



INFLUENCE DES RESSOURCES DISPONIBLES SUR LE RAISONNEMENT CLINIQUE : QUELLES PREUVES SCIENTIFIQUES ? RÉSULTATS D'UNE RECENSION ÉLARGIE

Annie Carrier¹, Chantal Morin²

¹ MSc, LLM, BA (psy), ergothérapeute, candidate au doctorat en sciences cliniques à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et au Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, et chargée de cours, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, 3001, 12^e Avenue Nord Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4.

² MSc, DO, erg., candidate au doctorat en sciences cliniques à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et au Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, et chargée de cours, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Canada

Adresse de contact : annie.carrier@usherbrooke.ca

Reçu le : 16.12.2013 – Accepté le 07.11.2014

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.v1n1.8

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



RÉSUMÉ

Introduction. Le manque de ressources est régulièrement ciblé comme la source des problèmes des systèmes de la santé, y compris en ergothérapie. Pourtant, l'ajout de ressources ne se traduit pas nécessairement par une satisfaction accrue des clients à l'égard des interventions. Puisque le choix de ces interventions repose sur le raisonnement clinique du professionnel, il importe de connaître les données probantes associant les ressources disponibles et le raisonnement clinique.

Objectif. Explorer le lien entre ressources disponibles et raisonnement clinique.

Méthodes. Les écrits scientifiques de 1980 à 2011 ont été recensés à l'intérieur de 14 banques de données. Les stratégies de recension, validées par deux documentalistes, ont inclus notamment la recherche manuelle de la bibliographie des articles retenus. À l'aide de grilles, chaque écrit retenu a été évalué par deux personnes en regard du type et de la qualité de la méthodologie utilisée. Les scores obtenus ont été combinés en une cote de niveau de preuve scientifique. Les écrits ont ensuite été analysés qualitativement et synthétisés.

Résultats. Le lien entre ressources disponibles et raisonnement clinique apparaît rarement étudié : les écrits scientifiques recensés sont peu nombreux (n=8), parcellaires et de faible niveau de preuve. Un lien semble exister entre ressources disponibles et raisonnement clinique mais une association positive et linéaire est impossible à établir pour le moment.

Conclusion. Une meilleure compréhension du lien entre ressources disponibles et raisonnement clinique pourrait avoir un impact considérable sur les choix en matière d'allocation des ressources en santé, y compris en ergothérapie.

MOTS-CLÉS

Services de santé, Ressources en santé, Pensée (activité mentale), Connaissance, Revue de littérature, Étude de portée

IMPACT OF AVAILABLE HEALTHCARE RESOURCES ON CLINICAL REASONING: WHAT SCIENTIFIC EVIDENCE?

ABSTRACT

Introduction. Limited resources are frequently identified as the source of the healthcare system current problems, including in occupational therapy. However, increased healthcare resources do not result into an increase in clients' satisfaction in regards to interventions. Since choice of interventions is determined by health professionals' clinical reasoning, it is important to know more about the association between resources and clinical reasoning.

Objective. Explore the link between available resources and clinical reasoning.

Methods. A scoping review of the scientific literature from 1980 to 2011 was undertaken. Fourteen databases were searched using a strategy approved by two information scientists that included a manual search of bibliographies and health related websites. Using charts, each document was evaluated by two persons regarding type and quality of the methods used. Scores were combined into a grade of scientific evidence. Documents were then qualitatively analyzed and synthesized.

Results. The link between available resources and clinical reasoning appears to be seldom studied: documents were sparse ($n=8$), fragmented and of low scientific evidence. A link appears to exist between available resources and clinical reasoning but, as of yet, it is not possible to establish a positive and linear association.

Conclusions. A better understanding of the link between available resources and clinical reasoning could have a significant impact on choices made regarding health resources allocation, namely in occupational therapy.

KEYWORDS

Health services, Health resources, Thinking, Knowledge, Review, Scoping study

INTRODUCTION

Quel que soit le modèle précis d'organisation des services, le manque de ressources est régulièrement ciblé comme la source des problèmes récurrents du système de santé dans plusieurs pays tels que le Canada (Facal, 2006), la France et les pays d'Afrique et du Moyen-Orient (Dhaene, 2011). Plusieurs écrits scientifiques, y compris en ergothérapie, utilisent l'inadéquation entre demandes de services et ressources pour y répondre pour justifier l'investigation de ces problèmes récurrents, tels que : les conditions de travail sous-optimales et la difficulté à assurer la sécurité des clients (Ebright, Patterson, Chalko et Render, 2003); la satisfaction inadéquate des besoins des clients (Tousignant, Dubuc, Hébert et Coulombe, 2006); l'accessibilité restreinte aux services (Dhaene, 2011; Quick, Harman, Morgan et Stagnitti, 2010), la qualité (Dhaene, 2011; Mazer, Feldman, Majnemer, Gosselin et Kehayia, 2006), la quantité (Cotelleso, Mazer et Majnemer, 2009) et le type (Cotelleso *et al.*, 2009; Quick *et al.*, 2010) discutable de services reçus. D'ailleurs, afin de maintenir ou d'améliorer la qualité des services, l'ajout de ressources demeure largement revendiqué (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2004; 2005; Synergo, 2008; Townsend, von Zweck, Baptiste, Krupa, Picard et Trudel, 2007).

Pourtant, l'injection de ressources dans le système de santé ne se traduit pas en une amélioration proportionnelle de l'accès aux services ou de leur qualité (Brunet-Jailly, 2011) ou encore, de la santé de la population (Pineault et Daveluy, 1995). Certaines études québécoises et ontariennes récentes (Lamarche, Pineault, Gauthier, Hamel et Haggerty, 2011; Lamarche, Pineault, Haggerty, Hamel, Lévesque et Gauthier, 2010; Russell, Dahrouge, Tuna, Hogg, Geneau et Gebremichael, 2010) soutiennent que d'autres facteurs, tel le mode d'organisation des services (Lamarche *et al.*, 2010), auraient davantage d'impacts positifs auprès de la clientèle que la quantité et la variété des ressources disponibles. En fait, des ressources accrues n'équivaleraient pas nécessairement à une meilleure offre de services (Russell *et al.*, 2010) ou à une augmentation de la satisfaction de la clientèle (Lamarche *et al.*, 2010). L'ajout de ressources pourrait même nuire à l'appréciation des interventions de santé (Lamarche *et al.*, 2011).

