour tenter de combler cet écart, entre autres en définissant les termes (8, 9), en documentant diverses stratégies d'application des connaissances (57), en identifiant les styles de pratique propices à l'utilisation des données probantes (10, 46) ou encore en identifiant des obstacles personnels et organisationnels à ce que les professionnels aient une pratique fondée sur les données probantes (9, 59). Cet écart est si manifeste qu'il constitue également une préoccupation des organismes subventionnaires.

#### *1.3.5.4 Les obstacles à l'application des connaissances*

Menon et collaborateurs (60) ont exploré l'utilisation des meilleures pratiques chez les professionnels en réadaptation de l'AVC en faisant une recension des écrits sur les pratiques fondées sur les données probantes et sur l'utilisation de stratégies d'application des connaissances. Ils rapportent que même si elles peuvent permettre une amélioration dans la condition des patients, les meilleures pratiques ne sont pas appliquées quotidiennement par les

professionnels en traitement individuel des patients ayant subi un AVC. Le manque de temps au travail pouvant être consacré à la recherche et à la lecture d'articles scientifiques pertinents aux pratiques cliniques est de loin la plus grande barrière organisationnelle à l'application des connaissances identifiée par les professionnels. Les obstacles personnels, tels que le manque de confiance et de connaissances pour interpréter, synthétiser et utiliser les résultats des recherches (données probantes), limitent aussi la propension à utiliser les meilleures pratiques. Les études impliquant des professionnels en réadaptation de l'AVC ont permis de constater que les stratégies d'application des connaissances actives étaient plus efficaces que les stratégies passives pour amener des changements de comportements concrets dans les pratiques. Elles suggèrent que les ressources d'apprentissage électroniques interactives seront probablement une solution d'application des connaissances efficace et pertinente pour satisfaire les besoins d'apprentissage spécifiques de ces professionnels, pour guider leur prise de décision en clinique et finalement pour améliorer l'utilisation des meilleures pratiques.

Salbach et collaborateurs (7) ont conduit une enquête transversale en sondant 270 physiothérapeutes travaillant auprès de la clientèle AVC en Ontario pour identifier et comprendre les obstacles à l'acquisition et au maintien d'une pratique fondée sur les données probantes. Les principales barrières à développer une pratique fondée sur les données probantes sont : le manque d'éducation, des perceptions négatives envers la recherche, leur rôle perçu face à la pratique fondée sur les données probantes et la faible confiance en ses propres ressources internes pour utiliser les données probantes avec la clientèle AVC. Presque tous les répondants étaient intéressés à développer les habiletés pour apprendre comment utiliser les pratiques basées sur les données probantes. Le niveau de confiance pour chercher et analyser les articles scientifiques se situait entre 50 % et 80 %, mais était inférieur à 50 % pour ce qui est de la compréhension des propriétés psychométriques et des analyses statistiques des articles. Finalement, malgré l'accès à Internet en milieu de travail pour 80 % de répondants, seulement 8 % arrivent à chercher et lire des articles scientifiques durant les heures de travail. Les auteurs suggèrent que ces barrières pourraient être contournées par de la formation continue mieux adaptée aux besoins et aux capacités des professionnels.

Le rôle d'érudit demeure un concept abstrait pour les professionnels de la santé, de par son caractère implicite, qui fait qu'il n'est pas souvent nommé ou évalué en clinique. La pratique réflexive est essentielle à la qualité des pratiques des professionnels de la santé afin de les amener à s'autoévaluer, à se questionner et à rechercher des stratégies pour bonifier leurs pratiques. Ce processus doit être amorcé par l'acquisition des connaissances et se poursuivre par l'application des connaissances. À cette seconde étape, lorsque les connaissances sont acquises, le défi est de les intégrer concrètement dans les pratiques réelles pour réduire l'écart avec les pratiques optimales. Cette problématique a été bien documentée dans le contexte de réadaptation de l'AVC. La section suivante vise justement à décrire la réadaptation de l'AVC comme la famille de situations pour cette étude.

### ***1.3.6 L'AVC et la réadaptation : le contexte de l'étude***

La Fondation des maladies du cœur du Canada (61) classe l'AVC au troisième rang des causes de décès au Canada et soutient que la majorité des AVC pourraient être évités et soignés. L'AVC est l'une des principales causes d'incapacités laissant des séquelles à long terme et affecte plus de 15 millions d'individus annuellement dans le monde entier (62). L'incidence élevée des AVC mérite que l'on s'y attarde spécifiquement lorsque l'on sait qu'au Canada, un AVC survient toutes les dix minutes et que les risques de récurrence sont de 20 % durant les deux ans suivant l'AVC. Près de 50 000 Canadiens subissent chaque année un AVC qui altère leur autonomie et leur fonctionnement (63).

Les professionnels de la santé travaillant avec cette clientèle sont nombreux et se doivent d'être à l'affût des données issues de la recherche qui peuvent être retrouvées à différents endroits afin d'offrir des services de qualité. Les experts en AVC au Canada rapportent qu'il y a un écart important dans les soins et services AVC à combler (61, 64-66). Il s'agit là d'une lacune déterminante pour l'ensemble des professionnels travaillant auprès de cette clientèle; une grande quantité de données probantes produites en recherche sur les AVC ne sont pas connues, appliquées ou utilisées en clinique (6). Plus spécifiquement, en réadaptation de l'AVC, il y a une pression de plus en plus forte dans les équipes interdisciplinaires pour

fournir des soins et services de qualité (67, 68). Il existe entre autres plusieurs guides de pratique clinique, de qualité, auprès de la clientèle AVC guidant ainsi l'ensemble des professionnels d'une équipe de réadaptation, tels que «*Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*» (69), «*Clinical guidelines for stroke management 2010*» (70), «*National clinical guideline for stroke*» (71), «*SCORE Evidence based recommendations for the upper and lower extremities and risk assessment post-stroke*» (72), «*Management of adult stroke rehabilitation care: A clinical practice guideline*» (73). Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* ont été mises à jour en décembre 2010 à travers la diffusion de la stratégie canadienne de l'AVC. Depuis la parution de la première édition de ce guide de pratique, plusieurs articles ont illustré l'écart entre les meilleures pratiques et ce qui se fait réellement dans les pratiques actuelles (3, 5-7, 74). Les guides de pratique de bonne qualité sont conçus et rédigés à l'aide d'une synthèse des meilleures et des plus récentes évidences scientifiques pour permettre aux professionnels de la santé, auxquels ils se destinent, de les adopter afin de prendre les décisions cliniques appropriées. Généralement ils ont été développés pour améliorer la qualité des soins et services en vulgarisant et en résumant l'expertise médicale reconnue dans un document prêt à être utilisé, afin de minimiser les fluctuations dans les pratiques. Les professionnels de la santé érudits pourront ensuite compléter l'information en consultant des revues systématiques sur le sujet ou encore en consultant les articles originaux pertinents. On doit toutefois se rappeler qu'ils ont leurs limites et que les professionnels de la santé doivent faire preuve de discernement quant à leur usage (la qualité peut différer d'un guide à l'autre, dépendamment de plusieurs facteurs : méthode ou politiques suivies pendant leur construction, absence d'interprétation ou analyse erronée des évidences scientifiques à la base d'une recommandation, recommandation influencée par les opinions d'experts du groupe qui produit le guide et finalement les recommandations qui peuvent être indiquées pour la majorité de la clientèle peut s'avérer inadéquate pour un patient en particulier) (75). Une des principales difficultés relevées dans les guides de pratiques en AVC est que les items sont énoncés de façon générale et macroscopique pour les différentes phases du continuum de réadaptation et non pas adaptés spécifiquement pour chacune des professions de l'équipe interdisciplinaire. Il revient donc à chaque professionnel de l'équipe interdisciplinaire de s'approprier les meilleures pratiques et la prise en charge qui lui revient en l'adaptant à son contexte clinique.

Ceci est possible en utilisant son jugement clinique et en faisant preuve de réflexion sur sa pratique, puisqu'il ne s'agit pas d'une recette à appliquer bêtement.

Du côté des chercheurs, il y a des efforts pour réduire l'écart existant en AVC en utilisant des stratégies de rayonnement pour rendre les données accessibles aux professionnels. Dans l'objectif de diminuer l'impact physique, social et économique de l'AVC sur la vie des Canadiens, le **Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires** (*Canadian Stroke Network*) (<http://www.canadianstrokenetwork.ca/>), depuis 1999, rassemble les chefs de file des milieux scientifiques (>100 chercheurs dans 24 universités au Canada) et cliniques (63). Il existe déjà des stratégies pour le maintien à jour des connaissances comme le site de diffusion des évidences scientifiques synthétisées et vulgarisées en réadaptation de l'AVC « *Info-AVC* » (*StrokEngine*) (<http://strokengine.ca/>), une plateforme web pour l'échange des connaissances à l'intérieur d'une communauté de pratique sur l'accident vasculaire cérébral (<http://www.rmavc.ca/>) et le site web « *evidence based review of stroke rehabilitation* » (<http://www.ebrsr.com/>).

L'orientation ministérielle de la santé publique au Québec a retenu entre autres les maladies de l'appareil circulatoire (dont l'AVC découle) dans son programme de prévention et de gestion des maladies chroniques (76). Pour les mesures de santé publique au Canada, l'assurance de la qualité, les pratiques fondées sur les données probantes et les meilleures pratiques constituent d'importantes lignes directrices (77). Les médecins de famille au Québec ont quant à eux, dans leur « *trousse d'outils en soins de première ligne* » (<http://toolkit.cfpc.ca/fr/index.php>), la responsabilité d'assurer la gestion des facteurs de risque à l'AVC à travers des activités et des stratégies de prévention et de promotion (78).

Suivant ces constats marquants quant à l'ampleur de l'écart entre les pratiques actuelles et les meilleures pratiques, Rochette et collaborateurs (56) avancent que le rôle complexe de développer une pratique fondée sur les données probantes ne peut reposer que sur la seule responsabilité des professionnels et questionnent l'efficacité des stratégies mises en place pour rendre les connaissances davantage accessibles. Le niveau de soutien à la formation continue, le temps permis pour mettre à jour ses connaissances et pour l'innovation sont quelques-uns

des éléments pouvant influencer ce processus. On présume que les professionnels qui utilisent déjà ces ressources (ex. *guides de pratiques, revues systématiques* et sites web reconnus) sont convaincus de la valeur ajoutée et qu'ils sont généralement de bons praticiens érudits. Mais est-ce vraiment le cas ? Que pensent les principales personnes concernées, soit les professionnels en réadaptation de l'AVC, de cette responsabilité et quelle place occupe-t-elle parmi l'ensemble de leurs responsabilités cliniques ? Puisque l'écart est réel et documenté, il est légitime de se demander pourquoi il en est ainsi. Cette étude vise ainsi à explorer leurs perceptions du rôle d'érudit.



## Chapitre II – Méthodologie

### 2.1 Objectifs

- ❶ Documenter les perceptions, expériences et vécus en lien avec le rôle d'érudit chez les professionnels en réadaptation de l'AVC.
- ❷ Identifier les facteurs (intrinsèques et extrinsèques) perçus comme facilitant ou entravant l'engagement des professionnels en réadaptation de l'AVC dans la mise en application du rôle d'érudit dans leurs pratiques cliniques.

### 2.2 Méthodologie

Une méthodologie qualitative exploratoire inductive d'orientation phénoménologique a été retenue pour atteindre les objectifs de l'étude. L'approche phénoménologique est privilégiée puisqu'il s'agit d'une méthode susceptible de recueillir une interprétation de l'expérience vécue par les participants, en lien avec le phénomène à l'étude, c'est-à-dire *comment les participants vivent leur rapport avec leur rôle d'érudit en réadaptation de l'AVC* et quel sens ils donnent à leur expérience de pratique réflexive et d'application/intégration des connaissances. La finalité d'une perspective phénoménologique consiste à observer le sens des phénomènes de la vie quotidienne en effectuant un retour à la *chose même*. En phénoménologie, la *chose même* représente l'expérience vécue telle que rapportée par les participants concernés. Le recours à la phénoménologie permet de saisir ce qui se laisse voir dans le discours des participants. La pensée et l'expérience sont plus riches que le langage, qui n'est que l'outil pour exprimer l'interprétation de la conception; d'où l'idée que l'essentiel perçu sera découvert par le chercheur afin de reconstruire le sens des expériences humaines à l'intérieur du contexte de l'étude. (79, 80) Ce choix de première intention est lié à une démarche exploratoire plus globale ciblant le quotidien clinique des professionnels et où une attention particulière était portée à la place qu'occupe l'application des données probantes dans une perspective d'érudit. D'où le choix de la phénoménologie afin de mieux comprendre le sens accordé par les professionnels aux données probantes dans une réalité clinique quotidienne remplie.

Le Tableau V démontre par des exemples concrets comment se présentent les données issues d'une approche phénoménologique. Selon Van Manen (79), la description de l'expérience relève de la communication verbale et non-verbale. L'expression verbale réfère à ce qui est saisi par la pensée et aux données conceptuelles en faisant appel au raisonnement et à la pensée rationnelle. Tandis que l'expression non-verbale réfère au langage gestuel inconscient qui s'avère nécessairement plus difficile à verbaliser. Ne correspondant pas à des concepts intellectuels, elle réside dans un contenu émotif et intuitif utilisant l'expression verbale pour décrire ce qui est ressenti et s'avérant difficile à traduire avec les mots justes.

**Tableau V – Les données issues d'une approche phénoménologique**

<b>Description de l'expérience se manifestant par :</b>	<b>Défini par :</b>	<b>Exemples de manifestations :</b>
<b>1) Communication verbale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Données conceptuelles</li> <li>▪ Traiter par la pensée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Opinions</li> <li>▪ Représentations mentales de l'expérience selon la conception que le participant a de l'étude</li> </ul>
<b>2) Communication non-verbale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Traiter des images</li> <li>▪ Représentations symboliques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Émotions</li> <li>▪ Sentiments</li> <li>▪ États affectifs dépendant de la façon dont l'expérience est ressentie ou expérimentée</li> <li>▪ Réactions</li> </ul>

Les participants ont donc été invités à prendre la parole pour nous raconter comment se manifeste concrètement leur rôle d'érudit dans leurs pratiques quotidiennes en réadaptation de l'AVC et comment s'y traduisent leur pratique réflexive et l'application des connaissances. C'est en leur permettant de prendre la parole librement sur le phénomène étudié qu'il est possible de bien saisir leurs perceptions, leur vécu et la signification accordée à ce phénomène dans leur pratique (80, 81).

### 2.3 Participants visés

Deux options ont été discutées pour la constitution de l'échantillon. Il aurait pu être intéressant, comme première option, de ne choisir qu'une seule profession à l'étude, à suivre dans tout le continuum des soins et services en AVC (soins aigus, réadaptation 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne, CLSC), afin de constituer un échantillon homogène. La deuxième option, celle retenue pour l'étude, implique une variation de l'appartenance disciplinaire dans différents établissements, mais au même moment dans le continuum de la réadaptation de l'AVC. Elle s'est avérée plus avantageuse en raison de la variabilité au niveau de l'échantillon permettant d'enrichir la compréhension du phénomène en diversifiant l'expérience vécue par les participants. Elle a également été choisie pour une question de faisabilité, comme le décrit le paragraphe sur la taille de l'échantillon.

Les participants visés étaient des professionnels qui travaillent dans des centres de réadaptation affiliés au CRIR avec la clientèle ayant subi un AVC soient : **médecin, infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, travailleur social et psychologue**. Pour être incluse dans l'échantillon, la personne devait avoir travaillé auprès de la clientèle AVC depuis plus de deux ans à titre de professionnel de la santé et donner son consentement. Aucun critère d'exclusion n'était prévu. Une variabilité au niveau de la discipline, de l'expérience auprès de la clientèle, de la scolarité, de l'âge et du site de recrutement était favorisée afin de couvrir une variété d'expériences et de perceptions des participants dans leur façon dont se manifeste leur rôle d'érudit, peu importe l'établissement de réadaptation d'où ils provenaient.

### 2.4 Taille de l'échantillon

À partir du point de vue des professionnels de la santé situés en contexte de réadaptation de l'AVC, nous voulions documenter et analyser une problématique jusqu'ici peu explorée. Cette approche permet de travailler avec un échantillon de participants restreint, car l'ampleur du matériel collecté (longueur et richesse des entrevues) est amplement suffisante. Deslauriers et collaborateurs (82) constatent que le nombre de sujets dépend surtout de la saturation des

thèmes, mais également des besoins de l'étude et de la conception du chercheur. Bref, « *en recherche qualitative, le but de l'échantillonnage est de produire le maximum d'informations : qu'il soit petit ou grand importe peu pourvu qu'il produise de nouveaux faits* » (82) (p.58).

La taille d'échantillon visée au départ était de 12 professionnels. Une méthode d'échantillonnage non-aléatoire par choix raisonné a été employée en fonction des contraintes institutionnelles à l'égard du recrutement (faisabilité) (83) et de la nature exploratoire de l'étude. Le Tableau VI fait état du nombre de professionnels selon les disciplines travaillant auprès de la clientèle AVC dans les différents milieux affiliés au CRIR, démontrant ainsi la faisabilité du recrutement. La composition des équipes est similaire dans les différents milieux étant donné qu'ils ont la même mission d'un établissement à l'autre. Il y a deux sites dont les données étaient manquantes, mais on pouvait s'attendre à ce que les équipes de réadaptation de l'Hôpital Juif de Réadaptation et du Centre de réadaptation Le Bouclier-section Laurentides soient composées sensiblement de la même façon que les trois premières. Nous estimions recruter environ deux professionnels en réadaptation de l'AVC par site, afin de permettre aux participants un consentement libre et éclairé, de nous assurer d'une représentativité des professions, en plus de protéger la confidentialité des participants étant donné que les professionnels travaillant en réadaptation dans la région montréalaise sont peu nombreux.

**Tableau VI – Faisabilité du recrutement selon les centres de réadaptation affiliés au CRIR**

Centres de réadaptation/ Professionnels	Médecins	Infirmières	Ergo	Physio	Ortho	Psycho	TS*
CRCL	1	0	4	3	3	2	2
CRLB	2	1	4	3	3	2	2
IRGLM	5	2	4	3,6	2,5	1,6	1,9
CR le Bouclier	0	0	8,6	6	3	2,8	3,4
↳ Section Lanaudière seulement			Section Laurentides donnée non disponible				
Hôpital Juif de réadaptation			Donnée non disponible				
<b>Total : 76,4</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>20,6</b>	<b>15,6</b>	<b>11,5</b>	<b>8,4</b>	<b>9,3</b>

\* TS : travailleur social

## **2.5 Déroulement de l'étude**

Le recrutement s'est fait dans des centres de réadaptation affiliés au CRIR ayant une clientèle AVC, c'est-à-dire le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal, Centre de réadaptation du Bouclier et Hôpital Juif de réadaptation. L'étude est donc circonscrite dans les phases de réadaptation offrant des services personnalisés, spécialisés et surspécialisés en adaptation, en réadaptation, en intégration sociale et en accompagnement-soutien du client et de son entourage.

Une lettre de recrutement a été envoyée par courriel aux coordonnateurs de recherche clinique des établissements ou aux gestionnaires pour qu'ils la transmettent aux professionnels visés par l'étude (Annexe 2). Les professionnels en réadaptation de l'AVC devaient manifester leur intérêt soit au coordonnateur de recherche clinique ou au gestionnaire qui ont retransmis les coordonnées des participants potentiels. Les participants ont été contactés par la responsable de l'étude (BF) pour valider les critères d'inclusion, expliquer brièvement l'étude, répondre aux questions et planifier un rendez-vous pour l'entrevue. Les coordonnateurs de recherche clinique des établissements ou les gestionnaires de chacun des milieux ont été relancés au besoin lors d'un appel téléphonique ou dans un courriel pour solliciter de nouveaux participants.

## **2.6 Développement du guide d'entrevue**

Un guide d'entrevue semi-structurée (84-87) (Annexe 3) a été construit à la suite de la recension des écrits. Ce guide d'entrevue était composé de cinq questions ouvertes qui ont été formulées de façon claire (vocabulaire univoque, commun et connu), précise et neutre afin de couvrir l'ensemble des concepts identifiés lors de la recension des écrits (88). Une attention particulière a été portée à la formulation des cinq questions pour ne pas induire de réponses (aspect de neutralité et d'objectivité (89)) et il était spécifié aux répondants qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses (88). Chacune des questions du guide était suivie d'une

liste de thèmes à explorer afin d’obtenir des précisions, au besoin, aux réponses obtenues. Ces thèmes permettaient la discussion de sujets potentiellement importants. Si les participants amenaient, en cours d’entrevue, de nouveaux thèmes non anticipés par l’équipe de recherche, ils étaient ajoutés à la liste en même temps que l’étude progressait, pour les explorer au besoin (90, 91). L’utilisation du guide d’entrevue facilitait le déroulement des entrevues tout en permettant l’émergence de contenu spontané. Le guide d’entrevue a été prétesté auprès de trois professionnels en réadaptation de l’AVC, répondant aux critères de sélection des participants, pour vérifier la compréhension et l’interprétation des questions (87); des ajouts, précisions et modifications ont été apportés au guide d’entrevue préalablement au commencement de l’étude.

## 2.7 Collecte de données

Les *données sociodémographiques* des participants (âge, sexe, profession, niveau de scolarité, nombre d’années d’expérience dans leur discipline, nombre d’années d’expérience auprès de la clientèle AVC et statut d’emploi) étaient recueillies en début d’entrevue pour des fins de description de l’échantillon.

L’information a été obtenue par des *entrevues individuelles face à face*, afin de documenter les perceptions, le vécu et le sens accordé au phénomène par les participants. Chaque entrevue a été enregistrée sur une bande audio afin de ne rien perdre du contenu des réponses et a été retranscrite intégralement en format Word, par trois assistants de recherche. Cela a permis à la responsable de l’étude de se concentrer entièrement sur les réponses des participants plutôt que de prendre des notes et perdre des informations importantes. Un journal de bord a également été tenu par la responsable de l’étude pour y consigner ses réflexions personnelles, observations, intuitions, impressions et attitudes non verbales, afin d’ajouter des informations supplémentaires et compléter le portrait de la bande sonore. Les idées *a priori* de la responsable de l’étude ont également été consignées au début de l’étude pour les identifier clairement et éviter d’influencer les participants (88, 92).

Enfin pour étoffer les données sociodémographiques et documenter la variété des participants à l'étude, un questionnaire auto-administré était donné aux participants, en fin d'entrevue, pour déterminer leur style de pratique (Annexe 4). Le *questionnaire des typologies* (QT) a pour but de classer les professionnels participants en fonction de leurs façons de chercher de l'information nouvelle en examinant leur disposition à l'égard du changement dans leurs pratiques. Composé de 17 questions, le QT fonde son classement sur différents agencements des trois sous-échelles suivantes :

- 1) la Preuve ou la confiance dans les données probantes ou l'expérience acquise en milieu clinique en tant que base du savoir;
- 2) la Non-conformité ou le souhait de se détacher des pratiques habituelles, répandues ou passées;
- 3) la Pratique ou la conscience des éléments pragmatiques du quotidien en clinique.

De cinq à dix minutes sont requises pour remplir le QT dont l'échelle de choix de réponses est de type Likert et comporte cinq catégories qui vont de « fortement en désaccord » à « fortement en accord ». Comme chacun des 17 énoncés se rapporte à l'un des quatre types de pratique définis en fonction de la nouveauté, l'établissement du profil du participant se base sur les réponses obtenues à chacun des énoncés. Ceci permet de déterminer le type qui donne le pointage le plus haut. La validité du contenu ainsi que la cohérence interne du QT sont appropriées (alphas de Cronbach : 0,68-0,79) (93). Créé en anglais, le QT s'est vu traduire par une équipe de l'Université McGill pour un autre projet en lien avec l'acquisition de technologies (94). Élaboré au départ pour sonder les médecins, le QT a été modifié pour permettre la généralisation justifiée aux différents professionnels de la santé et tenir compte du contexte de l'étude. Les termes « pratique médicale », « autres médecins », « soins » et « patients » ont respectivement été remplacés par « pratique en réadaptation », « mes collègues », « pratique » et « clients ».

