



**UTILISATION D'INSTRUMENTS DE MESURE AVEC DES  
PERSONNES AYANT SUBI UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL :  
UNE ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE AUPRÈS  
D'ERGOTHÉRAPEUTES EN SUISSE ROMANDE**

**Anne Martine Bertrand<sup>1</sup>, Anouk Howald<sup>2</sup>, Julia Siegenthaler<sup>3</sup>, Nicolas Kuhne<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> *Ergothérapeute, PhD, Professeure HES, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse*

<sup>2</sup> *Ergothérapeute, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse,*

<sup>3</sup> *Ergothérapeute, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse,*

<sup>4</sup> *Ergothérapeute, PhD, Professeur HES, HETS&Sa-EESP, Filière ergothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse*

Adresse de contact : [martine.bertrand@eesp.ch](mailto:martine.bertrand@eesp.ch)

Reçu le : 14.10.2014 – Accepté le 04.01.2015

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v1n1.23

ISSN: 2297-0533. URL: <http://www.rfre.org>



## RÉSUMÉ

L'intérêt des instruments de mesure standardisés est reconnu en ergothérapie et plusieurs organisations professionnelles promeuvent leur utilisation. Les résultats d'études anglo-saxonnes montrent toutefois que les ergothérapeutes n'y ont pas tous recours dans leur pratique et que ceux qui en utilisent ne le font pas de manière fréquente. Les instruments de mesure étant développés et diffusés surtout en anglais, il est possible que les ergothérapeutes francophones en utilisent encore moins. Les objectifs de l'étude étaient : 1) de décrire les instruments de mesure standardisés utilisés auprès de personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral par les ergothérapeutes en Suisse romande ; et 2) de décrire leur perception de facteurs facilitant ou entravant la sélection et l'utilisation d'instruments de mesure standardisés. Une enquête par questionnaire postal et en ligne a été menée. Soixante-sept ergothérapeutes y ont répondu. Quarante (60 %) participants ont indiqué utiliser des instruments de mesure standardisés et en ont cité 45 différents. Les versions utilisées sont à plus de 80 % en français et les participants indiquent ne pas savoir si ces dernières sont validées dans un tiers des cas. Enfin, les participants estiment que l'accès aux informations et aux instruments de mesure en français est mauvais. Les acteurs de la recherche et du développement de même que ceux de la formation devraient mettre en œuvre des stratégies permettant de faciliter la sélection et l'utilisation d'instruments de mesure par les ergothérapeutes francophones de Suisse.

## MOTS-CLÉS

Instruments de mesure standardisés, Accident vasculaire cérébral, Enquête

## **USE OF STANDARDIZED MEASUREMENT INSTRUMENTS BY OCCUPATIONAL THERAPISTS WORKING IN FRENCH-SPEAKING SWITZERLAND WITH PEOPLE WHO HAVE HAD A STROKE: A QUESTIONNAIRE BASED SURVEY**

### **ABSTRACT**

The value of standardized measurement instruments is recognized in occupational therapy and many professional organizations promote their use. However, results of Anglo-Saxon studies show that some occupational therapists do not use them in their practice and that those who use them do not do so routinely. Since standardized measurement instruments are developed and disseminated mainly in English, it is possible that French occupational therapists use them even less. The objectives of the study were: 1) to investigate the current use of standardized measurement instruments by occupational therapists in French-speaking Switzerland for assessing the characteristics of people who have had a stroke; 2) to describe their perception of factors facilitating or hindering selection and use of standardized measurement instruments. A mixed-mode (postal/online) survey was conducted. Sixty-seven occupational therapists filled in a questionnaire. Forty (60 %) participants reported using standardized measurement instruments with 45 different ones. They use French versions most of the time (80 %) and, in a third of cases, report that they do not know if the versions are valid. Finally, participants felt that access to information and measurement instruments in French is poor. Those involved in research and development as well as in education ought to implement strategies to facilitate the selection and use of standardized measurement instruments by Swiss-French occupational therapists.

### **KEYWORDS**

Standardized measurement instruments, Stroke, Survey

## INTRODUCTION

Depuis les années 1980, de nombreux instruments de mesure standardisés ont été développés en réadaptation. Leur développement s'est réalisé en parallèle avec celui des interventions et la nécessité croissante d'en évaluer l'efficacité. À ce jour, l'utilité des instruments de mesure standardisés est largement reconnue en ergothérapie, comme dans d'autres professions de la santé. En effet, ils permettent de produire des données qui peuvent être compilées, comparées et transmises (Meyer, 2007). Celles-ci peuvent contribuer à faciliter la communication avec les clients et avec les autres professionnels. Elles peuvent aussi soutenir les raisonnements pour établir la problématique des clients, de même qu'elles sont utiles pour définir les objectifs et déterminer leur atteinte. Les instruments de mesure servent donc directement les cliniciens, mais ils permettent aussi de documenter les besoins et de montrer l'efficacité des interventions en ergothérapie, contribuant ainsi à la promotion de la profession (Gutman, Mortera, Hinojosa et Kramer, 2007).

Bien que plusieurs organisations professionnelles promeuvent l'emploi d'instruments de mesure standardisés (AOTA, 2014 ; COT, 2013 ; WFOT, 2011), leur utilisation dans les milieux cliniques reste modeste. Des études menées auprès d'ergothérapeutes du Royaume-Uni, d'Australie et d'Irlande montrent qu'ils recourent fréquemment à des instruments non standardisés, des évaluations dites « maison » (Blenkiron, 2005 ; Cook, McCluskey et Bowman, 2007 ; Stapleton et Galvin, 2005 ; Stapleton et McBrearty, 2009 ; Walker, Drummond, Gatt et Sackley, 2000). Ils utilisent aussi des instruments de mesure standardisés dans des proportions variant entre 50 % et 90 % (Blenkiron, 2005 ; Cook *et al.*, 2007 ; Piernik-Yoder et Beck, 2012 ; Stapleton et McBrearty, 2009 ; Walker *et al.*, 2000). Toutefois, ils utilisent un nombre d'instruments restreint (Cook *et al.*, 2007 ; Piernik-Yoder et Beck, 2012 ; Stapleton et McBrearty, 2009) ou les utilisent de manière peu fréquente (Blenkiron, 2005 ; Piernik-Yoder et Beck, 2012 ; Walker *et al.*, 2000). Enfin, ils utilisent très peu d'instruments de mesure standardisés spécifiques à l'ergothérapie ou qui concernent les occupations (Cook *et al.*, 2007 ; Piernik-Yoder et Beck, 2012 ; Stapleton et McBrearty, 2009 ; Walker *et al.*, 2000).