Le choix des interventions du professionnel de la santé relève de son raisonnement clinique (RC) (Higgs et Jones, 2008). Le RC est décrit comme « le processus que les cliniciens utilisent pour planifier, implanter, réaliser et réfléchir sur les soins au client » (Schell, 2009, p. 314, traduction libre). Un RC optimal contribuerait à l'efficacité, à l'efficience et à la qualité des interventions de santé (Higgs et Jones, 2008). Or, si l'appréciation des interventions de santé par les clients, une source d'évaluation de la qualité (Donabedian, 1980), n'est effectivement pas liée à la disponibilité des ressources (Lamarche *et al.*, 2011), qu'en est-il du RC menant au choix de ces interventions ? Le fait d'avoir plus de ressources serait-il lié à un « meilleur » RC ? Répondre à cette question pourrait influencer considérablement les choix en matière d'allocation des ressources dans plusieurs systèmes de santé. Par exemple, au Québec, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont dorénavant une obligation légale d'identifier les besoins de leur population et d'y répondre (Loi sur les services de santé

et les services sociaux [LSSSS] art. 99.3 et 99.5). Il apparaît donc pertinent d'explorer les données probantes soutenant un lien entre les ressources disponibles et l'utilisation d'un RC optimal.

Afin de répondre à cet objectif, les concepts-clés ont tout d'abord été définis (cf. tableau 1). Contrairement au concept de ressources disponibles, le RC optimal n'est pas clairement conceptualisé dans les écrits scientifiques. Ainsi, le modèle d'inspiration psycho-cognitiviste de Carrier et collaborateurs (2010) a été utilisé pour cibler les éléments constitutifs du RC optimal. Ensuite, ces éléments ont été précisés en consultant certains auteurs importants du domaine (p. ex. : Higgs et Jones, 2008; Schell, 2009). Dans la présente étude, le RC optimal renvoie à la mobilisation de processus cognitifs variés, rapides et de qualité, de savoirs variés et utiles et de la métacognition.

Tableau 1. Définition des concepts

Concept	Définition
Donnée probante	Tout écrit (études quantitative ou qualitative, recension des écrits, article d'opinion) issu d'une publication révisée par les pairs; Qualité évaluée par présence de consensus (Frank, 2007) et rigueur méthodologique (Harbour et Miller, 2001).
Ressources disponibles	Quantité et variété des ressources mobilisées et utilisées pour produire les services de santé (Lamarche <i>et al.</i> , 2003); Peuvent être humaines, financières, ou matérielles (Lussier, 1990).
RC optimal	Meilleur RC possible impliquant trois éléments centraux : <ol style="list-style-type: none"> 1) les processus cognitifs (Schell, 2009), à savoir la résolution de problème (perception du problème, recherche d'indices, formulation du problème et formulation des solutions possibles) et la prise de décision (Lindsay et Norman, 1980) ; 2) les savoirs (Higgs et Jones, 2008); c'est-à-dire les connaissances issues de la formation universitaire et continue et des expériences professionnelles et personnelles (Higgs et Jones, 2008; Higgs, Jones et Titchen, 2008) et 3) la métacognition (Higgs et Jones, 2008; Schell, 2009), à savoir la réflexion sur ses propres processus cognitifs (Carr et Shotwell, 2008). Caractéristiques du RC optimal pour chaque élément central : <ol style="list-style-type: none"> 1) stratégies cognitives variées pour résoudre le problème, dont la reconnaissance de configuration; vitesse accrue et meilleure qualité des prises de décision (moins d'erreurs; Jensen, Resnik et Haddad, 2008) ; 2) connaissances variées et pratiques (Higgs, Jones et Titchen, 2008) ; 3) composante essentielle de la pratique réflexive qui contribue à consolider les savoirs (Higgs et Jones, 2008), améliorer l'expertise (Jensen <i>et al.</i>, 2008) et optimiser le RC (Higgs et Jones, 2008).

MÉTHODES

La question de départ était : quelles sont les données probantes qui soutiennent une association positive et linéaire entre les ressources disponibles et l'utilisation

d'un RC optimal par le professionnel de la santé ? Pour y répondre et afin de couvrir un large spectre de données probantes, une recension élargie des écrits (étude de portée ou *scoping study*; Arksey et O'Malley, 2005) de janvier 1980 à octobre 2011 a été réalisée par l'auteure principale. La stratégie utilisée a été validée par deux documentalistes, un en sciences de la santé et un en sciences juridiques et administratives. La question des ressources et de leur influence sur le professionnel de la santé pouvant être abordée tant par les juristes que les chercheurs en sciences de la santé, l'inclusion des bases de données juridiques apparaissait judicieuse, voire essentielle, pour recenser un large éventail d'écrits pertinents. Ainsi, 14 banques de données en sciences de la santé et en sciences juridiques et administratives, ont été consultées en utilisant des mots-clés adaptés à chacune afin d'optimiser la recherche (cf. tableau 2). La recherche manuelle de la bibliographie des articles retenus et des sites internet gouvernementaux et paragouvernementaux québécois reliés au domaine de la santé a également fait partie des techniques de recension. Les sites internet ciblés étaient ceux les plus susceptibles de présenter des articles répondant aux critères d'inclusion (voir plus bas). Les sites consultés sont : le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, le Collège des médecins du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'Ordre de la physiothérapie du Québec.

Tableau 2. Banques de données et mots-clés utilisés pour ratisser un champ étendu d'écrits

	Sciences de la santé	Sciences juridiques et administratives
Banques de données	Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews, CINAHL, Allied & Complementary Medicine Database (AMED), Scopus, Academic Search Complete, MANTIS	Sciences juridiques : Quicklaw, Droit civil en ligne, Azimut, LegalTrac, HeinOnline Sciences administratives : HealthStar
Mots-clés ^a	Étape 1 : [organisational/organizational factor(s) OR legal factor(s) OR institutional dimension OR human resources OR material resources OR financial resources] AND [health] AND [health care organization/organisation OR health care professionals] Étape 2 : AND [clinical reasoning OR professional reasoning OR clinical thinking OR problem solving OR decision making OR professional practice OR knowledge OR espoused theory OR formal theory OR metaskills OR metacognition]	[contexte ET pratique ET (organisation OU ressources)] OU [déontologie ET professionnels de la santé] OU [droit de la santé ET (établissements de santé OU professionnels de la santé)] ^b

^a Pour optimiser l'obtention de résultats, les mots-clés ont variés selon la spécificité de chaque banque de données

^b Traduction française des mots-clés

Les titres et, lorsque disponibles, les résumés ont premièrement été examinés. Tout écrit, c'est-à-dire étude quantitative ou qualitative, recension des écrits, ou article d'opinion, de langue française, anglaise, ou italienne, qui : 1) avait été publié dans une revue révisée par les pairs ; 2) portait sur le RC de professionnels de la santé et 3)

s'intéressait spécifiquement ou partiellement au lien entre les deux concepts d'intérêt, soit les ressources disponibles et le RC optimal, était retenu pour une lecture plus approfondie. Les articles étaient exclus s'ils avaient pour objectifs : 1) de valider un instrument pour documenter les ressources disponibles ; 2) d'offrir un guide de pratique ou des lignes directrices en regard d'une intervention spécifique ; 3) de rapporter des actes de congrès ou 4) de discuter de l'influence des ressources sur des éléments non directement reliés au RC.