Une typologie visant à prévoir les attitudes et les styles de pratiques des cliniciens en lien avec l'information nouvelle et à ainsi mieux ajuster les méthodes de mise en place de celle-ci lorsqu'elle apparaît selon cette typologie a été conçue par Green et ses collaborateurs (93, 95). Dans le QT, quatre types exclusifs de cliniciens sont définis : 1) le chercheur, 2) le réceptif, 3)

le traditionnel et 4) le pragmatique. De l'avis des auteurs (10, 93, 96), les définitions suivantes décrivent les quatre types de cliniciens.

1) Le **chercheur** considère des publications professionnelles, les données probantes et les bases de données comme les sources les plus fiables de connaissances comparativement à l'expérience personnelle ou aux autorités. Il base habituellement sa pratique sur la littérature scientifique. Sans hésitation, il mettra de côté les pratiques reconnues lorsque les recherches soit soulèvent un doute à leur égard, soit font la preuve de nouvelles méthodes plus favorables.

2) Le **réceptif** tend, pour sa part, à changer ses comportements pour tenir compte de toute nouvelle information dans la mesure où elle est tirée de références scientifiques et cliniques valables. Au même titre que le chercheur, il s'appuie sur les données probantes, mais aussi l'opinion critique des figures d'autorité portant sur la nouvelle information.

3) Le **traditionaliste** considère les plus fiables l'expérience clinique ainsi que les références et les figures d'autorité pour sa pratique, en plus de miser sur l'expérience personnelle, le jugement et les apprentissages effectués auprès de chefs cliniques pour choisir de modifier sa pratique clinique à la suite de toute nouvelle information. Toutefois, contrairement au réceptif qui accorde une attention particulière aux arguments scientifiques, il se fie au curriculum vitae (aptitudes cliniques, expérience et autorité) des instigateurs à la base de l'information nouvelle. Cette nuance découle de sa méthode d'apprentissage qui met l'accent sur l'importance de la formation et de l'expérience clinique personnelle.

4) Le **pragmatique** a une vie professionnelle très chargée et ses préoccupations portent principalement sur les aspects pratiques de l'information nouvelle, visant particulièrement l'efficacité. Pour l'inciter à modifier sa pratique clinique, les demandes doivent émaner de ses patients, de ses collègues ou de son employeur au lieu de tenir compte uniquement de la validité de l'information nouvelle.

## **2.8 Analyse des données**

### ***2.8.1 Phase préparatoire des données (sélection du matériel)***

L'analyse des données a été amorcée au fur et à mesure de la collecte de données, puisqu'une synthèse de chaque entrevue a été rédigée post-entrevue, sur le vif. Cette étape a permis de



saisir le sens général du contenu des entrevues (80). Certaines perceptions, expériences et significations abordées en entrevue par les participants ont été explorées ou reprises et questionnées avec les participants ultérieurs, afin de documenter les similitudes et différences dans les expériences/perceptions/vécus. Il s'agissait d'une stratégie itérative au plan méthodologique pour affiner la collecte au fur et à mesure ainsi que pour démontrer la concordance ou la divergence des multiples interprétations ou sens attribués aux thèmes par les participants (91) et pour atteindre la saturation des thèmes abordés. Le journal de bord s'est avéré utile pour y conserver les ajouts de thèmes au guide d'entrevue en cours d'étude (97, 98).

Une lecture exhaustive des verbatims a été faite en écoutant les entrevues pour nous imprégner du contenu des entrevues, percevoir le sens global et pour vérifier qu'il n'y pas eu d'erreur lors de la transcription (vérification de la qualité). Après ces premières lectures et vérifications, trois entrevues ont été sélectionnées au hasard pour faire un premier exercice de codage à la main afin de commencer à élaborer la grille de codification. Cette étape nous a permis de nous approprier les données (80). Ensuite, une grille de codification ouverte a été élaborée en même temps que la codification du corpus (98). L'analyse a nécessité un grand nombre de lectures du corpus pour isoler les unités de sens. Le corpus a été découpé finement pour que chaque unité de sens (mot, phrase, paragraphe) soit codée, c'est-à-dire qu'on lui a apposé une étiquette. Chaque étiquette a été définie. Une attention particulière a été portée à la justesse, la précision et la synthèse dans le choix des étiquettes (arborescence de thèmes) ; de manière à en avoir suffisamment pour refléter la réalité des participants et ce qui émerge comme ayant du sens pour les participants (99). Suivant l'approche phénoménologique, il ne s'agit pas de se laisser aller à une interprétation rapide du texte qui fige le sens rapidement.

La responsable de l'étude a demandé à un pair, ayant une expertise en analyse qualitative, de contre-coder entièrement une entrevue qu'elle avait déjà codée. Le découpage a été remis au contre-codeur en format Word avec la liste des codes et leurs définitions. Sa tâche était d'assigner les étiquettes aux unités de sens déjà prédécoupées. L'objectif de ce contre-codage était de vérifier la justesse et la qualité du codage par la responsable de l'étude ainsi que la clarté de la grille de codification. Cela a permis de faire un calcul d'accord inter-juge selon la

formule de fiabilité entre codeurs de Miles & Huberman (100) (p.126) présentée à la Figure 6. Un accord inter-juge de 87 % a été obtenu. Certaines étiquettes ont été clarifiées pour réajuster la grille de codification et reprendre le codage.

$$\text{Fiabilité} = \frac{\text{nombre d'accords}}{\text{nombre total d'accords + désaccords}}$$

**Figure 6 – Formule de fiabilité entre codeurs (100) (p.126)**

Après ce premier codage et vérification, la gestion des données (verbatim des entrevues) a été faite à l'aide du logiciel QDA Miner. Il a été choisi parce qu'il est simple à utiliser. Il est facile d'attribuer une couleur pour chacune des catégories facilitant ainsi le repérage des unités de sens, car celles-ci auront été codées de la même couleur que la catégorie dans laquelle elle s'insérerait. Ce logiciel est aussi utile pour repérer, classer et organiser les données en plusieurs niveaux. Il permet aussi de faire des tableaux de fréquences illustrant de façon visuelle l'ensemble de ces données pour une personne ou en croisant les profils des participants ou des codes.

Afin d'assurer une validation, 35 % de l'ensemble du corpus codifié a été révisé par Annie Rochette, directrice. Elle a également validé la liste des codes. À travers cette révision, il y a eu des discussions davantage au plan conceptuel (sens donné aux segments codés, étiquettes) concernant la codification.

Des allers-retours dans les corpus ont permis de faire des modifications et d'ajuster les premières entrevues codées avant de faire des opérations de catégorisation. La catégorisation vers la construction de sens consistait à sélectionner les éléments qui sont soit récurrents, soit présentant des analogies de sens entre eux, soit paraissant pertinents compte tenu de l'objet de la recherche, et ce sans tirer de conclusions interprétatives (80, 91). Petit à petit, les catégories et la cohérence des discours ont émergé lors du regroupement de plusieurs étiquettes ayant une signification similaire sous un même thème, soit par une série d'interventions multiples (réduction, sélection, abstraction, confrontation) ou en réintégrant des mots ou phrases subsistantes. Le codage constitue en soi un véritable processus d'analyse des données, puisque les décisions sur la manière d'organiser l'information ont une incidence directe sur l'étape

d'interprétation des données ainsi que sur les conclusions que l'on peut en tirer (100). Le journal de bord s'est avéré essentiel lors de la codification afin de consigner les notes en un seul endroit (interprétation des données, choix de regroupement de catégories, décisions face au codage ou impressions de la responsable de l'étude).

### ***2.8.2 Les phases longitudinale-analyse en profondeur un participant à la fois ET transversale-comparaison des participants entre eux***

Finale­ment, la restitution du sens général du phénomène émerge de la mise en ordre des éléments du discours des différents participants selon une construction qui mène au sens représentatif de l'expérience située pour chaque participant. En analyse phénoménologique, la compréhension en profondeur pour chaque participant est prescrite, ainsi que pour chaque catégorie. Tous les aspects de l'expérience, du vécu et des perceptions d'un participant ont été examinés pour en dégager l'essence du phénomène et la structure essentielle. Il s'agit là d'une analyse longitudinale sur le matériel sélectionné. Il est aussi possible de porter un regard croisé sur le phénomène en dégageant les éléments essentiels importants pour eux, tels que les similitudes, différences et les tendances observées. C'est ici que la variation de l'appartenance disciplinaire enrichit la compréhension du phénomène (101).

## **2.9 Critères de scientificité**

La rigueur méthodologique de la présente étude s'appuie sur les critères de qualité qui suivent. Concernant **l'aspect de la qualité des données**, les participants avaient le choix du lieu, du moment de l'entrevue ce qui pouvaient les mettre à l'aise et les encourager à se livrer de manière exhaustive (confidences) (92).

La **crédibilité** (qui s'apparente à la validité interne) : dans cette étude, des entrevues face-à-face ont été conduites, le non verbal des participants a donné des indices sur les émotions vécues et, en cas de doute, des questions supplémentaires ont été posées pour préciser l'information (92). Cette démarche qualitative est assurée à travers la variabilité des expériences des participants et par l'échantillon diversifié. Il s'agissait d'une triangulation

large afin d'atteindre une exhaustivité et une complétude dans la collecte des expériences, des perceptions et des points de vue ce qui a permis d'extraire la perspective plurielle de l'expérience, de la perception et du vécu liés au même rôle d'érudit, mais rôle exprimé différemment par les divers professionnels en réadaptation de l'AVC à l'étude. Le processus itératif nous a permis de confronter le vécu, le sens et les interprétations des différents thèmes avec les participants ultérieurs.

La **constance** (qui s'apparente à la fidélité) est atteinte : la responsable de l'étude a conduit toutes les entrevues, ce qui a amené une constance dans la manière de poser les questions et tout changement effectué dans le processus de recherche a été documenté dans un journal de bord. Le contre-codage et le processus de validation de l'analyse ont été révisés par une seconde personne, afin de minimiser les biais reliés à l'interprétation des réponses par des *a priori* personnels (82).

La **transférabilité** (qui s'apparente à la validité externe), qui est assurée par la description détaillée de la méthodologie utilisée, permet la reproductibilité de la recherche par d'autres chercheurs qui utiliseraient les mêmes procédures (avec un autre échantillon) (102). La compréhension profonde du phénomène dans un seul contexte de l'étude nous donne une indication de ce qui pourrait être fait dans d'autres contextes similaires, de sorte qu'il soit possible pour le lecteur de comprendre et de reproduire l'étude. Les données sociodémographiques recueillies ont permis de dresser un portrait juste et précis des participants (103).

## **2.10 Considérations éthiques**

Cette recherche a été approuvée par le comité éthique de recherche du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) avant le commencement de l'étude (Annexe 5). L'examen de la convenance institutionnelle

... se fait dans tous les établissements où le protocole de recherche doit se dérouler, conformément à l'article 9 du Règlement portant sur la création et le

fonctionnement du Comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR. La convenance institutionnelle des différents sites de recrutement sera demandée selon les exigences de chacun des centres de réadaptation. La convenance institutionnelle désigne le caractère approprié de la mise en œuvre du projet dans chacun des centres de réadaptation qui devront examiner le projet selon : 1) l'arrimage entre le projet et les orientations de l'établissement; 2) la capacité pratique de l'établissement à recevoir le projet (ex. : personnel qualifié, équipement adéquat); 3) la possibilité que certaines personnes identifiées comme sujets potentiels soient sollicitées de façon exagérée ou induite, ce qui ne respecterait pas le principe de justice<sup>4</sup>.

Lors de l'entrevue, le formulaire d'information et de consentement (Annexe 6) était lu en entier et la responsable de l'étude prenait le temps de répondre aux questions. Une copie signée du formulaire de consentement était remise aux participants. La participation des répondants au projet de recherche est libre et volontaire. Les participants peuvent se retirer de l'étude sans avoir à motiver leur décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Il y a peu d'avantages personnels à participer à cette étude mis à part la contribution à l'avancement des connaissances. Cette étude ne présente pas de risque pour la santé physique ou psychologique des participants et ne leur causera pas de préjudice au sein de leur milieu de travail face à l'employeur, aux collègues ou au syndicat.

Un montant de 80,00 \$ a été remis à chacun des participants afin de dédommager le temps ou le déplacement pour l'entrevue.

Toutes les données recueillies en format audio et format papier demeurent strictement confidentielles et anonymes. Chaque participant à la recherche s'est vu attribuer un numéro et seule la responsable de l'étude a accès à la liste des participants et des numéros qui leur auront été attribués. Les enregistrements en format mp3 seront conservés dans un dossier informatique sécurisé par un mot de passe sur l'ordinateur de la responsable de l'étude et une copie de sauvegarde transmise à la directrice de maîtrise, sous les mêmes conditions. Les renseignements et questionnaires sont conservés dans un classeur sous clé situés dans un bureau fermé. Les trois assistants de recherche qui ont fait la transcription des entrevues ont eu

---

<sup>4</sup> Comité d'éthique du CRIR. *Politique sur la constitution de banques de données de recherche et la gestion des dossiers de recherche dans les établissements du CRIR*. [<http://www.crir.ca/?2429271D-784D-458E-8AF3-172A1A87EDE0>] (site consulté le 30 octobre 2009).

accès aux enregistrements mp3 via le logiciel sécurisé « DropBox ». Le nom des enregistrements et des verbatim transcrits correspondent aux numéros des participants. Aucune information permettant d'identifier les participants d'une façon ou d'une autre n'est ou ne sera publiée.

Les données de recherche seront conservées pour une période maximale de cinq ans suivant la fin du projet de recherche, selon les règles<sup>5</sup> en vigueur du comité d'éthique du CRIR. La destruction des données de recherche (dossiers de recherche, enregistrement audio des entrevues, verbatim, etc.) sera effectuée dans le respect de la vie privée et de la protection de la confidentialité au terme du délai de conservation.

Lorsque le projet de recherche se terminera, un rapport de fin de projet faisant état des résultats et des retombées du projet de recherche sera remis au comité d'éthique du CRIR ainsi qu'aux participants qui en auront manifesté l'intérêt lors du consentement, en laissant leurs coordonnées.

---

<sup>5</sup> Ibid.

## **Chapitre III – Les résultats**

Les résultats de cette étude sont présentés sous la forme de l'article scientifique suivant, qui a été soumis le 31 juillet 2012 à la revue *Advances in Health Sciences Education*. Il a pour titre: *Challenges of being a scholarly clinician as perceived by stroke rehabilitation professionals*.

Les auteurs de cet article sont :

Barbara Fillion, BSc., Annie Rochette, PhD. and Anik Girard, MSc.

L'auteure principale confirme sa participation à la mise au point du protocole de recherche, à la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, de même qu'à la rédaction de cet article. Elle est l'unique première auteure du document. Annie Rochette a encadré l'ensemble du processus et révisé le manuscrit. Anik Girard a contribué en révisant les différentes versions de l'article jusqu'à sa soumission.

**Running Head:** Challenges of being a scholarly clinician

**Title:** Challenges of being a scholarly clinician as perceived by stroke rehabilitation professionals.

**Authors:** Barbara Fillion, BSc.,<sup>1,2</sup> Annie Rochette, PhD.,<sup>1,3</sup> and Anik Girard, MSc.<sup>4</sup>

**Affiliations:**

<sup>1</sup>*Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montréal, Québec, Canada*

<sup>2</sup>*Master's candidate, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal, Québec, Canada*

<sup>3</sup>*École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, Québec, Canada*

<sup>4</sup>*Hôpital Marie-Clarac, Montréal, Québec, Canada*

**Corresponding author:**

Barbara Fillion

École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

C.P. 6128, succursale Centre-ville,

Montréal, Québec,

H3C 3J7

Tel.: 514-343-6111, ext. 17273

Fax: 514-527-8088



## Abstract

**Introduction:** Stroke rehabilitation clinicians are responsible for offering quality services through evidence-based practice. How is this role fulfilled on a daily basis? **Objective:** 1) To explore the perceptions, experiences, and attitudes of rehabilitation professionals regarding their role as scholar in their daily practice; 2) To identify factors perceived as influencing the application of evidence-based clinical practice. **Methods:** Qualitative design of a phenomenological orientation; face-to-face interviews using a pre-tested interview guide; inclusion criteria of at least two years experience in stroke rehabilitation; complete verbatim transcription; analysis based on exhaustive codification using the software QDA-Miner; co-codification of 10% of the full corpus. **Results:** Mean age of the participants was 40.7 years  $\pm$  11.2. Participants were mostly women (n = 9/11). The role of scholar emerged as not having great value for the participants. Main themes (5) emerging from the analysis include the following: emphasis on tacit knowledge; experience and clinical intuition leading to self-confidence and comfort in clinical practice; dissatisfaction with the lack of knowledge sharing among clinicians; importance of diversifying clinical tasks; and the underdevelopment of reflective practice. There are four factors influencing the role of scholar: motivation, critical incident as a main trigger of reflective practice, interns facilitating reflective practice, and lack of time. **Conclusion:** Participants mentioned having difficulty finding time to read, implement evidence-based practice, share ideas with colleagues, and reflect on their daily practices. From this emerged questions about measures to encourage the scholar role and facilitate reflective practice in stroke rehabilitation.

**Keywords:** best practices, CanMEDS, evidence-based practice, knowledge translation, scholar role, stroke rehabilitation, reflective practice, tacit knowledge.

## Introduction

Currently, much effort is made at all levels (federal, provincial, research and practice communities, clinicians) to encourage and promote the use of evidence-based practice. Nevertheless, stroke experts in Canada have observed a significant gap in stroke care (1-3) and that best practices are not systematically applied by stroke rehabilitation clinicians (4-10). One challenge for clinicians is how quickly evidence-based practices evolve. This is particularly true in the field of stroke rehabilitation, in which there is increasing pressure for clinicians to provide quality care and services (11, 12). Several scientific articles present what should be done (best practices) for stroke patients, while documenting the significant gap with what is actually done in current practice (5, 7-9).

In addition, Québec's public health branch has included stroke and other diseases of the circulatory system in its prevention and chronic disease management program (13). Canadian public health measures promote quality assurance, evidence-based practices, and best practice guidelines (14). Québec family physicians now have the responsibility for managing stroke risk factors through activities and strategies for prevention and promotion in the *Primary Care Toolkit for Family Physicians* (<http://toolkit.cfpc.ca/en/index.php>) (15).

It is the responsibility of health professionals to keep informed, integrate knowledge and evidence in their practice, adopt reflective practice, and continually improve and adapt their practice to deliver quality services (16-21). According to the Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS) framework (22), reflective practice and knowledge translation are part of the **scholar role**. Many other health professions have adapted CanMEDS to the particularities of their disciplines and have included the equivalent of the scholar role (23-28). The CanMEDS framework defines this role around four core competencies (see Figure 1).

(Insert **Figure 1** around here)

In examining the four competencies and the twenty-five indicators related to the scholar role, one can surmise that reading a few scientific articles every month is insufficient for truly fulfilling the role of scholar. As such, being scholarly also means integrating new research in clinical practice (22). Much effort has been made to apply and integrate evidence in practice. Indeed, the subject of knowledge translation has become a priority for many research funding agencies (29). There are now many outlets to help clinicians acquire or update knowledge, such as the website *StrokEngine* (<http://strokengine.ca/>), which summarizes and popularizes evidence-based practice, the *Montreal Stroke Network* (<http://www.rmavc.ca/>), a web platform for sharing knowledge within the stroke practice community, and the website *EBRSR: Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation* (<http://www.ebrsr.com/>). The *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care* guide stroke rehabilitation practice for all health care professionals in team rehabilitation and were updated in December 2010 through the Canadian Stroke Strategy (<http://www.strokebestpractices.ca/>).

Despite these efforts, the gap nevertheless remains between best practices and current practices. In this regard, Rochette et al. (29) argue that the complex role of developing evidence-based practice cannot be based on the sole responsibility of clinicians. Supporting continuing education, allowing time for updating knowledge, and encouraging innovation are some ways that institutions can influence this process (9, 30). We may assume that clinicians who already use the above resources (websites and the Canadian Stroke Strategy) are already convinced of and practice the role of scholar. However, we are mostly unaware of how this role is adopted and experienced. What place does the scholar role have in a busy clinical life? In other words, how important is the scholar role in a practice filled with other roles, and what are the barriers and facilitators to optimal competency level in this regard? The clinician is the main player in the current trend for using knowledge to provide quality client services. How can clinicians meet this challenge on a daily basis? What do clinicians think about the role of scholar? These issues have, until now, not been documented. Thus, the main **objective** of this study is to explore the perceptions, experiences, and attitudes regarding the role of scholar in the daily practice of stroke rehabilitation clinicians. A secondary objective is to identify factors perceived as facilitating or hindering the involvement of stroke rehabilitation clinicians in the application of evidence in clinical practice.

## **Methods**

### ***Study design***

An exploratory qualitative study with a phenomenological orientation was conducted through one-on-one interviews. The purpose of the phenomenological perspective is to document the meaning of the phenomenon being studied, in day-to-day practice. In phenomenological analysis, in-depth understanding is required for each participant (31, 32). In our study, all aspects of the participants' perceptions, experiences, and attitudes regarding the scholar role were examined to identify the essence of the phenomenon and the fundamental structure of the lived experience (33).

### ***Participants and recruitment procedure***

Participants were rehabilitation clinicians having worked with stroke patients for at least two years, specifically in rehabilitation phases that provide customized and specialized services in adaptation, rehabilitation, social integration, and family support. Recruitment was carried out in five rehabilitation centers to reflect the variability of experiences (in particular, regarding the support structure provided by the work setting in relation to the scholar role). Variability in terms of discipline, number of years working with stroke patients, education, and age, was also considered. The recruitment procedure allowed for free and informed consent of the participants and ensured confidentiality. The study was approved by the ethics committee of the Center for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal.

### ***Sample Size***

A convenience sample size (n=11) was targeted, based on the institutional constraints in relation to the recruitment (feasibility) (34) and on the exploratory nature of the study.

### ***Interviews***

Data was collected through face-to-face interviews using an interview guide developed following the literature review and pretested with individuals (n=3) presenting similar characteristics to the study sample.

The interview guide consisted of five open-ended questions, each with five or six sub-questions to be explored if the main questions were not answered spontaneously by the participants. The following topics were covered: clinicians' perceptions, experiences, and attitudes regarding the scholar role, evidence-based practice, continuing education, interns, knowledge application, reflective practice, and changes in behavior. The five main questions of the interview guide were the following: 1) Describe your work habits, your daily routine, your work setting, and your comfort or discomfort zones; 2) Describe continuing education in your work setting and how it is carried out; 3) How do you perceive the use of evidence in providing quality services? 4) How do you change your way of doing things on a daily basis to integrate new practice? 5) What behavior or change in your practice would you target to bring you closer to best practices? Several sub-questions were added to the initial questionnaire, as described above.

### ***Data collection***

All interviews were audio recorded and transcribed verbatim to preserve content. The transcriptions were fully reviewed for errors (quality check). A logbook was also kept by the main researcher to record personal thoughts, observations, intuitions, and the non-verbalized feelings and attitudes of the participants. Preconceptions were also clearly identified in the logbook at the beginning of the study to avoid influencing the participants (35, 36).

Demographic data was collected at the beginning of the interview for sample description, including age, gender, profession, education level, number of years of experience in their discipline, number of years working with stroke patients, employment status, and practice style determined by the self-administered Practice Style Questionnaire (37, 38).

### ***Data analysis and coding***

Data analysis was conducted by writing a post-interview summary for each interview. This first step was important to grasp the general meaning of the content. Themes mentioned by participants were explored to document similarities and differences in meanings, experiences and perceptions (32). After these initial steps, three interviews were randomly selected for hand coding to develop the coding grid. Next, an open coding grid was constructed along with

codification of the corpus (36). The analysis involved a large number of corpus readings to isolate the units of meaning. The corpus was finely delimited so that each unit of meaning (word, sentence, or paragraph) was attributed a label and code. Each label was carefully defined. Particular attention was paid to the accuracy and representativeness of the labels (thematic trees) to sufficiently reflect participants' experiences and meanings [80].

The main author (BF) asked a peer with expertise in qualitative analysis to co-codify a previously coded interview. The purpose of this co-codification was to verify the accuracy and quality of coding by the main researcher and the clarity of the coding grid. An inter-judge agreement of 87% was obtained, with some labels being clarified to readjust the coding grid. Exhaustive codification was performed using the software QDA-Miner. At the end of codification, to ensure validation, co-codification of 35% of the entire corpus was carried out by AR.

## **Results**

The sample was composed of 11 participants aged between 26 and 60 years. The majority of participants were women (n=9/11). Participants' experience as health care professionals ranged from 3 to 29 years, while their experience with stroke patients ranged from 1 to 23 years (see Table 1).