Un constat similaire est dressé pour d'autres professions, comme la physiothérapie, la logopédie ou les soins infirmiers (Bland *et al.*, 2013 ; Burton, Tyson et McGovern, 2013). Ainsi, si les enquêtes sur les pratiques des physiothérapeutes rapportent bien l'utilisation d'un ou de plusieurs instruments de mesure (Jette, Halbert, Iverson, Miceli et Shah, 2009 ; Stokes et O'Neill, 2008 ; Van Peppen, Maissan, Van Genderen, Van Dolder et Van Meeteren, 2008), c'est toutefois pour des fréquences faibles à modérées (Stokes et O'Neill, 2008 ; Van Peppen *et al.*, 2008). Par ailleurs, les instruments de mesure reconnus comme ayant de très bonnes qualités sont peu utilisés (Abrams *et al.*, 2006 ; Copeland, Taylor et Dean, 2008 ; Van Peppen *et al.*, 2008).

Avec pour ambition de comprendre cette situation, et éventuellement de contribuer à combler l'écart entre les recommandations et la pratique, plusieurs études ont cherché à identifier les facteurs qui influencent l'utilisation des instruments de me-

sure par les ergothérapeutes et les physiothérapeutes. Parmi les facteurs d'obstacle à l'utilisation, celui le plus souvent relevé est le temps nécessaire à l'administration ou à l'interprétation des données (Abrams *et al.*, 2006 ; Cook *et al.*, 2007 ; Jette *et al.*, 2009 ; Stapleton et McBrearty, 2009 ; Stokes et O'Neill, 2008 ; Van Peppen *et al.*, 2008). Le manque de temps pour faire des recherches et choisir les instruments est aussi mis en avant (Blenkiron, 2005 ; Wedge *et al.*, 2012). Le manque de ressources financières et le manque de consensus parmi les collègues sont aussi considérés comme des facteurs limitants (Blenkiron, 2005 ; Cook *et al.*, 2007 ; Skinner et Turner-Stokes, 2006). Plusieurs études relèvent également que les connaissances limitées des cliniciens sur la sélection et l'administration des instruments de mesure ainsi que sur l'interprétation des résultats sont associées à la non-utilisation (Blenkiron, 2005 ; Bowman, 2006 ; Cook *et al.*, 2007 ; Jette *et al.*, 2009 ; Swinkels, van Peppen, Wittink, Custers et Beurskens, 2011). Enfin, la perception que les instruments de mesure sont peu pertinents et inadaptés à la pratique et à la clientèle est aussi rapportée comme étant un important facteur limitant (Blenkiron, 2005 ; Cook *et al.*, 2007 ; Stapleton et McBrearty, 2009).

Des facteurs facilitant l'utilisation d'instruments de mesure ont aussi été identifiés. Parmi ceux-ci, il y a la reconnaissance d'avantages associés à leur utilisation (p. ex. mesurer des changements) (Cook *et al.*, 2007 ; Copeland *et al.*, 2008 ; Stapleton et McBrearty, 2009 ; Swinkels *et al.*, 2011) et le fait d'être familier avec les instruments de mesure et leur utilisation (Copeland *et al.*, 2008 ; Van Peppen *et al.*, 2008). En lien avec le lieu de travail, une bonne collaboration entre collègues liée à l'utilisation d'instruments de mesure (Van Peppen *et al.*, 2008) ainsi que la présence d'instruments de mesure (Cook *et al.*, 2007) sont des raisons associées à leur utilisation. Enfin, la possibilité de recourir à un spécialiste faciliterait la sélection des instruments de mesure et leur utilisation (Huijbregts, Myers, Kay et Gavi, 2002).

Considérant que l'utilisation d'instruments de mesure dépend des qualités propres de ces derniers, mais aussi des caractéristiques des utilisateurs et de l'environnement dans lequel ils évoluent, il paraît difficile d'appliquer directement l'ensemble des résultats issus des études recensées à la situation des ergothérapeutes francophones de Suisse. En effet, des éléments liés à la langue des instruments, à l'avancée des disciplines, aux organisations et aux systèmes d'assurances sont ou peuvent être différents.

En l'occurrence, parmi les différences notables et susceptibles d'avoir un impact sur la sélection et l'utilisation d'instruments de mesure figure le manque d'instruments de mesure disponibles et validés en français (Tennant *et al.*, 2004). Il est ainsi possible que les ergothérapeutes francophones utilisent des versions d'instruments non validés (de plus en plus présentes sur les sites web et souvent incomplètes) ou encore des instruments de mesure validés en anglais, sans toutefois avoir les compétences linguistiques nécessaires pour les utiliser dans cette langue.

Par ailleurs, en comparaison internationale, l'expérience de recherche en ergothérapie est très récente et l'offre de formation universitaire, de deuxième et troisième cycle, accessible aux ergothérapeutes est très limitée en Suisse romande. De ce

fait, un nombre restreint d'ergothérapeutes possède des compétences avancées associées à la sélection des instruments de mesure et à l'interprétation des résultats.

Finalement, un ensemble d'éléments contextuels dépendant des organisations ne semble pas favoriser l'utilisation des instruments de mesure. La taille des services est plutôt petite, en comparaison avec ceux des grandes villes des pays anglo-saxons. La pratique libérale est bien développée et de nombreux ergothérapeutes travaillent seuls ou en équipe restreinte : 768 organisation ou cabinets sont enregistrés à l'Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE), pour un nombre total d'ergothérapeutes en Suisse estimé à 2 700. De plus, de manière générale, l'accès aux bases de données et aux articles scientifiques en ligne est limité dans les services. En conséquence, les échanges entre les ergothérapeutes et l'accès aux informations sont particulièrement limités.

En Suisse, les ergothérapeutes ne sont pas soumis à un examen des procédures d'évaluation, de l'analyse des résultats et des plans d'intervention qui figurent dans les dossiers des clients par un organe de surveillance et de contrôle, comme un ordre professionnel. Les ergothérapeutes sont donc libres d'utiliser ou non des instruments de mesure, sous réserve de prescriptions médicales spécifiques. Toutefois, les organisations d'ergothérapie doivent participer « aux mesures de contrôle de qualité (art. 77) qui garantissent que leur champ d'activité soit rempli et que des soins adéquats et de bonne qualité soient dispensés » (OAMal, 1995). À cette fin, dans le cadre de la convention signée entre les prestataires d'ergothérapie et les assureurs, les ergothérapeutes participent à une évaluation ponctuelle des résultats de leurs thérapies (Roos *et al.*, 2010) au moyen du Goal Attainment Scaling (GAS) (Kiresuk et Sherman, 1968). Cet instrument de mesure sert à évaluer l'atteinte des objectifs d'intervention préalablement déterminés avec les clients.

Au vu de l'importance des instruments de mesure pour la clinique et considérant ces spécificités locales, il nous a paru nécessaire de dresser un état de la situation en Suisse romande pour permettre d'éventuelles actions de soutien ou de formation.

Cette étude vise donc : 1) à décrire les instruments utilisés auprès de personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC) par les ergothérapeutes en Suisse romande ; et 2) à décrire leur perception à l'égard de facteurs facilitant ou entravant la sélection et l'utilisation d'instruments de mesure.