Chaque écrit retenu a d'abord été synthétisé à l'aide d'une grille (voir annexe 1 pour une version abrégée, présentée sous forme de tableau). Puisque la méthode des recensions élargies ne permet pas d'évaluer la qualité des preuves scientifiques (Arksey et O'Malley, 2005) et considérant la question de départ de la présente étude, le cadre d'analyse des niveaux de preuve de Harbour et Miller (2001) a été choisi. De tels cadres d'analyse ont déjà été utilisés pour d'autres études de type recension élargie (par exemple : Anderson, Allen, Peckham et Goodwin, 2008; McColl, Aiken, McColl, Sakakibara et Smith, 2012). Ainsi, chaque écrit retenu a été évalué en regard de deux catégories, c'est-à-dire le type et la qualité de la méthode utilisée. Le score Type d'étude a été déterminé selon des critères adaptés de Harbour et Miller (2001; cf. tableau 3). Selon que l'étude soit quantitative (grille 1), ou qualitative ou une recension des écrits (grille 2), la qualité des études a été évaluée à l'aide d'une des deux grilles basées sur les recommandations de : 1) Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch et Westmorland (1998)¹ ou ; 2) Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch et Westmorland (2007)². Les scores des deux catégories (type et qualité) ont été combinés en une cote de niveau de preuve scientifique (Harbour et Miller, 2001). Pour assurer une meilleure crédibilité des résultats, le processus d'évaluation a d'abord été répété, puis, validé par la deuxième auteure.

Tableau 3. Score relatif au type d'étude

Type d'étude	Score
Revue systématique ou méta-analyse d'essais cliniques randomisés ou d'études expérimentales	1
Essai clinique randomisé ou étude expérimentale	2
Essai clinique non randomisé ou étude quasi expérimentale	3
Études observationnelles (longitudinales)	4
Études non expérimentales : études transversales, études qualitatives, recension des écrits avec méthodologie reconnue (p. ex. : <i>scoping study</i>)	5
Recension des écrits sans méthodologie reconnue, opinion d'experts	6

Adapté de la grille de Harbour et Miller, 2001

¹ Catégories de la grille 1 : A Pertinence et cohérence des choix méthodologiques; B Validité interne : puissance statistique; C Validité externe : population à l'étude; D Validité externe : type d'échantillonnage.

² Catégories de la grille 2 : A Pertinence et cohérence des choix méthodologiques (avec les objectifs visés par l'étude et le devis choisi); B Crédibilité; C Transférabilité; D Fiabilité.

Ensuite, guidé par les définitions des deux concepts d'intérêt (ressources disponibles et RC optimal), les résultats des écrits ont été catégorisés (Axe 1 : Quantité et Variété des ressources financières, humaines, et matérielles; Axe 2 : Processus cognitifs : variété des stratégies de résolution de problème; vitesse et qualité de la décision; Savoir : variété et utilité des connaissances; Métacognition : utilisation), analysés qualitativement (van de Tulder, Furlan, Bombardier, Butter et Editorial Board of the Cochrane collaboration back review group, 2003) et synthétisés (Harbour et Miller, 2001).

RÉSULTATS

Synthèse des données probantes

La stratégie de recherche dans les banques de données a permis d'identifier 175 documents. Selon l'information contenue dans le titre ou le résumé, 50 ont été retenus pour lecture. Vingt-sept documents supplémentaires ont été ciblés à l'aide des stratégies de recherche élargies. Basé sur leur pertinence, huit (10,4%; tableau 4) de ces 77 écrits ont été analysés. Aucune étude n'appréhende directement, dans son ensemble, le lien entre ressources disponibles et RC optimal. En effet, les écrits s'intéressent à un élément de chacun des concepts (par exemple, les ressources humaines et les processus cognitifs), tout en considérant d'autres variables non reliées aux ressources disponibles (par exemple, les caractéristiques du client). Par ailleurs, aucun écrit ne portait sur la métacognition. Les écrits analysés sont, en ordre de fréquence absolue, des études qualitatives (n=4), transversales (n=2) et des recensions des écrits (n=2). La première recension (Johnston et Grimmer-Somers, 2010) comprenait 31 études de méthodologies diverses (revues systématiques, essais cliniques randomisés, études qualitatives). Pour sa part, la seconde recension (Grime, 1990) comptait 12 documents théoriques ou empiriques (méthodologie non spécifiée). Ainsi, les huit écrits analysés ont obtenu un score Type d'étude variant entre 5 et 6 et, au niveau de la qualité méthodologique, un score moyen de 2,06 [1,25 à 2,75].

Tableau 4. Niveau de preuve des écrits scientifiques (n=8)

Écrits	Score Type d'études	Score Qualité ^a	Total	Niveau de preuve ^b
Bucknall (2003)	5	3,00	8,00	4
Ebright <i>et al.</i> (2003)	5	2,00	7,00	4
Forrest <i>et al.</i> (2006)	5	1,75	6,75	3
Freeman <i>et al.</i> (2009)	5	1,25	6,25	3
Geneau <i>et al.</i> (2008)	5	1,75	6,75	3
Grime (1990)	6	2,75	8,75	4
Hébert, Maheux et Potvin (2002)	5	1,25	6,25	3
Johnston et Grimmer-Somers (2010)	6	2,75	8,75	4

^a Le score Qualité (étendue possible : de 1 à 4) est le quotient du score total Qualité (étendue possible : de 4 à 16) et du nombre de catégories évaluées (n=4 pour les deux grilles).

^b Le niveau de preuve est le quotient (arrondi) de la somme des scores Type d'étude et Qualité et du nombre de scores (n=2).

Processus cognitifs

Parmi les écrits s'intéressant au lien entre ressources et processus cognitifs (n=7), seules la quantité de ressources, humaines ou matérielles (axe 1), et le processus de prise de décision ont été étudiés. Ainsi, la variété des stratégies de résolution de problème n'a pas été touchée. Bien qu'aucun écrit n'ait évalué formellement la qualité du processus de prise de décision (axe 2, processus cognitifs; par exemple, via le pourcentage d'erreurs), des informations pertinentes sur la prise de décision, telles que sa nature (adresser à un autre professionnel de la santé ou pas, prendre en charge ou pas), son moment et sa fréquence, ont pu être colligées. La rapidité de la prise de décision du professionnel (axe 2, processus cognitifs) a aussi été abordée.