(Insert **Table 1** around here)

### ***Objective 1 – The role of scholar***

Upon data analysis, five themes emerged relating to Objective 1, i.e., providing a portrait of the scholar role from the perceptions, experiences, and attitudes of stroke rehabilitation clinicians in their day-to-day practice (see Table 2): 1) Clinicians perceive tacit knowledge as synonymous with the scholar role; 2) Work experience and intuition lead to self-confidence and comfort in clinical practice; 3) There is dissatisfaction with the lack of knowledge sharing

among clinicians; 4) Diversification of clinical tasks is important; and 5) Reflective practice is generally undeveloped and triggered by external factors.

(Insert **Table 2** around here)

***Objective 2 – What factors influence the scholar role?***

Four main themes emerged from the data as factors influencing positively or negatively the scholar role: a) motivation, b) critical incident as the main trigger of reflective practice, c) interns facilitating reflective practice, d) lack of time as the main obstacle.

a) Clinicians have difficulty finding the necessary **motivation** for incorporating the role of scholar in their daily routines. When workloads increase, priority is given to clinical responsibilities at the expense of the scholar role: “Whenever there is a disturbance or change in my routine, the first thing I cut is reading” [P8], and “I prefer attending training sessions to doing research. It is harder for me to be motivated” [P5].

There is also lack of conviction about the added value of being a scholar. Motivation is driven mostly extrinsically by recognition from others (peers, managers).

I try to get stimulated by doing like two days a week somewhere else (...) I expose myself to different things in order to keep myself stimulated, innovative and creative. (...) There is acknowledgment, see that's what's tricky about this institution because you get lots of acknowledgment like: “we love it, it's fantastic, you work so well”. Everybody gives you the positive feedback as they see it, but there is not the acknowledgment of time. [P10].

Or, “In order for me to go deeper into the subjects or things I had trouble with during my training, it all depends on my availability and my energy” [P3].

The type of continuing education chosen by participants according to their interest, (e.g., conferences, seminars, workshops, courses, reading groups, peer groups, video-conferencing, e-learning) is a factor that increases their motivation and can facilitate intradisciplinary networking. Most experienced clinicians demonstrated broad interest in other practices and new techniques that are not necessarily recognized as evidence with stroke patients (e.g., hypnosis, conscious communication, relaxation, stress counseling). Participants looked beyond specifically stroke-related courses, since they reported having already taken such courses in previous years. They also mentioned choosing training activities according to their primary disciplinary interests. Some clinicians preferred reading scientific papers because they considered this medium to be a quicker and more convenient way to remain up to date as opposed to attending conferences: “I love conferences, you learn a lot, but personally, I prefer reading articles because it’s easier. You can do it at home, at the arena, in a waiting room, anywhere” [P11], or “I like conferences because you can choose, there’s variety, it’s dynamic. But conferences are often inaccessible” [P3].

b) **Critical incidents** are indeed triggers of reflective practice, particularly when clinicians respond to events involving their stroke patients and are led to question and analyze their practices. Subsequently, clinicians seek new evidence or solutions they would not have been exposed to were it not for the critical incident. For example:

“I seem to work by action-reaction. When there’s a problem, I deal with it, because there’s no time to do it in advance. What motivates me the most are the patients. A clinical problem, a new patient who arrives... it makes you ask a lot of questions. It’s my patients who motivate me” [P7].

Or, “I had two patients with debilitating neurogenic pain. It’s quite rare, I haven’t seen it a lot, yet I’ve seen a lot of stroke victims in my career, so I read up on it” [P1]. Finally,

“What motivates me to change is when I have a problem with a patient. You can solve it to a certain degree, but then you hit a snag. I ask myself how can I go further with this, and that’s what really motivates me” [P3].

c) In terms of factors that have a positive influence on the scholar role, participants reported reflecting on their practice and updating their knowledge through their work with **interns**.



“When you teach, you have to teach what is best” [P11]. Only three participants reported not having taken on interns, two participants had no interest, and one participant perceived not having enough time. Otherwise, most clinicians perceived students as a complement to ongoing training through the sharing of literature, evidence, and new approaches, and as a facilitating factor in reflective practice because it forces clinicians to justify their own clinical approaches. “It’s great working with interns; it’s an excellent source of information” [P2]. “You try to keep up to date with students. You teach them as much as you learn from them” [P5]. “I like interns. I ask them if I can see their course notes, which always contain new evidence. Students give me new references. It’s great for continuing education. In fact, working with students is another kind of continuing education” [P6].

d) Lack of **time** was the main obstacle reported by all participants. For example, they lacked time for reading scientific papers primarily because it is not valued in the workplace during working hours. Two excerpts illustrate this: “The pitfall is lack of time, lack of structure. If you want more time for reading and doing research, you should have fewer clinical duties” [P11], and

“I try to stay up to date, but with all my workload, I do it on my own time. I don’t think people should have to do it this way because then they’re inclined not to do it at all. And why should I do it on my own time? Shouldn’t it be part of our professional role within the time frame of our jobs?” [P10].

In summary, participants reported that apart from direct and indirect clinical work, working with interns, and performing other duties, there was little time for reading, discussing with colleagues, implementing evidence-based-practice, or reflecting on their daily practice.

## **Discussion**

The purpose of this exploratory study was to provide a deeper understanding of the perceptions, experiences, and attitudes of stroke rehabilitation clinicians regarding the role of scholar in their daily practice, and to identify factors perceived as facilitating or hindering their involvement in the application of evidence in clinical practice.

### ***The role of scholar according to clinicians***

Our findings provide comprehensive information about the scholar role as perceived by stroke rehabilitation clinicians and about the gap between this perception and what is outlined theoretically in the competencies framework (22, 23, 25, 26, 28). Discussions about the scholar role are rather underdeveloped and fragmented, which is consistent with the space it occupies in the literature. It should be noted that some articles in the literature deal with various CanMEDS roles in various situations (application of techniques, evaluation), but the results concerning the role of scholar are not significant (39-42). There is therefore little information on the specific components attributed to the role of scholar, as well as misunderstanding of this role in research as compared to other roles (e.g., roles of medical expert, communicator, collaborator, and professional), for which publications are numerous. Adopting the role of scholar in its entirety would increase the quality of professional practice and ensure that stroke patients receive the services that meet their needs throughout the continuum of care and services in the community (43, 44). For now, clinicians are limited to continuing education and reading articles whose results are often misunderstood and considered difficult to apply clinically.

A new element that is brought to light in this study regards the favoring of tacit knowledge over evidence. Tacit knowledge, described by Polanyi (45) as "intuitive and unarticulated knowledge," derives from the integration of knowledge from experience and refers to practical and contextual content, which are not necessarily formalized or demonstrated by evidence (46). While tacit knowledge emerged as *the* most important source of knowledge for participants in their practice, participants also perceived tacit knowledge as synonymous with the role of scholar. Does this mean that clinicians are aware of and trained for being scholarly in their practice, or does it represent a gap with the theoretical models in the literature? We note that while tacit knowledge is accounted for in some business models (47), there is little indication in health models whether the knowledge referred to is tacit or otherwise (48-50). This leads us to believe that, to the same extent that health researchers do not sufficiently value tacit knowledge because it is difficult to study and generalize, clinicians do not sufficiently value scientific knowledge in their clinical practice. The results of this study

reflect the gap between these two opposing view, which may nevertheless be complementary. The idea is not to question the legitimacy of this knowledge born of experience and traditions, but rather to ask how to put this knowledge to use in the role of scholar.

Another new development emerging from our results concerns the very meaning of the scholar role, which is perceived by the participants in the study as primarily involving tasks that are not performed with patients. These tasks are mainly administrative-type (committees of all kinds [e.g., with peers], planning or consulting groups, conference-type activities, teaching within or outside the milieu, etc.) As such, we observed a tendency for clinicians to choose activities that are diversionary, unplanned, not carefully thought out, which may break up the routine but which have no real long-term impact on the quality of care and services. What motivates clinicians in this diversity is that which is concrete, visible, and measurable, and has the effect of external recognition. Motivation to diversify their tasks thus stems from their own interests and need for personal enrichment, not for improvement based on evidence regarding their practice. This motivation also comes from the fact that the more experience clinicians have, the less they want to “do only clinical work,” and the more they feel the desire to diversify their practice. In addition, work experience and clinical intuition can bring clinicians self-confidence and comfort in their practice (51). Routine is also comforting and reassures and helps clinicians in the organization of their daily activities (29, 52). It is moreover this routine and comfort zone that is sought by pragmatic and traditional clinicians (37). However, this can become a barrier to change. Furthermore, when this routine is disrupted, the first habits abandoned by clinicians to restore some balance are those associated with the scholar role. Consequently, a paradox was observed: on the one hand, participants proved to be quite routine with patients and clinical decisions, while on the other hand, their need to change their clinical routine was expressed through the diversification of tasks.

### ***Factors influencing the role of scholar***

In this study, reflective practice was little developed by clinicians and was triggered mainly by extrinsic factors, namely, critical incidents and working with interns. Consequently, clinicians were forced to think *about* the action (53), i.e., about what happens outside the practice

setting. Critical incidents consist of unknown situations that may cause concern, such as a diagnosis the clinician has never encountered or a new treatment discovered by a patient on the Internet. The emotions associated with critical incidents are an impetus for clinicians to seek answers to clinical problems with patients, update their knowledge about the circumstances of the incidents, or be sufficiently concerned about an incident to force them to take action and change their behavior. It is in this context that clinicians exercise their role as scholar.

In terms of factors that positively affect the role of scholar, clinicians reported reflecting on their practice and being more inclined to update their knowledge when working with interns. In general, interns have the effect of stimulating scholarly behavior since they raise questions about clinical decisions and practices, forcing clinicians to think out aloud and to explain their clinical reasoning. By asking students to see their class notes, through work placement, or when students bring new references, most clinicians found that working with students was a another form of continuing education.

We can illustrate the scholar role through the image of a scale, where the role itself is not outweighed by clinicians' tacit knowledge and experience. These concepts are difficult to grasp and often oppose one another. Reflective practice could be a unifying and regularizing factor since it is the basis on which clinicians may fulfill the role of clinical scholar. With their limited interest in the role of scholar, clinicians do not recognize that their current practice is suboptimal. When tacit knowledge is overvalued, clinicians remain, according to Prochaska et al. (52), at the precontemplation stage, i.e., they do not see the advantages of evidence-based practice. There are exceptions, however, regarding reflection on action, which was especially developed in participants using a professional portfolio. Two clinicians also told us they had annual performance evaluations, but professional development plans remained informal, i.e., with little thought. In the literature, there are promising strategies for documenting reflective practice, including logbooks, self-assessment, professional development plans, professional portfolios, mentoring, case studies, reflective practice groups, and practice communities (54-56).

Finally, lack of time is most commonly cited by healthcare professionals throughout the world (9, 44, 57-59). This study is no exception, and lack of time also emerges as the main obstacle to fulfilling the role of scholar. Conceptually speaking, however, one cannot lack time, since time is

immutable. What matters is how one plans, thinks about, and uses time. It is the responsibility of clinicians to effectively schedule and set priorities in order to provide care and services of the highest quality possible. Clinicians perceive that the competencies one must attain to perform the role of scholar represent extra work or overtime when not included in work organization. However, we may question whether responsibility should lie solely with clinicians or also with management and the organizational structure, which must support clinicians in promoting and fulfilling the scholar role on a daily basis. Indeed, managers must be equally proactive in providing a framework to facilitate this development. In this regard, managers have some distance to go, and this is apparent in a study by Girard et al. (60) on the place given to knowledge transfer from the point of view of three program managers in neurological rehabilitation, and their role in this process. The results show that managers perceive to have several roles in supporting knowledge translation but that these roles often emerge in response to the needs expressed by the clinicians. The study therefore highlights the lack of organizational structure in promoting knowledge translation consistently for all clinicians. The scholar role of managers themselves could also be investigated to further address this issue of organizational structure.

### **Strengths and limitations**

This exploratory study, though limited to stroke rehabilitation clinicians in five rehabilitation centers in Montréal and surrounding areas, provides first knowledge about the overall role of scholar. Research on other CanMEDS roles is more advanced in the literature. Furthermore, in qualitative research, results may be transferable but not necessarily generalizable (61). The subject of the study proved meaningful since it aroused great interest in the participants. The study has some methodological limitations. Meeting each participant only once did not allow for reviewing themes or exploring missing or off-topic answers. Since a purposive and volunteer recruitment method was used, it is possible that only those favorable to or interested in the subject accepted to be interviewed, thus introducing a participation bias. Nonetheless, in addition to being diverse and representative, the sample was varied in terms of practice styles, which were nearly equally divided between pragmatist-traditionalist and seeker-receptive. Had there indeed been a participation bias, the sample would have consisted of a majority of seeker-receptive

participants. Finally, of the eleven participants, nine were women, which is nevertheless representative of the health system, in which 80% of health workers are women (62).

## **Conclusion**

In this study, we aimed to understand the perception of stroke rehabilitation clinicians regarding their role as scholar. The gap between this perception and the manner in which the role is described in the literature was demonstrated. For clinicians, the scholar role (and more specifically, reflective practice) is not perceived as having the same value as other roles in stroke rehabilitation. On the other hand, much effort has been made in current strategies to make evidence-based and knowledge-to-action approaches more accessible to stroke clinicians (websites, practice guidelines, etc.). Would not the first step, however, be to convince clinicians of the importance of using evidence in practice? Clinicians need to be supported by their managers. It is therefore essential to establish **organizational structures** to promote, support, and value the role of scholar, thus assisting clinicians in the virtuous cycle of incorporating reflective practice in their work (accountability of team actions) while still accounting for tacit knowledge. In short, the challenge for researchers is to encourage reflective practice to achieve the ultimate and common objective which is to provide quality services to stroke patients. Finally, the scholar role may be used as a way to break the routine and challenge professionals to embrace evidence-based practice.

## **Acknowledgments**

This study was carried out with funding from the Center of Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal and from the Centre de Réadaptation Lucie-Bruneau provided to Annie Rochette, who was also supported by a junior career award from the Fond de recherche du Québec – Santé (FRQ-S)

Barbara Fillion is the recipient of a grant from the Centre de pédagogie appliqué aux sciences de la santé (CPASS) and the École de réadaptation of the Université de Montréal. She has also received a writing grant from her Director of Research (AR). The authors wish to express their

gratitude to their colleague Philippe Karazivan for co-codifying an entire interview, providing advice on qualitative analysis, and sharing his expertise.

The authors would also like to thank the participants of the study.

### **Declaration of interest**

The authors report no conflict of interest.

## References

1. Heart and Stroke Foundation of Canada. [cited janvier 2011]; Available from: [www.heartandstroke.ca / www.fmcoeur.com](http://www.heartandstroke.ca / www.fmcoeur.com).
2. Canadian Stroke Network. [cited 2011]; Available from: <http://www.canadianstrokenetwork.ca/>.
3. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care. [cited 2012]; Available from: <http://www.strokebestpractices.ca/>.
4. Korner-Bitensky N, Wood-Dauphinee S, Teasell R, Hanley J, Desrosiers J, Malouin F, et al. Best vs Actual practises in stroke rehabilitation : results of the Canadian national survey. *Stroke*. 2006;37(2):631.
5. Menon-Nair A, Korner-Bitensky N, Ogourtsova T. Occupational therapists' identification, assessment, and treatment of unilateral spatial neglect during stroke rehabilitation in Canada. *Stroke*. 2007 Sep;38(9):2556-62.
6. Dumoulin C, Korner-Bitensky N, Tannenbaum C. Urinary incontinence after stroke: identification, assessment, and intervention by rehabilitation professionals in Canada. *Stroke*. 2007 Oct;38(10):2745-51.
7. Korner-Bitensky N, Desrosiers J, Rochette A. A national survey of occupational therapists' practices related to participation post-stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2008 Apr;40(4):291-7.
8. Rochette A, Korner-Bitensky N, Desrosiers J. Actual vs best practice for families post-stroke according to three rehabilitation disciplines. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2007 Sept;39(7):513-9.
9. Salbach NM, Jaglal SB, Korner-Bitensky N, Rappolt S, Davis D. Practitioner and organizational barriers to evidence-based practice of physical therapists for people with stroke. *Phys Ther*. 2007 Oct;87(10):1284-303.
10. Menon A, Bitensky NK, Straus S. Best practise use in stroke rehabilitation: from trials and tribulations to solutions! *Disabil Rehabil*. 2010;32(8):646-9.
11. Ordre des ergothérapeutes du Québec. Rapport annuel 2009-2010. 2010 [26 septembre 2010]; Available from: [http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Rapports\\_annuels/Rapport\\_annuel\\_2009-2010\\_VERSION%20FINALE.pdf](http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Rapports_annuels/Rapport_annuel_2009-2010_VERSION%20FINALE.pdf).
12. Ordre des physiothérapeutes du Québec. Direction de développement et de soutien professionnel. 2010 [cited 2011]; Available from: <http://www.oppq.qc.ca/partenaires/formation-continue.php>.
13. Dre Yolaine Galarneau et Dre Marie Rochette, editor. Prévention et gestion des maladies chroniques - La perspective ministérielle. 3e Rendez-vous de la gestion des maladies chroniques, Orientations ministérielles en matière de maladies chroniques: directions-programmes MSSS,; 25-26 novembre 2010; Montréal.
14. Jetha N, Robinson K, Wilkerson T, Dubois N, Turgeon V, DesMeules M. Supporting knowledge into action: the Canadian best practices initiatives for health promotion and chronic disease prevention.(Report). *Canadian Journal of Public Health*. 2008;99(5):I-1(8).
15. The College of Family Physicians of Canada. Primary Care Toolkit for Family Physicians. [cited janvier 2011]; Available from: <http://toolkit.cfpc.ca/en/index.php>.



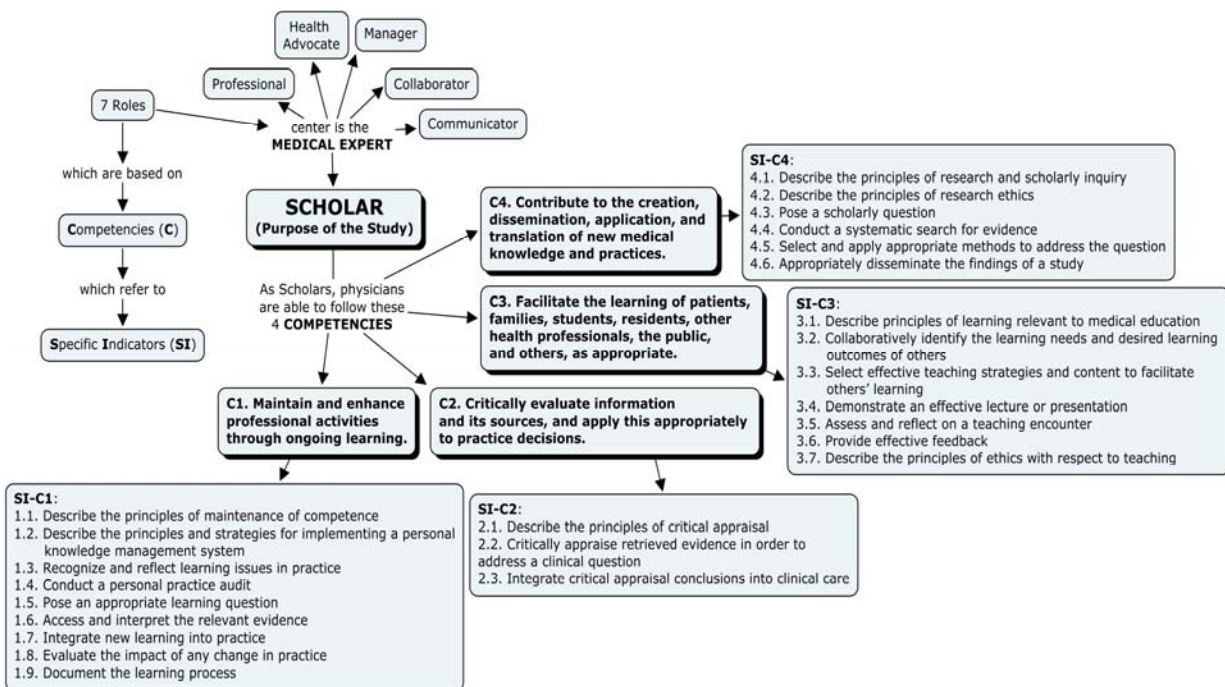
16. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2006;26(1):13-24.
17. Straus S, Tetroe, J., Graham, I.D. *Knowledge Translation in Health Care: Moving from evidence to practice*. Wiley-Blackwell., editor: Blackwell Publishing; 2009.
18. Korner-Bitensky N, Menon-Nair A, Thomas A, Boutin E, Arafah AM. Practice style traits: do they help explain practice behaviours of stroke rehabilitation professionals? *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2007 Nov;39(9):685-92.
19. Bliss-Holtz J. Evidence-based practice: a primer for action. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2007 Oct-Dec;30(4):165-82.
20. Groah SL, Libin A, Lauderdale M, Kroll T, Dejong G, Hsieh J. Beyond the Evidence-Based Practice Paradigm to Achieve Best Practice in Rehabilitation Medicine: A Clinical Review. *PM R*. 2009 Oct;1(10):941-50.
21. Bogue EG. Quality Assurance in Higher Education: The Evolution of Systems and Design Ideals. *New Directions for Institutional Research*. 1998;1998(99):7-18.
22. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.; 2005.
23. Association canadienne des ergothérapeutes. Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada (2007). 2007 [2010-09-30]; Available from: <http://www.caot.ca/pdfs/otprofilefr.pdf>.
24. Association canadienne de physiothérapie. Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada. 2009; Available from: [http://www.physiotherapy.ca/public\\_fr/PublicUploads/224032Profil%20des%20competences%20essentielles%202009.pdf](http://www.physiotherapy.ca/public_fr/PublicUploads/224032Profil%20des%20competences%20essentielles%202009.pdf).
25. Verma S, Paterson, M., Medves, J. M. Core Competencies for Health Care Professionals: What Medicine, Nursing, Occupational Therapy, and Physiotherapy Share. *Journal of Allied Health*. 2006;35:109-15.
26. Verma S, Broers T, Paterson M, Schroder C, Medves JM, Morrison C. Core competencies: the next generation. Comparison of a common framework for multiple professions. *J Allied Health*. 2009 Spring;38(1):47-53.
27. Ordre des psychologues du Québec. Politique cadre sur la formation continue. [cited 2011]; Available from: [http://www.ordrepsy.qc.ca/sn\\_uploads/fck/pdf/psychologue/Formation\\_continue/Politique\\_cadre\\_sur\\_la\\_formation\\_continue.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/fck/pdf/psychologue/Formation_continue/Politique_cadre_sur_la_formation_continue.pdf).
28. Rodolfa E, Bent R, Eisman E, Nelson P, Rehm L, Ritchie P. A Cube Model for Competency Development: Implications for Psychology Educators and Regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005;36(4):347-54.
29. Rochette A, Korner-Bitensky N, Thomas A. Changing clinicians' habits: Is this the hidden challenge to increasing best practices? *Disability and Rehabilitation*. 2009 May 21:1-5.
30. Salbach NM, Guilcher SJ, Jaglal SB, Davis DA. Determinants of research use in clinical decision making among physical therapists providing services post-stroke: a cross-sectional study. *Implement Sci*. 2010;5:77.
31. Van Manen M. *Phenomenological pedagogy and the question of meaning*. Vandenberg, D, *Phenomenology and Educational Discourse* Johannesburg: Heinemann Higher and Further Education; 1996. p. 39-64.