La clientèle des personnes ayant eu AVC, comme clientèle visée par l'évaluation, a été choisie parce qu'elle est importante en réadaptation (ICIS, 2008 ; Rijken et Dekker, 1998), parce que de nombreux instruments de mesure ont été développés ou validés pour elle (Salter, Teasell, Foley et Jutai, 2007) et, enfin, parce que la plupart des études sur l'utilisation d'instruments de mesure par les ergothérapeutes la concernent. Ce choix permet de constituer un échantillon suffisamment grand et de faciliter l'interprétation des résultats.

## MÉTHODES

### Recrutement des participants

Comme il n'y a pas de liste exhaustive recensant les ergothérapeutes travaillant en Suisse, les participants ont été recrutés via les services d'ergothérapie de Suisse romande. Ces derniers ont été identifiés à l'aide de listes disponibles sur des sites web (ASE, sections cantonales de l'ASE et Santéromande.ch). Ils ont été sélectionnés s'ils indiquaient une spécialité en neurologie, en médecine ou en médecine physique pour ceux du secteur privé et en neurologie ou en réadaptation pour ceux du secteur public. Au total, 196 services ont été sélectionnés.

Un seul répondant par service a été invité à participer à l'étude afin de réduire les sources d'erreurs associées à la couverture et aux non-réponses (Dillman, Smyth et Christian, 2009). Pour être admissible, l'ergothérapeute devait travailler dans le service depuis une année et avoir mené, au cours de cette période, des interventions auprès d'au moins cinq personnes ayant eu un AVC. Si plus d'un ergothérapeute d'un même service était admissible, il était demandé de désigner comme répondant celui qui, au cours de la dernière année, était intervenu auprès du plus grand nombre de clients ayant eu un AVC.

### Collecte des données

Une enquête mixte, postale et en ligne, a été utilisée pour recueillir les données. Cette méthode permet un taux de réponse comparable à une enquête postale seule (Dillman *et al.*, 2009 ; Zuidgeest, Hendriks, Koopman, Spreuwenberg et Rademakers, 2011). L'enquête a été menée de janvier à mars 2013. Une lettre d'invitation précisant le but de l'étude, les critères d'admissibilité, l'adresse Internet du questionnaire en ligne et un code d'accès a été envoyée aux 196 services sélectionnés. Trois semaines après l'envoi de la lettre d'invitation, une lettre de rappel accompagnée d'une version papier du questionnaire et d'une enveloppe-réponse affranchie a été envoyée aux services qui n'avaient pas encore répondu. Enfin, trois semaines plus tard, une carte postale de rappel a été envoyée.

Le questionnaire comprenait six sections regroupant les questions par thème. La première section rappelait les critères d'admissibilité et comprenait une question permettant de s'assurer que le répondant les remplissait et, selon le cas, de documenter les raisons de la non-participation. La deuxième section comprenait des questions sur les caractéristiques des répondants et de leur service. Dans la troisième section, après avoir spécifié le terme instrument de mesure standardisé (« un instrument dont la procédure contient des instructions détaillées sur l'administration et la cotation et dont

les qualités psychométriques (la fidélité<sup>1</sup> et la validité<sup>2</sup>) ont été étudiées », les répondants étaient invités à énumérer les instruments de mesure utilisés au cours de la dernière année et à fournir des informations spécifiques sur chacun d'eux (version linguistique, validation) et sur leur utilisation (proportion de clients, exigence des supérieurs hiérarchiques). Les quatrième et cinquième sections incluaient chacune huit questions qui demandaient d'apprécier des facteurs personnels et contextuels (identifiés dans la littérature et adaptés au contexte local), associés à la sélection et à l'utilisation des instruments de mesure standardisés. Les répondants devaient répondre à ces questions en utilisant une échelle à cinq niveaux (de « très bon » à « très mauvais » ou de « très important » à « très faible »). La sixième section comprenait une question sur la satisfaction des répondants à l'égard des instruments de mesure à disposition dans leur service.

Le questionnaire pouvait être rempli en 20 minutes environ. Il a été soumis en prétest à six ergothérapeutes expérimentés et deux enseignants-chercheurs en ergothérapie. Le questionnaire en ligne a également été testé et comparé à la version papier de manière à s'assurer de la concordance des questions et de la mise en page. Un avis positif de la commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain a été obtenu pour cette étude (protocole 478/12).

## Analyse des données

Les données sociodémographiques ont d'abord été analysées à l'aide de statistiques descriptives. Afin de déterminer les différences entre le groupe d'utilisateurs et celui des non-utilisateurs, des tests de *t* ont été réalisés avec les variables continues et des tests de chi-carré avec les variables catégorielles. Pour toutes les autres données, les occurrences des réponses ont été additionnées et des proportions ont été calculées. Les données ont été analysées en utilisant les logiciels Excel et SPSS (version 19.0).

# RÉSULTATS

## Participation

Sur les 196 invitations envoyées, 162 (83 %) réponses ont été reçues. Sur ces 162 réponses, deux indiquaient qu'aucun ergothérapeute ne souhaitait participer, 93 signalaient qu'aucun ergothérapeute ne répondait au critère d'admissibilité (dont 12 services hospitaliers, 41 services de soins et de maintien à domicile et 40 services in-

---

<sup>1</sup> La fidélité concerne la constance ou concordance des résultats obtenus de plusieurs évaluations (Bertrand Leiser et Kuhne, 2014). Il existe plusieurs types de fidélité comme la fidélité test-retest ou inter-juge.

<sup>2</sup> « La validité se rapporte à la capacité d'un instrument à mesurer ce dont il est censé rendre compte ou ce qu'il est censé mesurer » (Bertrand Leiser et Kuhne, 2014, p. 122). Il existe plusieurs types de validité comme la validité de contenu, la validité de construit et la validité de critère.

dépendants) et 67 étaient positives, le questionnaire étant rempli. Parmi les 34 services invités qui n'ont pas répondu, huit sont des services hospitaliers ou de réadaptation, huit sont des services de soins et de maintien à domicile et 18 sont des services en pratique libérale.