Au regard de la nature de la prise de décision, la direction du lien entre cette dernière et la disponibilité des ressources humaines semble tributaire, entre autres, du type de ressources humaines disponibles. En effet, Forrest et collaborateurs (2006) ont identifié 20 variables relatives au médecin, au patient et au contexte, associées à la décision d'un médecin omnipraticien d'adresser un cas non complexe à un médecin spécialiste. Parmi ces 20 variables, on retrouve la disponibilité d'un médecin spécialiste (ressource humaine; Rapport de cotes [RdC] 0,44; Intervalle de confiance [IC] [0,25–0,78]) et l'indisponibilité d'autres professionnels de la santé (ressource humaine; RdC 1,82; IC [1,22–2,72]). Selon la recension des écrits réalisée par Johnston et Grimmer-Somers (2010), la quantité moindre de ressources humaines en physiothérapie influencerait la décision du médecin de ne pas orienter un client vers un programme de réadaptation pulmonaire. Une autre recension (Grime, 1990) souligne que la décision de l'ergothérapeute relative à la prise en charge d'un nouveau client est modulée par la quantité de ressources humaines en ergothérapie : moins de ressources se traduirait par moins de prise en charge. D'ailleurs, selon l'étude qualitative de Freeman et collaborateurs (2009), la quantité de ressources humaines disponibles dans leur milieu modulerait la prise de décision des ergothérapeutes lorsqu'ils cherchent à s'acquitter de leurs obligations professionnelles (p. ex. : issues de leur code de déontologie). La nature de leurs décisions serait liée à la recherche d'un équilibre entre les contraintes du milieu (ressources limitées) et leurs obligations (offrir un service professionnel de qualité). Pour leur part et selon l'étude qualitative d'Ebright et collaborateurs (2003), les infirmières prendraient des décisions de nature stratégique face à l'indisponibilité de ressources humaines ou matérielles au cours d'un quart de travail en soins aigus. Par exemple, en raison d'un manque de ressources, l'infirmière peut décider d'accumuler, plutôt que de prendre en charge, certaines de ses tâches pour y revenir plus tard.

Deux autres études qualitatives (Bucknall, 2003; Geneau, Lehoux, Pineault et Lamarche, 2008) renseignent sur le moment, la fréquence et la rapidité des décisions. Les médecins omnipraticiens des milieux ruraux, où les ressources humaines spécialisées sont moins disponibles, prendraient plus « tardivement » la décision d'en référer à un spécialiste, c'est-à-dire attendraient le moment où ils ont l'impression d'être à la limite de leurs habiletés (Geneau *et al.*, 2008). Également, ces médecins prendraient plus souvent la décision d'accepter de nouveaux clients, et ce, même si leur pratique fonctionne à pleine capacité. Dans les unités de soins intensifs, la disponibilité de certaines ressources matérielles (p. ex. : appareils de monitoring) augmenterait la fré-

quence et la rapidité des prises de décision des infirmières relativement à leurs interventions (Bucknall, 2003). Cette fréquence serait également accrue en raison du manque de ressources humaines lors d'un quart de travail.

En résumé, un certain consensus semble émerger quant à l'existence d'un lien entre la quantité de ressources disponibles (axe 1) et le processus de prise de décision (axe 2) de certains professionnels de la santé. Les ressources influenceraient la nature, le moment, la fréquence et la rapidité de la prise de décision. La relation entre les ressources disponibles (humaines) et les processus cognitifs (prise de décision) apparaît tributaire, en partie du moins, du type de ressources humaines (médecins et autres professionnels de la santé).

Savoirs

Trois écrits parmi ceux recensés se sont attardés à documenter partiellement le lien entre les ressources disponibles et les savoirs du professionnel de la santé (axe 2, utilité et variété des connaissances). Deux angles d'analyse peuvent être tracés: 1) les connaissances nécessaires (utilité), et 2) le développement des connaissances (variété).

Tout d'abord, une seule étude (Bucknall, 2003), qualitative, s'est attardée aux connaissances nécessaires (utilité) en fonction des ressources disponibles. La présence de certaines ressources matérielles (p. ex. : appareils de monitoring) nécessitent des connaissances préalables à leur utilisation afin d'assurer des choix d'interventions rapides et efficaces par l'infirmière. Toujours pour accroître son efficacité lors de l'indisponibilité de ressources humaines (p. ex. : médecin de garde), une connaissance pratique des trajectoires habituelles de soins et des ordonnances médicales usuelles pour des pathologies particulières est essentielle.

Le deuxième angle d'analyse, l'influence de la quantité de ressources humaines disponibles sur le développement des connaissances (variété), est quant à lui abordé dans trois études. Le manque de ressources humaines peut être un obstacle à l'acquisition de nouvelles connaissances dans la pratique (Bucknall, 2003). Par exemple, les infirmières novices peuvent ne pas obtenir de réponses aux questions émergeant de leur pratique clinique en raison de l'indisponibilité d'infirmières expertes pour les accompagner. Par contre, ce manque de ressources serait un moteur pour l'acquisition de connaissances variées chez les médecins omnipraticiens (Geneau *et al.*, 2008). Chez les ergothérapeutes, la disponibilité des ressources humaines pourrait influencer le développement de certains types de théories d'usage. Une théorie d'usage est une forme de savoir développé au fil de la pratique clinique (Agyris et Schön, 1999). Selon Hébert et collaborateurs (2002), les ergothérapeutes auraient développé, principalement en raison du manque de ressources humaines, des théories d'usage restrictives qui iraient à l'encontre des théories formelles de la profession.

En résumé, peu d'écrits (n=3) se sont penchés sur le lien entre les ressources disponibles et les savoirs du professionnel. Leur faible nombre, combiné à leur angle d'analyse différent, rend ardu l'émergence d'un consensus.

DISCUSSION

La quantité d'écrits recensés et leur niveau de preuve seront d'abord discutés, suivis des pistes de réflexion et d'exploration future soulevées par les résultats.

Quantité des écrits et niveau de preuve

Les écrits recensés sont peu nombreux, parcellaires et présentent un faible niveau de preuve selon les critères post-positivistes de Harbour et Miller (2001). En considérant ces critères, le constat tiré est cohérent avec l'état peu développé des connaissances sur l'influence du contexte de pratique, incluant les ressources disponibles, sur le RC des professionnels de la santé (Carrier, Levasseur, Bédard et Desrosiers, 2010). Le lien entre ressources disponibles et RC optimal apparaît donc avoir été peu étudié jusqu'ici. Le faible nombre d'écrits et leurs résultats morcelés peuvent s'expliquer par la difficulté d'appréhender globalement un sujet aussi complexe et de l'opérationnaliser dans le cadre d'études quantitatives (Schell, Unsworth et Schell, 2008). Considérant cette difficulté d'opérationnalisation et le peu de connaissances disponibles, le nombre plus élevé d'études qualitatives (faible niveau de preuve selon Harbour et Miller, 2001) parmi les écrits recensés n'est pas étonnant. En effet, les méthodes qualitatives visent à explorer et à définir un processus peu connu en situation naturelle (Creswell, 2013). Les connaissances ainsi générées peuvent orienter l'élaboration d'études quantitatives en fournissant des pistes de réflexion et d'exploration.