32. Giorgi A. De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. (341-364). In: Éditeur. GM, editor. Dans Poupart, J, Deslauriers, J-P, Groulx, L-H, Laperrière, A, Mayer, R, Pires, A : La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal 1997. p. 405 p.
33. Desgagné S. Récits exemplaires de pratique enseignante : analyse typologique. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec; 2005.
34. Pires AP. Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In: Éditeur. GM, editor. La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: Poupart, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A.; 1997.
35. Baribeau C. Le journal de bord: un instrument de collecte de données indispensables. *Recherches qualitatives*. 2005;Hors série(2):98-144.
36. Van der Maren JM. Méthodes de recherche pour l'éducation. 2e édition. Montréal: PUM; Bruxelles : Édition De Boeck Université.; 1996.
37. Green LA, Gorenflo DW, Wyszewianski L. Validating an instrument for selecting interventions to change physician practice patterns: a Michigan Consortium for Family Practice Research study. *J Fam Pract*. 2002 Nov;51(11):938-42.
38. Wyszewianski L, Green LA. Strategies for changing clinicians' practice patterns. A new perspective. *J Fam Pract*. 2000 May;49(5):461-4.
39. Jefferies A, Simmons B, Ng E, Skidmore M. Assessment of multiple physician competencies in postgraduate training: utility of the structured oral examination. *Advances in Health Sciences Education*. 2011;16(5):569-77.
40. Swainson J, Marsh M, Tibbo PG. Psychiatric residents as teachers: development and evaluation of a teaching manual. *Acad Psychiatry*. 2010 Jul-Aug;34(4):305-9.
41. Koetsier E, Boer C, Loer SA. Complaints and incident reports related to anaesthesia service are foremost attributed to nontechnical skills. *Eur J Anaesthesiol*. 2011 Jan;28(1):29-33.
42. Cavalcanti RB, Detsky AS. Publishing history does not correlate with clinical performance among internal medicine residents. *Med Educ*. 2010 May;44(5):468-74.
43. Poissant L, Ahmed S, Riopelle RJ, Rochette A, Lefebvre H, Radcliffe-Branch D. Synergizing expectation and execution for stroke communities of practice innovations. *Implement Sci*. 2010;5:44.
44. McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ*. 1998;316(7128):361-5.
45. Polanyi M. The tacit dimension. Garden City, N.Y.: Doubleday; 1966.
46. Nonaka I, Reinmoeller P, Senoo D. Integrated IT Systems to Capitalize on Market Knowledge (p. 36-60). Dans G von Krogh, I Nonaka & T Nishiguchi Knowledge Creation A source of Value. New York : St. Martin's Press 2000. p. 266 p.
47. Nonaka I, Takeuchi H. The knowledge-creating company : how Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University Press; 1995.
48. Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB, Wayne Perry B. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *Milbank Q*. 2007 Dec;85(4):729-68.
49. Graham ID, Tetroe J, Group KTTR. Some theoretical underpinnings of knowledge translation. *Academic Emergency Medicine*. 2007 Nov;14(11):936-41.

50. Menon A, Korner-Bitensky N, Kastner M, McKibbin KA, Straus S. Strategies for rehabilitation professionals to move evidence-based knowledge into practice: a systematic review. *J Rehabil Med*. 2009 Nov;41(13):1024-32.
51. Gray MJ. *Evidence-based healthcare: How to make Health Policy and Management Decisions*. 2nd ed. London: Churchill Livingstone;2001.
52. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 1992 Sep;47(9):1102-14.
53. Schön D. *The Reflective Practitioner, How Professionals Think In Action*. Books B, editor;1983.
54. Vachon B, LeBlanc J. Effectiveness of past and current critical incident analysis on reflective learning and practice change. *Med Educ*. 2011 Sep;45(9):894-904.
55. Lowe M, Rappolt S, Jaglal S, Macdonald G. The role of reflection in implementing learning from continuing education into practice. *J Contin Educ Health Prof*. 2007 Summer;27(3):143-8.
56. Menon A, Cafaro T, Loncaric D, Moore J, Vivona A, Wynands E, et al. Creation and validation of the PERFECT: a critical incident tool for evaluating change in the practices of health professionals. *J Eval Clin Pract*. 2010 Dec;16(6):1170-5.
57. Jette DU, Bacon K, Batty C, Carlson M, Ferland A, Hemingway RD, et al. Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Physical Therapy*. 2003 Sep;83(9):786-805.
58. McCluskey A, Lovarini M. Providing education on evidence-based practice improved knowledge but did not change behaviour: a before and after study. *BMC Med Educ*. 2005;5:40.
59. Wilkinson EK, McColl A, Exworthy M, Roderick P, Smith H, Moore M, et al. Reactions to the use of evidence-based performance indicators in primary care: a qualitative study. *Qual Health Care*. 2000 Sep;9(3):166-74.
60. Girard A, Rochette A, Fillion B. Knowledge translation and improving practices in neurological rehabilitation: managers' viewpoint. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011:1-8.
61. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
62. Statistics Canada. 2006 Census data products. [cited may 2012]; Available from: <http://www.webcitation.org/query?id=1321813382531795>.

## List of tables and figures

Figure 1 – Definition of the scholar role and its relationship to other core competencies, according to CanMEDS (22)



<b>Table 1 – Socio-demographic characteristics of participants</b>	
	<b>Participants (N=11)</b>
<b>Average age</b>	40.7 years $\pm$ 11.2
<b>Gender</b>	n
Female	9
Male	2
<b>Discipline</b>	
Doctor [P11]	1
Psychologist [P1; P4]	2
Neuropsychologist [P8]	1
Occupational Therapist [P5; P7]	2
Physical Therapist [P2; P9]	2
Speech Therapist [P6]	1
Social Worker [P3; P10]	2
<b>Educational level</b>	
Bachelors	5
Masters	4
Ph.D.	1
M.D.	1
<b>Average work experience in their own discipline</b>	15.8 years $\pm$ 9.2
<b>Average work experience with stroke patients</b>	10.4 years $\pm$ 7.3
<b>Employment status</b>	n
Full-time	9/11
<b>Practice style (37)</b>	
Seeker	1
Receptive	4
Traditionalist	2
Pragmatist	4

**Table 2 – Portrait of the scholar role from the perceptions, experiences, and attitudes of stroke rehabilitation clinicians in their daily practice**

**Perception of their role as scholar**

**1. Clinicians perceived tacit knowledge as synonymous with the scholar role**

**Summary:** The role of scholar emerged as not being valued, but tacit knowledge was reported as meaningful. To address clinical issues, participants mentioned consulting books, course notes dating from their initial training, procedures developed in their institution, and colleagues they fully trusted, rather than searching the scientific literature. Most (7/11) mentioned knowing about the existence of clinical guidelines but also reported not consulting these on a regular basis and could not clearly identify any of the best practices included therein. A pessimistic perception regarding research also emerged from the interviews.

**Examples from transcripts:**

[P6] “I often refer to my **course notes** and books—books I bought and books they have here. So that is really if I have a problem that’s what I do.”

[P2] “So if **someone else** says, ‘Hey! You know what? It works! Try it!’ So, because it provides a lot of information, or whatever, you try it.”

[P1] “I chose this approach, **even though there are no rigorous studies on the subject**, but it’s widely disseminated and easy to use.”

[P8] “I don’t even know when the last ones came out (best practices). I wonder if I’ve read all the most recent ones.”

[P1] “There are small research projects with the research center, but I don’t get involved in them. It can be really time consuming.”

**Their subjective experience of the scholar role in clinical practice**

**2. Work experience and intuition bring self-confidence and comfort in clinical practice**

**Summary:** All participants mentioned using knowledge they have acquired through trial and error, reinforced by experience. When the pace of work increases, participants reported adopting routines that offer comfort, reassurance, and greater confidence in one’s competencies. Unlike the majority of participants, one participant qualified the effect of experience by saying that it can sometimes be a source of questioning one’s competencies.

**Examples from transcripts :**

[P9] “I go with—I wouldn’t say my **emotion**—but how **I feel** I can work with my patients depending on their condition or because of my experience, what I feel will work. For sure, I go with my experience a lot, and trial-and-error.”

[P4] “Listen, after 12 years in neurological rehab, when someone has a stroke, it’s like I flick a switch and I have the answer or can make a suggestion. After a while, you just know. **I work a lot by intuition.**”

[P6] “I don’t think I’m missing something that, I know there’s evidence, but I can’t do it because there’s not much evidence (for choosing an assessment or intervention). You really have to **go with your convictions.**”

[P1] “I think experience is more gratifying because you feel less anxious.”  
 [P11] “I think your experience tells you more quickly what you can do for your patients, so you save a little time.”  
 [P5] “I think it’s comforting, I feel quite at ease, I think it comes in cycles. Sometimes you only have your experience, and sometimes the more you know the more you question yourself.”

### **Their attitudes regarding the scholar role**

#### **3. Dissatisfaction with lack of knowledge sharing among clinicians**

**Summary:** Participants mentioned difficulty communicating, sharing, and exchanging information/knowledge post-continuing education or training within intra- or interdisciplinary teams, or that it was not done routinely. One exception was reported in which information/knowledge sharing was facilitated by the institution through yearly or bi-yearly updates or retreats.

#### **Examples from transcripts :**

[P4] “It’s not a two-way street, but I do it... I present three articles to my colleagues in 15-minute presentations during interdisciplinary team meetings.”  
 [P10]: “Do you know why we can’t communicate? We used to go to conferences in sister institution. We could do this because we had more time to network with different institutions, and sometimes they would tell us, ‘Hey, this is happening, it’s free, you can come.’ But now we’ve lost that network because we’ve become so busy.”

#### **4. Importance of diversifying clinical tasks**

**Summary:** Clinicians reported that tasks they considered sources of personal enrichment would require changes in their institutions’ internal functioning, but these were often confused with the scholar role. Although comforting, clinical routine with patients may be less rewarding than other clinical duties (meetings, committees, project development, clinical teaching, working with interns).

#### **Examples from transcripts :**

[P8] “So I take on these responsibilities, but they don’t necessarily take me away from my work. It’s just extra work, with the same amount of patients, so sometimes I feel it’s unfair. But I wouldn’t like not doing it either. **I think it’s important to be able to vary our duties; it gives meaning to my work. I don’t see myself doing assessments all day.**”  
 [P10] “I like to be proactive that way. I like to sit on whatever committee I can, and go to whatever conference that is available, that they allow us to go to, and that doesn’t affect budgets. So, when they’re free, I’m there!”

#### **5. Reflective practice**

**Summary:** Reflection was generally underdeveloped or triggered by extrinsic factors. Participants reported having little time to reflect on their practice, and when stimulated to do so, were rarely introspective. The portfolio emerged as a way to set personal goals and to guide and improve clinical practice (n=2/11). A good practice noted by some participants (n=3) and encouraged by their institutions was to develop a continuing education / professional development plan evaluated with managers on a yearly basis. Clinicians are thus encouraged to follow and carry out their

annual plans.

**Examples from transcripts :**

[P1] “It’s like **we don’t think anymore**. We act, we perform. And our numbers are good.”

[P6] “Are there things I would change in my routine? Off the top of my head, no. I don’t see anything, nothing major.”

[P10] “I set goals for myself, but **it’s informal**.”

[P2] “We have **personal evaluations**, and for several years now I’ve indicated that I need time for research, for knowledge translation, for getting up to date.”

[P5] “**Interns** ask us good questions, because they encourage reflection. I tend to **discuss with my colleagues**, go over what I’m doing, and ask them their opinion. But when you question yourself about your patients, sometimes they’re at such a high level, you wonder what you can do for them.”

[P7] “To be honest, I think I’m a perfect example when it comes using a **portfolio**, because **I use it all the time**, and when I look around, I realize that not many people are using one.”



## Chapitre IV – Résultats complémentaires

Ce chapitre contient un tableau de résultats qui n'a pas été intégré dans l'article présenté au chapitre III, mais qui contient des éléments importants pour dresser le portrait du professionnel érudit selon les perceptions, expériences et vécus au contexte de l'étude. L'objectif 2 de l'étude était d'identifier les facteurs (intrinsèques et extrinsèques) perçus comme facilitant ou entravant l'engagement des professionnels en réadaptation de l'AVC dans la mise en application du rôle d'érudit dans leurs pratiques cliniques. À la suite de l'analyse des données, un éventail de facteurs permettant d'identifier et de mieux comprendre comment les participants perçoivent leur rôle d'érudit a émergé. Le tableau VII catégorise les différents facteurs intrinsèques ou extrinsèques qui influencent positivement ou négativement le rôle d'érudit selon les participants. Parmi tous ces facteurs, il y en a quatre qui ont été discutés en profondeur dans l'article présenté au chapitre III et ont été appuyés par des verbatims. Ces quatre facteurs se sont avérés être des thèmes récurrents abordés par la majorité des participants et auxquels ils accordaient une importance, car ils influençaient leurs pratiques cliniques quotidiennes.

**Tableau VII – Les différents facteurs qui influencent positivement ou négativement le rôle d'érudit**

	<b>Facteurs facilitants (+)</b>	<b>Obstacles (-)</b>
<b>Intrinsèque</b>  (compétences professionnelles, comportements, expériences, attitudes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connaissances (tacites)</li> <li>▪ Expérience de travail</li> <li>▪ Maintenir une bonne relation avec leur gestionnaire</li> <li>▪ Portfolio ou se fixer des objectifs professionnels à atteindre annuellement</li> <li>▪ Avoir le désir d'offrir des services de qualité</li> <li>▪ <b>Motivation*</b></li> <li>▪ Sentiment d'appartenance à l'institution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Manque de temps*</b></li> <li>▪ Changement d'intérêts</li> <li>▪ Manque de réflexion</li> <li>▪ Ne pas reconnaître qu'il y a un obstacle</li> <li>▪ Difficulté à changer, la routine est confortable</li> <li>▪ Manque de confiance en leur capacité d'interpréter les résultats des études et de les appliquer concrètement dans leur pratique</li> </ul>

<p><b>Extrinsèque</b></p> <p>(Établissements, Ordres professionnels, coordonnateurs, structure organisationnelle, pairs, autres)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Incidents critiques*</b></li> <li>▪ Discussion clinique intra et interdisciplinaire</li> <li>▪ Soutien par les pairs et par les gestionnaires</li> <li>▪ Partager leur expérience</li> <li>▪ Rétroaction par les pairs</li> <li>▪ <b>Stagiaires*</b></li> <li>▪ Structure organisationnelle en place pour soutenir la diffusion et l'échange des connaissances</li> <li>▪ Travail d'équipe efficace</li> <li>▪ Formation continue payée par l'institution</li> <li>▪ Centre de documentation avec un bibliothécaire qui trouve les informations pour les professionnels</li> <li>▪ Avoir des leaders en recherche ou des sages dans leur établissement sur qui ils peuvent compter pour les guider</li> <li>▪ Stabilité de l'équipe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Charge de travail est trop grande</li> <li>▪ Manque de ressources humaines, matérielles et financières</li> <li>▪ Roulement de personnel</li> <li>▪ Lourdeur de la clientèle</li> <li>▪ Liste d'attente</li> <li>▪ Intensité des services</li> <li>▪ Le manque d'accès à l'éducation continue</li> <li>▪ Le manque de formation continue spécifique en réadaptation de l'AVC</li> <li>▪ Changements dans le programme</li> <li>▪ Manque d'échange et de liens entre professionnels de différents établissements ayant la même clientèle et la même mission de réadaptation</li> <li>▪ Aucune évaluation formelle de leur travail</li> <li>▪ Manque d'objectifs de développement professionnels dans leur pratique</li> <li>▪ Manque de reconnaissance de la part des coordonnateurs</li> </ul>
--	--	---

\* Les quatre thèmes en **gras**\* émergent comme majoritairement déterminant et influençant le rôle érudit et ont été présentés en détail (appuyé par des verbatim) dans l'article pour répondre à l'objectif 2.

## **Chapitre V – Discussion générale**

Les principaux résultats de cette étude ont été rapportés et discutés dans l'article au chapitre III. Le chapitre V approfondira certains éléments du manuscrit et discutera également les résultats complémentaires présentés au chapitre IV. Tout d'abord, les constats les plus importants se dégageant de l'étude seront comparés à ceux déjà rapportés dans la littérature. Les forces et limites de l'étude seront ensuite exposées. Enfin, nous aborderons les implications organisationnelles découlant de nos résultats et des pistes de recherches futures seront données.

Nos résultats amènent les premières connaissances sur le rôle d'érudit tel que perçu et expérimenté pas les professionnels de la réadaptation de l'AVC dans les centres de réadaptation du CRIR. Notre étude visait à dresser un portrait du rôle d'érudit en documentant les perceptions, les expériences et le vécu des professionnels de la réadaptation AVC dans leur pratique quotidienne.

### **5.1 Le rôle d'érudit peu valorisé par les participants**

Une consultation rapide du moteur de recherche PubMed (août 2012) a permis de trouver avec les mots clés suivants : «CanMEDS» : 106 articles; «CanMEDS role» : 71 articles et puis «scholar role AND CanMEDS» : 14 articles, dont seulement quatre effleuraient le rôle d'érudit, mais l'objet principal de ces études portait sur un autre rôle. Quelques articles (104-107) traitent les rôles CanMEDS dans différents contextes (application de technique, évaluation), mais les résultats concernant spécifiquement le rôle d'érudit sont non concluants et peu élaborés. Il y a une méconnaissance de ce rôle si l'on compare aux autres compétences CanMEDS retrouvées dans la littérature comme la communication, la collaboration ou le professionnalisme. On a donc très peu d'informations en recherche sur les composantes propres au rôle d'érudit. Il y a un article récent de Koo et coll. (108) qui s'est penché principalement sur le rôle d'érudit. Ils ont conduit une étude qualitative exploratoire auprès de résidents de deuxième année de médecine familiale (n=6) et de médecins de famille diplômés

du programme de résidence en pratique de la médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique (n=6). Leur objectif était de recueillir les perceptions des participants en regard des exigences de recherche pendant la formation et de celles du rôle d'érudit selon CanMEDS en pratique clinique. Trois thèmes ont émergé de l'analyse des données : 1) la relation entre le rôle d'érudit et la médecine familiale 2) réaliser que le rôle d'érudit ne se limite pas à la création ou la découverte de nouvelles connaissances et 3) les obstacles à intégrer la recherche dans les pratiques cliniques. Or, les résultats obtenus dans notre étude démontrent que le rôle d'érudit est peu valorisé par les participants et c'est le même constat que l'on retrouve dans la littérature. Un décalage entre l'érudit théorique tel que décrit dans le cadre de compétences CanMEDS et la perception de l'érudit clinique persiste. Le rôle d'érudit s'avère peu développé des membres de l'équipe de réadaptation AVC en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne; il n'est pas explicite et demeure méconnu dans sa globalité et dans son sens théorique. Les participants l'identifient comme étant fragmentés. En plus de reconnaître que les résultats issus de la recherche sont peu applicables en clinique, ils les perçoivent comme étant difficiles à comprendre et à utiliser. On apprend ainsi qu'ils valorisent peu les compétences #2 et #4 (Tableau III), aspects essentiels du rôle d'érudit. Ce rôle n'est donc pas développé à son plein potentiel en clinique. Par conséquent, la promotion de ce rôle dans les milieux cliniques de réadaptation de l'AVC constitue un défi de taille.

## **5.2 Les stratégies de vulgarisation et d'accessibilité des données probantes en lien avec le changement de comportement**

Dans cette étude, ont été exploré, les perceptions, le vécu et le sens accordés au rôle d'érudit chez les professionnels en réadaptation de l'AVC. Il en est ressorti que les professionnels de la réadaptation n'utilisaient pas les nombreuses stratégies de vulgarisation et d'accessibilité des données probantes existantes (présentées dans la section 1.3.6), ressources qui demeurent méconnues. Les rapports 'Organisation des services en matière d'accident cérébral vasculaire – Revue des données probantes, des politiques et des expériences' (mai2011) (109) et 'L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches' (juin2012) (66), produits par l'INESS

sont un autre exemple de ressources rendues disponibles pour les programmes de réadaptation AVC pour le maintien à jour des connaissances afin d'offrir des services de qualité à la clientèle ayant subi un AVC au Québec. Étant donné que ces stratégies sont actuellement non valorisées comme l'ont témoigné les participants, on peut se questionner sur l'efficacité de ces ressources et stratégies parfois complexes. Comme il y a beaucoup d'énergie investie dans la diffusion des résultats de recherche, est-ce que ces stratégies répondent réellement aux besoins des professionnels ? N'y aurait-il pas la nécessité de développer de nouvelles stratégies plus 'primaires' qui permettraient d'éduquer les professionnels en réadaptation de l'AVC en ce qui a trait aux quatre compétences et aux indicateurs spécifiques inclus dans le rôle d'érudit? Pour ensuite les 'convaincre' de l'importance du rôle d'érudit dans son entièreté. Comment les amener à s'engager dans un tel changement de comportement?

Le modèle transthéorique de changement de comportements de Prochaska et Di Clemente (110) a été employé dans des études traitant du processus de changement de la pratique chez des professionnels de la santé, présentées au paragraphe suivant. Ce modèle explique les modifications dans le comportement des personnes qui ont la volonté et la motivation de changer et le processus décisionnel de la personne. Il y aurait une progression vers le changement qui se ferait à travers cinq étapes motivationnelles caractérisées par des processus spécifiques pour chacune (110, 111). Chacun des stades étant composé de comportements, de cognitions ainsi que d'émotions qui lui sont propres et qui favorisent la transition à l'échelon suivant, ils s'en trouvent tous ainsi définis, tel qu'illustré à l'Annexe 7. Puisque l'individu se doit généralement de refaire les étapes avant d'en arriver à un maintien assuré, le mécanisme de changement est cyclique, graduel et peut prendre du temps. L'analyse que fait l'individu des « pour » et des « contre » à chacune des étapes de la démarche, soit la « balance décisionnelle » a une influence non négligeable selon les auteurs et elle peut varier dans le temps (110). Changer une façon quotidienne de faire demande des efforts et exige à la fois de la motivation, de la conviction et des ressources (internes/externes/environnemental). En effet, même quand les intentions du clinicien sont bonnes, il semble y avoir un écart substantiel entre avoir l'intention d'adopter un nouveau comportement et une modification réelle de comportement dans la pratique quotidienne (56). Il importe de prendre en compte le sentiment d'efficacité personnelle ressenti par l'individu, c'est-à-dire le niveau de confiance en son

potentiel à changer puis à réussir à maintenir ce changement. Ce modèle permet de structurer les étapes à suivre pour s'engager dans un processus de changement de comportements.

Le processus de changement chez les ergothérapeutes suivant une formation continue sur la pratique fondée sur les données probantes a été étudié par McCluskey (111) par le biais du modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente. Il s'avère que bien qu'étant à des étapes motivationnelles variables au commencement de la formation, les participants ont en général tous progressé soit du stade de la contemplation au stade de la préparation ou encore du stade de la préparation à celui de l'action. Le modèle transthéorique se révèle un outil intéressant dans la compréhension du niveau d'implication des individus face à un changement. Néanmoins, il présente également des lacunes principalement en ce qui a trait au processus de changement pour intégrer les données probantes à leur pratique (112). D'autre part, il serait judicieux de saisir plus en profondeur le pourquoi et le comment du changement de stade chez les personnes impliquées dans ce processus. L'une des critiques adressées au modèle transthéorique réside dans la difficulté de définir à quelle étape motivationnelle l'individu impliqué se situe ainsi que dans le manque d'opérationnalisation de certains concepts clés (113, 114). Il se trouve aussi, encore selon McCluskey (111), que le modèle pourrait ne pas être approprié en ce qui concerne le processus de changement au cœur de la pratique professionnelle probablement en raison du fait qu'à la base de son élaboration il s'intéressait aux processus de changement de comportement en santé et non aux changements dans les pratiques cliniques. Or, si ce modèle manque de finesse pour documenter le processus de changement de la pratique professionnelle, il est tout de même utile pour faire prendre conscience d'une faiblesse à travailler et permettre, du moins, de peser les pour et les contre à s'investir pour changer ses habitudes de travail et pour briser la routine. En fait, ce qui importe est de permettre aux cliniciens de se rapprocher du stade de l'action.

En utilisant les réponses des participants de la présente étude à la dernière question du guide d'entrevue (Annexe 3), qui ont été codifiées à l'aide du logiciel QDA-Miner et en les reliant aux différentes définitions des stades de changement (Annexe 7), on pourrait supposer qu'ils se situent dans le processus de changement, comme suit : 5/11 participants au stade de pré-contemplation; 4/11 participants au stade de contemplation et 2/11 participants au stade de

préparation. Idéalement, nous aurions dû demander aux participants de faire une réflexion approfondie sur leur pratique pour connaître selon leur perception à quel stade du modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente, ils se situent. Enfin, si les professionnels en réadaptation de l'AVC ne sont pas 'prêts' à passer à l'action, cela peut expliquer pourquoi les stratégies de vulgarisation des données probantes ne sont pas efficaces et qu'il y aurait possiblement lieu de développer des stratégies ou des initiatives différentes.