### Caractéristiques des participants et de leur service

Parmi les 67 participants, 40 (60 %) ont déclaré avoir utilisé un ou plusieurs instruments de mesure au cours de la dernière année. Les caractéristiques des participants utilisateurs et non-utilisateurs et les caractéristiques de leur service sont présentées dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Caractéristiques des participants, utilisateurs et non-utilisateurs d'instruments de mesure, et de leur service**

Variables	Utilisateurs n=40	Non-utilisateurs n=27
	M (ET)	M (ET)
Âge (années)	34,0 (8,2)	39,11 (9,3) <sup>a</sup>
Expérience depuis l'obtention du diplôme (années)	10,0 (7,7)	14,3 (9,4)
Expérience auprès de la clientèle (années)	8,3 (6,5)	11,4 (8,2)
	n (%)	n (%)
Genre : Femme	35 (87,5)	22 (81,5)
Pays de délivrance du diplôme d'ergothérapeute		
Suisse	28 (70,0)	13 (48,1)
France	8 (20,0)	9 (33,3)
Autres	4 (10,0)	5 (18,5)
Clients ayant eu un AVC (nombre durant les 12 derniers mois)		
5-10	16 (40,0)	23 (85,2) <sup>a</sup>
11-20	15 (37,5)	3 (11,1)
plus de 20	9 (22,5)	1 (3,7)
Phase d'intervention post-AVC		
0 à 14 jours	4 (10,0)	1 (3,7)
14 jours à 3 mois	17 (42,5)	7 (25,9)
plus de 3 mois	19 (47,5)	19 (70,4)
Type de service		
Hôpital	22 (55,0)	9 (33,3) <sup>a</sup>
Soins et maintien à domicile	7 (17,5)	15 (55,6)
Cabinet indépendant	11 (27,5)	3 (11,1)
Thérapeutes par service (nombre)		
1-2	14 (35,0)	18 (66,7) <sup>a</sup>
3-4	11 (27,5)	5 (18,5)
plus de 4	15 (37,5)	4 (14,8)

<sup>a</sup> Différence significative entre les groupes ( $p < 0,05$ ).

## Instruments de mesure utilisés

Les 40 ergothérapeutes qui utilisent des instruments de mesure standardisés ont rapporté en utiliser en moyenne quatre (étendue = 11). En tout, 177 mentions d'instruments ont été comptées, avec un total de 45 instruments de mesure standardisés différents (cf. annexe 1). Sur les 45 instruments de mesure cités, sept ont été utilisés par plus de 10 % des répondants (tableau 2). Les quatre instruments de mesure les plus utilisés évaluent des fonctions organiques ou des capacités, telles que définies par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS, 2001), du membre supérieur (force et dextérité). Ils sont utilisés en majorité par des ergothérapeutes qui travaillent dans des hôpitaux, lesquels interviennent dans la phase de soins aigus et de réadaptation (0-3 mois post-AVC) essentiellement. D'autres fonctions et capacités sont aussi souvent évaluées, mais avec des instruments différents. Ainsi des instruments mesurant les fonctions cognitives sont cités 14 fois (n<sup>os</sup> 12, 22, 25, 27, 28, 30, 31, 34, 45 de l'annexe), d'autres mesurant les capacités d'équilibre sont cités neuf fois (n<sup>os</sup> 7 et 10 de l'annexe) et d'autres mesurant l'indépendance ou l'autonomie dans des activités de la vie quotidienne sont cités huit fois (n<sup>os</sup> 11, 18 et 39 de l'annexe).

**Tableau 2 : Instruments de mesure utilisés par plus de 10 % des répondants en fonction des milieux de pratique (ou types de service)**

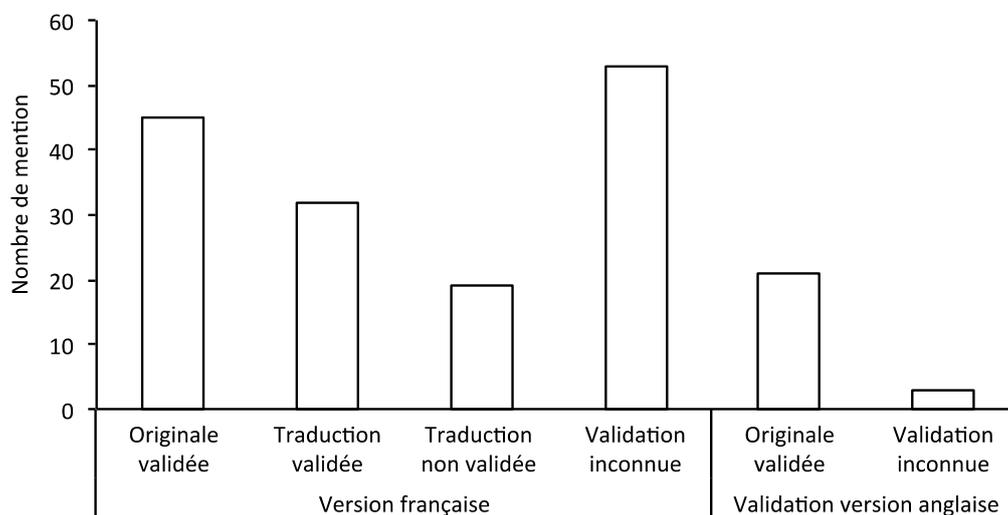
	Milieu de pratique			
	Total	Hôpital	Cabinet indépendant	Soins à domicile
	n=40 n (%)	n=22 n (%)	n=11 n (%)	n=7 n (%)
Instruments de mesure				
Dynamomètre Jamar®	25 (62,5)	16 (72,7)	7 (63,6)	3 (42,9)
Box and Block Test	20 (50,0)	15 (68,2)	3 (27,3)	2 (28,6)
Purdue Pegboard Test	20 (50,0)	14 (63,6)	4 (36,4)	2 (28,6)
Nine Hole Peg Test	16 (40,0)	10 (45,5)	5 (45,5)	1 (14,3)
MCRO	7 (17,5)	1 (4,5)	4 (36,4)	2 (28,6)
ARAT	5 (12,5)	4 (18,2)	1 (9,1)	0 (0,0)
Tinetti POMA	5 (12,5)	0 (0,0)	2 (18,2)	3 (42,9)

Note : MCRO : Mesure canadienne du rendement occupationnel ; ARAT : Action Research Arm Test ; Tinetti POMA: Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment.

Pour chacune des mentions, les participants ont indiqué la version linguistique utilisée et si, selon eux, elle était validée (figure 1). L'information est manquante pour quatre mentions. Pour 149 (86 %) mentions, ils ont indiqué utiliser une version en français. Pour un nombre important de mentions (77, soit 45 %), les participants ont indiqué utiliser une version originale ou une traduction française validée. Toutefois, pour plusieurs des instruments de mesure cités, il n'existe pas de traduction validée connue. Enfin, pour 53 (31 %) mentions, les participants ont déclaré ne pas savoir si la

version française utilisée est validée ou non et pour 19 (11 %) mentions, ils ont indiqué utiliser une traduction française non validée.

**Figure 1 : Version linguistique et validation des instruments de mesure utilisés (n=173).**



Les sept instruments les plus cités ont été utilisés auprès de moins de la moitié des clients dans 56 % des cas, auprès de la moitié à trois quarts des clients dans 30% des cas et auprès de plus de trois quarts des clients que dans 14% des cas. Des résultats similaires sont obtenus, si l'on considère l'ensemble des instruments (soit, 63%, 21 % et 16 %). Enfin, l'utilisation des instruments cités n'est exigée par des supérieurs hiérarchiques que dans 15 % des cas.