Pistes de réflexion et d'exploration

L'analyse réalisée cherchait à répondre à la question « Quelles sont les données probantes qui soutiennent une association positive et linéaire entre les ressources disponibles et l'utilisation d'un RC optimal par le professionnel de la santé? ». Quoique les résultats apparaissent intuitivement cohérents – par exemple, restreindre la référence à d'autres professionnels lorsque ces ressources sont peu disponibles –, ils ne nous permettent pas de répondre à la question de façon tranchée. Néanmoins, ils offrent des pistes de réflexion et d'exploration intéressantes tant pour les chercheurs que pour les gestionnaires et les cliniciens en ergothérapie. D'une part, les pistes de réflexion touchent deux des trois éléments du RC optimal (axe 2) : la qualité de la prise de décision et le développement de connaissances variées. D'autre part, les pistes d'exploration portent sur des éléments des concepts d'intérêt (ressources disponibles et RC optimal) qui n'ont pas été abordés dans les écrits analysés.

Pistes de réflexion : qualité de prise de décision et développement de connaissances variées

Nos résultats indiquent que l'utilisation de certaines ressources matérielles semble générer une augmentation de la fréquence et de la rapidité des prises de décision induisant un risque de surcharge cognitive. Or, la charge cognitive, à savoir la quantité d'activités mentales imposée à la mémoire de travail (Burgess, 2010), l'équivalent de la mémoire vive d'un ordinateur, influence la qualité de la prise de dé-

cision. En effet, une surcharge cognitive augmente le risque d'erreurs ou de qualité sous-optimale des interventions (Burgess, 2010). Ainsi, dans un contexte où les nouvelles technologies (de Jonge, Scherer et Rodger, 2007) et le souci de la qualité des services sont omniprésents, se questionner sur la charge cognitive des professionnels se révèle particulièrement pertinent.

Une autre piste de réflexion porte sur le développement des connaissances variées, essentielles au RC optimal. D'une part, l'indisponibilité de ressources humaines semble influencer ce développement de façon divergente selon que le professionnel soit infirmière (restriction) ou médecin omnipraticien (stimulant). Bien que cette divergence pourrait être une conséquence de la faible qualité d'une des études recensées (Bucknall, 2003, avec un score "Qualité" de 3), elle pourrait aussi s'expliquer par la culture professionnelle ou par des aspects organisationnels (Higgs, Fish et Rothwell, 2008). Si tel était le cas, mieux comprendre cette divergence faciliterait le soutien au développement des connaissances et, ainsi, l'optimisation du RC.

D'autre part, le manque de ressources humaines influerait sur le développement de certaines théories d'usage restrictives contraires aux théories formelles d'une profession. Les théories d'usage ont généralement un rôle positif : elles permettent au professionnel d'adapter ses connaissances (théories formelles) à la réalité de l'action concrète (Agyris et Schön, 1999), les transformant ainsi en connaissances pratiques (Higgs et Titchen, 2001) pouvant s'appliquer avec jugement et en fonction du contexte (Kinsella et Whiteford, 2009). Toutefois, lors d'un conflit entre théorie d'usage et théorie formelle, le rejet de l'une ou de l'autre est inéluctable en raison de l'inconfort que le conflit suscite chez le professionnel (Agyris et Schön, 1999).

Or, en plus de constituer les fondements ontologique et philosophique de la profession (Kinsella et Whiteford, 2009), les théories formelles font partie des normes définissant ce qu'est une intervention de qualité (Donabedian, 1980). En effet, l'évaluation de la qualité d'une intervention comporte généralement trois grandes dimensions : la perception des clients et des professionnels, sa pertinence au regard de la problématique du client et le respect des normes (Lamarche, Pineault et Brunelle, 2007). Conséquemment, puisqu'il constitue un éloignement des normes, le rejet d'une théorie formelle de la profession peut diminuer la qualité des interventions (Hébert, Maheux et Potvin, 2002). Par contre, le rejet d'une théorie d'usage peut placer le professionnel devant un problème d'adaptation à son milieu (Agyris et Schön, 1999). Ironiquement, cette mésadaptation au milieu peut se solder par un départ temporaire ou définitif du professionnel (Peng, Lee et Cheng, 2014) et, ainsi, contribuer au manque de ressources humaines à la source du conflit entre théories d'usage et formelle.

Pistes d'exploration : éléments des concepts d'intérêt non abordés

Tel que souligné, certains éléments du RC optimal (cf. tableau 1) n'ont pas été abordés par les écrits recensés, dont le processus de résolution de problème et la variété des stratégies cognitives utilisées. Il est d'ailleurs impossible d'affirmer que le lien mis en évidence entre les ressources disponibles et la nature de la prise de décision n'est pas antérieur à la prise de décision, c'est-à-dire qu'il s'exerce lors de la formula-

tion du problème. Concrètement, se pourrait-il que le professionnel choisisse une autre intervention que celle ciblée au départ non pas parce que celle-ci ne peut être réalisée en raison du manque de ressources (influence sur la prise de décision) mais plutôt parce qu'il n'a même pas considéré une autre intervention ? Ainsi, le problème à résoudre pourrait être structuré, au départ, en fonction des ressources disponibles (influence sur la formulation du problème). Une telle précision pourrait avoir son importance, notamment au Québec, où les CSSS et les professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, ont dorénavant une responsabilité dite populationnelle (LSSSS, art. 99.3 et 99.5). Cette responsabilité se traduit par une obligation juridique d'identifier les besoins de leur population (formulation du problème) et y répondre (formulation des hypothèses de solutions).

Par ailleurs, la qualité des prises de décision en lien avec les ressources disponibles, le lien entre la variété des ressources et le RC optimal, et le lien entre les ressources disponibles et la métacognition, n'ont pas été documentés. Pourtant, s'intéresser à la variété des ressources paraît pertinent au regard de l'importance accordée au niveau mondial à la collaboration interprofessionnelle et au travail en interdisciplinarité (World Health Organization, 2010). De même, puisque la métacognition soutient la progression sur l'échelle de l'expertise professionnelle (Jensen, Resnik et Haddad, 2008), mieux comprendre l'impact des ressources disponibles sur cette composante du RC optimal pourrait permettre d'identifier des leviers favorisant l'amélioration des interventions de santé.