### **5.3 La pratique réflexive et les nombreuses stratégies pour la stimuler**

Si l'on avait à illustrer ce qui ressort en premier du rôle d'érudit présenté dans les résultats au chapitre III, on pourrait l'imager selon une balance dans laquelle ce rôle ne fait pas le poids face aux savoirs tacites et à l'expérience des professionnels en réadaptation de l'AVC. Avec le peu d'intérêt que les participants à l'étude portent principalement à la compétence #2 (Tableau III) du rôle d'érudit, ils ne réalisent pas que la pratique actuelle est sous-optimale par rapport aux meilleures pratiques retrouvées dans les écrits scientifiques. Selon le discours des participants, il s'agit de concepts difficiles à arrimer et bien souvent s'opposant les uns aux autres. La pratique réflexive est l'élément qui pourrait unifier et régulariser le tout étant donné qu'elle est sous-jacente au rôle d'érudit en clinique. Si les savoirs tacites sont survalorisés chez ces participants, on peut penser qu'ils se situent au stade de précontemplation selon Prochaska et Di Clemente (110), c'est-à-dire qu'ils ne voient pas les avantages à assumer leur rôle d'érudit dans son entier, tel que décrit par le cadre de compétences CanMEDS. Plus spécifiquement, ils ont mentionné avoir de la difficulté à avoir une pratique basée sur les données probantes et maintenir à jour leurs connaissances, qui réfère aux compétences #1, #2 et #4 selon le rôle d'érudit (Tableau III).

D'autre part, Perrenoud (115) indique l'importance de différencier la réflexion occasionnelle de la pratique réflexive : tout praticien est amené à réfléchir de manière occasionnelle sur sa pratique pour régler des problèmes ponctuels, comme l'ont exprimé les participants à l'étude. Cependant, il n'en devient pas pour autant un praticien réflexif comme Schön (44) l'entend dans le chapitre I de ce mémoire. Se construisant à partir de ses expériences, ce type de praticien réévalue sans cesse sa pratique, ses objectifs, ses gestes, ses connaissances, ses

croyances et ses valeurs (44). Cette démarche en est une d'amélioration continue. Pour être mise en pratique régulièrement, la méthode réflexive requiert des prédispositions et une personnalité spécifiques. Selon Perrenoud, on doit la susciter, la favoriser et la transmettre dans le cadre de la formation initiale et du perfectionnement continu des professionnels de la santé. Ce faisant, ces derniers acquerront les savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires à ce type de méthode (115). Du même avis, Jarvis (116) indique que pour encourager l'approche réflexive de manière continue, le rôle et les méthodes employées par les formateurs doivent être remis en question, en plus de favoriser le recours à des moyens d'apprentissage favorables à la création de praticiens-chercheurs. Si le rôle d'érudit était valorisé dans son entier au sein des milieux cliniques, on aurait probablement plus d'intérêt de la part des cliniciens pour collaborer aux projets de recherche clinique en partenariat avec les chercheurs (ce qui réfère à la compétence #4 dans le Tableau III). Grâce à l'acquisition de savoirs formels et d'expériences dans le cadre de leur pratique professionnelle, ces derniers connaissent mieux leur pratique et progressent. Méthode d'autoapprentissage, la pratique axée sur les données probantes a pour objectif d'encourager l'acquisition d'une expertise clinique chez les professionnels de la santé en remettant en question leur pratique, en assimilant ces données probantes au processus de décision clinique et en contextualisant les notions acquises (117, 118). En recourant à la pratique axée sur les données probantes, le professionnel de la santé adopte un processus de raisonnement clinique complexe par lequel il associe des renseignements provenant de ces données probantes, de son client et de son environnement de pratique. Cependant, avec les années d'expérience vient la prise d'habitudes qui peuvent faire obstacle au maintien de cette pratique (44, 116). Pour Craik et Rappolt (119), la réflexion est sans contredit d'une grande importance afin de déjouer les habitudes et de jeter un regard critique sur la pratique.

Par conséquent, dans une optique favorisant les pratiques fondées sur les données probantes, recourir à des stratégies axées sur le développement d'une approche réflexive (120) et s'appuyant sur l'expérience et le contexte des professionnels de la santé constitue une avenue encourageante (121). La pratique réflexive étant une caractéristique implicite du professionnel en action (122), il existe, dans les écrits scientifiques plusieurs stratégies prometteuses pour la documenter telle que journal de bord, l'auto-évaluation, le plan de développement



professionnel, le portfolio professionnel, l'évaluation et la rétroaction (*audit and feedback*), le mentorat, l'étude de cas, le groupe de pratique réflexive ou la communauté de pratique (123). Il y a encore à explorer les besoins de cette même population quant au développement de leur pratique réflexive, que ce soit au niveau du développement de leurs compétences, des stratégies à préconiser pour susciter leur réceptivité et intégration, ou encore à identifier les outils d'interventions adaptés à leur réalité clinique pour réduire l'écart avec les meilleures pratiques.

Ce qui initie le rôle d'érudit c'est d'abord les facteurs intrinsèques aux professionnels de la réadaptation comme l'intérêt et la motivation qui dépendent entre autres des compétences des professionnels et de leur capacité à se maintenir en état de «flow» en choisissant bien les défis afin d'éviter l'état d'ennui ou d'anxiété qui empêchent d'avoir accès à 100% de leurs aptitudes avec la clientèle (124). L'expérience optimale, ou «*flow*», décrit l'état de se sentir bien, expérience par ailleurs subjective. Cet état surgit lorsque le clinicien perçoit qu'il y a équilibre entre ses compétences personnelles et les exigences associées à la tâche qu'il doit accomplir (125).

Outils intéressants, les incidents critiques permettent d'explorer en profondeur de véritables cas choisis par les participants qu'ils ont vécus dans leur pratique (126). L'incident critique consiste habituellement en une situation difficile ou inattendue qui, lorsque scrutée et réfléchie par le professionnel, devient critique en raison de l'importance octroyée et de l'intérêt suscité (126). Une telle méthode encourage ainsi un cadre d'exploration authentique de l'expérience. Pour ce faire, une description approfondie et la plus réaliste possible de l'incident critique doit tout d'abord avoir été donnée. Ensuite, pour mieux l'analyser et le comprendre, l'incident critique doit être décortiqué et remis en question (127). Ce qui fait écho aux résultats présentés au chapitre III, dans l'article, concernant les participants qui ont témoigné être stimulés à réfléchir lorsqu'ils font face à des incidents critiques. Il s'agissait d'un facteur facilitateur extrinsèque aux participants à l'accomplissement du rôle d'érudit dans la pratique clinique, mais efficace pour stimuler la réflexion *sur* l'action.

Dans l'un de ses articles, McQueen (121) présente comment le recours à un « leader en recherche » encourage les cliniciens à assimiler les données probantes et à les utiliser dans leur pratique au moyen de la contextualisation de l'apprentissage, dont l'objectif est de changer la culture du milieu. Un tel leader a pour rôle de rendre plus faciles l'identification des situations cliniques posant problème, l'examen des déterminants favorisant la modification de la pratique, la collecte des données scientifiques pertinentes et l'incitation au changement. Selon l'auteur, cette méthode est porteuse d'espoir pour encourager non seulement la mise en place d'une pratique axée les données probantes en ergothérapie, mais aussi la collaboration entre le monde de la clinique et celui de la recherche. Il y a aussi le « mentor » qui partage son expertise pour permettre le cheminement du mentoré vers l'acquisition des compétences et des attentes professionnelles à son égard. L'expérience de mentorat favorise les échanges et le développement d'une relation soutenant le mentoré dans son apprentissage.

Enfin, les professionnels de la santé ont démontré avoir de la difficulté à faire preuve d'autocritique de manière juste pour évaluer leur pratique sans rétroaction extérieure (*feedback*) afin d'amorcer un changement de comportement. Dans notre étude, trop peu de participants prenaient le temps d'évaluer et de réfléchir à leur pratique. Le contexte a démontré que c'était peu valorisé dans les milieux, car il n'y a pas structure organisationnelle le permettant. Les plus réflexifs utilisaient le portfolio professionnel ou avaient une évaluation annuelle par leur gestionnaire, fournissant ainsi une rétroaction. Donner de la rétroaction aux professionnels de la santé n'est pas chose simple quand on pense à l'interaction qui se crée entre la peur (des commentaires négatifs ou d'avoir l'air inintelligent), la confiance (découlant de l'expérience, de rechercher/accepter des commentaires provenant d'un pair ou d'un gestionnaire) et des processus de raisonnement (aspects émotionnels et analytiques). Si l'on espère transmettre des informations constructives en matière de rétroaction aux professionnels pour qu'ils puissent les utiliser pour bonifier leur pratique, des efforts doivent être faits pour rendre le message personnalisé, concret, applicable, crédible et acceptable pour la personne qui reçoit la rétroaction (l'apprenant). Pour être perçue comme étant digne d'attention, la rétroaction doit être claire et bienveillante pour permettre au professionnel de conserver une confiance en soi et en ses capacités-moyens, qui n'est pas sans rappeler l'auto-efficacité de la rétroaction positive (128).

#### **5.4 Les facteurs facilitant ou entravant le rôle d'érudit**

Dans le tableau VII du chapitre IV, les participants de l'étude ont identifié toutes sortes de facteurs facilitant ou entravant le rôle d'érudit dans leur pratique clinique. En terme de facteurs qui influent positivement le rôle d'érudit tel que perçu par les participants, ils ont signalé remettre en question leurs pratiques et être plus enclin à mettre à jour leurs connaissances lorsqu'ils ont des stagiaires. De façon générale, les stagiaires représentent un stimulant à adopter des comportements d'érudit, car ils soulèvent des questionnements face aux décisions cliniques, aux pratiques utilisées obligeant ainsi les professionnels en réadaptation de l'AVC à réfléchir à voix haute, à expliciter leur raisonnement clinique. La majorité des participants trouvait que c'était une autre sorte de formation continue, que ce soit en leur demandant de voir leurs notes de cours avec justement les nouvelles données probantes, dans un travail de stage ou encore lorsqu'ils apportent de nouvelles références/sources. Il est à noter qu'à notre connaissance, il y a une absence de données dans la littérature concernant ces constatations sur l'impact des stagiaires sur les superviseurs.

Tel que mentionné dans l'article au chapitre III, le manque de temps est l'obstacle le plus souvent cité par tous les professionnels de la santé à travers le monde. Cependant, cette notion est davantage une perception qu'une réalité, c'est le manque d'engagement dans les priorités établies qui se trouvent être le réel problème. Conceptuellement, on ne pourrait pas dire que l'on manque de temps, puisqu'on a tous 24h dans une journée, ce n'est pas modifiable. Ce qui en dépend c'est la façon dont on le planifie, on le réfléchit et on l'utilise. C'est la responsabilité du clinicien de remplir efficacement son horaire pour se réserver du temps pour se maintenir à jour dans son champ d'expertise et d'établir ses priorités pour être en mesure de donner à ses clients les meilleurs soins et services possible. Ce qui amène le questionnement suivant : pourquoi apprendre, se mettre à jour et se développer fait-il partie du rôle chez les étudiants? C'est socialement accepté, voire normal de devoir prendre du temps en dehors des heures de cours pour intégrer et appliquer les connaissances apprises. Tandis que dès qu'ils entrent sur le marché du travail, le développement professionnel devient rattaché au contexte

du travail uniquement et doit être inclus dans les heures de travail. Les professionnels en réadaptation de l'AVC perçoivent les compétences du rôle d'érudit comme étant un surplus de travail, comme faisant partie des heures supplémentaires s'ils n'ont pas été prévus dans la structure organisationnelle de leur milieu de travail.

De nombreux articles ont été publiés sur les différents facteurs qui, selon les professionnels de la réadaptation, ont un impact sur leur pratique quant à l'utilisation des données probantes. Une méthodologie qualitative (entrevues et groupes de discussion) a principalement été utilisée dans ces études et est à l'occasion associée à des méthodes quantitatives (enquête postale, questionnaires auto-administrés) dans l'objectif d'identifier les perceptions, expériences et attitudes des professionnels de la réadaptation en ce qui a trait à la pratique fondée sur les données probantes. Logan et Graham (50) ont répertorié trois principaux facteurs qui proviennent des **caractéristiques des professionnels de la réadaptation** (intrinsèques aux utilisateurs potentiels), de **l'environnement de pratique** (extrinsèques aux utilisateurs potentiels) et **de la nature des évidences scientifiques** (extrinsèques aux utilisateurs potentiels).

Les facteurs intrinsèques concernent les **caractéristiques des professionnels de la réadaptation**:

- connaissances insuffisantes concernant les évidences scientifiques (129),
- aptitudes déficitaires pour trouver et critiquer les évidences scientifiques (130-134),
- compréhension et interprétations limitées des résultats et des méthodes statistiques utilisées (132, 133, 135),
- absence de motivation et d'intérêt à intégrer les résultats des études aux pratiques (133, 136),
- absence de valorisation des évidences scientifiques comparativement à celle accordée à l'opinion d'experts (129, 137).

Les principaux facteurs extrinsèques aux utilisateurs potentiels quant à **l'environnement de pratique** sont les suivants :

- le manque de temps arrivant en premier comme présenté dans l'article au chapitre III (7, 129-136),
- la charge de travail trop importante (131, 135),
- le manque d'accès aux ressources pour trouver les évidences scientifiques (130, 131, 136),
- le manque de soutien offert par les gestionnaires et la structure organisationnelle déficitaire pour favoriser et valoriser la pratique fondée sur les données probantes (changement) (131, 132, 135).

Quant à la **nature des évidences scientifiques**, voici les principaux relevés :

- difficulté de se maintenir à jour étant donné la grande quantité d'évidences qui sont publiées et leur qualité variable selon les professionnels de la réadaptation (131, 136),
- manque d'applicabilité des résultats de la recherche selon les professionnels de la réadaptation (129, 132-134),
- manque d'accès à l'éducation continue (131).

En résumé, ces études démontrent que les professionnels de la réadaptation bénéficieraient d'être formés pour chercher, critiquer, comprendre les statistiques ainsi qu'interpréter et intégrer les résultats de la recherche à leur pratique (108). De plus, ils manquent d'appui de la part de leur environnement de pratique (gestionnaires, structure organisationnelle) pour valoriser l'utilisation des nombreuses évidences scientifiques qui sont publiées et qui s'actualisent permettant ainsi la mise à jour des pratiques (138). Enfin, rencontrer les quatre compétences et les indicateurs spécifiques (Figure 3) du rôle d'érudit représente un enjeu de taille pour ces professionnels.

Pour leur part, Craik et Rappolt (119) ont conduit une étude, en utilisant un devis qualitatif suivant une approche de théorisation ancrée auprès de onze ergothérapeutes, travaillant avec des personnes ayant subi un AVC, ayant une pratique exemplaire basée sur les données probantes. Ils y dépeignent les facteurs favorisant l'utilisation des données probantes tout en nous permettant de faire le parallèle pour dresser le portrait de professionnel érudit. Les facteurs se résument à la façon dont ils acquièrent les connaissances (chercher, trouver),

critiquent et analysent les résultats trouvés, réfléchissent à l'application de ces résultats en clinique. Avoir des stagiaires influence également leurs capacités à intégrer les résultats de la recherche dans leur pratique. De plus, la discussion des cas cliniques avec leurs pairs est un processus qui favorise la réflexion chez les participants et renforce leurs capacités à intégrer les évidences dans leur pratique, tout en leur permettant de recevoir de la rétroaction sur les approches qu'ils ont proposées. Enfin, ils font preuve de pratique réflexive en se questionnant et en évaluant leurs pratiques pour arriver à généraliser ces évidences à l'ensemble de leur clientèle. Par conséquent, cette étude expose l'importance d'une pratique fondée sur les données probantes ; ce qui nous permet de faire un lien avec les compétences #2 et #4 (Tableau III) du rôle d'érudit dans un souci d'améliorer la pratique des professionnels en réadaptation de l'AVC et de maintenir à jour leurs connaissances.

Donc les facteurs perçus par les participants de notre étude, autant les facilitateurs que les obstacles, ne divergent pas de ceux retrouvés dans la littérature. Certes, les facteurs extrinsèques aux utilisateurs potentiels, provenant de l'environnement de la pratique ont été exposés, mais les facteurs intrinsèques aux professionnels sont tout aussi influant concernant l'ouverture à apporter des changements dans leur pratique. Les stratégies ayant comme objectif de développer l'érudition devraient soutenir l'utilisation progressive des facteurs présentés précédemment comme étant facilitateurs. Réussir à réduire l'écart entre les perceptions que les professionnels en réadaptation de l'AVC ont de leur rôle d'érudit et la façon dont il est décrit dans la littérature ne sera pas une mince affaire. D'une part, ce sont les autres rôles CanMEDS qui sont davantage développés et sollicités. D'autre part, les efforts sont actuellement mis sur la vulgarisation des stratégies de diffusion des données probantes alors que les professionnels en réadaptation de l'AVC ne sont pas encore rendus au point de les consulter et de les utiliser au quotidien. Il y a encore de l'éducation à faire auprès de ces derniers pour les convaincre de l'importance de valoriser la mise à jour des connaissances et de l'utilisation des données probantes dans les pratiques cliniques.

## 5.4 Forces et limites de l'étude

Tout d'abord, l'étude réfère à un devis qualitatif, on peut donc rappeler que les résultats sont valables pour les participants à l'étude. L'approche phénoménologique a été utilisée, car elle permet la description d'un phénomène selon les perceptions des participants<sup>6</sup>. La finalité d'une étude qualitative n'est pas de pouvoir généraliser les résultats à la population entière. Dans cette étude exploratoire, nous avons tenté d'isoler le rôle d'érudit des six autres rôles CanMEDS pour en fournir les premières connaissances. La recherche concernant les autres rôles CanMEDS est par ailleurs plus avancée telle qu'abordée dans la recension des écrits. Nous sommes toutefois conscients que les compétences transversales sont intimement interreliées et qu'il y a plusieurs zones grises susceptibles d'être interprétées dans plus d'une compétence. Le rôle d'érudit pourrait être étudié sous plusieurs autres angles. Dans le contexte de la présente étude, ce rôle a émergé comme étant un thème prédominant après avoir formulé la question de recherche. Ainsi, il peut sembler réducteur d'y faire autant référence. Cependant, si l'on revient à la question de recherche qui cible l'écart entre les meilleures pratiques et les pratiques actuelles et que l'on essaie de mieux comprendre cet écart du point de vue des professionnels en réadaptation de l'AVC, le choix d'une approche phénoménologique demeure un choix logique. L'idée initiale était d'explorer les perceptions, vécu et expériences des personnes sur le terrain, dans une réalité clinique surchargée, quant à la place qu'ils accordent à la mise à jour de leurs connaissances (thèmes du guide d'entrevue : pratique factuelle, formation continue, rôle d'érudit et changements de comportements) et à l'application de ces dernières auprès de leur clientèle. Bien sûr, le rôle d'érudit ne se réduit pas à ceci. Par ailleurs, en partant des compétences #1, #2 #4 du rôle d'érudit, nous voulions explorer d'une façon 'globale' la perception que les participants ont de leur pratique clinique au quotidien et la place qu'ils accordent à ces aspects précis du rôle d'érudit. La pratique

---

<sup>6</sup> Le devis a été choisi en partant d'une réalité clinique dynamique, observée et rapportée par des recherches (pratiques actuelles en AVC vs meilleures pratiques) et par la suite, la question de recherche a été reliée au modèle de compétence CanMEDS, puisque l'essentiel y est abordé sous l'angle de l'érudit. Cependant, puisque l'on n'est pas partie du rôle d'érudit dans la première version du protocole de recherche, ce rôle n'est donc pas nécessairement abordé dans son entièreté dans toutes les entrevues réalisées (avant la deuxième version du protocole de recherche le 1<sup>er</sup> mars 2011, la collecte de données était alors complétée), mais plutôt sous l'angle de la mise à jour des connaissances et de l'application des données probantes (ce qui peut paraître réducteur). Pour cette raison, nous avons nuancé les propos tenus tout au long du mémoire en regard du rôle d'érudit.

réflexive est ressortie de la théorie et des données recueillies comme un ‘précurseur’ à une utilisation des données probantes, mais n’était pas en soi le thème principal de l’étude. Dans une étude portant sur autre aspect du rôle d’érudit, comme la pratique réflexive par exemple, il serait effectivement pertinent d’utiliser un autre devis de recherche permettant de répondre adéquatement à une autre question de recherche.

Divers facteurs garantissent la **confirmabilité** (103) des résultats, notamment le processus de collecte de données et d’analyse a été rapporté fidèlement en détail et le matériel original de même que les produits d’analyse ont également été conservés. Par ailleurs, la remise en question continue de l’analyse des données, de leur interprétation et de leur compréhension en fonction de la perspective adoptée, et ce, par les interrogations formulées par la co-chercheuse à l’intention de la responsable de l’étude l’ont amenée à justifier chaque conclusion et ainsi en assurer l’objectivité.

L’étude est circonscrite au contexte de la réadaptation de l’AVC en phase 2 et 3 des centres de réadaptation du CRIR. Cette étude phénoménologique détaillée n’est pas généralisable dans le sens traditionnel. La **transférabilité** (102, 103) des résultats obtenus est assurée, entre autres, par la composition de l’échantillonnage, qui, malgré son caractère restreint et sa base volontaire, regroupait un éventail intéressant de professionnels de la santé d’expérience et d’expertise variable, chacun œuvrant dans divers milieux de réadaptation de l’AVC; leurs pratiques pouvaient être unidisciplinaires, multidisciplinaires ou interdisciplinaires. Cette variété au sein des participants a permis de dresser un portrait du rôle aux multiples facettes qu’est celui de l’érudit dans les pratiques cliniques. D’autre part, dans le but d’atteindre un niveau d’abstraction qui transcende les événements et les comportements individuels pour obtenir une description holistique du phénomène, des analyses en profondeur ont été menées, permettant ainsi d’en arriver à des recommandations valables au contexte de réadaptation de l’AVC (102). S’agissant d’un milieu de pratique spécifique, il devient alors possible de cibler le contexte de pratique dans lequel les résultats de la présente étude se transfèrent.



L'étude comporte des limites méthodologiques. Premièrement, bien que notre échantillon compte 11 personnes, puisque nous avons utilisé une méthode d'échantillonnage non-aléatoire par choix raisonné combiné au mode de recrutement utilisé (volontaire), il est possible que seules les personnes favorables ou ayant un intérêt pour le sujet à l'étude aient répondu à notre invitation pour faire les entrevues en introduisant ainsi un biais de participation. Malgré tout, tel que démontré dans l'article au chapitre III, une variété au niveau du style de pratique à presque 50-50% entre pragmatique-traditionnaliste VS chercheur-réceptif a été obtenu. S'il y avait eu un réel biais de participation, il y aurait eu une majorité de chercheur-réceptif; ce qui est assez improbable selon les articles recensés.

Deuxièmement, le devis et l'échantillon de petite taille nous ont donc permis de procéder à une exploration du phénomène d'un point de vue des participants à l'étude. Bien qu'en phénoménologie il soit indiqué de procéder à des entrevues récurrentes, une seule rencontre a eu lieu avec chacun des participants ce qui ne nous a pas permis de valider les transcriptions lors d'une seconde entrevue afin d'approfondir les sujets abordés par les participants ou demander des précisions sur les idées moins élaborées. À cet égard, il aurait été profitable de poursuivre, dans un deuxième temps, les entrevues avec les mêmes participants afin d'examiner l'évolution de leurs perceptions et celles de la responsable de l'étude dans l'évolution des questions du guide d'entrevue. La collecte de données s'est faite tôt et rapidement dans le processus de recherche, certains modèles théoriques ont donc été trouvés *a posteriori*. Nous avons donc compris trop tard dans le processus que nous aurions eu avantage à approfondir la démarche des participants à l'étude à l'égard des perceptions de leurs différents savoirs et des éléments spécifiques inclus dans le rôle d'érudit.

Troisièmement, un doute persisterait quant à la saturation des données empiriques, malgré les 11 entrevues conduites. Cependant, la responsable de l'étude est d'avis que la saturation a été atteinte lorsque la collecte de données s'est effectuée, puisque l'établissement du degré de saturation théorique demeure subjectif. En effet, il se base sur le jugement de l'analyste qui définit le seuil à partir duquel la collecte de données doit cesser vu qu'elle ne contribue plus de manière significative à la conceptualisation du phénomène étudié. Il va sans dire qu'étant donné son caractère relatif, la saturation d'une analyse pourra toujours être plus importante

(91). Toutefois, le fait que les entrevues se sont faites relativement tôt dans l'étude par rapport à l'analyse des données nous laisse entrevoir qu'une partie de la théorie a été acquise à ce moment. Ceci a peut-être influencé la façon d'analyser le contenu recueilli. Avec le recul, la responsable de l'étude se questionne à savoir si d'autres entrevues, avec les mêmes participants ou encore avec des nouveaux, n'apporteraient pas de nouvelles pistes de réflexions; puisqu'avec l'acquisition de ces nouvelles connaissances, les questions du guide d'entrevue auraient sans doute été raffinées. Ces nouvelles entrevues auraient probablement été plus en profondeur concernant le rôle d'érudit dans son ensemble (plutôt que de cibler davantage la mise à jour et l'application des connaissances) auprès des répondants en analysant davantage *en cours* d'entrevue.