## Facteurs facilitants et obstacles associés à la sélection d'instruments de mesure

Les utilisateurs et non-utilisateurs ont évalué les différents facteurs associés à la sélection d'instruments de mesure de manière assez similaire (tableau 3). L'accès à l'information et l'accès à des instruments de mesure standardisés en français ont été évalués comme étant particulièrement mauvais par la majorité des participants des deux groupes. Le temps disponible pour la sélection est également évalué comme faible par une grande majorité des utilisateurs et des non-utilisateurs (plus de 70 %). En revanche, l'accès aux sources d'information (postes informatiques, livres, revues) est jugé de manière moins tranchée, avec presque autant d'appréciations bonnes que mauvaises. Par ailleurs, un nombre élevé de participants ont jugé leur capacité à sélectionner des instruments de mesure standardisés comme n'étant ni bonne ni mauvaise. Toutefois, un tiers des participants estiment que leur capacité à sélectionner des instruments de mesure standardisés est mauvaise ou très mauvaise. Enfin, les deux groupes n'évaluent pas de la même manière le facteur « consensus entre les collègues » : 60 % des utilisateurs l'ont estimé bon ou très bon, contre seulement 37 % des non-utilisateurs. En ce qui concerne la possibilité de faire appel à un spécialiste, la

majorité des utilisateurs (65 %) l'estime plutôt faible alors que les non-utilisateurs ont un avis plus partagé.

**Tableau 3 : Appréciation des facteurs associés à la sélection des instruments de mesure**

Facteurs	Utilisateurs n=40			Non-utilisateurs n=27		
	TB-B n (%)	NB-NM n (%)	M-TM n (%)	TB-B n (%)	NB-NM n (%)	M-TM n (%)
Accès						
aux sources d'information	16 (40,0)	12 (30,0)	10 (25,0)	11 (40,7)	5 (18,5)	11 (40,7)
aux informations sur les IM en français	3 (7,5)	9 (22,5)	26 (65,0)	8 (29,6)	3 (11,1)	13 (48,1)
à des IM en français	5 (12,5)	9 (22,5)	25 (62,5)	3 (11,1)	6 (22,2)	15 (55,6)
Temps à disposition au travail	2 (5,0)	5 (12,5)	30 (75,0)	1 (3,7)	5 (18,5)	19 (70,4)
Compétences	8 (20,0)	19 (47,5)	12 (30,0)	3 (11,1)	13 (48,1)	9 (33,3)
Consensus des collaborateurs	24 (60,0)	8 (20,0)	0 (0,0)	10 (37,0)	5 (18,5)	4 (14,8)
Ressources financières pour l'achat	5 (12,5)	18 (45,0)	16 (40,0)	2 (7,4)	13 (48,1)	10 (37,0)
Possibilité de faire appel à un spécialiste	8 (20,0)	5 (12,5)	26 (65,0)	9 (33,3)	7 (25,9)	9 (33,3)

Note : TB-B : très bon à bon ; NB-NM : ni bon ni mauvais ; M-TM : mauvais à très mauvais (pour certaines questions l'échelle de réponse variait de très important à très faible) ; IM : instruments de mesure. Les totaux n'atteignent pas 100 % pour les utilisateurs et les non-utilisateurs, la différence concerne les réponses « je ne sais pas » ou « ne s'applique pas ».

## Facteurs facilitants et obstacles associés à l'utilisation d'instruments de mesure

Les différences concernant l'appréciation des facteurs associés à l'utilisation des instruments de mesure entre les deux groupes sont importantes (tableau 4). Tous les facteurs relatifs aux compétences liés à l'administration, de même que ceux liés à la contribution des résultats, sont jugés de très bons à bons par plus de 63 % des utilisateurs, mais par au mieux 33 % des non-utilisateurs. Le consensus pour l'utilisation d'instruments de mesure est également mieux noté par les utilisateurs (jugé à 60 % de très bon à bon) que par les non-utilisateurs (33 %). L'évaluation du temps à disposition pour utiliser des instruments de mesure est plutôt variée, et ce, autant par les utilisateurs que les non-utilisateurs.

## Satisfaction à l'égard des instruments de mesure à disposition dans les services

Cinquante-trois pour cent des utilisateurs sont très satisfaits ou satisfaits des instruments de mesure disponibles dans leur service contre seulement 19 % des non-utilisateurs. À l'inverse, les participants qui sont insatisfaits ou très insatisfaits étaient 25 % dans le groupe d'utilisateurs et 67 % chez les non-utilisateurs.

**Tableau 4 : Appréciation des facteurs associés à l'utilisation des instruments de mesure**

Facteurs	Utilisateurs n=40			Non-utilisateurs n=27		
	TB-B n (%)	NB-NM n (%)	M-TM n (%)	TB-B n (%)	NB-NM n (%)	M-TM n (%)
Temps à disposition	12 (30,0)	19 (47,5)	9 (22,5)	6 (22,2)	8 (29,6)	9 (33,3)
Compétences pour						
l'administration	32 (80,0)	7 (17,5)	0 (0,0)	7 (25,9)	13 (48,1)	4 (14,8)
la cotation	26 (65,0)	12 (30,0)	0 (0,0)	7 (25,9)	12 (44,4)	4 (14,8)
l'interprétation des résultats	25 (62,5)	12 (30,0)	2 (5,0)	5 (18,5)	16 (59,3)	3 (11,1)
Contribution des résultats pour						
construire la problématique	31 (77,5)	6 (15,0)	0 (0,0)	5 (18,5)	12 (44,4)	4 (14,8)
formuler les objectifs	33 (82,5)	4 (10,0)	1 (2,5)	9 (33,3)	9 (33,3)	1 (3,7)
évaluer l'efficacité des traitements	30 (75,0)	4 (10,0)	2 (5,0)	8 (29,6)	11 (40,7)	1 (3,7)
Consensus des collaborateurs	24 (60,0)	7 (17,5)	0 (0,0)	9 (33,3)	6 (22,2)	3 (11,1)

Note : TB-B : très bon à bon ; NB-NM : ni bon ni mauvais ; M-TM : mauvais à très mauvais (pour certaines questions l'échelle de réponse variait de très important à très faible). Les totaux n'atteignent pas 100% pour les utilisateurs et les non-utilisateurs, la différence concerne les réponses « je ne sais pas » ou « ne s'applique pas ».

## DISCUSSION

Cette étude avait pour but de décrire les instruments de mesure standardisés utilisés auprès de personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral par les ergothérapeutes en Suisse romande ainsi que de décrire la perception de ces derniers à l'égard de facteurs facilitant ou entravant leur sélection et leur utilisation.