Forces et limites

La méthodologie rigoureuse des recensions élargies a soutenu la réalisation d'une vaste recension des écrits pertinents à l'influence, sur le RC, des ressources disponibles. Les résultats confirment un manque d'études sur le sujet. Le choix et l'analyse des écrits se sont basés sur une définition claire des concepts d'intérêt. De plus, l'évaluation du niveau de preuve scientifique des écrits a été réalisée à l'aide d'une grille conçue à partir d'écrits scientifiques en matière de données probantes. L'évaluation des écrits retenus a fait l'objet d'une double cotation par deux personnes. Cependant, la procédure d'évaluation choisie repose sur un biais favorable aux études quantitatives (Kinsella et Whiteford, 2009) qui aurait pu être pondéré (voir, par exemple, Lamarche *et al.*, 2003). Considérant la question de départ (Quelles sont les données probantes qui supportent une association positive et linéaire entre les ressources disponibles et l'utilisation d'un RC optimal par le professionnel de la santé?), une telle pondération n'apparaissait pas appropriée dans le contexte. Par ailleurs, les biais inhérents à la publication des écrits (Stern, Gavaghan et Egger, 2000) ont pu exercer une influence sur les résultats obtenus. Néanmoins, cette analyse repose sur une recherche élargie des écrits et offre une synthèse nuancée par les niveaux de preuve de ce qui est connu et de ce qui reste à découvrir sur un sujet névralgique pour le système de la santé.

CONCLUSION

L'étude des liens entre ressources disponibles (quantité et variété) et RC optimal (processus cognitifs, savoirs et métacognition) semble en être encore à ses balbutiements, tel que tend à le démontrer le nombre d'écrits recensés pour cette synthèse et leur niveau de preuve peu élevé (3 ou 4). De cette analyse, il ressort que les ressources influenceraient la nature (prendre en charge ou non, orienter ou non vers un autre professionnel), le moment, la fréquence, et la rapidité de la prise de décision. La direction de la relation entre les ressources humaines disponibles et la prise de décision serait tributaire, en partie du moins, du type de ressources humaines.

Aucune étude portant sur la résolution de problème et la qualité de la prise de décision (processus cognitifs), sur la métacognition, ou sur la variété des ressources disponibles, n'a pu être identifiée. Le peu d'écrits portant sur le lien entre les ressources disponibles et les savoirs du professionnel rend ardu l'émergence d'un consensus. Aucune donnée probante ne soutient explicitement une association positive et linéaire entre ces deux variables.

Des pistes de réflexion et d'exploration future émergent de l'analyse des résultats. Considérant l'impact potentiel sur la qualité des interventions, investiguer la possibilité d'une surcharge cognitive du professionnel induite par l'utilisation de certaines ressources matérielles serait pertinent. De plus, déterminer si le lien entre ressources disponibles et prise de décision s'exerce plutôt lors de la résolution de problème pourrait moduler la capacité des CSSS québécois d'identifier les besoins de santé de leur population et, ainsi, d'assumer leur responsabilité populationnelle. L'influence des ressources disponibles sur le développement des connaissances du professionnel mériterait aussi d'être explorée davantage en raison de ses répercussions possibles sur la qualité des interventions.

Un lien semble exister entre ressources disponibles et RC optimal, mais il n'est pas possible d'établir une association positive et linéaire pour le moment. La nature exacte et la direction de ce lien restent encore à déterminer. En fait, une meilleure compréhension du lien entre ressources disponibles et RC optimal pourrait avoir un impact considérable sur les choix en matière d'allocation des ressources en santé, y compris en ergothérapie.

REMERCIEMENTS

Les auteures tiennent à remercier les personnes suivantes : M. Paul Lamarche, professeur titulaire au département d'administration de la santé et chercheur au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal, pour avoir soumis la question à l'origine de cet article; Mme Mélanie Levasseur, professeure agrégée à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke et chercheuse au Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), pour ses judi-

cieux commentaires; MM. Michaël Gagnon et Francis Lacasse, respectivement professionnel de recherche à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke et documentaliste au CSSS-IUGS, pour leurs conseils relatifs aux méthodes de recherche dans les banques de données. Annie Carrier est boursière des Instituts de recherche en santé du Canada (#250281), du Fonds de recherche en santé du Québec (#22754) et de la Fondation canadienne d'ergothérapie. Chantal Morin est boursière du Fonds de recherche en santé du Québec (#29606).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anderson, S., Allen, P., Peckam, S. et Goodwin, N. (2008). Asking the right questions: Scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health Research Policy and Systems*, 6, 7-18. doi:10.1186/1478-4505-6-7.
- Association canadienne des ergothérapeutes [ACE] (2004). *Prise de position : la qualité des services d'ergothérapie*. Ottawa : ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes [ACE] (2005). *Prise de position : l'ergothérapie dans le secteur des soins à domicile et des soins continus*. Ottawa : ACE.
- Agyris, D. et Schön, D.A. (1999). *Théorie et pratique professionnelle : comment en accroître l'efficacité*. Montréal : Éditions Logiques.
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8 (1), 19–32.
- Brunet-Jailly, J. (2011). Le pendule du financement de la santé : de la gratuité au recouvrement des coûts. In D. Kerouedan (dir.), *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud* (p. 227-246). Paris, France : Les Presses de Sciences Po.
- Bucknall, T. (2003). The clinical landscape of critical care: Nurses' decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (3), 310–319.
- Burgess, D.J. (2010). Are providers more likely to contribute to healthcare disparities under high levels of cognitive load? How features of the healthcare setting may lead to biases in medical decision making. *Medical Decision Making*, 30 (2), 246-257.
- Carr, M. et Shotwell, M. (2008). Information processing theory and professional reasoning. In B.A.B. Schell et J.W. Schell (dir.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (p. 36-68). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.
- Carrier, A., Levasseur, M., Bédard, D. et Desrosiers, J. (2010). Community occupational therapists' clinical reasoning: Identifying tacit knowledge. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57 (6), 356-365.
- Cotelleso, A., Mazer, B. et Majnemer, A. (2009). Community-based occupational therapy services for children: A Québec survey on service delivery. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 29 (4), 426-444.
- Creswell, W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*, 3^e édition. Thousand Oaks, CA : Sage.
- de Jonge, D., Scherer, M.J. et Rodger, S. (2007). *Assistive Technology in the Workplace*. St Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Dhaene, G. (2011). Performance des systèmes de santé et ressources humaines : le chaînon manquant. In D. Kerouedan (dir.), *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud* (p. 187-200). Paris, France : Les Presses de Sciences Po.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Ebright, P. R., Patterson, E.S., Chalko, B.A. et Render, M.L. (2003). Understanding the complexity of registered nurse work in acute care settings. *Journal of Nursing Administration*, 33 (12), 630-638.