Quatrièmement, on peut questionner l'utilisation des données probantes comme principal critère pour décrire le rôle d'érudit chez les participants à l'étude. Bien qu'il ne s'agisse pas du seul critère, une grande partie de la discussion s'articule autour de ce concept en raison des informations recueillies à l'aide du guide d'entrevue. Ce dernier aurait pu être encore raffiné à l'aide des éléments inclus dans le rôle d'érudit selon CanMEDS, présenté dans le Tableau III afin d'explorer plus exhaustivement l'ensemble des compétences sous-jacentes au rôle d'érudit et ainsi approfondir les perceptions des participants face à ce rôle méconnu en clinique. L'utilisation d'un plus grand nombre de critères aurait probablement permis de récolter des résultats différents et leurs interprétations auraient sans doute été plus riches.

Enfin une autre limite méthodologique de cette étude réside dans le fait que la pratique réflexive a été principalement abordée en fonction des incidents critiques, car c'est l'aspect dominant détecté dans le discours des participants comme étant un déclencheur et un stimulant à leur pratique réflexive. Schön soutient que le professionnel efficace ne déploie pas toujours une réflexion en cours d'action et sur l'action. Il aurait été sans doute opportun d'examiner en profondeur les mécanismes d'analyse réflexive mis en œuvre par les participants, plutôt qu'en superficie comme ce qui a été fait dans cette étude. Ces différents modes d'analyse réflexive peuvent se faire individuellement ou collectivement comme les échanges structurés avec les pairs, l'utilisation du portfolio (abordé par 2 participants dans la section des résultats), des études de cas complexes ou d'étude de situations problèmes. Les études de cas complexes

ou de situations problèmes permettent de révéler explicitement le raisonnement et les réflexions des participants entre la structuration initiale de la situation et son éventuel aboutissement. L'apprentissage de la pratique réflexive requiert de la part des participants de se bâtir un répertoire de cas-types qui seront utiles à la réflexion *en cours* d'action combinée à une grille d'analyse mentale explicite, structurée et rigoureuse basée sur les connaissances tacites et l'expérience (15, 44).

### **5.5 Les retombées anticipées**

Les retombées anticipées de cette étude sont de mieux comprendre les perceptions et la place que le rôle d'érudit occupe dans le quotidien des professionnels en réadaptation de l'AVC, et ce, dans le but de cibler des stratégies visant à réduire l'écart entre les pratiques actuelles et les meilleures pratiques qui répondent davantage à leurs besoins. En effet, comme nous l'avons présenté auparavant, la majorité des stratégies mises en place visent à faciliter l'appropriation des nouvelles connaissances (données probantes). Dans une perspective où le rôle d'érudit, et plus spécifiquement la pratique réflexive, n'est pas perçu comme devant être valorisé au même titre que les autres rôles en contexte de réadaptation de l'AVC, on peut se questionner sur la pertinence et l'efficacité des stratégies actuellement mises de l'avant. Il est possible que ce soit le niveau de conviction préalable au changement (ou à l'application des connaissances) qui soit à renforcer, afin de se rapprocher du sens évoqué (phénoménologie) par les participants. Il serait alors possible de mieux cibler, selon leurs perspectives, soit les interventions ou les actions qui pourraient être mises en place dans un avenir rapproché pour tenter de diminuer l'écart entre les pratiques actuelles et exemplaires; toujours dans l'objectif d'offrir des soins et services de qualité aux patients et à leurs proches.

### **5.6 Implications organisationnelles**

Les participants à l'étude ont tous souligné le manque de structure organisationnelle pour favoriser, soutenir et valoriser le rôle d'érudit. Ils ne veulent pas assumer entièrement cette responsabilité qu'ils voudraient partager. Si le temps pris pour remplir le rôle d'érudit doit être

davantage valorisé par les cliniciens pour assumer pleinement le temps qui y est accordé, les gestionnaires en revanche doivent être tout aussi proactifs en offrant une structure qui facilite cette valorisation. À cet égard, les gestionnaires semblent peu enclins à prioriser le développement de l'érudition de leurs cliniciens. C'est également la conclusion à laquelle Girard et coll. (55) parviennent sur la place accordée au transfert des connaissances selon le point de vue de trois gestionnaires de programmes en réadaptation neurologique et la perception de leur rôle dans ce processus. Les résultats montrent que les gestionnaires perçoivent avoir plusieurs rôles positifs et de support dans le transfert des connaissances, mais que ce rôle émerge le plus souvent en réaction face aux besoins exprimés par les cliniciens. L'étude met donc en relief le peu de structure organisationnelle favorisant l'application des connaissances de façon uniforme chez l'ensemble des cliniciens.

Le rôle d'érudit chez les gestionnaires pourrait sans doute être également davantage sollicité afin d'adresser cette problématique de structure organisationnelle. Il n'en reste pas moins que le rôle d'érudit pour le clinicien doit avant tout être assumé par les cliniciens eux-mêmes. D'où l'imputabilité de leurs actions au sein de l'équipe. L'autocritique étant difficile à faire pour les professionnels de la santé sans avoir de rétroaction extérieure (*feedback*) pour cibler un comportement à améliorer et entrer dans un processus de changement, les cliniciens auraient besoin d'être évalués dans leur pratique par les gestionnaires ou les pairs afin de favoriser le développement d'une pratique réflexive. Des mécanismes de diffusion des connaissances dans les milieux sont à développer. Le réseautage est peu encouragé dans les milieux de la réadaptation et la participation à des communautés de pratique en AVC n'a pas encore gagné en popularité auprès des participants à l'étude.

## **5.7 Les avenues de recherche futures**

Pour faire le pont entre les sciences de la santé et l'éducation, nous avons vu que tous les professionnels de la santé doivent maintenir leurs compétences à jour. On peut se demander : « Est-ce que les résultats de la présente étude (perception, expérience vécue et sens accordé) sont contextualisés aux professionnels en réadaptation de l'AVC seulement? »

Cette étude établit un point de départ pour la progression des connaissances dans ce domaine. En considérant qu'une différence existe entre la définition théorique du rôle d'érudit selon les cadres de compétences et le phénomène tel que perçu, expérimenté et vécu par les professionnels de la réadaptation de l'AVC en phase 2 et 3. Il serait intéressant d'obtenir davantage de données sur la perception de ce rôle par des professionnels œuvrant auprès d'autres clientèles en réadaptation comme le programme de traumatisés crâniens, où il y a également de nombreuses lignes directrices et des évidences scientifiques. D'autre part, la méthodologie pourrait être reprise pour vérifier si le sens accordé à l'érudition est le même dans des milieux 'autres' que la réadaptation. Ou bien effectuer les entrevues auprès d'un échantillon homogène d'une profession de la réadaptation afin de comparer les différentes perceptions du rôle d'érudit au sein d'une même profession. Puis dans un second temps de comparer les résultats obtenus entre les différents professionnels d'une équipe.

À la lumière des différentes limites identifiées dans la *section 5.4*, voici un certain nombre de pistes pour inspirer de nouvelles avenues de recherche afin de continuer de développer les connaissances dans ce domaine peu étudié, néanmoins extrêmement important selon nous. Il ne faut cependant pas négliger qu'en étant dans une approche phénoménologique exploratoire, on se devait de commencer à recueillir des informations générales sur ce sujet peu documenté.

Dans un premier temps, il serait intéressant d'approfondir la perception et la réflexion des professionnels en réadaptation de l'AVC quant aux différentes stratégies qu'ils ont déjà utilisées ou utiliseraient face à des incidents critiques nommés dans les entrevues ou encore selon des vignettes cliniques. Pour ce faire, il faudrait procéder à l'identification des incidents critiques spécifiquement à chacune des professions à l'étude et des éléments de réponse en utilisant un devis d'entrevues d'incidents critique. La technique d'échantillonnage de convenance est recommandée et une vingtaine d'entrevues seraient nécessaires pour générer 20 à 30 items différents. Dans un deuxième temps, des groupes de discussion (*focus group*) d'expert seraient pertinents pour valider le contenu obtenu et susciter des éléments de réponse supplémentaires. Ces deux méthodes combinées permettraient également de cibler les stratégies employées par les participants dans la réalisation de leurs activités cliniques et ainsi

observer et analyser avec précision les diverses facettes de leurs comportements dans les situations identifiées, ce qui augmenterait sa portée et la valeur de l'utilisation des incidents critiques (139).

En fonction des questions de recherche, plusieurs autres types de devis pourraient être pertinents. Une recherche quantitative de type descriptif afin de décrire ou d'expliquer des relations entre les variables que l'on veut mesurer ou quantifier. De même qu'un devis de type longitudinal (prospectif) afin de prédire un résultat, un comportement, une issue à partir de variables mesurées quantitativement par rapport au rôle d'érudit. Un devis mixte s'avérerait pertinent pour approfondir un critère spécifique du rôle d'érudit, par exemple en utilisant le protocole de penser à voix haute (*think aloud protocol*) pourrait être une recherche pertinente à développer. Il s'agit d'utiliser une situation clinique commune et de faire réfléchir à voix haute plusieurs personnes sur l'incident potentiel afin d'analyser qualitativement le contenu en le codant, pour ensuite faire des liens avec les caractéristiques des professionnels à l'étude, du contexte ou bien de déterminer des profils en faisant des analyses en fonction de certaines caractéristiques, s'il s'agit d'un grand échantillon. Enfin un devis de recherche-action pour expérimenter une intervention ciblée sur la valorisation de l'ensemble des aspects inclus dans le rôle d'érudit pourrait être tenté auprès d'une équipe interdisciplinaire de réadaptation de l'AVC, ou encore développer une structure organisationnelle valorisant le rôle d'érudit au sein de la même équipe avec le soutien des gestionnaires.

On pourrait également sonder la perception du rôle d'érudit et l'évaluer chez des étudiants, dans les programmes universitaires de santé utilisant l'approche par compétences (médecine, ergothérapie, physiothérapie...) qui doivent développer et intégrer ce rôle en cours de formation. On pourrait alors faire le parallèle avec les professionnels de la santé ayant eu une formation initiale en approche par compétences, ayant été outillés à utiliser les rôles CanMEDS ou équivalents pendant leur formation. Une fois dans les milieux cliniques, est-ce que ces derniers poursuivent leurs bonnes habitudes d'érudit scolaire? Enfin, on peut également se questionner à savoir s'il y a une différence entre le rôle d'érudit perçu dans les milieux de réadaptation anglophones versus francophones.

## Chapitre VI – Conclusion

Cette étude qualitative consiste en une première étape pour la progression des savoirs concernant le rôle d'érudit perçu, expérimenté et vécu par les professionnels de la réadaptation de l'AVC en phase 2 et 3 des centres de réadaptation du CRIR et mériterait de continuer à être exploré et étudié davantage. L'objectif principal de l'étude était de documenter les perceptions, l'expérience et le vécu en lien avec le rôle d'érudit chez les professionnels en réadaptation de l'AVC. Quant à l'objectif secondaire, il s'agissait d'identifier les facteurs (intrinsèques et extrinsèques) perçus comme facilitant ou entravant l'engagement des professionnels de la réadaptation de l'AVC dans la mise en application du rôle d'érudit dans leurs pratiques cliniques.

Le rôle d'érudit se divise en 4 compétences spécifiques soit :

- 1) Se maintenir à jour et améliorer ses pratiques
- 2) Être critique et utiliser des données probantes
- 3) Faire de l'enseignement à plusieurs niveaux
- 4) Contribuer à la création et au partage des nouvelles données en collaborant à divers projets de recherche et appliquer ces nouvelles pratiques efficaces en clinique.

Et l'on ne peut pas être érudit sans faire preuve d'une pratique réflexive, qui est sous-jacente à l'ensemble des compétences d'érudit dans le modèle.

Les résultats principaux ont démontré qu'il y a un écart entre les définitions conceptuelles du rôle d'érudit et les perceptions des participants à l'étude:

- Méconnaissance du rôle d'érudit par les professionnels en réadaptation de l'AVC, ces derniers percevaient les savoirs tacites comme étant synonymes du rôle d'érudit
- L'expérience de travail et l'intuition clinique renforcent la confiance en soi des participants et amènent un confort dans les pratiques cliniques
- Il y a présence d'une insatisfaction quant au manque de partage des connaissances entre les professionnels en réadaptation de l'AVC dans les milieux cliniques à l'étude

- La diversification dans les tâches cliniques s'est révélée être importante et significative pour eux
- La pratique réflexive est peu développée par ces professionnels en réadaptation de l'AVC

Les facteurs déterminants l'engagement des participants dans la mise en application du rôle d'érudit sont:

- La motivation
- Les incidents critiques et l'analyse qui en découle
- L'enseignement clinique auprès de stagiaires
- Le manque de temps

### **6.1 Les messages clés de cette étude**

1) L'importance de mettre en place une structure dans les milieux cliniques pour favoriser, soutenir et valoriser le rôle d'érudit auprès des professionnels en réadaptation de l'AVC. Le succès de l'implantation d'une structure organisationnelle valorisant le rôle d'érudit passe par l'implication des gestionnaires dans un tel projet.

2) Les professionnels de la réadaptation de l'AVC doivent être soutenus par les gestionnaires et le rôle d'érudit doit être reconnu et valorisé par ces derniers (55)

3) Il est important d'élaborer des protocoles de diffusion systématique des connaissances dans les milieux (à la suite de lectures scientifiques, participation à des formations, congrès...)

4) La mise à jour des connaissances et le réseautage doivent être développés et rehaussés dans les milieux de réadaptation de l'AVC

5) Et encourager le développement de la pratique réflexive chez les professionnels en réadaptation de l'AVC:

- ▣ Analyser en dehors du contexte de pratique, faire preuve d'introspection par rapport aux:
  - Décisions cliniques
  - Expériences
  - Actions



- Pratiques et habitudes
- ▣ Identifier de nouvelles approches de résolution de problèmes
- ▣ Développer un plan d'action concret
- ▣ La pratique réflexive peut être appuyée par les stratégies suivantes :
  - Portfolio : fixer des objectifs professionnels
  - Évaluation des pratiques cliniques annuellement par les gestionnaires
  - Prendre des stagiaires
  - Mentorat
  - Stratégies de rétroaction (*feedback*)
  - Journal de bord
  - Étude de cas
  - Analyser les incidents critiques
  - Communauté de pratique

Enfin, pour réussir à faire valoir le rôle d'érudit à sa juste valeur, il est indispensable de poursuivre les recherches sur ce rôle méconnu et peu reconnu des étudiants, des professionnels en réadaptation de l'AVC et des gestionnaires; ainsi que sur l'efficacité de stratégies favorisant le développement de la pratique réflexive chez les professionnels en réadaptation de l'AVC. Puis pour développer des interventions permettant de valoriser le rôle d'érudit au sein d'un milieu clinique afin de développer une structure organisationnelle ciblée dans le domaine de la réadaptation de l'AVC.

## Références

1. Watine J. Translations of the “Evidence-Based Medicine” concept in different languages: is it time for international standardisation? *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*. 2010;48(9):1227-8.
2. Korner-Bitensky N, Wood-Dauphinee S, Teasell R, Hanley J, Desrosiers J, Malouin F, et al. Best versus actual practises in stroke rehabilitation : results of the Canadian national survey [résumé 57]. *Stroke*. 2006;37(2):631.
3. Menon-Nair A, Korner-Bitensky N, Ogourtsova T. Occupational therapists' identification, assessment, and treatment of unilateral spatial neglect during stroke rehabilitation in Canada. *Stroke*. 2007;38(9):2556-62. Epub 2007/08/04.
4. Dumoulin C, Korner-Bitensky N, Tannenbaum C. Urinary incontinence after stroke: identification, assessment, and intervention by rehabilitation professionals in Canada. *Stroke*. 2007;38(10):2745-51. Epub 2007/09/08.
5. Korner-Bitensky N, Desrosiers J, Rochette A. A national survey of occupational therapists' practices related to participation post-stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2008;40(4):291-7. Epub 2008/04/03.
6. Rochette A, Korner-Bitensky N, Desrosiers J. Actual vs best practice for families post-stroke according to three rehabilitation disciplines. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2007;39(7):513-9. Epub 2007/08/29.
7. Salbach NM, Jaglal SB, Korner-Bitensky N, Rappolt S, Davis D. Practitioner and organizational barriers to evidence-based practice of physical therapists for people with stroke. *Phys Ther*. 2007;87(10):1284-303. Epub 2007/08/09.
8. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2006;26(1):13-24.
9. Straus S, Tetroe J, Graham ID. *Knowledge Translation in Health Care: Moving from evidence to practice*. Oxford: Blackwell Publishing; 2009. 318 p.
10. Korner-Bitensky N, Menon-Nair A, Thomas A, Boutin E, Arafah AM. Practice style traits: do they help explain practice behaviours of stroke rehabilitation professionals? *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2007;39(9):685-92. Epub 2007/11/14.
11. Bliss-Holtz J. Evidence-based practice: a primer for action. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2007;30(4):165-82. Epub 2007/11/29.
12. Groah SL, Libin A, Lauderdale M, Kroll T, Dejong G, Hsieh J. Beyond the Evidence-Based Practice Paradigm to Achieve Best Practice in Rehabilitation Medicine: A Clinical Review. *PM R*. 2009;1(10):941-50. Epub 2009/10/03.
13. Frank J. *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.; 2005.
14. Bogue EG. *Quality Assurance in Higher Education: The Evolution of Systems and Design Ideals*. *New Directions for Institutional Research*. 1998;1998(99):7-18.
15. Schön DA, Gagnon D, Heynemand J. *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal: Éditions Logiques; 1994. 418 p.
16. Schön DA, Gagnon D, Heynemand J. *Le tournant réflexif : pratiques éducatives et études de cas*. Montréal: Éditions Logiques; 1996. 532 p.

17. Argyris C, Schön DA. Théorie et pratique professionnelle : comment en accroître l'efficacité. Montréal: Éditions Logiques; 1999. 355 p.
18. Frank J, Di Ruggiero E, Mowat D, Medlar B. Developing knowledge translation capacity in public health: the role of the National Collaborating Centres. Canadian Journal of Public Health Revue Canadienne de Sante Publique. 2007;98(4):I-1-12. Epub 2007/09/28.
19. Association canadienne des ergothérapeutes. Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada. 2007 [cité le 30 septembre 2010]; Disponible: <http://www.caot.ca/pdfs/otprofilefr.pdf>.
20. Le Collège des médecins de famille du Canada. Rôles CanMEDS Médecine familiale - Groupe de travail sur la révision du cursus. 2009 [cité le 26 janvier 2011]; Disponible: <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009.pdf>.
21. Association canadienne de physiothérapie. Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada. 2009; Disponible: [http://www.physiotherapy.ca/public\\_fr/PublicUploads/224032Profil%20des%20competences%20essentielles%202009.pdf](http://www.physiotherapy.ca/public_fr/PublicUploads/224032Profil%20des%20competences%20essentielles%202009.pdf).
22. Verma S, Paterson, M., Medves, J. M. Core Competencies for Health Care Professionals: What Medicine, Nursing, Occupational Therapy, and Physiotherapy Share. Journal of Allied Health. 2006;35:109-15.
23. Verma S, Broers T, Paterson M, Schroder C, Medves JM, Morrison C. Core competencies: the next generation. Comparison of a common framework for multiple professions. J Allied Health. 2009;38(1):47-53. Epub 2009/04/14.
24. Association canadienne des ergothérapeutes. Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2007. p. 1-33.
25. Leclerc C. Comprendre et construire les groupes. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université Laval; 1999. 322 p.
26. Perrenoud P. L'université entre transmission de savoirs et développement de compétences. Genève, Suisse: Université de Genève - Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation; 2004 [cité le 26 janvier 2011]; Disponible: [http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_2004/2004\\_07.html](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2004/2004_07.html).
27. Tardif J. L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement. Montréal: Chenelière-éducation; 2006. 363 p.
28. Le Boterf G. Développer la compétence des professionnels : construire les parcours de professionnalisation. 4e éd. Paris: Éditions d'Organisation; 2002. 311 p.
29. Durand M-J, Chouinard R. L'évaluation des apprentissages : de la planification de la démarche à la communication des résultats. Montréal: Hurtubise HMH; 2006. 374 p.
30. Tardif J. Pour un enseignement stratégique l'apport de la psychologie cognitive. Montréal: Éditions Logiques; 1992. 474 p.
31. Van Der Maren J-M, Loye N. À propos de quelques difficultés de l'évaluation des compétences. Réflexions critiques. Education Science and Society, Valutazione e competenza. 2011;2:40-53.
32. Rodolfa E, Bent R, Eisman E, Nelson P, Rehm L, Ritchie P. A Cube Model for Competency Development: Implications for Psychology Educators and Regulators. Professional Psychology: Research and Practice. 2005;36(4):347-54.
33. Ordre des psychologues de l'Ontario. Normes de conduite professionnelle révisées. 2009 [cité le 12 mai 2011]; Disponible: [http://www.cpo.on.ca/members-of-the-college/index.aspx?id=1206&ekmense1=12\\_submenu\\_0\\_link\\_2](http://www.cpo.on.ca/members-of-the-college/index.aspx?id=1206&ekmense1=12_submenu_0_link_2).

34. Ordre des psychologues du Québec. Politique cadre sur la formation continue. 2011; Disponible: [http://www.ordrepsy.qc.ca/sn\\_uploads/fck/pdf/psychologue/Formation\\_continue/Politique\\_cadre\\_sur\\_la\\_formation\\_continue.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/fck/pdf/psychologue/Formation_continue/Politique_cadre_sur_la_formation_continue.pdf).
35. Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. Référentiel de compétences des thérapeutes conjugaux et familiaux. 2005; Disponible: [http://www.optsq.org/fr/docs/membre\\_publication/publications\\_reservees/document\\_reference/referentiel\\_de\\_competences\\_tcf\\_francais.pdf](http://www.optsq.org/fr/docs/membre_publication/publications_reservees/document_reference/referentiel_de_competences_tcf_francais.pdf).
36. Santy J, Rogers J, Davis P, Jester R, Kneale J, Knight C, et al. A competency framework for orthopaedic and trauma nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 2005;9(2):81-6.
37. Davis D, Stullenbarger E, Dearman C, Kelley JA. Proposed nurse educator competencies: development and validation of a model. *Nurs Outlook*. 2005;53(4):206-11. Epub 2005/08/24.
38. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada. 2010; Disponible: [http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Competency\\_Framework\\_2010\\_f.pdf](http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Competency_Framework_2010_f.pdf).
39. Brouwer N, Korthagen F. Can teacher education make a difference? *Am Educ Res J*. 2005;42(1):153-224.
40. Bolton G. *Reflective practice : writing and professional development*. 2e éd. London ; Thousand Oaks: Sage Publications; 2005. 238 p.
41. Chennamaneni A, Teng JTC. An Integrated Framework for Effective Tacit Knowledge Transfer. *AMCIS 2011 Proceedings - All Submissions - Paper 277* [En ligne]. 2011. Disponible: [http://aisel.aisnet.org/amcis2011\\_submissions/277](http://aisel.aisnet.org/amcis2011_submissions/277).
42. Chaubet P. Pratique réflexive autour du métier, de l'identité et de la culture, pour les enseignants de français langue étrangère - un défi relevé, deux pistes prometteuses. *Actes du XIIe congrès de la Fédération internationale des professeurs de français (FIPF) 21-25 juillet 2008*. p. 115-25.
43. Pee B, Woodman T, Fry H, Davenport ES. Appraising and assessing reflection in students' writing on a structured worksheet. *Med Educ*. 2002;36(6):575-85. Epub 2002/06/06.
44. Schön D. *The Reflective Practitioner, How Professionals Think In Action*. New York: BasicBooks; 1983. 374 p.
45. Lafortune L. S'engager dans une démarche de pratique réflexive : autoévaluation et processus d'écriture. *Vie pédagogique*. 2007;144.
46. Hadouda S, Laroui HR, Lemay A, Martin B, Korner-Bitensky N, Menon A, et al. Practice style traits of student occupational therapists and physical therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2009;76(2):98-106. Epub 2009/05/22.
47. Instituts de recherche en santé du Canada. À propos de l'application des connaissances aux IRSC. 2009 [cité le 12 novembre 2009]; Disponible: <http://www.irsc-cihp.gc.ca/f/39033.html>.
48. Campbell B. Applying knowledge to generate action: a community-based knowledge translation framework. *J Contin Educ Health Prof*. 2010;30(1):65-71. Epub 2010/03/12.
49. Graham ID, Lomas J. Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *Can J Nurs Res*. 2004;36(2):89-103. Epub 2004/09/17.
50. Logan J, Graham I. Toward a Comprehensive Interdisciplinary Model of Health Care Research Use. *Science Communication*. 1998;20:227-46.