Le taux d'utilisation d'instruments de mesure par les ergothérapeutes de Suisse romande qui interviennent auprès de personnes ayant eu un AVC est plutôt faible en comparaison avec les études menées dans d'autres pays (Cook *et al.*, 2007 ; Piernik-Yoder et Beck, 2012 ; Walker *et al.*, 2000). La fréquence d'utilisation est également assez faible et très peu d'instruments sont utilisés de manière systématique chez une majorité de clients. D'autres études ont également mis en avant une fréquence peu élevée d'utilisation (Blenkiron, 2005 ; Piernik-Yoder et Beck, 2012 ; Walker *et al.*, 2000), mais une comparaison directe n'est pas possible, les indicateurs de fréquence n'étant pas les mêmes.

Les instruments utilisés concernent essentiellement les fonctions organiques et les capacités. L'utilisation d'instruments de mesure spécifiques à l'ergothérapie, tels la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) (Law *et al.*, 2011), n'est pas courante. Ces résultats peuvent s'expliquer par l'environnement, encore fortement empreint du modèle biomédical, dans lequel évoluent les ergothérapeutes. L'intérêt pour ces instruments pourrait également découler de leur simplicité et de la rapidité de leur administration. Leur protocole de passation, qui ne contient que quelques ins-

tructions, se traduit d'ailleurs facilement. Les instruments de mesure standardisés visant à évaluer les capacités, la performance ou la participation, qui se présentent souvent sous forme de questionnaire ou de grille d'observation, sont, eux, plus complexes à traduire ou à administrer. Certains nécessitent de plus une formation. Si la plupart d'entre eux sont en anglais, ceux qui existent en français et qui sont validés pour cette clientèle – comme le Test Évaluant la performance des Membres supérieurs des Personnes Âgées (TEMPA) (Desrosiers, Hébert, Dutil et Bravo, 1993), le questionnaire ABILHAND (Penta, Tesio, Arnould, Zancan et Thonnard, 2001), la MCRO ou la Mesure des Habitudes de vie (MHAVIE) (Figueiredo, Korner-Bitensky, Rochette et Desrosiers) - ne semblent toutefois guère rencontrer l'intérêt des cliniciens ou ne leur sont pas connus.

Les ergothérapeutes favorisent l'utilisation d'instruments ou de protocole en français, mais souvent sans savoir si la version qu'ils utilisent est validée ou non. Des ergothérapeutes semblent aussi croire, à tort, utiliser une version originale française tout en désignant eux-mêmes les instruments par leur nom d'origine en anglais (par exemple Nine Hole Peg Test, Purdue Pegboard test, Action Research Arm Test). D'autres ergothérapeutes admettent aussi utiliser des versions non validées. En traduisant ou en modifiant les protocoles des instruments, la fidélité et la validité des données obtenues peuvent s'en trouver affectées et les avantages attribués à l'utilisation des instruments de mesure sont réduits. L'absence de traduction validée et la diffusion des versions traduites, dans les services et sur les sites web, pourraient expliquer ces résultats.

Les ergothérapeutes utilisent un nombre important d'instruments de mesure différents. Des résultats similaires ont été obtenus dans des études menées auprès de centre de réadaptation d'Europe qui interviennent auprès de personnes ayant eu un AVC (Haigh *et al.*, 2001 ; Torenbeek, Caulfield, Garrett et Van Harten, 2001). Il serait utile de recenser les instruments de mesure disponibles en français afin de proposer un ensemble restreint d'instruments qui présentent les meilleures qualités à la fois cliniques et psychométriques. La sélection d'instruments de mesure en français pourrait s'en trouver améliorée et des pratiques plus uniformisées pourraient favoriser leur utilisation.

La sélection des instruments de mesure semble peu soutenue pour les ergothérapeutes qui, en plus de juger l'accès comme étant mauvais, évaluent le temps à disposition et la possibilité de faire appel à un spécialiste comme étant également mauvais. Il existe pourtant quelques manuels en français, comme le Répertoire des outils d'évaluation en français pour la réadaptation (Tremblay, Savard, Casimiro et Tremblay, 2004) et le Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation (Bethoux et Calmels, 2003). Relevons toutefois que ces ouvrages ont été publiés il y a déjà dix ans et qu'ils ne permettent pas toujours de localiser facilement certains instruments de mesure.

Par ailleurs, bon nombre d'ergothérapeutes sont insatisfaits des instruments de mesure disponibles dans leur service. La présence immédiate d'instruments pertinents pour leur pratique pourrait les encourager à les utiliser.

Au-delà des difficultés associées à la sélection, lorsqu'ils ont choisi des instruments de mesure, les utilisateurs se disent confiants dans leurs capacités à les administrer, à coter et à interpréter les résultats. Ils reconnaissent la contribution des résultats des mesures à la planification de leurs traitements. Il est cependant difficile de déterminer si les utilisateurs ont développé leurs capacités à travers l'expérience ou si elles étaient préexistantes. À l'inverse, les non-utilisateurs sont moins positifs dans l'évaluation de leurs capacités à utiliser des instruments de mesure et de la contribution possible des résultats à leur pratique. L'interprétation de ces résultats est difficile. Ils peuvent être la conséquence d'un manque d'expérience ou de certitudes quant à leur utilité. L'expérience de l'utilisation de manière générale n'a pas été explorée et ils peuvent utiliser des instruments de mesure auprès d'autres populations ou en avoir déjà utilisé. Le taux de réponse « je ne sais pas », qui se situe entre 11 % et 30 %, suggère toutefois que des ergothérapeutes non utilisateurs ont peu ou pas d'expérience pour pouvoir se prononcer.

Enfin, il faut noter que cette étude comporte des limites. Tout d'abord, la petite taille de l'échantillon n'a pas permis de procéder à des analyses comparatives entre les milieux de pratique. De plus, le taux de non-réponses élevé des services en pratique libérale (18 sur 74 invitations, soit 24 %) pourrait affecter la représentativité de l'échantillon. Par ailleurs, puisqu'un seul ergothérapeute par service a été invité à participer, les résultats peuvent donner une représentation biaisée de la réalité. Il peut être notamment relevé que les utilisateurs travaillent avec un plus grand nombre de collègues que les non-utilisateurs. En supposant que leurs collègues en utilisent aussi, le taux d'utilisation serait donc sous-estimé. À l'inverse, il est possible que les participants, de par leur expérience, soient plus à l'aise avec les instruments de mesure standardisés que leurs collègues non participants, qui suivent moins de clients ayant eu un AVC. En conséquence, les résultats donneraient une image biaisée des compétences des ergothérapeutes participants, plus favorables qu'elle ne l'est en réalité. Enfin, malgré le prétest du questionnaire, il est possible que certaines questions n'aient pas été bien comprises. En l'occurrence, même si une définition des instruments de mesure standardisés a été donnée, il est surprenant de ne trouver aucune mention du Goal Attainment Scaling, un instrument de la mesure des résultats dont l'utilisation par les organisations d'ergothérapie est exigée dans le cadre de la convention signée entre les prestataires d'ergothérapie et les assureurs.