- Facal, J. (2006). *Volonté politique et pouvoir médical. La naissance de l'assurance-maladie au Québec et aux États-Unis*. Montréal : Boréal.
- Forrest, C.B., Nutting, P.A., von Schrader, S., Rohde, C. et Starfield, B. (2006). Primary care physician specialty referral decision making: Patient, physician, and health care system determinants. *Medical Decision Making*, 26 (1), 76-85.
- Frank, J. (2007). *Guide du débutant pour juger de la valeur d'une étude scientifique : Six conseils pour faire la part des choses*. Instituts de recherche en santé du Canada.
- Freeman, A.R., McWilliam, C.L., MacKinnon, J.R., DeLuca, S. et Rappolt, S.G. (2009). Health professionals' enactment of their accountability obligations: Doing the best they can. *Social Science & Medicine*, 69 (7), 1063-1071.
- Geneau, R., Lehoux, P., Pineault, R. et Lamarche, P. (2008). Understanding the work of general practitioners: A social science perspective on the context of medical decision making in primary care. *BMC Family Practice*, 9 (1), 1-10 doi:10.1186/1471-2296-9-12.
- Grime, H. (1990). Receiving referrals: Decision making by community occupational therapist. *British Journal of Occupational Therapy*, 53 (2), 53-56.
- Harbour R. et Miller J. (2001). A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *British Medical Journal*, 323 (7308), 334-336.
- Hébert, M., Maheux, B. et Potvin, L. (2002). Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 69 (1), 31-39.
- Higgs, J., Fish, J.D., et Rothwell, R. (2008). Knowledge generation and clinical reasoning in practice. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus, et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3^e édition (p. 163-172). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Higgs, J. et Jones, M.A. (2008). Clinical decision making and multiple problem spaces. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus, et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3^e édition (p. 1-18). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Higgs, J., Jones, M.A. et Titchen, A. (2008). Knowledge, reasoning and evidence for practice. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus, et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3^e édition (p. 151-161). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Higgs, J. et Titchen, A. (2001). Rethinking the practice-knowledge interface in an uncertain world: A model for practice development. *British Journal of Occupational Therapy*, 64 (11), 526-533.
- Jensen, G., Resnik, L. et Haddad, A. (2008). Expertise and clinical reasoning. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus, et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions*, 3^e édition (p. 123-136). Philadelphia, PA : Butterworth.
- Johnston, K. et Grimmer-Somers, K. (2010). Pulmonary rehabilitation: Overwhelming evidence but lost in translation? *Physiotherapy Canada*, 62 (4), 368-373.
- Kinsella, E.A. et Whiteford, G. (2009). Knowledge generation and utilization: Toward epistemic reflexivity. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56 (4), 249-258.
- Lamarche, P., Beaulieu, N., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Haggerty, J. et al. (2003). *Choices for change: The path for restructuring primary health care in Canada*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Lamarche, P., Pineault, R. et Brunelle, Y. (2007). *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec*. Rapport déposé au Groupe de travail sur le financement des services de santé. Québec, Canada.
- Lamarche, P., Pineault, R., Gauthier, J., Hamel, M. et Haggerty, J. (2011). Availability of healthcare resources, positive ratings of the care experience and extent of service use: An unexpected relationship. *Healthcare Policy*, 6 (3), 46-56.
- Lamarche, P., Pineault, R., Haggerty, J., Hamel, M., Lévesque, J.F. et Gauthier, J. (2010). The experience of primary health care users: A rural-urban paradox. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 15 (2), 61-67.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. et Westmorland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review Form: Quantitative Studies*. Hamilton : McMaster University.

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. et Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)*. Hamilton : McMaster University.
- Lindsay P.H. et Norman, D.A. (1980). *Traitement de l'information et comportement humain : une introduction à la psychologie*. Montréal : Études vivantes.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux [LSSSS], L.R.Q. s-4.2. Accessible à : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html
- Lussier, L. (1990). Le processus d'attribution des ressources par les établissements aux bénéficiaires : impact sur le droit aux services et sur la responsabilité "publique". *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 20, 285-312.
- Mazer, B., Feldman, D., Majnemer, A., Gosselin, J. et Kehayia, E. (2006). Rehabilitation services for children: Therapists' perceptions. *Pediatric Rehabilitation*, 9 (4), 340-350.
- McColl, M.A., Aiken, A., McColl, A., Sakakibara, B. et Smith, K. (2012). Primary care of people with spinal cord injury. Scoping review. *Canadian Family Physician*, 58 (11), 1207-1216.
- Peng, J.C., Lee, Y.L. et Cheng, M.M. (2014). Person-Organization fit and turnover intention: Exploring the mediating effect of work engagement and the moderating effect of Demand-Ability fit. *The Journal of Nursing Research*, 22 (1), 1-11.
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1995). *La planification en santé. Concepts, méthodes, stratégies*. Ottawa : Éditions Nouvelles.
- Quick, L., Harman, S., Morgan, S. et Stagnitti, K. (2010). Scope of practice of occupational therapists working in Victorian community health settings. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57 (2), 95-101.
- Russell, G., Dahrouge, S., Tuna, M., Hogg, W., Geneau, R. et Gebremichael, G. (2010). Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. *Family Practice*, 27 (5), 535-541. doi:10.1093/fampra/cm037.
- Schell, B.A.B. (2009). Professional reasoning in practice. In E.B. Crepeau, E.S. Cohn, et B.A.B. Schell (dir.), *Willard et Spackman's Occupational Therapy*, 11^e édition (p. 314-327). Philadelphia, PA : Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Schell, B.A.B., Unsworth, C.A. et Schell, J.W. (2008). Theory and practice: New directions for research in professional reasoning. In B.A.B. Schell et J.W. Schell (dir.), *Clinical reasoning and professional reasoning in occupational therapy* (p. 401-431). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.
- Stern, J.A.C., Gavaghan, D. et Egger, M. (2000). Publication and related bias in meta-analysis: Power of statistical tests and prevalence in the literature. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53 (11), 1119-1129.
- Synergo (2008). *Le Livre Blanc de l'ergothérapie*. Accessible à : <http://www.ergo-nancy.com/pages/image/files/Livre%20Blanc%20de%20l'Ergoth%C3%A9rapie.pdf>
- Tousignant, M., Dubuc, N., Hébert, R. et Coulombe, C. (2006). Home-care programmes for older adults with disabilities in Canada: How can we assess the adequacy of services provided compared with the needs of users? *Health and Social Care in the Community*, 15 (1), 1-7.
- Townsend, E.A., von Zweck, C., Baptiste, S., Krupa, T., Picard, H. et Trudel, L. (2007). Occupational therapy workforce planning. In E.A. Townsend et H.J. Polatajko (dir.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (p. 229-246). Ottawa : CAOT [Canadian Association of Occupational Therapists] Publications ACE.
- van de Tulder, M.W., Furlan, A., Bombardier, C., Buter, L. et Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group. (2003). Updated method guidelines for systematic review in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*, 28 (12), 1290-1299.
- World Health Organization (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Genève, Suisse : World Health Organization.