51. Eveland JD. Diffusion, Technology Transfer, and Implementation. *Science Communication*. 1986;8(2):303-22.
52. Stevenson K, Lewis M, Hay E. Do physiotherapists' attitudes towards evidence-based practice change as a result of an evidence-based educational programme? *J Eval Clin Pract*. 2004;10(2):207-17. Epub 2004/06/11.
53. Harrison MB, Légaré F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *Canadian Medical Association Journal*. 2010;182(2):E78 - E84.
54. McWilliam CL. Continuing education at the cutting edge: promoting transformative knowledge translation. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2007;27(2):72-9. Epub 2007/06/20.
55. Girard A, Rochette A, Fillion B. Knowledge translation and improving practices in neurological rehabilitation: managers' viewpoint. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011:1-8.
56. Rochette A, Korner-Bitensky N, Thomas A. Changing clinicians' habits: Is this the hidden challenge to increasing best practices? *Disability and Rehabilitation*. 2009:1-5. Epub 2009/05/30.
57. Menon A, Korner-Bitensky N, Kastner M, McKibbin KA, Straus S. Strategies for rehabilitation professionals to move evidence-based knowledge into practice: a systematic review. *J Rehabil Med*. 2009;41(13):1024-32. Epub 2009/11/07.
58. Bliss-Holtz J. Evidence-based practice: a primer for action. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2007;30(4):165-82. Epub 2007/11/29.
59. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust*. 2004;180(6 Suppl):S57-60. Epub 2004/03/12.
60. Menon A, Bitensky NK, Straus S. Best practise use in stroke rehabilitation: from trials and tribulations to solutions! *Disabil Rehabil*. 2010;32(8):646-9. Epub 2010/03/09.
61. Heart and Stroke Foundation of Canada. 2011 [cité le 4 janvier 2011]; Disponible: [www.heartandstroke.ca/](http://www.heartandstroke.ca/) / [www.fmcoeur.com](http://www.fmcoeur.com).
62. World Health Organization: World Health Report. 2007 [cité le 15 février 2011]; Disponible: <http://www.strokecenter.org/patients/stats.htm>.
63. Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. À propos. 2009 [cité le 17 novembre 2009]; Disponible: <http://www.canadianstrokenetwork.ca/index.php/about/about-the-network/?lang=fr>.
64. Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. 2009 [cité le 17 novembre 2009]; Disponible: <http://www.canadianstrokenetwork.ca/>.
65. Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, Fondation des maladies du coeur du Canada. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. 2012 [cité le 17 février 2012]; Disponible: <http://www.strokebestpractices.ca/>.
66. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches. Rapport rédigé par Annie Tessier ETMIS 2012; 8(9): 1-101.
67. Ordre des ergothérapeutes du Québec. Rapport annuel. 2009-2010; Disponible: [http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Rapports\\_annuels/Rapport\\_annuel\\_2009-2010\\_VERSION%20FINALE.pdf](http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Rapports_annuels/Rapport_annuel_2009-2010_VERSION%20FINALE.pdf).

68. Ordre des physiothérapeutes du Québec. Direction de développement et de soutien professionnel. 2010 [cité le 12 mars 2011]; Disponible: <http://www.oppq.qc.ca/partenaires/formation-continue.php>.
69. Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Singh S, Phillips S. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2010), Au nom du Groupe de rédaction des pratiques optimales et des normes de la Stratégie canadienne de l'AVC. Ottawa, Ontario Canada: Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires.2010.
70. National Stroke Foundation (NSF). Clinical guidelines for stroke management 2010. Melbourne, Australie : NSF; 2010. Disponible à : [http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical\\_guidelines\\_stroke\\_managment\\_2010\\_interactive.pdf](http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_managment_2010_interactive.pdf).
71. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke. Third edition. Londres, Angleterre : Royal College of Physicians; 2008. Disponible à : <http://bookshop.rcplondon.ac.uk/contents/6ad05aab-8400-494c-8cf4-9772d1d5301b.pdf>.
72. Stroke Canada Optimization of Rehabilitation through Evidence (SCORE). SCORE Evidence based recommendations for the upper and lower extremities and risk assessment post-stroke. Toronto, ON : SCORE; 2007. Disponible à : [http://www.canadianstrokenetwork.ca/wp-content/uploads/2010/03/SCORE\\_EBR\\_Aug2307.pdf](http://www.canadianstrokenetwork.ca/wp-content/uploads/2010/03/SCORE_EBR_Aug2307.pdf).
73. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, et al. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. *Stroke*. 2005;36(9):e100-43. Epub 2005/08/27.
74. Petzold A, Korner-Bitensky N, Salbach NM, Ahmed S, Menon A, Ogourtsova T. Increasing knowledge of best practices for occupational therapists treating post-stroke unilateral spatial neglect: results of a knowledge-translation intervention study. *J Rehabil Med*. 2012;44(2):118-24. Epub 2012/01/12.
75. Eccles M, Grimshaw J, Shekelle P, Schunemann H, Woolf S. Developing clinical practice guidelines: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. *Implementation Science*. 2012;7(1):60.
76. Galarneau Y, Rochette M, rédacteurs. Prévention et gestion des maladies chroniques - La perspective ministérielle. 3e Rendez-vous de la gestion des maladies chroniques, Orientations ministérielles en matière de maladies chroniques: directions-programmes MSSS,; 25-26 novembre 2010; Montréal.
77. Jetha N, Robinson K, Wilkerson T, Dubois N, Turgeon V, DesMeules M. Supporting knowledge into action: the Canadian best practices initiatives for health promotion and chronic disease prevention. *Canadian Journal of Public Health*. 2008;99(5):I-1(8).
78. Le Collège des médecins de famille du Canada. Trousse d'outils en soins de première ligne. 2011 [cité le 4 janvier 2011]; Disponible: <http://toolkit.cfpc.ca/fr/continuity-of-care/defining-chronic-diseases.php>.
79. Van Manen M. Phenomenological pedagogy and the question of meaning. Vandenberg, D, *Phenomenology and Educational Discourse* Johannesburg: Heinemann Higher and Further Education; 1996. p. 39-64.
80. Giorgi A. De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. Dans: Poupart J, Deslauriers

- J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayer R, Pires A, rédacteurs. La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 1997. p. 341-64.
81. Van der Zalm JE, Bergum V. Hermeneutic-phenomenology: providing living knowledge for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(1):211-8.
  82. Deslauriers J-P. Recherche qualitative : guide pratique. Montréal: McGraw-Hill; 1991. 142 p.
  83. Pires A. Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. . Dans: Éditeur. GM, editor. La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montreal: Poupart, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A.; 1997.
  84. Fenneteau H. Enquête : entretien et questionnaire. Paris: Dunod; 2002. 128 p.
  85. Arborio A-M, Fournier P, de Singly F. L'observation directe. 2e éd. Paris: Armand Colin; 2005. 127 p.
  86. Blanchet A, Ghiglione R, Massonnat J, Trognon A. Les techniques d'enquête en sciences sociales : observer, interviewer, questionner. Paris: Dunod; 2005. 197 p.
  87. Javeau C. L'enquête par questionnaire : manuel à l'usage du praticien. 4e éd. Bruxelles ; Paris: Éditions d'Organisation; 1990. 158 p.
  88. Lamoureux A. Recherche et méthodologie en sciences humaines. 2e éd. Laval: Éditions Études vivantes; 2000. 352 p.
  89. Pires AP. De quelques enjeux épistémologiques d'une méthode générale pour les sciences sociales. Dans: Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayer R, Pires A, rédacteurs. La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 1997. p. 3-52.
  90. Denzin N, Lincoln Y, rédacteurs. Handbook of Qualitative Reseach. 1994; Thousand Oaks, CA: Sage.
  91. Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 1997. 405 p.
  92. Poupart J. L'entretien de type qualitatif. Dans: Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayer R, Pires A, rédacteurs. La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 1997. p. 173-206.
  93. Green LA, Gorenflo DW, Wyszewianski L. Validating an instrument for selecting interventions to change physician practice patterns: a Michigan Consortium for Family Practice Research study. *J Fam Pract*. 2002;51(11):938-42. Epub 2002/12/18.
  94. Tamblyn R, Huang A, Kawasumi Y, Bartlett G, Grad R, Jacques A, et al. The Development and Evaluation of an Integrated Electronic Prescribing and Drug Management System for Primary Care. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2006;13(2):148-59.
  95. Wyszewianski L, Green LA. Strategies for changing clinicians' practice patterns. A new perspective. *J Fam Pract*. 2000;49(5):461-4. Epub 2000/06/03.
  96. Koutsavlis A, Paradis G, Renaud L. Dissémination des guides de pratiques chez les médecins. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique - Institut national de santé publique du Québec; 2001; Disponible: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/50331>.
  97. Baribeau C. Le journal de bord: un instrument de collecte de données indispensable. *Recherches qualitatives*. 2005;Hors série(2):98-144.



98. Van der Maren J-M. Méthodes de recherche pour l'éducation. 2e éd. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 1995. 502 p.
99. Paillé P. De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*. 1996;15:179-84.
100. Huberman A, M., Miles MB. *Analyse des données qualitatives - recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: Éditions De Boeck Université; 1991. 480 p.
101. Desgagné S. *Récits exemplaires de pratique enseignante : analyse typologique*. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec; 2005. 227 p.
102. Mukamurera J. Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*. 2006;26(1):110.
103. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications; 1989. 294 p.
104. Jefferies A, Simmons B, Ng E, Skidmore M. Assessment of multiple physician competencies in postgraduate training: utility of the structured oral examination. *Advances in Health Sciences Education*. 2011;16(5):569-77.
105. Swainson J, Marsh M, Tibbo PG. Psychiatric residents as teachers: development and evaluation of a teaching manual. *Acad Psychiatry*. 2010;34(4):305-9. Epub 2010/06/26.
106. Koetsier E, Boer C, Loer SA. Complaints and incident reports related to anaesthesia service are foremost attributed to nontechnical skills. *Eur J Anaesthesiol*. 2011;28(1):29-33. Epub 2010/08/25.
107. Cavalcanti RB, Detsky AS. Publishing history does not correlate with clinical performance among internal medicine residents. *Med Educ*. 2010;44(5):468-74. Epub 2010/03/30.
108. Koo J, Bains J, Collins MB, Dharamsi S. Residency research requirements and the CanMEDS-FM scholar role: perspectives of residents and recent graduates. *Can Fam Physician*. 2012;58(6):e330-6. Epub 2012/08/04.
109. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). *Organisation des services en matière d'accident vasculaire cérébral. Revue des données probantes, des politiques et des expériences. Rapport préparé par Brigitte Côté et Annie Tessier*. ETMIS. 2011;7(4):1-141.
110. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. *Applications to addictive behaviors*. *American Psychologist*. 1992;47(9):1102-14.
111. McCluskey A. *Increasing the use of research evidence by occupational therapists*. University of Western Sydney: School of Exercise and Health Sciences; 2004. Disponible: [http://www.otcats.com/summary/Final\\_EBP\\_Report\\_1\\_May.pdf](http://www.otcats.com/summary/Final_EBP_Report_1_May.pdf).
112. McCluskey A, Lovarini M. Providing education on evidence-based practice improved knowledge but did not change behaviour: a before and after study. *BMC Med Educ*. 2005;5:40.
113. Evidence-Based Intervention Work Group. Theories of change and adoption of innovations: The evolving evidence-based intervention and practice movement in school psychology. *Psychology in the Schools*. 2005;42(5):475-94.
114. West R. Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*. 2005;100(8):1036-9. Epub 2005/07/27.
115. Perrenoud P. *De la réflexion dans le feu de l'action à une pratique réflexive*. Université de Genève - Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation; 1998 [cité le 15 mai 2012];



Disponible:

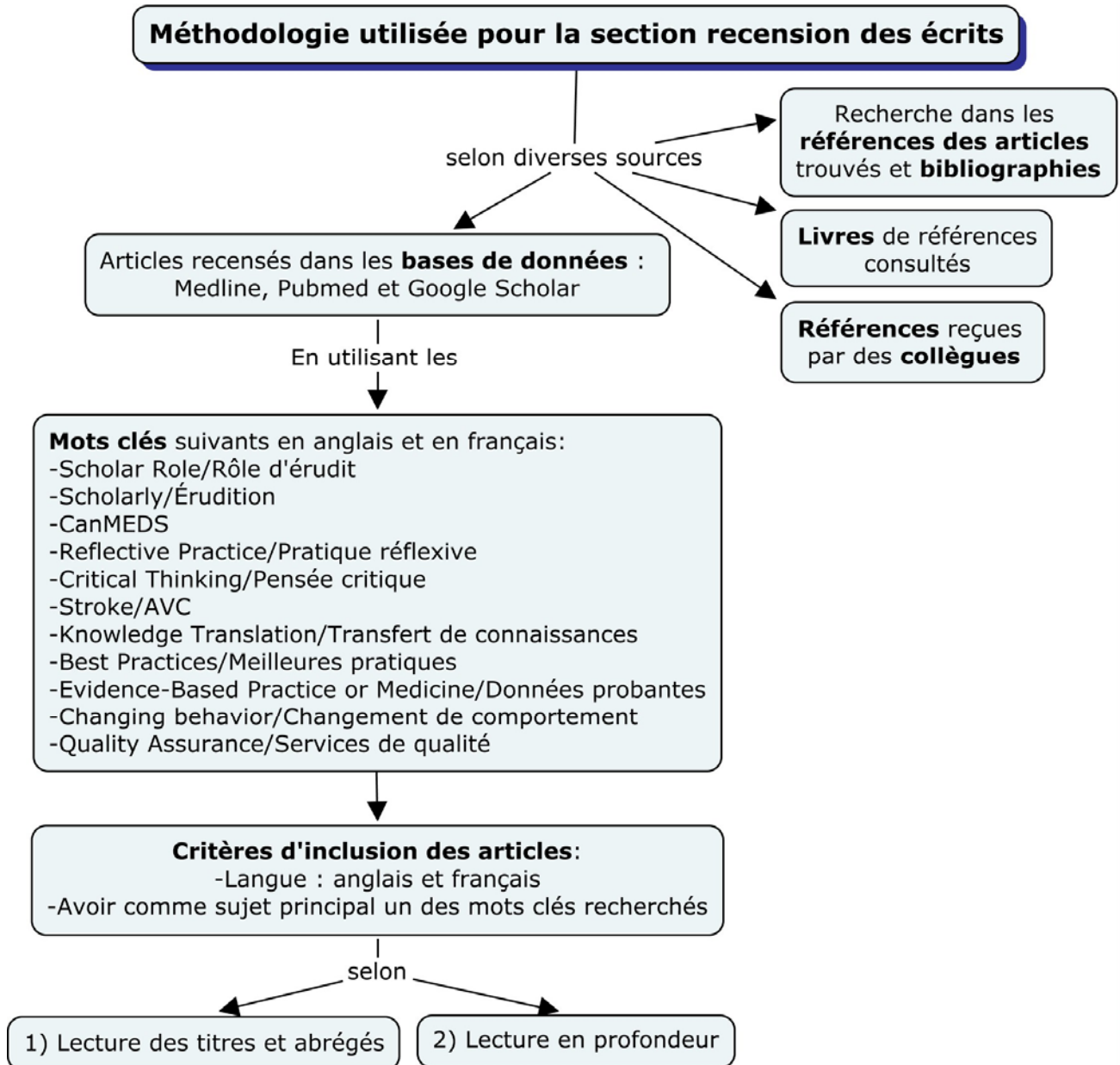
[http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_1998/1998\\_31.html](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1998/1998_31.html).

116. Jarvis P. The practitioner-researcher : developing theory from practice. 1st éd. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass; 1999. 199 p.
117. Sackett DL. Evidence-based medicine : how to practice and teach EBM. 2e éd. Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone; 2000. 26 p.
118. Law M. Evidence-based rehabilitation : a guide to practice. Thorofare, NJ: Slack; 2002. 364 p.
119. Craik J, Rappolt S. Theory of research utilization enhancement: a model for occupational therapy. Canadian journal of occupational therapy Revue canadienne d'ergotherapie. 2003;70(5):266-75. Epub 2004/02/03.
120. Pollock N, Rochon S. Becoming an evidence-based practitioner. Dans: Law M, editor. Evidence-based rehabilitation: A guide to practice. Thorofare: Slack Incorporated; 2002. p. 31-46.
121. McQueen J. Practice Development: Bridging the Research-Practice Divide through the Appointment of a Research Lead. The British Journal of Occupational Therapy. 2008;71(3):112-8.
122. Perrenoud P. Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation. Genève, Suisse: Université de Genève - Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation; 2001 [cité le 17 novembre 2012]; Disponible: [http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_2001/2001\\_02.html](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_02.html).
123. MacDermid JC, Graham ID. Knowledge translation: putting the "practice" in evidence-based practice. Hand Clinics. 2009;25(1):125-43. Epub 2009/02/24.
124. Csikszentmihalyi M. Vivre : la psychologie du bonheur. Paris: Robert Laffont; 2004. 282 p.
125. Csikszentmihalyi M. Flow : the psychology of optimal experience. 1st éd. New York: Harper & Row; 1990. xii, 303 p. p.
126. Tripp D. Critical incidents in teaching : developing professional judgement. London ; New York: Routledge; 1993. 164 p.
127. Vachon B, LeBlanc J. Effectiveness of past and current critical incident analysis on reflective learning and practice change. Med Educ. 2011;45(9):894-904. Epub 2011/08/19.
128. Eva KW, Armson H, Holmboe E, Lockyer J, Loney E, Mann K, et al. Factors influencing responsiveness to feedback: on the interplay between fear, confidence, and reasoning processes. Advances in health sciences education : theory and practice. 2012;17(1):15-26. Epub 2011/04/07.
129. Sweetland J, Craik C. The Use of Evidence-Based Practice by Occupational Therapists who Treat Adult Stroke Patients. The British Journal of Occupational Therapy. 2001;64(5):256-60.
130. Bennett S, Tooth L, McKenna K, Rodger S, Strong J, Ziviani J, et al. Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. Australian Occupational Therapy Journal. 2003;50(1):13-22.
131. McCluskey A. Occupational therapists report a low level of knowledge, skill and involvement in evidence-based practice. Australian Occupational Therapy Journal. 2003;50(1):3-12.

132. Metcalfe C, Lewin R, Wisher S, Perry S, Bannigan K, Moffett JK. Barriers to Implementing the Evidence Base in Four NHS Therapies: Dietitians, occupational therapists, physiotherapists, speech and language therapists. *Physiotherapy*. 2001;87(8):433-41.
133. Pollock AS, Legg L, Langhorne P, Sellars C. Barriers to achieving evidence-based stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 2000;14(6):611-7.
134. Jette DU, Bacon K, Batty C, Carlson M, Ferland A, Hemingway RD, et al. Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Physical Therapy*. 2003;83(9):786-805. Epub 2003/08/28.
135. Humphris D, Littlejohns P, Victor C, O'Halloran P, Peacock J. Implementing Evidence-Based Practice: Factors that Influence the Use of Research Evidence by Occupational Therapists. *The British Journal of Occupational Therapy*. 2000;63(11):516-22.
136. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999;282(15):1458-65. Epub 1999/10/27.
137. Rappolt S, Tassone M. How rehabilitation therapists gather, evaluate, and implement new knowledge. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2002;22(3):170-80.
138. Craik J, Rappolt S. Enhancing research utilization capacity through multifaceted professional development. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 2006;60(2):155-64. Epub 2006/04/07.
139. Flanagan JC. The critical incident technique. *Psychological Bulletin*. 1954;51(4):327-58.

## **Les Annexes**

## Annexe 1 – Stratégie de recherche et d'extraction des données selon les diverses sources consultées pour rédiger la recension des écrits



## **Annexe 2 – Lettre de recrutement aux coordonnateurs de recherche clinique des établissements ou aux gestionnaires**

**Contexte :** Suivant l’approbation éthique, Barbara Fillion, erg., étudiante à la maîtrise en pédagogie universitaire des sciences médicales à l’Université de Montréal et responsable de l’étude, contactera les personnes clés des différents établissements (pour solliciter leur collaboration à l’identification de professionnels potentiels (répondant aux critères) pour participer à l’étude. La sollicitation initiale se fera par un courriel aux gestionnaires, chefs de programme et coordonnateurs (selon le milieu) des programmes de réadaptation pour la clientèle AVC des sites affiliés au Centre de Recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR). Un rappel téléphonique, aux gestionnaires, chefs de programme et coordonnateurs (selon le milieu), sera fait deux semaines suivant l’envoi du courriel. Ces personnes seront invitées à faire suivre le courriel d’invitation aux professionnels de leur programme répondant aux critères d’admissibilités.

### **OBJET : Invitation à participer à une recherche — Comment vivez-vous l’application des connaissances en AVC sur le terrain?**

---

Madame, Monsieur (NOM),

Nous sollicitons votre aide afin de faire suivre ce courriel à toutes les personnes œuvrant dans votre programme et répondant aux critères suivants : être un professionnel de la santé (médecin, infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, travailleur social ou psychologue) ayant une expérience auprès de la clientèle AVC depuis plus de deux ans. En espérant pouvoir compter sur votre collaboration pour identifier des professionnels motivés à participer à cette étude.

#### **Message aux professionnels :**

☞ Vous travaillez auprès de la clientèle AVC depuis plus de deux ans?

☞ Vous êtes un professionnel de la santé c'est-à-dire médecin, infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, travailleur social ou psychologue?

S.V.P., prenez le temps de nous téléphoner pour prendre un rendez-vous, afin de participer à une entrevue pour une étude. Un montant de 80.00 \$ vous sera versé pour votre temps ou votre déplacement. La rencontre sera d’une durée maximale de 90 minutes à l’endroit de votre choix (centre de recherche-CRIR, milieu de travail, domicile). L’entrevue visera à discuter ensemble de votre perception quant à l’application de nouvelles connaissances dans votre pratique auprès de la clientèle AVC et des défis que cela peut représenter dans le contexte de votre travail actuel. Toutes les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

Pour plus d’information, veuillez-vous référer au fichier ci-joint « Formulaire d’information et de consentement détaillé » ou n’hésitez pas à nous contacter par téléphone ou via courriel (voir coordonnées ici-bas).

Votre participation est importante!

Au plaisir de se rencontrer,

**Barbara Fillion**, erg.

Étudiante à la M.A. Pédagogie universitaire des sciences médicales

**Numéro de téléphone : (514) \*\*\*-\*\*\*\***

**Adresse courriel : [adresse@courriel](mailto:adresse@courriel)**

## Annexe 3 – Guide d’entrevue

---

### GUIDE D’ENTREVUE VISANT À FACILITER LE DÉROULEMENT DES ENTREVUES INDIVIDUELLES DE CETTE ÉTUDE

(Version 3)

---

#### Préambule

Le but est de documenter vos perceptions et votre vécu de professionnels en neurologie le plus fidèlement possible. Il ne s’agit pas de voir dans un monde idéal ce que vous feriez, mais bien de parler de ce que vous faites réellement en tenant compte des contraintes de votre milieu. Il s’agit d’identifier ce qui est fait pour nous donner un portrait juste de la réalité de votre travail et de votre milieu. Nous allons aborder ce qui va bien et ce qui va moins bien et tenterons d’identifier les barrières personnelles, environnementales et institutionnelles à utiliser les meilleures pratiques, lignes directrices pour la clientèle AVC; afin d’aborder finalement qu’est-ce qui pourrait être changé dans vos pratiques pour offrir les meilleurs services, s’il y a lieu.