## CONCLUSION

Bien que le recours à des instruments de mesure semble présenter des avantages importants pour la démarche clinique, les résultats de cette étude indiquent que leur usage est problématique pour une partie non négligeable des ergothérapeutes qui travaillent en Suisse romande. Ce constat questionne à la fois les pratiques cliniques, de formation et de recherche. Du côté des pratiques cliniques, les responsables de services pourraient mener des actions pour sélectionner des instruments de mesure et favoriser leur utilisation. Toutefois, comme les ergothérapeutes travaillent souvent seuls, ou en équipes restreintes, l'effet de ces actions serait limité. Dès lors, le rôle de l'association nationale devrait sans doute être renforcé dans la promotion de l'usage

d'instruments de mesure, en diffusant des articles à ce sujet dans son journal et en renforçant la formation continue.

En ce qui concerne les pratiques de formation, force est de constater que les modèles traditionnels de formation décontextualisée ne suffisent pas à donner aux professionnels les compétences et l'assurance nécessaires pour choisir et utiliser des instruments de mesure. Il importe de permettre aux étudiants en ergothérapie d'expérimenter le processus de sélection et l'administration de divers instruments de mesure. Qui plus est, il importe de démontrer, sur la base de vraies situations, l'utilité des données recueillies avec des instruments de mesure.

Les résultats invitent par ailleurs à développer des recherches permettant de mieux comprendre la place des instruments de mesure dans les pratiques cliniques réelles, et notamment l'influence du contexte institutionnel et sociosanitaire sur ces pratiques. Par exemple, des recherches permettant d'élaborer un modèle qui puisse rendre compte des interactions complexes entre les utilisateurs et les environnements de pratique. Enfin, le développement ou la validation transculturelle d'instruments de mesure doit se poursuivre afin d'offrir des instruments de mesure pertinents pour l'ergothérapie.

## REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les personnes et les institutions participantes de même que l'Association Suisse des Ergothérapeutes pour son soutien financier.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abrams, D., Davidson, M., Harrick, J., Harcourt, P., Zylinski, M., et Clancy, J. (2006). Monitoring the change: current trends in outcome measure usage in physiotherapy. *Manual Therapy*, 11(1), 46-53. doi: 10.1016/j.math.2005.02.003
- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2014). Occupational therapy practice framework : domain and process, 3rd Edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, S1-S48. doi:10.5014/ajot.2014.682006
- Bertrand Leiser, M., et Kühne, N. (2014). Les instruments de mesure standardisés et leurs qualités métrologiques. In Tétreault, S. et Guillez, P. (dir.), *Guide pratique de recherche en réadaptation*, (p. 113-131). Louvain-la-Neuve : De Boeck-Solal.
- Bethoux, F., et Calmels, P. (2003). *Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation*. Paris : Frison-Roche.
- Bland, M. D., Sturmoski, A., Whitson, M., Harris, H., Connor, L. T., Fucetola, R., . . . Lang, C. E. (2013). Clinician adherence to a standardized assessment battery across settings and disciplines in a poststroke rehabilitation population. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(6), 1048-1053. doi: 10.1016/j.apmr.2013.02.004
- Blenkiron, E. L. (2005). Uptake of standardised hand assessments in rheumatology: why is it so low? *British Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 148-157.
- Bowman, J. (2006). Challenges to measuring outcomes in occupational therapy: a qualitative focus group study. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(10), 464-472.
- Burton, L. J., Tyson, S., et McGovern, A. (2013). Staff perceptions of using outcome measures in stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 35(10), 828-834. doi: 10.3109/09638288.2012.709305

- College of Occupational Therapist (COT). (2013). *Position statement. Occupational therapists' use of standardized outcome measures*. Récupéré de <http://www.cot.co.uk/position-statements/occupational-therapists%E2%80%99-use-standardised-outcome-measures>
- Cook, C., McCluskey, A., et Bowman, J. (2007). Occupational therapists report increased used of outcome measures after participation in an education programme. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(11), 487-492.
- Copeland, J. M., Taylor, W. J., et Dean, S. G. (2008). Factors influencing the use of outcome measures for patients with low back pain: a survey of New Zealand physical therapists. *Physical Therapy*, 88(12), 1492-1505. doi: 10.2522/Ptj.20080083
- Desrosiers, J., Hébert, R., Dutil, E., et Bravo, G. (1993). Development and reliability of an upper extremity function test for the elderly: the TEMPA. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(1), 9-16.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., et Christian, L. M. (2009). *Internet, mail, and mixed-mode surveys. The tailored design method*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
- Figueiredo, S., Korner-Bitensky, N., Rochette, A., et Desrosiers, J. (2010). Use of the LIFE-H in stroke rehabilitation: A structured review of its psychometric properties. *Disability and Rehabilitation*, 32(9), 705-712. doi: Doi 10.3109/09638280903295458
- Gutman, S. A., Mortera, M. H., Hinojosa, J., et Kramer, P. (2007). Revision of the occupational therapy practice framework. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(1), 119-126.
- Haigh, R., Tennant, A., Biering-Sørensen, F., Grimby, G., Marincek, C., Phillips, S., . . . Thonnard, J. L. (2001). The use of outcome measures in physical medicine and rehabilitation within Europe. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 33(6), 273-278.
- Huijbrechts, M. P. J., Myers, A. M., Kay, T. M., et Gavi, T. S. (2002). Systematic outcome measurement in clinical practice : challenges experienced by physiotherapists. *Physiotherapy Canada*, 54, 25-31, 36.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2008). *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2006-2007*. Ottawa, ON : ICIS. Récupéré de : [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NRS\\_2006\\_IRC\\_FR.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NRS_2006_IRC_FR.pdf)
- Jette, D. U., Halbert, J., Iverson, C., Miceli, E., et Shah, P. (2009). Use of standardized outcome measures in physical therapist practice: perceptions and applications. *Physical Therapy*, 89(2), 125-135. doi: 10.2522/Ptj.20080234
- Kiresuk, T. J., et Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453. doi: 10.1007/Bf01530764
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H., et Pollock, N. (2011). *La mesure canadienne du rendement occupationnel* (4e éd.). Ottawa : Association canadienne des ergothérapeutes.
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : Haute École de travail social et de la santé.
- Ordonnance du DFI sur l'assurance maladie du 27 juin 1995 (OAMal). Récupéré de <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950219/>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2001). *CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Genève : Auteur.
- Penta, M., Tesio, L., Arnould, C., Zancan, A., et Thonnard, J. L. (2001). The ABILHAND questionnaire as a measure of manual ability in chronic stroke patients: Rasch-based validation and relationship to upper limb impairment. *Stroke*, 32(7), 1627-1634.
- Piernik-Yoder, B., et Beck, A. (2012). The use of standardized assessments in occupational therapy in the United States. *Occupational Therapy in Health Care*, 26(2-3), 97-108. doi: 10.3109/07380577.2012.695103
- Rijken, P. M., et Dekker, J. (1998). Clinical experience of rehabilitation therapists with chronic diseases: a quantitative approach. *Clinical Rehabilitation*, 12(2), 143-150. doi: 10.1191/026921598669374346