ANNEXE 1 : GRILLE D'EXTRACTION DES ÉCRITS SÉLECTIONNÉS (VERSION ABRÉGÉE)

Étude	But ou question de recherche	Contexte	Participants	Méthode	Principaux résultats
Bucknall (2003)	Documenter les influences du contexte de pratique modulant la prise de décision des infirmières en soins intensifs	Trois milieux hospitaliers de soins intensifs choisis par échantillonnage par choix raisonné, Australie	18 infirmières – Échantillonnage par choix raisonné	Devis naturaliste Observations <i>in situ</i> et entretiens semi-dirigés Analyse de contenu	Toutes les décisions prises par les infirmières sont fortement influencées par des éléments du contexte de pratique; les trois principaux sont : la situation du patient, la disponibilité des ressources et les relations interpersonnelles.
Ebright <i>et al.</i> (2003)	Mieux comprendre la complexité du travail infirmier en soins aigus	Deux milieux hospitaliers et sept services de soins aigus (chirurgicaux, médicaux internes, post-interventions et orthopédiques), État américain du sud-ouest	Huit infirmières – Échantillonnage par cas contrastés	Devis de type microethnographique Observations <i>in situ</i> Entretiens semi-dirigés Analyse de contenu	Parmi les huit schèmes de décision identifiés, les infirmières prennent des décisions de nature stratégique face à l'indisponibilité de ressources humaines ou matérielles au cours d'un quart de travail.
Forrest <i>et al.</i> (2006)	Déterminer l'influence d'éléments liés au patient, au médecin et au contexte de pratique sur la prise de décision des médecins omnipraticiens en matière de référence à un médecin spécialiste	83 milieux variés répartis dans 30 États américains	142 médecins – Échantillonnage de convenance, non probabiliste	Étude transversale de type sondage postal Questionnaire auto-administré sur la prise de décision réalisée pour chaque client (n=34 069) sur une période de 15 jours Analyse par régression logistique	Parmi 20 variables liées au patient, au médecin et au contexte associées à la prise de décision d'en référer à un médecin spécialiste, on retrouve l'indisponibilité d'autres professionnels de la santé et la disponibilité du médecin spécialiste.
Freeman <i>et al.</i> (2009)	Explorer la prise de décision des ergothérapeutes dans leur pratique clinique	Milieux variés : milieu communautaire, écoles, soins à domicile, cliniques privées, Ontario (Canada)	21 ergothérapeutes – Échantillonnage théorique	Devis de type théorisation ancrée Entretiens semi-dirigés Analyse par comparaison constante	Lorsque les ergothérapeutes cherchent à s'acquitter de leurs obligations professionnelles dans leur contexte de pratique, leur prise de décision est influencée par la quantité de ressources humaines disponibles.

(Annexe 1, suite)

Étude	But ou question de recherche	Contexte	Participants	Méthode	Principaux résultats
Geneau <i>et al.</i> (2008)	Mieux comprendre comment les éléments organisationnels et environnementaux influencent le travail des médecins omnipraticiens	Huit milieux de pratique choisis par échantillonnage par choix raisonné stratifié, Québec (Canada)	28 médecins omnipraticiens – Échantillonnage de convenance	Étude de cas multiples Entretiens semi-dirigés Analyse thématique et par comparaison constante et enrichie par la théorie de Giddens	L'indisponibilité des ressources humaines spécialisées influencent la prise de décision des médecins omnipraticiens de deux façons. Premièrement, elle retarde la décision d'en référer à un spécialiste. Deuxièmement, elle augmente la fréquence de la décision d'accepter de nouveaux clients. Par ailleurs, ce manque de ressources serait un moteur pour l'acquisition de connaissances chez ces médecins omnipraticiens.
Grime (1990)	Réfléchir sur la façon dont la décision initiale relative à une requête de services ergothérapeutiques est prise	Milieu communautaire, Grande-Bretagne	12 écrits et un nombre indéterminé de cliniciens – Échantillonnage indéterminé	Recension des écrits et discussion avec des cliniciens Aucune méthode identifiée	La prise de décision des ergothérapeutes en milieu communautaire relative aux requêtes de services (prendre en charge ou non) est influencée par la quantité de ressources humaines en ergothérapie.
Hébert <i>et al.</i> (2002)	Documenter les théories d'usage des ergothérapeutes développées dans le cadre de leur pratique clinique Explorer leur congruence avec les théories formelles de la profession	Milieu communautaire, Québec (Canada)	249 ergothérapeutes – Aucun échantillonnage (population complète)	Étude transversale de type sondage postal Questionnaire auto-administré sur les caractéristiques sociodémographiques des participants, leur contexte de pratique, les services offerts et leurs opinions relatives à leur préparation à la pratique Analyse statistique de regroupements (<i>cluster analysis</i>)	Trois théories d'usage, en conflit avec les théories formelles, ont été identifiées : 1) la pratique de l'urgence (pratiquer en fonction des listes et délais d'attente); 2) la pratique centrée sur l'autonomie (pratiquer en faisant fi des besoins n'étant pas en lien avec l'autonomie) et 3) la pratique centrée sur le déficit (pratiquer différemment selon le déficit du client plutôt que ses besoins). Ces théories d'usage, issues principalement de l'influence du manque de ressources humaines, modifient la pratique ergothérapeutique communautaire.

(Annexe 1 : suite)

Étude	But ou question de recherche	Contexte	Participants	Méthode	Principaux résultats
Johnston et Grimmer-Somers (2010)	<p>Identifier les données probantes relatives à l'implantation de la réadaptation pulmonaire pour les patients ayant une maladie obstructive chronique</p> <p>Identifier les barrières à cette implantation chez les médecins</p>	Non applicable	31 écrits publiés dans des revues révisées par les pairs (études quantitatives et qualitatives) portant spécifiquement sur les objectifs visés par les auteurs	<p>Recension des écrits avec description détaillée des stratégies de recherche (période couverte, banques de données consultées et mots-clés utilisés)</p> <p>Analyse indéterminée</p>	Parmi les barrières identifiées, la quantité moindre de ressources humaines en physiothérapie influencerait la décision du médecin de ne pas orienter un client vers un programme de réadaptation pulmonaire.