#### Différents thèmes (4)

- 1) perceptions, vécu et expériences des professionnels face aux 2) à 4).
- 2) pratique factuelle et formation continue (FC)
- 3) application des connaissances, rôle d’érudit
- 4) changements de comportements

---

#### Données sociodémographiques (transition après formulaire de consentement)

---

âge, sexe, profession, scolarité, nombre d’années d’expérience, nombre d’années d’expérience dans programme de neurologie post-AVC, statut d’embauche : temps plein/partiel (combien d’heures/sem.), conciliation travail/famille, etc.

---

#### Question #1 Perceptions / vécu

---

⇒ Décrivez-moi vos habitudes de travail, votre routine quotidienne, le contexte de votre travail, la présence de zones de confort ou d’inconfort.

*Thèmes à explorer si non abordés spontanément :*

- Qu’est-ce que vous changeriez dans votre routine?
- Qu’est-ce qui motive vos choix d’évaluation? (outils standardisés?)
- Qu’est-ce qui motive vos choix d’intervention?

- Comment vous sentez-vous pour la mise à jour de vos connaissances? Vous pouvez m'illustrer par un exemple concret?
- Parlez-moi de votre implication dans votre milieu de travail (comités, responsabilités, autres?)
- Niveau d'implication, sentiment d'appartenance?
- Décrivez-moi votre implication dans les prises de décisions du programme de neurologie? (consultation? exemples)
- Comment percevez-vous votre relation avec votre gestionnaire/chef de programme/coordonnateur? (niveau d'appui?)**
- Racontez-moi comment votre expérience influence votre travail.

### Question #2

#### Pratique factuelle et formation continue

⇒ Parlez-moi de la formation continue dans votre contexte – quelle importance ça a, comment vous la choisissez, la fréquence, ce que vous en reprenez, etc.

*Thèmes à explorer si non abordés spontanément :*

- [Pairs, collègues, ordre professionnel, syndicat, gestionnaires, organisations, institutions, lois?]
- Racontez-moi l'importance que prend la formation continue dans votre routine de travail.
- Pouvez-vous me donner un exemple concret?
- Quel type de formation continue privilégiez-vous ou préférez-vous et pourquoi?
- Combien de FC avez-vous par année? [à vos frais ou payée par votre employeur?]
- Est-ce que la F.C constitue une exigence de votre Ordre professionnel? Si oui, se sentent-ils appuyés de ce côté?
- Quelle était votre dernière FC? [cela remonte à quand? Qu'en avez-vous retenu?]
- Pour quelle raison avez-vous choisi cette FC?
- Stagiaires ?
- Portfolio professionnel ?

### Question #3

#### Application des connaissances, Érudition

⇒ Racontez-moi votre perception face à l'utilisation des données probantes pour offrir des services de qualité? (basés sur les plus récentes données probantes)

*Thèmes à explorer si non abordés spontanément :*

- Quelle est l'importance que vous accordez à offrir des services basés sur les données scientifiques?
- Avez-vous accès à ces données? Si oui à quel endroit cherchez-vous? -À quel moment cherchez-vous?



-Si non, savez-vous où les chercher en cas de besoin?

-Comment percevez-vous le défi d'accéder aux plus récentes données probantes en AVC?

-Comment percevez-vous le défi de vous approprier SPÉCIFIQUEMENT les plus récentes données probantes en réadaptation AVC?

-Racontez-moi comment se passe l'évaluation de la qualité des services chez-vous et comment vous accédez aux résultats?

-Quelle est votre perception en lien avec l'évaluation de la qualité des services?

-De quelle façon cette évaluation est faite dans votre milieu/programme?

[Comment ils procèdent? Agréments? Utilisation de questionnaire? Évaluation de la satisfaction vs réellement qualité des services? Ouverture à l'implantation de nouvelles pratiques? etc.]

-Que penseriez-vous d'une évaluation de la qualité des services qui décrit les meilleures pratiques?

-Décrivez-moi vos tâches de travail quotidiennes dans un monde idéal?

-Quelle est à votre avis, la meilleure formule d'évaluation de la qualité des services ?

-Comment décririez-vous le soutien ou l'aide reçu dans vos démarches d'offrir des services de qualité à la clientèle? Par qui?/quelles sont les sources?

---

#### Question #4

#### Changement de comportements

---

⇒ Que faites-vous quotidiennement pour changer vos façons de faire dans la perspective d'intégrer les nouvelles pratiques (nouveaux cadres théoriques, nouvelles évaluations standardisées, nouvelles interventions, etc.)

(Parlez-moi des problématiques (défis) associées à changer vos façons de faire dans votre routine de travail...)

*Thèmes à explorer si non abordés spontanément :*

1) -Quels sont, selon vous, les principaux **obstacles (ce qui limite)** dans votre **milieu** de travail à l'utilisation des meilleures pratiques?

- Quels sont, selon vous, les principaux **obstacles personnels** à l'utilisation des meilleures pratiques?

2) -Quels sont les facteurs qui facilitent le changement d'habitudes pour intégrer les meilleures pratiques dans votre routine de travail?

3) -Quelles sont vos préoccupations pour intégrer les apprentissages faits en formation continue dans votre quotidien, s'il y a lieu?

4) Décrivez-moi comment vous faites pour intégrer dans votre pratique quotidienne les enseignements reçus en formation continue? -Comment décririez-vous le soutien en lien avec cette intégration?

5)-Parlez-moi des 'champions', des personnes ressources dans votre milieu – avez-vous l'impression qu'il y en a et quel est leur rôle, influence?

Si oui par qui?

Si non qu'auriez-vous besoin? (fais référence au concept de « champion »)

---

#### **Question #5**

**Déterminer ils se situent à quel stade selon Prochaska et coll.**

---

⇒ Si vous aviez à cibler un comportement, une façon de faire à changer dans votre pratique pour vous rapprocher encore plus d'une pratique exemplaire, ça serait quoi?

*Thèmes à explorer si non abordés spontanément :*

-Qu'est-ce qui vous motiverait à changer?

-Quelles en seraient les retombées ou la valeur ajoutée de changer cette façon de faire?

-Quand pensez-vous que ce changement pourrait être réalistement effectif?

-Parlez-moi des obstacles et facilitateurs que vous anticipez en lien avec ce changement dans vos façons de faire.

## Annexe 4 – Questionnaire des typologies

### QUESTIONNAIRE DES TYPOLOGIES

Version adaptée et traduite du questionnaire de  
Green, L.A., D.W. Gorenflo, and L. Wyszewianski, Validating an instrument for selecting interventions to change physician practice patterns:  
a Michigan Consortium for Family Practice Research study. J Fam Pract, 2002, 51(11): p. 938-42.

Ce questionnaire est complémentaire aux données sociodémographiques recueillies en début d'entrevue. Les questions suivantes visent à connaître votre point de vue concernant votre pratique et les données probantes. Vous devez indiquer par un «X» votre niveau d'accord ou de désaccord à chacune des questions. Il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse et ces résultats sont strictement confidentiels.

	<i>Fortement en désaccord</i>	<i>En désaccord</i>	<i>Incertain</i>	<i>En accord</i>	<i>Fortement en accord</i>
1. L'expérience clinique est plus importante que les essais cliniques randomisés.					
2. Je me sens à l'aise de pratiquer d'une façon différente de mes collègues					
3. La pratique basée sur les données probantes est une bonne approche pour la réadaptation					
4. Je n'ai pas le temps de lire sur l'ensemble des données en réadaptation					
5. Je tends à changer la façon dont je traite un problème lorsque mes collègues locaux font le même changement					
6. J'applique les lignes directrices si elles ne me créent pas trop d'inconvénients					
7. Les opinions des experts devraient guider la pratique en réadaptation					
8. Je suis trop occupé(e) à prendre soin de mes clients pour être à jour avec la littérature récente					
9. L'expérience clinique est la façon la plus fiable de savoir ce qui fonctionne vraiment					
10. Je suis mal à l'aise de faire les choses différemment de la façon dont j'ai été formé(e)					
11. Je suis souvent critique des pratiques					

	<i>Fortement en désaccord</i>	<i>En désaccord</i>	<i>Incertain</i>	<i>En accord</i>	<i>Fortement en accord</i>
acceptées					
12. Lorsque possible, les soins des clients devraient être basés sur les essais cliniques randomisés plutôt que sur l'opinion des experts					
13. Mes collègues me considèrent comme une personne qui n'est pas facilement influençable					
14. Je respecte les lignes directrices en autant qu'elles n'interfèrent pas trop avec le flot des patients					
15. Ce n'est pas prudent de pratiquer de façon différente de mes collègues					
16. Les meilleures lignes directrices sont basées sur les résultats d'essais cliniques randomisés					
17. La pratique basée sur des données probantes n'est pas très applicable à la réalité clinique					

## Annexe 5 – Certificat du comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR

Comité d'éthique de la recherche  
des établissements du CRIR



### Certificat d'éthique

Par la présente, le comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR (CÉR) atteste qu'il a évalué, lors de sa réunion du 28 avril 2010, le projet de recherche CRIR-485-0310 A intitulé:

« Perception des cliniciens, travaillant auprès de la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC), quant à l'application des connaissances au quotidien ».

Présenté par: Barbara Fillion et Annie Rochette

Le présent projet répond aux exigences éthiques de notre CÉR. Le Comité autorise donc sa mise en œuvre sur la foi des documents suivants :


- Formulaire A daté du 24 février 2010 ;
- Formulaire du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, daté du 17 mars 2010, mentionnant que le projet est acceptable sur le plan de la convenance institutionnelle ;
- Formulaire de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, daté du 22 mars 2010, mentionnant que le projet est acceptable sur le plan de la convenance institutionnelle ;
- Grille d'évaluation scientifique du projet de recherche datée du 6 mars 2010 ;
- Protocole de recherche intitulé « Perception des cliniciens, travaillant auprès de la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC), quant à l'application des connaissances au quotidien » ;
- Formulaire de consentement au projet de recherche (version du 7 juin 2010);
- Courriel de recrutement ;
- Guide d'entrevue visant à faciliter le déroulement des entrevues individuelles de cette étude;
- Questionnaire « Échelle critique de soi (Tennessee Self-concept Scale)»

Ce projet se déroulera dans les sites du CRIR suivants : Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Centre de réadaptation Constance Lethbridge, Centre de réadaptation Le Bouclier et Hôpital juif de réadaptation.

Ce certificat est valable pour un an. En acceptant le présent certificat d'éthique, le chercheur s'engage à :

1. Informer, dès que possible, le CÉR de tout changement qui pourrait être apporté à la présente recherche ou aux documents qui en découlent (Formulaire M) ;
2. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout incident ou accident lié à la procédure du projet ;
3. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, ou encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet ;
4. Notifier, dès que possible, le CÉR de toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme de subvention ou de réglementation ;

5. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet ainsi que la décision du CÉR ;
6. Notifier, dès que possible, le CÉR de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet. Cette modification doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions sur celles-ci sur les sujets de recherche ;
7. Fournir annuellement au CÉR un rapport d'étape l'informant de l'avancement des travaux de recherche (formulaire R) ;
8. Demander le renouvellement annuel de son certificat d'éthique ;
9. Tenir et conserver, selon la procédure prévue dans la *Politique portant sur la conservation d'une liste des sujets de recherche*, incluse dans le cadre réglementaire des établissements du CRIR, une liste des personnes qui ont accepté de prendre part à la présente étude ;
10. Envoyer au CÉR une copie de son rapport de fin de projet / publication.

  
Me Michéel T. Giroux  
Président du CÉR

  
Date d'émission  
7 juin 2010





## Certificat d'éthique (Renouvellement)

Pour fins de renouvellement, le Comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR, selon la procédure d'évaluation accélérée en vigueur, a examiné le projet de recherche **CRIR-485-0310A** intitulé :

« Perception des cliniciens, travaillant auprès de la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC), quant à l'application des connaissances au quotidien ».

Présenté par: **Barbara Fillion et Annie Rochette**

Le présent projet répond aux exigences éthiques de notre CÉR. Ce projet se déroule dans les sites suivant : **Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Centre de réadaptation Constance Lethbridge, Centre de réadaptation Le Bouclier et Hôpital juif de réadaptation.**

Ce certificat est valable pour un an. En acceptant le présent certificat d'éthique, le chercheur s'engage à :

1. Informer, dès que possible, le CÉR de tout changement qui pourrait être apporté à la présente recherche ou aux documents qui en découlent (Formulaire M) ;
2. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout incident ou accident lié à la procédure du projet ;
3. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, ou encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet ;
4. Notifier, dès que possible, le CÉR de toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme de subvention ou de réglementation ;
5. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet ainsi que la décision du CÉR ;
6. Notifier, dès que possible, le CÉR de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet. Cette modification doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions sur celles-ci sur les sujets de recherche ;
7. Fournir annuellement au CÉR un rapport d'étape l'informant de l'avancement des travaux de recherche (formulaire R) ;
8. Demander le renouvellement annuel de son certificat d'éthique ;
9. Tenir et conserver, selon la procédure prévue dans la *Politique portant sur la conservation d'une liste des sujets de recherche*, incluse dans le cadre réglementaire des établissements du CRIR, une liste des personnes qui ont accepté de prendre part à la présente étude ;
10. Envoyer au CÉR une copie de son rapport de fin de projet / publication.

Me Michel T. Giroux  
Président du CÉR



Date d'émission  
7 juin 2011

## Certificat d'éthique (Renouvellement)

Pour fins de renouvellement, le Comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR, selon la procédure d'évaluation accélérée en vigueur, a examiné le projet de recherche CRIR-485-0310A intitulé :

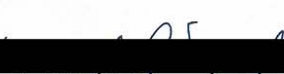
« Perception des cliniciens, travaillant auprès de la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC), quant à l'application des connaissances au quotidien ».

Présenté par: **Barbara Fillion**  
**Annie Rochette**

Le présent projet répond aux exigences éthiques de notre CÉR. Ce projet se déroule dans les sites suivant : Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Centre de réadaptation Constance Lethbridge, Centre de réadaptation Le Bouclier et Hôpital juif de réadaptation.

Ce certificat est valable pour un an. En acceptant le présent certificat d'éthique, le chercheur s'engage à :

1. Informer, dès que possible, le CÉR de tout changement qui pourrait être apporté à la présente recherche ou aux documents qui en découlent (Formulaire M) ;
2. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout incident ou accident lié à la procédure du projet ;
3. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, ou encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet ;
4. Notifier, dès que possible, le CÉR de toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme de subvention ou de réglementation ;
5. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet ainsi que la décision du CÉR ;
6. Notifier, dès que possible, le CÉR de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet. Cette modification doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions sur celles-ci sur les sujets de recherche ;
7. Fournir annuellement au CÉR un rapport d'étape l'informant de l'avancement des travaux de recherche (formulaire R) ;
8. Demander le renouvellement annuel de son certificat d'éthique ;
9. Tenir et conserver, selon la procédure prévue dans la *Politique portant sur la conservation d'une liste des sujets de recherche*, incluse dans le cadre réglementaire des établissements du CRIR, une liste des personnes qui ont accepté de prendre part à la présente étude ;
10. Envoyer au CÉR une copie de son rapport de fin de projet / publication.

  
Me Michel T. Giroux  
Président du CÉR



Date d'émission  
7 juin 2012



## **Annexe 6 – Formulaire d’information et de consentement**

### **Titre de la recherche**

Perception des professionnels, travaillant auprès de la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC), quant à l’application des connaissances au quotidien.

### **Étudiante/Chercheur — Responsable de l’étude**

Barbara Fillion, erg.

Étudiante à la maîtrise en pédagogie universitaire des sciences médicales, Faculté des sciences de l’éducation, Université de Montréal.

Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain-Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRIR-CRLB)

[adresse@courriel](mailto:adresse@courriel)

Téléphone : (514) \*\*\*-\*\*\*\*

### **Financement du projet de recherche**

Obtention d’une bourse d’étude de 2<sup>e</sup> cycle du Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de la Faculté de médecine de l’Université de Montréal.

### **Directrice de recherche**

Annie Rochette, erg. Ph. D.

Professeur adjoint, programme d’ergothérapie de l’École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain-Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRIR-CRLB)

[adresse@courriel](mailto:adresse@courriel)

Téléphone : (514) \*\*\*-\*\*\*\*

### **Financement de l’étude**

La réalisation de cette étude est rendue possible grâce à des fonds de recherche de la directrice, Annie Rochette.

## **A) Renseignements aux participants**

### **Introduction**

Nous sollicitons votre participation à une étude en pédagogie des sciences médicales impliquant une seule rencontre à l’endroit de votre choix. Nous discuterons de vos perceptions en lien avec le transfert des connaissances et leur application dans votre pratique en réadaptation post-AVC. Les écrits scientifiques ont démontré qu’il y a un écart important entre les pratiques actuelles et les meilleures pratiques/lignes directrices. Étant donné l’accroissement exponentiel des données scientifiques (résultats de recherche), il est important de bien documenter, selon le point de vue des professionnels, comment l’intégration des connaissances est vécue en pratique clinique. Les résultats contribueront à améliorer les stratégies de transfert de connaissances pour répondre avec justesse aux besoins et attentes identifiés par les professionnels sur le terrain.

Avant d'accepter de participer à cette étude, veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur et aux autres membres du personnel affectés à l'étude. Vous trouverez leurs coordonnées sous la rubrique personnes-ressources un peu plus loin.

### **Objectifs de l'étude**

- 1) Documenter les perceptions et le vécu des professionnels des programmes de neurologie post-AVC face au transfert des connaissances et à l'appropriation clinique des meilleures pratiques.
- 2) Identifier les aspects facilitant ou entravant l'engagement des professionnels dans le processus de changement d'habitude de travail au quotidien.

### **Nature et durée de la participation**

Le projet de recherche consiste à rencontrer le chercheur principal pour une entrevue d'une durée maximale de 90 minutes à un moment qui vous convient et dans un lieu (centre de recherche vs milieu de travail vs domicile) que vous choisirez.

Cette entrevue portera sur votre expérience personnelle de travail au programme de neurologie, vos attitudes, vos perceptions et vos besoins relativement au transfert de connaissances en général et à l'implication lors de changements de comportements pour intégrer les données probantes aux pratiques courantes.

### **Avantages pouvant découler de votre participation**

Il y a peu d'avantages personnels à participer à cette étude, mis à part que vous contribuerez à améliorer les connaissances que nous avons quant à la réalité de travail des professionnels dans les programmes de neurologie. Il est entendu que votre participation à l'étude pourrait vous permettre de faire le point sur votre expérience et votre routine de travail.

### **Inconvénients**

Les inconvénients reliés à votre participation à cette étude sont minimes. La durée de l'entrevue, estimée à un maximum de 90 minutes, peut représenter pour certaines personnes un inconvénient.

### **Indemnité compensatoire**

Des frais d'indemnisation d'une valeur de 80,00 \$ seront remis à chacun des participants afin de dédommager le temps et/ou le déplacement. On vous demandera de signer un formulaire attestant la réception de ce montant.

### **Risques pouvant découler de votre participation**

Répondre aux questions de l'entrevue ne présente pas de risque pour votre santé physique ou psychologique et ne vous causera pas de préjudices au sein de votre milieu de travail face à l'employeur, aux collègues ou au syndicat.

### **Confidentialité**

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Les entrevues seront enregistrées sur bandes audio et transcrites intégralement. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un numéro et seul le chercheur principal aura la liste des participants et des numéros qui leur auront été attribués. De plus, toutes les données écrites et enregistrées (audio) seront conservées sous clé dans un bureau fermé du CRIR – site du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB) par la responsable de l'étude pour une période de 5 ans suivant la fin du projet, après quoi, elles seront détruites. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée.

### **Droit de retrait**

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps sur simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur, au numéro de téléphone indiqué ci-dessous. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements (enregistrement et notes manuscrites) qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

### **Entente et clause de responsabilité**

Vous comprenez qu'en signant ce formulaire, vous avez lu et compris clairement toutes les informations fournies. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs de leurs obligations légales et professionnelles.

### **Personnes ressources**

Si vous avez des questions sur l'étude ou encore pour aviser de votre retrait de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps la responsable de l'étude, **Barbara Fillion au numéro de téléphone : (514) \*\*\*-\*\*\*\*** ou à l'adresse courriel suivante: [adresse@courriel](mailto:adresse@courriel)

Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec **Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR** au **(514) \*\*\*-\*\*\*\* poste \*\*\*\*** ou par courriel à l'adresse suivante: [adresse@courriel](mailto:adresse@courriel).

Merci pour votre participation à cette étude. Une copie du formulaire d'information et de consentement signé vous sera remise.

**B) Consentement**

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et avoir compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche et de ma participation.

Je, soussigné(e), consens librement et volontairement à prendre part à cette recherche. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision sans aucune pression. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans aucun préjudice, sur simple avis verbal et sans devoir justifier ma décision.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

Signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

*Je consens à ce que les données anonymisées recueillies dans le cadre de cette étude soient utilisées pour des projets de recherche subséquents de même nature, conditionnellement à leur approbation éthique et dans le respect des mêmes principes de confidentialité et de protection des informations*

Oui

Non

\_\_\_\_\_  
Nom du participant en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date

**Engagement du chercheur**

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées. Je certifie avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement et lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet.

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

Signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

**Seriez-vous intéressé à recevoir un résumé des résultats de l'étude ?**

Oui par la poste 

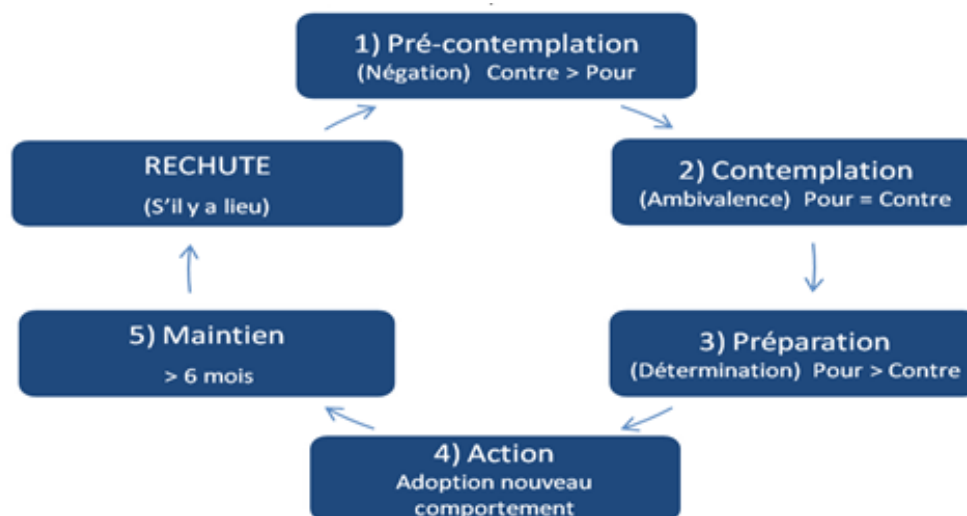
\_\_\_\_\_

par courriel 

\_\_\_\_\_

Non

## Annexe 7 – Le modèle transthéorique de changement de comportement selon Prochaska et Di Clemente (110)



Le **stade 1 – Précontemplation** : Il n’y a pas d’intention de modification de comportement puisqu’aucune raison de le faire ne justifierait sa démarche soit parce que la personne ignore qu’il existe un problème, ou parce qu’elle ignore les répercussions que pourrait avoir son comportement soit parce ses essais infructueux de changer l’ont convaincue qu’elle n’en est pas en mesure.

Le **stade 2 – Contemplation** : Désormais conscient du problème, l’individu en attribue la cause à des facteurs externes. Incertain des actions à entreprendre, il analyse les inconvénients et les éléments favorables engendrés par la situation et n’a pas encore pris de décision.

Le **stade 3 – Préparation** : L’intention de changer a pris forme chez la personne ou elle a déjà agi en ce sens sans obtenir les résultats escomptés. Elle a élaboré un plan d’action.

Le **stade 4 – Action** : L’individu change des comportements, ce qui nécessite la mobilisation de beaucoup de temps et d’énergie.

Le **stade 5 – Maintien** : Il s’agit à cette ultime étape de consolider les changements de manière à assurer leur pérennité à long terme. Il y aurait, d’après les auteurs, trois à quatre essais sont généralement nécessaires avant d’obtenir un maintien à long terme assurant un changement permanent. Lors des tentatives subséquentes, l’individu régresse à un stade plus bas, retournant par contre rarement à celui de la précontemplation, et réinvestit les apprentissages réalisés lors des essais précédents en tentant une approche différente à travers les étapes.