- Roos, K., Page, J., Demburger, M., Rossini Drecq, E., Galli, C., Kuster, E., ... Meyer, S. (2010). Das Formulieren von Zielen durch Schweizer ErgotherapeutInnen : ein Forschungsprojekt in vielen Sprachen. *ERGOTHERAPIE*, 10. 35-37.
- Salter, K. L., Teasell, R. W., Foley, N. C., et Jutai, J. W. (2007). Outcome assessment in randomized controlled trials of stroke rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 86(12), 1007-1012. doi:10.1097/Phm.0b013e3181587b3d
- Skinner, A., et Turner-Stokes, L. (2006). The use of standardized outcome measures in rehabilitation centres in the UK. *Clinical Rehabilitation*, 20(7), 609-615. doi: 10.1191/0269215506cr981oa
- Stapleton, T., et Galvin, M. (2005). Current practice trends among occupational therapists working in stroke care—results of a postal survey. *Irish Journal of Occupational Therapy, Spring*, 34(1), 3-9.
- Stapleton, T., et McBrearty, C. (2009). Use of standardised assessments and outcome measures among a sample of Irish occupational therapists working with adults with physical disabilities. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(2), 55-64.
- Stokes, E. K., et O'Neill, D. (2008). Use of outcome measures in physiotherapy practice in Ireland from 1998 to 2003 and comparison to Canadian trends. *Physiotherapy Canada*, 60(2), 109-116. doi: 10.3138/physio.60.2.109
- Swinkels, R. A. H. M., van Peppen, R. P. S., Wittink, H., Custers, J. W. H., et Beurskens, A. J. H. M. (2011). Current use and barriers and facilitators for implementation of standardised measures in physical therapy in the Netherlands. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), Art. 106. doi: 10.1186/1471-2474-12-106.
- Tennant, A., Penta, M., Tesio, L., Grimby, G., Thonnard, J. L., Slade, A., . . . Phillips, S. (2004). Assessing and adjusting for cross-cultural validity of impairment and activity limitation scales through differential item functioning within the framework of the Rasch model - The PRO-ESOR project. *Medical Care*, 42(1), 37-48. doi: 10.1097/01.Mlr.0000103529.63132.77
- Torenbek, M., Caulfield, B., Garrett, M., et van Harten, W. (2001). Current use of outcome measures for stroke and low back pain rehabilitation in five European countries: first results of the ACROSS project. *International Journal of Rehabilitation Research*, 24(2), 95-101.
- Tremblay, L. E., Savard, J., Casimiro, L., et Tremblay, M. (2004). *Répertoire des outils d'évaluation en français pour la réadaptation*. Ottawa, ON: Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques.
- Van Peppen, R. P., Maissan, F. J., Van Genderen, F. R., Van Dolder, R., et Van Meeteren, N. L. (2008). Outcome measures in physiotherapy management of patients with stroke: a survey into self-reported use, and barriers to and facilitators for use. *Physiotherapy Research International*, 13(4), 255-270. doi: 10.1002/pri.417
- Walker, M. F., Drummond, A. E. R., Gatt, J., et Sackley, C. M. (2000). Occupational therapy for stroke patients: a survey of current practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(8), 367-372.
- Wedge, F. M., Braswell-Christy, J., Brown, C. J., Foley, K. T., Graham, C., et Shaw, S. (2012). Factors influencing the use of outcome measures in physical therapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28(2), 119-133.
- World Federation of Occupational Therapists (WFOT). (2011). *How do OT's work?* Récupéré de : <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/HowdoOTswork.aspx>
- Zuidgeest, M., Hendriks, M., Koopman, L., Spreeuwenberg, P., et Rademakers, J. (2011). A Comparison of a Postal Survey and Mixed-Mode Survey Using a Questionnaire on Patients' Experiences With Breast Care. *Journal of Medical Internet Research*, 13(3). doi: 10.2196/Jmir.1241

## ANNEXE 1 : LISTE DES 45 INSTRUMENTS DE MESURE CITÉS PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES ET NOMBRE D'OCCURRENCES

N° Nom de l'instrument	Occurrences	N° Nom de l'instrument	Occurrences
1. Dynamomètre Jamar	25	23. Gononiomètre	2
2. Box and Block Test (BBT)	20	24. Moberg PickUp Test (MPUT)	2
3. Purdue Pegboard Test (PPT)	20	25. Protocole d'Examen Cognitif de la Personne Âgée (PECPA)	2
4. Nine Hole Peg Test (NHPT)	16	26. Questionnaire de Douleur Saint-Antoine	2
5. Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO ou COPM en anglais)	7	27. Batterie rapide d'évaluation frontale (BREF ou FAB en anglais)	1
6. Action Research Arm Test (ARAT)	5	28. Bells test	1
7. Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)	5	29. Bilan Modulaire d'Ergothérapie (BME)	1
8. Bilan 400 points	4	30. DemTec	1
9. Échelle d'Ashworth modifiée (Modified Ashworth scale, MAS)	4	31. Évaluation rapide des fonctions cognitives (ERFC)	1
10. Échelle d'équilibre (Balance scale, BS)	4	32. Grooved Pegboard Test (GPT)	1
11. Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF ou FIM en anglais)	4	33. Jebsen Hand Function Test (JHFT)	1
12. Mini-Mental State Examination (MMSE)	4	34. Montreal Cognitive Assessment (MOCA)	1
13. Minnesota Manual Dexterity Test (MMDT)	4	35. Profil des AVQ	1
14. Monofilament	4	36. Quick DASH	1
15. Test de Fugl-Meyer (Fugl-Meyer Assessment, FMA)	4	37. Rivermead Behaviour Memory Test (RBMT)	1
16. Timed "Up & Go"	4	38. Roeder Manipulative Aptitude Test	1
17. Évaluation de la fonction du membre supérieur chez le sujet hémiplegique (Functional Test for the Hemiplegic/Paretic Upper Extremity, FTHUE)	3	39. Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)	1
18. Indice de Barthel (IB ou BI en anglais)	3	40. Test Doigt-nez (Finger-to-nose test)	1
19. Pincemètre	3	41. Test des errances multiples adapté	1
20. Wolf Motor Function Test (WMFT)	3	42. Test moteur minimum (Mini Motor Test)	1
21. Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)	2	43. Testing musculaire (Medical Research Council (MRC) Scale)	1
22. Échelle Catherine Bergego (Échelle CB)	2	44. Touch Test Sensory Evaluator (TTSE)	1
		45. Trail Making Test (TMT)	1